



**WYZNANIA
SZWEDZKIEGO
LEKARZA**

**Jeżeli będę
miał zły dzień,
ktoś dziś
umrze**

CHRISTIAN UNGE

CHRISTIAN UNGE

**Jeżeli będę
miał zły dzień,
ktoś dziś
umrze**

**WYZNANIA SZWEDZKIEGO
LEKARZA**

Ze szwedzkiego przełożyła
Urszula Pacanowska Skogqvist



Wszystkie opisane w tej książce wydarzenia są związane z moją pracą jako lekarza. Zmieniłem jednak imiona, płeć, wiek i cechy charakterystyczne pacjentów oraz inne okoliczności towarzyszące spotkaniom z nimi. Niekiedy przedstawiłem jako jednego chorego dwóch pacjentów, którzy prezentowali ten sam przypadek, innym razem opisałem całą grupę chorych. Ale moje uczucia, reakcje oraz dylematy są prawdziwe i przedstawiłem je zgodnie z prawdą. Osoby mi bliskie, o których mowa w tej książce, wyraziły na to zgodę.

WSTĘP

Klasa mojego siedmioletniego syna zaprosiła mnie na spotkanie o udzielaniu pierwszej pomocy. Dzieci były podniecone i początkowo najbardziej zainteresowane tym, jak wygląda praca lekarza na oddziale ratunkowym.

– Czy często się pan denerwuje w pracy?

– Czasami.

– Ma pan czas zjeść obiad?

– Najczęściej tak. Ale nie zawsze mam czas na dłuższą przerwę obiadową.

– Czy szyje pan pacjentów?

– Nie tak często, nie jestem chirurgiem. Ale zdarza się.

– Czy ludzie są bardzo chorzy?

– Tak, jest dużo chorych. Niektórzy są zdrowi i mogą iść do domu, a inni są bardzo chorzy. Najczęściej starsi ludzie.

– Widziałeś, jak ktoś umiera?

– Tak. Wiele razy. To bardzo trudne.

Jedna dziewczynka na końcu klasy dusiła w sobie pytanie. W końcu nie wytrzymała i podniosła rękę.

– Czy pomyliłeś się kiedyś?

– Tak, nie raz.

Podeksytowane głosy i zaniepokojenie w rzędach ławek.

Inny chłopiec dopowiedział, patrząc szeroko otwartymi oczami:

– Dużo razy się pomyliłeś?

– Tak. Niestety. Jeżeli lekarz pracuje długo i miał wielu pacjentów, to w końcu popełni jakiś błąd. Nawet jeżeli jest dokładny i robi wszystko najlepiej, jak umie. Każdy może się pomylić.

– Ale chyba nikt nie umarł?

– Niestety, zdarzyło mi się popełnić taką pomyłkę, że ktoś umarł.

W klasie zapanowała cisza.

JAK WSZYSTKO SIĘ ZACZĘŁO

Jako dziecko byłem w stu procentach pewny, że nie zostanę lekarzem.

W szkole nie lubiłem przedmiotów ścisłych: matematyki, fizyki, chemii. Nie miałem wrodzonych zdolności do liczenia ani logicznego myślenia. Cyfry, atomy węgla i zawile eksperymenty fizyczne napępiały mnie grozą. Udawało mi się przetrwać lekcje algebry i doświadczenia chemiczne w dużej mierze dzięki pomocy uprzejmych kolegów, którym w zamian pomagałem we francuskim, kiedy mieli spore kłopoty. Interesowały mnie natomiast nauki społeczne, humanistyczne i języki. Pełen entuzjazmu nauczyciel wiedzy o społeczeństwie w gimnazjum otworzył mi oczy na ekscytujący świat polityki, a dzięki nauce języków obcych zdobyłem dostęp do świata poza granicami własnego kraju. Ale tak naprawdę wszystko zaczęło się od noża.

Moja mama była archeologiem i dużo podróżowała. W naszym domu regularnie rozbrzmiewały nazwy egzotycznych miejsc, jak Palmira, Syrakuzy czy Luksor. W Muzeum Archeologii Śródziemnomorskiej patrzyłem na groźne posągi, a potem śniłem koszmary o mumiach, które się budzą i gonią mnie w ciemnościach nocy. Kiedy miałem siedem lat, mama dała mi w prezencie mały scyzoryk z napisem „Oslo”. To był trochę niecodzienny podarunek dla siedmiolatka, ale przyjąłem go z radością i poprosiłem o następne scyzoryki z jej kolejnych wypraw. Wtedy oczywiście o tym nie myślałem, ale później zawsze wracałem do tamtego scyzoryka oraz uczuć i myśli, które we mnie obudził.

Tata też wyjeżdżał. Dzięki jego kongresom lekarskim i wyjazdom golfowym poznałem także inne części mapy: San Diego, Algarve i St Andrews. Mama i tata ze swoich różnych podróży po świecie zaczęli przywozić mi scyzoryki. Kolekcjonowałem moje nożyki i dbałem o nie, aż w końcu pokryły całą ścianę (tata pozwolił mi powbijać je w ścianę w piwnicy). Te koziki stały się moją mapą świata, przy której mogłem

odpływać w marzenia. W myślach podróżowałem po Bliskim Wschodzie, Afryce, Azji i Ameryce. Moi rodzice się rozwiedli, ale nadal wyjeżdżali do różnych krajów i przywozili mi nożyki. Wciąż jednak nie dopuszczałem myśli, że mój bilet w świat mógłby prowadzić przez medycynę.

Lekarze, których spotykałem na Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej w szpitalu w Solnie, gdzie pracował mój tata, wydawali się sztywni i pozbawieni poczucia humoru. Tamtejsze środowisko było sterylne, białe i nudne. Jak ktoś mógłby chcieć spędzać dni w szpitalu? Poza tym w moim otoczeniu było zdecydowanie zbyt wielu lekarzy. „Co za brak wyobraźni, przecież muszą istnieć jakieś inne zawody” – myślałem.

Dziadek, stryjek i tata odnieśli sukces jako lekarze. Dużo pracowali i czuli się mocno związani ze swoim zawodem. Moim zdaniem prowadzili bardzo monotonne życie. Zauważyłem jednak, że wszyscy ludzie dookoła zdawali się podziwiać ich za to, co robią. „Dziwne” – uznałem i nie potrafiłem zrozumieć, co może być tak ekscytującego w białym fartuchu. Wszyscy trzej byli ordynatorami, doktoryzowali się w młodym wieku, sami prawie nigdy nie chorowali, pracowali wieczorami, w weekendy, na urlopie, ale nigdy nie narzekali. Przeciwnie: praca zdawała się sprawiać im przyjemność.

Pamiętam, że jako dziesięciolatek pojechałem kiedyś z tatą do pracy. Na ścianie jego gabinetu wisiał wielki olejny obraz, przedstawiający rannego mężczyznę na szpitalnym łóżku, być może z jakiejś wojny na początku XX wieku. Opiekowało się nim pięć pielęgniarek w białych czepkach z czerwonym krzyżem i długich sukniach. Zapytałem tatę, czy kiedyś pracował w jakimś kraju, gdzie trwała wojna.

– Nie. A tak to wyglądało tylko w przeszłości. Dzisiaj szpitale na całym świecie są nowocześnie wyposażone.

Dużo później miałem zrozumieć, że obraz świata mojego taty był nieco zawężony i prawdopodobnie wynikał z tego, że ojciec nigdy nie pracował w biednych krajach, dysponujących ograniczonymi środkami.

Mimo że sam zawód lekarza nie wydawał mi się interesujący, to fascynację ludzkim ciałem poczułem wcześniej. Moją ciekawość rozbudził

dziadek, opowiadając o tym, jak Jezus umarł na krzyżu, a potem zmartwychwstał.

Siedzieliśmy razem na kanapie. Dziadek palił fajkę i pił whisky. Po przejściu na emeryturę wciąż przyjmował pacjentów w domu w Nysund. W jego gabinecie wisiały obrazy z motywami medycznymi: mężczyzna, któremu upuszczają krew, jakiś pacjent na stole operacyjnym otoczony wianuszkami studentów w garniturach.

Dziadek był bardzo odczytany, sam też pisał i lubił opowiadać.

– Czy słyszałeś historię o zmartwychwstaniu Jezusa?

– Nie – odpowiedziałem, przyglądając się jego beżowemu golfowi pod wełnianą marynarką.

– Wiesz, że Jezus miał na głowie koronę cierniową, a na plecach dźwigał drewniany krzyż, który musiał nieść przez całą drogę na Golgotę?

– Nie...

– Tak to w każdym razie było. Został ukrzyżowany razem z innymi więźniami skazanymi na śmierć i wisiał tam, aż umarł. Rzymianie orzekli o jego śmierci, zdjęto go z krzyża i złożono w grobie wykutym w skale, który przygotował dla siebie Józef z Arymatei. Kiedy Maria Magdalena poszła tam trzeciego dnia, by ciało Jezusa namaścić, okazało się, że zmartwychwstał. Znowu był żywy. Jak to się mogło stać, jak myślisz?

– Nie mam pojęcia. – Wpatrywałem się w usta dziadka.

– Rzymianie byli bardzo dobrzy w krzyżowaniu swoich więźniów. Mieli duże doświadczenie. Więźniów przybijano gwoździami za dłonie i stopy, żeby cierpieli, niektórych przed ukrzyżowaniem biczowano batogiem, czyli biczem z ostrymi przedmiotami na końcach. – Dziadek dostrzegł moje szeroko rozwarte oczy. – Hm... może za dużo szczegółów. No cóż... Potem niejednokrotnie dyskutowano, co było przyczyną śmierci skazańców. Niektórzy naukowcy twierdzili, że ukrzyżowani wykrwawiali się od biczowania albo od ran, które powstawały od gwoździ przebijających dłonie i stopy; według innych dusili się, bo nie byli w stanie utrzymać w pionie ciała wiszącego na gwoździach, więc płuca

się ścisnęły, a głowa opadała, co powodowało niedobór tlenu i w rezultacie śmierć.

Dziadek opowiadał bardzo obrazowo, a ja oczami wyobraźni widziałem potworne widoki.

Ciągnął dalej:

– Innym wytłumaczeniem mogło być odwodnienie: ukrzyżowani byli wystawieni na silne słońce. Tak czy inaczej, ukrzyżowanie oznaczało śmierć w okropnych męczarniach.

Opowiadanie dziadka bez reszty zaprzętnęło moją uwagę. Naprawdę chciałem wiedzieć, jak Jezus zmartwychwstał po tych wszystkich torturach.

Dziadek kontynuował swą opowieść.

– W Biblii jest napisane, że rzymski żołnierz wbił włócznię w bok Jezusa, po czym wypłynęła z niego krew i woda. Dlaczego Rzymianin miałby zrobić coś takiego?

Pokręciłem energicznie głową.

– Otóż Jezus był Żydem, a był to dzień przed szabasem, żydowskim dniem świątecznym. Każdy chciał się przygotować, więc poproszono Rzymian o zdjęcie Jezusa z krzyża. Aby przyspieszyć śmierć ukrzyżowanych, rzymscy żołnierze zazwyczaj jakimś twardym przedmiotem łamali im nogi. Kiedy ci nie byli już w stanie utrzymać w górze ciała na połamanych nogach, wykrwawiali się na śmierć albo dusili. Żołnierze połamali nogi skazańców wiszących obok Jezusa, którzy jeszcze nie umarli, ale kiedy doszli do Jezusa, ten już nie żył. Dlaczego zatem tamten rzymski żołnierz wbił włócznię w jego bok, nie wiadomo. Może tylko chciał się upewnić, że jest już martwy. A może istniała jakaś inna przyczyna.

– Ale od czego umarł? Opowiedz!

Dziadek uśmiechnął się.

– Badacze zastanawiali się, dlaczego Jezus umarł po zaledwie sześciu godzinach na krzyżu. Jedna z teorii głosiła, że Jezus był w stanie szoku,

wcale nie umarł. Rzymianie pomylili się i złożyli go w grobie, gdzie się ocknął. Dużo później lekarz o nazwisku Gruner stwierdził, że Jezus musiał umrzeć w wyniku pęknięcia mięśnia sercowego, które nastąpiło od ciosów w klatkę piersiową przed ukrzyżowaniem.

Dziadek poszał fajkę.

– Mów dalej! – zawołałem podekscytowany.

Odłożył fajkę na popielniczkę.

– Moja teoria jest taka, że Jezus miał tamponadę serca... to znaczy pęknięty mięsień sercowy, co powoduje, że krew zbiera się w osierdziu, które napełnia się jak torebka, serce jest uciskane i nie jest w stanie pompować krwi. Ciśnienie krwi spada i w końcu człowiek traci przytomność. Kiedy rzymski żołnierz przeszył bok Jezusa włócznią, ta przebiła też osierdzie wypełnione krwią. Tym samym nastąpiła tak zwana perikardiocenteza – krew z osierdzia została spuszczone. Wcześniej Jezus na skutek tamponady serca zapadł w śpiączkę. W grobie, kiedy położono go na wznak, powróciło krążenie, ponieważ krew z nóg znów trafiła do krwioobiegu, ciśnienie wzrosło, a on się przebudził.

– O rany! Ale super!

Zapamiętałem w szczególach tę historię o Jezusie na krzyżu, którą opowiedział mi dziadek – prawdopodobnie dlatego, że później wielokrotnie opowiadałem ją moim kolegom. Wtedy chyba myślałem, że cała ta historia to efekt teoretycznych rozważań dziadka, ale później zrozumiałem, że w większości były to cudze hipotezy, o których czytał. Być może perikardiocenteza była jego własnym pomysłem. W każdym razie ta historia mnie zafascynowała i noszę ją w sobie całe życie. To było moje pierwsze zakochanie się w traumatologii i chirurgii. Dziadek po raz pierwszy otworzył mi oczy na medycynę poza sterylnymi ścianami szpitala.

W szkole walczyłem dalej, nadal byłem słaby z przedmiotów ścisłych. Zacząłem studiować nauki humanistyczne na Uniwersytecie Sztokholmskim. W końcu zdobyłem licencjat z psychologii. Podejmowałem się różnych dorywczych zajęć, ale wciąż nie myślałem

o zawodzie lekarza – niezmiennie tkwił na samym dole listy wyobrażalnych profesji.

W czasie studiów, na początku lat pięćdziesiątych, usłyszałem o nowej organizacji, która pojawiła się w Szwecji: Lekarze bez Granic, po francusku MSF – *Médecins Sans Frontières*. Uczestniczyłem w kilku imprezach z udziałem jej członków i poznałem ludzi o otwartych umysłach, wybiegających myślą ku światu poza granicami ojczystego kraju. Wielu z nich naprawdę potrafiło przekraczać wszelkie, nawet najtrudniejsze granice, ale wtedy postrzegałem ich jedynie jako niezwykle inspirujących ludzi. Zacząłem snuć fantazje o wyjeździe do pracy z Lekarzami bez Granic. Problem polegał tylko na tym, że miałem dopiero niewiele ponad dwadzieścia lat i żeby móc z nimi wyjechać, musiałem być lekarzem albo pielęgniarzem.

Długo walczyłem z przeznaczeniem – przecież absolutnie nie miałem zostać lekarzem – ale ta perikardiocenteza Jezusa i Lekarze bez Granic stały się w końcu zbyt kuszące. Moje oceny ze szkoły nie były zbyt dobre, więc aby dostać się na kierunek lekarski, musiałem zdać egzamin i pomyślnie przejść wywiad psychologiczny.

PSYCHOLOG

– No dobrze, na początek proszę powiedzieć, dlaczego chce pan zostać lekarzem.

– Nie wiem.

– Ma pan na myśli, że nie wie, dlaczego chce zostać lekarzem?

– Nie, nie wiem, czy chcę zostać lekarzem.

Pani psycholog w podsztokholmskim Instytucie Karolinska próbowała ukryć zdziwienie. Dwudziestodwuletni chłopak, któremu udało się dostać na rozmowę kwalifikacyjną dzięki zdobyciu wymaganej liczby punktów w testach uczelnianych, nie wie, czego chce? Krecha w protokole?

Opuściła na nos okulary w granatowych oprawkach.

– Czy mógłby pan rozwinąć?

Przez kilka sekund rozważałem, czy powinienem być sprytny, czy szczerzy. Wybrałem to drugie.

– Lekarz jest na samym dole listy moich preferencji, tak naprawdę nigdy nie chciałem zostać lekarzem. Wydawało mi się to przesądzone z góry.

– Czy pana rodzice są lekarzami?

Spuściłem wzrok.

– Ojciec. I inni w rodzinie. W zasadzie nigdy mnie to nie pociągało. Raczej odstraszało. I zawsze przedmioty ścisłe sprawiały mi trudności.

– A zawód lekarza jest związany z naukami ścisłymi?

– No tak, chyba jest, prawda? Tak mi się wydaje. – Napotkałem jej badawczy wzrok i tym razem nie odwróciłem oczu. – Tak naprawdę chciałem zostać gitarzystą i zająć się muzyką.

– Ale?

– Ale... nie miałem odwagi całkowicie na to postawić. Dużo ćwiczyłem

i tak dalej, ale... w końcu zrozumiałem, że nie mam zbyt dużego talentu.

– A czemu nie mógł pan grać po prostu dlatego, że to fajne?

– No bo... albo-albo.

– Co albo-albo?

– Nie wyobrażałem sobie, bym mógł być przeciętnym muzykiem.

– Ma pan na myśli, że chciał mieć poczucie, iż może stać się najlepszym?

– Coś w tym stylu.

Zapisała coś w swoim notesie. Być może „nastawiony na rywalizację”. Albo „niezdecydowana osobowość”.

– Więc dlaczego pan dziś tu siedzi?

– Bo skreśliłem już wszystkie inne możliwości z mojej listy. Zawód lekarza to jedyne, co na niej zostało.

Uśmiechnęła się ostrożnie i położyła dłonie jedną na drugiej na notesie.

– Ma pan... dwadzieścia dwa lata?

Kiwnąłem głową i dotarło do mnie, jak to wszystko głupio wygląda.

– Chodzi mi o to, że wszystko przemyślałem. Dużo eksperymentowałem. Podróżowałem, pracowałem, uczyłem się mnóstwa różnych rzeczy. W sumie uważam, że wszystko jest fajne. Może to jest moim głównym problemem.

– Co? To, że nie potrafi pan wybrać?

Zrobiłem głęboki wdech.

– Kiedy czytam poranną gazetę, ciekawi mnie wszystko. Prawie wszystko. I tak było przez całe życie. W szkole większość rzeczy mnie interesowała. Może nie byłem dobry we wszystkim, ale każdy przedmiot miał w sobie coś pociągającego. Na uniwersytecie mogłem równie dobrze rzucać kostką do gry – wszystkie kursy brzmiały ciekawie. Więc wszystkie wypróbowałem.

– Wszystkie?

– Wiele. I były fajne. Historia religii, politologia, filozofia, psychologia, socjologia... Kiedy mieliśmy drugi semestr psychologii i doszliśmy do psychologii klinicznej, zacząłem się domyślać, co chcę robić.

– W takim razie czemu nie psychologia?

Nie dostrzegłem nawet śladu uśmiechu, ale przeczuwałem, że to pytanie ją bawiło.

– Może byłem zbyt tchórzliwy. Albo jestem po prostu bardziej pragmatyczny. To musi być coś konkretniejszego. Coś, do czego używa się własnych rąk. Lekarz... Wiem, jak wygląda szpital. Jak lekarze pracują. Jak wygląda ich dzień powszedni.

– Ale powiedział pan, że to pana nie pociągało.

– Nie. Początkowo nie. Ale coś podświadomie popychało mnie w tym kierunku.

– Pieniądze?

– Lekarze dobrze zarabiają?

– Uważa się ich chyba za sownie opłacanych.

– Nie, to nie dlatego. Wiem też, że chcę pracować dla Lekarzy bez Granic.

Pani psycholog podniosła wzrok. Trzy sekundy pauzy.

– Lekarze bez Granic...

– Tak, i dlatego muszę być lekarzem albo pielęgniarzem.

Wtedy nie wiedziałem, że zatrudniają także psychologów, ekonomistów i techników. Mógłbym nawet postawić na karierę klauna i dostać pracę u Lekarzy bez Granic.

Psycholożka odłożyła notes i długopis.

– A więc, jeżeli dobrze pana rozumiem, metodą wykluczania doszedł pan do tego, że zawód lekarza jest najmniej zły ze wszystkich wyobrażalnych zawodów świata?

– Tak można to ująć. I że chcę pracować dla MSF.

– MSF?

– Lekarze bez Granic, po francusku.

Kilka miesięcy później zacząłem studiować medycynę.

HANS ROSLING I ROZWÓJ MEDYCYNY

Nadal nie znosiłem przedmiotów ścisłych, więc chemia i fizjologia na pierwszym roku medycyny były dla mnie męczarnią. Więcej niż raz byłem bliski rzucenia studiów, ale dzięki temu, że wciąż chodziłem na wieczorowe kursy psychologii i nauk humanistycznych, czułem się spełniony. Wszystko się zmieniło, kiedy zaczęliśmy praktyki. Najpierw na anatomii nauczyliśmy się budowy ciała i mieliśmy ćwiczenia na szkieletach. Potem przyszedły zajęcia na patologii, gdzie mieliśmy do czynienia jedynie ze zwłokami, a nie z żywymi ludźmi. Zainteresowałem się anatomią ludzkiego ciała i patologią, zacząłem dorabiać na patologii, gdzie razem z kolegą wieczorami i w ferie przeprowadzaliśmy obdukcje. Kiedy potem, w czasie trwania semestrów klinicznych, zacząłem pracę z żywymi pacjentami, z którymi na dodatek mogłem porozmawiać, wiedziałem, że dobrze wybrałem. A kilka lat później poznałem kogoś, kto otworzył mi drzwi do świata poza granicami szwedzkiej służby zdrowia.

Podczas wykładu w związku studentów medycyny Instytutu Karolinska spotkałem wyjątkowego człowieka. Stał przed dużą mapą, wymachując wskaźnikiem. Był profesorem, opowiadał o epidemiach w różnych częściach świata, a nazywał się Hans Rosling. Po wykładzie podszedłem do niego i powiedziałem:

– Fantastyczny wykład. Czy jest jakaś szansa, żebym mógł zrobić jakiś... jakiś projekt naukowy dla pana?

Rosling zsunął okulary i patrzył na mnie przez kilka długich sekund. Potem rzekł:

– Proszę iść do domu i nauczyć się wszystkiego, co tylko pan znajdzie, na temat wytycznych dotyczących etyki prowadzenia badań naukowych nad katastrofami humanitarnymi. Dostanie pan ode mnie miesięczne wynagrodzenie.

Ledwo zrozumiałem, co powiedział, ale pokiwałem głową, usiłując zachować poważny wyraz twarzy. Rosling mnie nie znał, nigdy wcześniej się nie spotkaliśmy, i w tamtej chwili nie miałem pojęcia, dlaczego tak postąpił. Studentowi, którego nigdy nie widział, z miejsca dał dość trudne zadanie. Ale po pewnym czasie pojąłem, że Hans Rosling tak funkcjonował. Dawał zadania ludziom w swoim otoczeniu, a ci mieli możliwość rozwijania się wraz ze wzrostem odpowiedzialności. Chyba w dużej mierze kierował się intuicją i być może miał dobre przeczucia wobec studenta, który tamtego dnia podszedł do niego w Instytucie Karolinska. A może miał kieszonkę wypchaną pieniędzmi i długą listę projektów, którymi należało się zająć? Wolę wierzyć w to pierwsze.

Zadanie było, jak wspomniałem, trudne, ale zrobiłem tak, jak polecił: poszedłem do domu, wyuczyłem się i po trzech tygodniach dostarczyłem raport o wytycznych dotyczących etyki badań naukowych nad katastrofami humanitarnymi, z którego profesor Rosling korzystał przy różnych okazjach. Wiele lat później był też drugim promotorem mojego doktoratu, ale najważniejsze było to, że sprawił, iż tamtego dnia urosłem o kilka centymetrów. To Hansowi Roslingowi należą się podziękowania za to, że dziś jestem tym, kim jestem, zarówno jako lekarz, jak i człowiek – być może głównie za to ostatnie.

Dzięki niemu zacząłem patrzeć na świat w nowy sposób. Nie postrzegałem go już w kategoriach podziału na „północ i południe” czy „wschód i zachód” – był bardziej złożony. Rosling dokonał również czegoś innego: sprawił, że zrozumiałem, iż świat nie jest taki straszny, jak mi się chyba wydawało w okresie dorastania. Są wojny i niesprawiedliwość, ale w szerszej perspektywie świat dziś jest dużo lepszym miejscem do życia niż sto lat temu. Oczywiście istnieją wyjątki – miejsca, gdzie procesy rozwojowe uległy zahamowaniu czy wręcz wstrzymaniu.

Gdyby mój dziadek, urodzony w 1902 roku, dostał gorączki w dniu swoich pierwszych urodzin, najprawdopodobniej umarłby, a ja nie mógłbym pisać tych słów. Kiedy w 2007 roku, ponad wiek później, urodziła się moja córka, świat był już radykalnie lepszy.

W XX wieku dokonano kilku największych odkryć w dziedzinie medycyny, które zrewolucjonizowały nasze życie. W dalszym ciągu różnice są duże w zależności od tego, czy urodzisz się w Sztokholmie, czy w Mogadiszu, ale większość mieszkańców Ziemi może budzić się codziennie z nadzieją na długie życie w zdrowiu. W ciągu stu lat liczba zgonów w wyniku katastrof przyrodniczych spadła o ponad 50 procent. W krajach rozwijających się do szkoły chodzi obecnie prawie tyle samo dziewcząt co chłopców, a w ciągu ostatnich dwudziestu lat globalne ubóstwo zostało zredukowane o połowę. Żyjemy w świecie bezpieczniejszym, w którym panuje większa równość społeczna i mniejsza bieda. Ale, zdaniem Hansa Roslinga, jeśli zapytamy losowo wybrane osoby w Szwecji o te sprawy, to okaże się, że wie o tym zaledwie od 10 do 30 procent. Nawet w mediach przekazywany jest głównie obraz niebezpiecznego, groźnego i biednego świata. Wiadomości o tym, że świat staje się coraz lepszy, nie zyskują widzów, nie sprzedają nakładu. Robią to doniesienia o trzęsieniach ziemi, epidemiach eboli i tonących statkach.

Przy tym nie jest powiedziane, że mamy na przykład przestać walczyć o równouprawnienie płci albo skończyć ze zwalczaniem malarii, którą ciągle zaraża się 214 milionów ludzi rocznie, z czego 438 000 umiera. Miliard ludzi wciąż żyje w ekstremalnej biedzie (Bank Światowy jako ekstremalną biedę definiuje sytuację, gdy ktoś wydaje mniej niż 1,25 USD dziennie), a w Afryce na południe od Sahary szacowana długość życia mężczyzn wynosi zaledwie 46 lat, głównie na skutek epidemii HIV/AIDS. Ale też zwykłe, proste do wyleczenia choroby, jak zapalenie płuc czy biegunka, zabijają miliony dzieci przed ukończeniem piątego roku życia. Nie przestawajmy więc walczyć o lepszy świat, ale, idąc za wskazaniem Hansa Roslinga, przedstawiajmy prawdziwe fakty i opisujmy świat w bardziej poprawny sposób. Dotyczy to również służby zdrowia w Szwecji.

Mój dziadek mógł się spodziewać, że będzie żył około 39 lat. Nie otrzymał żadnych szczepień i przez pierwsze pięć lat życia musiał

zмагаć się z odrą, różyczką i ospą wietrzną. Gdyby dostał zapalenia płuc i zapadł na sepsę (wcześniej zwaną zatruciem krwi), lekarze nie byłiby w stanie ustalić, jakie bakterie ją spowodowały, nie mieliby także żadnego antybiotyku, który mogliby mu podać, toteż prawdopodobnie mocno by się odwodnił, miał pogłębiające się trudności z oddychaniem, a infekcja w końcu doprowadziłaby do jego śmierci. Gdyby lekarze podejrzewali zapalenie płuc, nie mogliby zrobić badania rentgenowskiego, aby potwierdzić diagnozę, a już na pewno tomografii komputerowej, by sprawdzić, o jaki rodzaj zapalenia płuc chodzi.

Przykład ewentualnego zachorowania mojego dziadka na zapalenie płuc pokazuje, jak wielkie postępy poczyniła medycyna w ciągu ostatniego stulecia, także według listy sporządzonej przez „British Medical Journal” (BMJ) w 2007 roku. W dzieciństwie mojego dziadka nie znano sposobu oznaczania bakterii wywołujących choroby, nie było szczepionek, antybiotyków, preparatów nawadniających, rentgena ani tomografii komputerowej.

Siedem z piętnastu najważniejszych zdobyczy medycyny według BMJ jest powiązanych z chorobami zakaźnymi. Zawsze zazdrościłem moim kolegom specjalistom od chorób zakaźnych. Nie tylko mają ciekawą specjalizację, gdzie często pacjenta da się wyleczyć prostą kuracją antybiotykową, ale mogą też korzystać ze wspaniałych osiągnięć z historii medycyny. Nazywają to „rewolucją higieniczną”, na którą składa się odkrycie, że bakterie wywołują zakażenia, poznanie sposobu ich oznaczania, odkrycie szczepionek, elektrolitów, przeciwciał monoklonalnych, a przede wszystkim antybiotyków przez Alexandra Fleminga w 1929 roku. Miliony ludzi umierałyby każdego roku, gdybyśmy nie mieli dostępu do antybiotyków, by przeciwdziałać infekcjom bakteryjnym.

Moja córka, urodzona w 2007 roku, według przewidywań będzie żyła 84 lata. Zaszczepiono ją w przychodni pediatrycznej; kiedy dostała zapalenia ucha, podaliśmy jej antybiotyk, a kiedy miała biegunkę – preparat nawadniający. Jeżeli zachorowałaby na coś poważniejszego,

zostałaby przyjęta do któregoś z naszych szpitali dziecięcych, byłaby diagnozowana i otoczona opieką wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego, dysponującego środkami, o których sto lat temu nikt nawet nie mógł marzyć. W tej „rewolucji higienicznej” chciałbym szczególnie podkreślić wagę szczepień i zobrazować to pewnym przykładem.

W Demokratycznej Republice Konga miałem pacjenta, którego nigdy nie zapomnę. Był to chłopiec z okropnymi ranami po oparzeniach. Nie wiem, ile miał lat, myślę, że około dziesięciu. Prawie w ogóle nie miał skóry na głowie, a na czole prześwitywały kości czaszki. Ledwie domykał usta. Zagadką było dla mnie to, jak mógł cokolwiek jeść. Ale najgorsze były oczy: praktycznie bez powiek, zamiast nich straszne blizny, które nie pokrywały wyschniętych gałek ocznych. Nie widział nic. Najczęściej leżał na boku i jęczał. To było dla niego potworne. Ale i personel cierpiał, kiedy trzeba było zmienić mu opatrunki lub poddać jakimś zabiegom. Codziennie usypialiśmy go ketaminą, dzięki czemu nie trzeba go było intubować. Nie mieliśmy żadnego anestezjologa ani pielęgniarki, więc podczas wszystkich operacji musieliśmy ręcznie wentylować pacjentów, używając masek tlenowych.

Usypialiśmy chłopca, żeby zmienić opatrunki pokrywające rany od poparzeń na policzkach, szyi i tułowiu, które nie chciały się goić. Nie wiem tego na pewno, ale podejrzewam, że chłopiec zmarł niedługo po zakończeniu przeze mnie misji. Szczerze mówiąc, mam nadzieję, że nie musiał dłużej cierpieć. A cierpiał cały czas. I nie miał żadnych szans na znośne życie.

Przypadek poparzonego chłopca nie był odosobniony. Zarówno w Kongu, jak i w innym kraju, w którym przyszło mi pracować, Burundi, opowiadano mi tę samą historię o dzieciach, które przywożono albo przynoszono do naszych szpitali. Ludzie mieszkali w prostych chatkach, w których na środku izby urządzano palenisko. Patyki i czasami węgiel płonęły przez większą część doby, a nad ogniem podgrzewano jedzenie i wodę do zmywania i prania. Palenisko było centralnym punktem domu. Bawiące się dzieci były świadome niebezpieczeństwa, jakie stwarzał

ogień, i go unikały. Ale dzieciom, które dostały konwulsji, nierzadko trudno było uchronić się przed niebezpieczeństwem. Chłopiec z Konga miał długotrwałe ataki drgawek. Dlaczego dzieci dostawały drgawek? Mogliśmy się tylko domyślać. W przypadku chłopca z Konga rodzice opowiedzieli, że jako małe dziecko podczas jakiejś choroby miał wysoką gorączkę, a potem dostał konwulsji. Mogła to być malaria mózgowa albo bakteryjne zapalenie opon mózgowych – nie wiedzieliśmy tego. Ale pobierałem płyn mózgowo-rdzeniowy od wielu dzieci w szpitalu w Kongu i częstokroć stwierdzałem szybki przyrost bakterii. Podawaliśmy antybiotyki i czasami udawało się uratować te dzieci. U innych badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazywało malarię mózgową. U tych dzieci, które nie były leczone, ale przeżyły, istniało ryzyko, że ich mózg został uszkodzony, czego skutkiem były drgawki, niekiedy występujące do końca życia. A leków rozluźniających nie było.

W takich sytuacjach nieodmiennie myślałem o szczepieniach. Pomyśleć, że gdyby te dzieci zostały zaszczepione przeciwko zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych – *meningitis* – to nie doszłoby do zachorowania. Na początku XXI wieku w większości krajów afrykańskich, w których wcześniej ta choroba była szeroko rozpowszechniona, udało się zlikwidować ją szczepieniami. Ale w niektórych, między innymi w Kongu i Burundi, proces ten się opóźnia i w dalszym ciągu dochodzi do zachorowań.

W dużej części Afryki wciąż wiele dzieci umiera z powodu chorób, na które są szczepionki. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że sporemu odsetkowi spośród 3 milionów przypadków śmiertelnych rocznie wśród afrykańskich dzieci poniżej piątego roku życia można by zapobiec, gdyby zostały zaszczepione przeciwko takim chorobom jak odra, polio, krztusiec, tężec, błonica, zapalenie opon mózgowych, żółta febra, wirusowe zapalenie wątroby typu B, gruźlica i zapalenie płuc. Mając tego świadomość, nie sposób zrozumieć ludzi w Szwecji rezygnujących ze szczepienia swoich dzieci przeciwko tym chorobom.

W Europie mieliśmy w ciągu ostatnich pięciu lat na przykład epidemię

odry, podczas której wiele osób zmarło, gdyż nie były zaszczepione. We Francji w latach 2008–2011 zarejestrowano 22 000 przypadków, z czego dziesięć osób zmarło. W Holandii w latach 2013–2014 niektórzy zrezygnowali ze szczepień z przyczyn religijnych, po czym zachorowało 2800 osób, a jedno dziecko zmarło. Rzekomych argumentów przeciwko szczepieniu dzieci pojawia się wiele, a głosy zwolenników tej opcji bywają silne. W Szwecji na przykład toczyła się dyskusja, czy szczepienia przeciw świńskiej grypie powodują narkolepsję. W 2013 roku szwedzcy naukowcy przeprowadzili zakrojone na szeroką skalę badania, podczas których porównano 3,3 miliona zaszczepionych z 2,5 milionami niezaszczepionych mieszkańców Szwecji. Nie wykryto żadnej różnicy w liczbie przypadków narkolepsji pomiędzy obiema grupami. Trudno jest zatem dowieść związku między szczepieniami a narkolepsją. A mimo to ludzie na różnych forach internetowych i w artykułach prasowych podkreślają ryzyko szczepień. Dlaczego? W wielu przypadkach chodzi na pewno o bezzasadne, choć zrozumiałe obawy, że właśnie u ich dziecka wystąpią któreś z tych ekstremalnie rzadkich skutków ubocznych powiązanych z niektórymi szczepionkami. W innych wynika to z doświadczonych na własnej skórze albo znanych w rodzinie lub wśród znajomych powikłań po szczepieniu. Wszystkie lekarstwa mogą wywołać jakieś skutki uboczne, zawsze jednak trzeba zrównoważyć ryzyko i korzyści.

Jak wyglądałby świat bez szczepień? Według amerykańskiego Centrum Prewencji i Kontroli Chorób^[1] (CDC) w 1921 roku 15 000 Amerykanów zmarło na błonicę (difteryt). Od 2004 roku do dziś zmarła jedna osoba. W latach 1964–1965 podczas epidemii różyczki zaraziło się 12,5 miliona Amerykanów. Zmarło 2000 osób, zarejestrowano 11 000 poronień. Dzisiaj na różyczkę co roku zapadają pojedyncze osoby. W Stanach Zjednoczonych i w Szwecji polio całkowicie zwalczono, natomiast w Afryce wiele dzieci wciąż zapada na tę przerażającą chorobę. Tylko jedna choroba całkowicie zniknęła z powierzchni Ziemi w ostatnim stuleciu dzięki pracy człowieka nad szczepieniami: ospa prawdziwa.

Choroby mogą powrócić, dopóki wciąż istnieją na świecie. Na przykład krztusiec w Japonii w 1974 roku dzięki szczepieniom dotknął tylko kilkuset osób, ale w kolejnym roku liczba szczepionych spadła, po czym w 1979 roku w kraju nastąpiła kolejna epidemia choroby z 13 000 przypadków i 41 zmarłymi.

*

Medycyna to skomplikowana nauka z wieloma szarymi strefami w zakresie rozpoznawania, diagnostyki i leczenia. Kiedy nie mam pewności, jaki rodzaj leczenia jest najlepszy dla siedzącego przede mną pacjenta, radzę się kolegów, zgłębiam literaturę – a w rezultacie prawie zawsze decyduję się na opcję pośrednią. Najczęściej mam do wyboru kilka dobrych rozwiązań. Natomiast w przypadku szczepień jestem stanowczy: nie dopuszczam innej możliwości, kiedy ludzie wahają się, czy szczepić swoje dzieci przeciwko chorobom objętym naszym programem szczepień ochronnych. Naukowe dowody na to, że dzięki szczepieniom corocznie jesteśmy w stanie ocalić miliony ludzkich istnień, są nieodparte. Mimo że ryzyko zapadnięcia szwedzkiego dziecka, którego rodzice odmawiają szczepień, na groźną chorobę jest niskie, to odpowiedzialność dotyczy szerszego planu: chodzi tu o zbiorową odpowiedzialność za zaszczepienie wszystkich dzieci, żeby uniknąć śmierci tego jednego dziecka. Ponadto uważam, że w perspektywie globalnej odmawianie swojemu dziecku szczepień w Szwecji jest przejawem ignorancji: mamy możliwość ochrony wszystkich dzieci, a szczepionki są u nas darmowe. Jednocześnie miliony ludzi w krajach rozwijających się nie mają nawet cienia szansy na podanie swoim dzieciom szczepionek. Jak można zrezygnować? Jak można świadomie narażać własne dzieci na takie ryzyko? Nie potrafię tego zrozumieć.

Reasumując, w wielu punktach zgadzam się z moim mentorem i promotorem Hansem Roslingiem: dzisiejszy świat jest o wiele lepszy niż dwadzieścia, pięćdziesiąt czy sto lat temu. Niestety, nie dotyczy to całej populacji. W zderzeniu z przypadkiem konkretnego pacjenta, któremu

nie pomoże statystyka ani ładne prezentacje w PowerPoincie na temat zredukowania światowej biedy o połowę, trudno zachować pozytywne nastawienie Roslinga. Dlatego w każdym przypadku za statystyką trzeba dostrzec jednostkę. Dla lekarza czy pielęgniarki to spotkanie z pacjentem zawsze będzie siłą napędową, by wstać rano i iść do pracy.

Profesor Rosling był inspiratorem, który otworzył mi oczy. Ukończyłem studia medyczne, mimo chemii i fizjologii, których nie znosiłem. Podczas ostatnich miesięcy nie potrafiłem już powstrzymać niecierpliwości. Zastanawiałem się, dlaczego nie mogli trochę skrócić programu studiów, tęskniłem do chwili, gdy zacznę pracę jako lekarz.

Wykorzystałem podczas studiów wszelkie szanse na zwiedzenie świata: spędziłem jeden semestr w klinikach zakaźnych i dermatologicznych w Paryżu, w czasie jednego lata studiowałem akupunkturę w Chinach, odwiedziłem Kopenhagę i Nowy Jork. W nowe milenium wkroczyłem tanecznym krokiem, razem z narzeczoną, na plaży w południowych Indiach, a swoją edukację zwieńczyłem kilkoma miesiącami praktyki w klinikach pediatrycznych i na oddziałach ratunkowych w Los Angeles. Opalony odebrałem dyplom w sztokholmskim Filadelfiakyrkan^[2] i poczułem, że teraz wreszcie zaczyna się prawdziwe życie. Od dnia rozdania dyplomów do mojego pierwszego dyżuru na oddziale ratunkowym miał upłynąć tylko jeden weekend.

STAŻ: METODA PRÓB I BŁĘDÓW

Minęły zaledwie dwa tygodnie mojego stażu w Örnköldsvik, niedużej miejscowości na północy Szwecji, gdy na szpitalnym oddziale ratunkowym pojawił się nieprzytomny pacjent. Byłem tamtej nocy jedynym lekarzem i miałem się zajmować wszystkimi pacjentami. Ostry dyżur chirurgiczny pełnił tak samo zagubiony kolega stażysta, którego w zasadzie nie widywałem. Nasze dyżurne wsparcie spało w domowych pieleszach, a ja sam dopiero zaczynałem rozumieć, jak czytać kartę pacjenta, jakie informacje nagrywać na kasetach magnetofonowych i jakich pacjentów umieszczać na jakich oddziałach. Chodziło przede wszystkim o logistykę i w bardzo małym stopniu o medycynę. Moje „widzenie tunelowe” dopuszczało jedynie ograniczoną liczbę diagnoz, dlatego też miałem przed oczami... ograniczoną liczbę diagnoz.

Ściany oddziału ratunkowego były pomalowane na pomarańczowo, a linoleum na podłodze skrzypiało pod moimi nowiutkimi drewniakami. Nowym, drogim stetoskopem Littmanna wykryłbym każdy najdelikatniejszy szmer u pacjentów z wadą serca. Kieszenie fartucha miałem wypchane do niemożliwości drogimi leksykonami medycznymi, w które się zaopatrzyłem. Wprawne pielęgniarki – bo większość z nich była stara i bardzo doświadczona – musiały wzdychać za moimi plecami: „Jeszcze jeden nadgorliwy chłopak ze Sztokholmu, który robi staż na prowincji. Nie ma pojęcia, co go czeka...”.

Miały rację.

Nieprzytomny pacjent, którego przywiozła karetka, mężczyzna po trzydziestce, został znaleziony w śniegu przed jakimś pubem. Był wychłodzony i w stanie śpiączki, ale jego serce biło i miał dobry poziom saturacji bez podawania tlenu. Zastanawiałem się, co powinienem zrobić przede wszystkim. Człowiek jest w stanie wytrzymać bez jedzenia do miesiąca (na przykład Mahatma Gandhi prowadził strajk głodowy przez

21 dni i przeżył), a bez wody do tygodnia (najczęściej nie dłużej niż 3–4 dni), ale bez tlenu ważne dla organizmu narządy nie wytrzymają długo. Nerki i wątroba ulegają uszkodzeniom po 15–20 minutach, a mózg już po trzech. Żeby człowiek mógł żyć, potrzebna jest pompa (serce) i środek transportu (hemoglobina), by tlen trafiał do „tuneli” krwi (naczyn krwionośnych). To dlatego u człowieka w śpiączce (czy w jakimkolwiek stanie zagrożenia życia) najpierw sprawdza się, czy uszkodzony oddycha, czy drogi oddechowe są drożne (na przykład czy w tchawicy nie utknął kawałek jedzenia) i czy tlen dociera do wszystkich narządów. Saturację kontroluje się pulsoksymetrem, urządzeniem zakładanym na palec lub na ucho. Na koniec sprawdza się tętno, żeby zobaczyć, czy serce pompuje krew.

Stałem bezradny w sali oddziału ratunkowego i zastanawiałem się, co dalej. Serce i płuca pacjenta zdawały się funkcjonować, ale był nieprzytomny. W pamięci kołatało mi jakieś zdanie-szyfr, podające najważniejsze przyczyny nieprzytomności, ale w tej chwili miałem pustkę w głowie. Badałem mężczyznę przez dwadzieścia minut – osłuchałem jego serce i płuca, pouciskałem brzuch, obejrzałem skórę, szukając ran lub wysypki. Wszystko jednak wyglądało normalnie. Przeprowadziłem badanie neurologiczne, lecz miałem trudności z wywołaniem kilku odruchów. Doznałem przebłysku geniuszu: czy to może być intoksykacja, zatrucie GHB, czyli kwasem gamma-hydroksymasłowym? Wtedy, w 2000 roku, w Örnköldsvik dużo młodzieży zażywało GHB, narkotyk imprezowy, zwany pigułką gwałtu, w postaci przejrzystej, bezwonnej cieczy, który w niskich dawkach wywołuje upojenie podobnie jak alkohol, ale łatwo można go przedawkować, co powoduje całkowitą utratę przytomności. Najczęściej pacjenci budzili się nagle, zupełnie nieświadomi tego, co im się przytrafiło. Poczułem się mądry, ale daleki od pewności. Istniały przecież inne, co najmniej równie prawdopodobne możliwości. Na przykład udar. Czy to mógł być niewykryty tętniak, wyrzucenie któregoś z naczyń krwionośnych w mózgu, które teraz pękło, powodując wylew krwi do mózgu? W takim przypadku trzeba było się spieszyć. Z Örnköldsvik była ponad godzina drogi do kliniki

neurochirurgicznej w Umeå.

W końcu zleciłem tomografię komputerową mózgu pacjenta.

Pielęgniarki pobrały mężczyźnie krew do badania, ale ja nie chciałem czekać. Wylew krwi do mózgu miał pierwszeństwo. Pielęgniarki zawiozły go na tomografię.

Po kwadransie zadzwonili z dyżuru rentgenowskiego i zostałem poproszony do telefonu.

Lekarz powiedział:

– Jedna z pielęgniarek sprawdziła poziom cukru we krwi, badanie wykazało osiemnaście.

Osunąłem się na czarny biurowy fotel.

Pacjent był cukrzykiem. Przyjął insulinę, ale nie zaprzętał sobie głowy jedzeniem i był nieprzytomny z powodu niskiego poziomu cukru.

Zawstydziłem się, zleciłem kroplówkę z glukozą, a potem zbadałem mężczyznę, który wrócił z tomografii, osłabiony, wyczerpany, ale już przytomny. Obawiałem się, że niski poziom cukru, który przeoczyłem i dlatego zwlekałem z podjęciem leczenia, mógł poważnie uszkodzić mózg. Tym razem miałem szczęście. Następnego dnia pacjent czuł się dobrze, a ja dostałem nauczkę. Nigdy więcej nie zapomniałem o sprawdzeniu poziomu cukru u nieprzytomnego pacjenta. W końcu przypomniałem sobie też owo zdanie-szyfr, które na studiach miało nam pomóc zapamiętać częste przyczyny utraty przytomności: HUSK MIDAS^[3]. „D” w MIDAS oznaczało przecież *diabetes* – cukrzycę.

Później dużo myślałem o tamtym wydarzeniu. Uzmysłowiłem sobie, że przez całą noc byłem sam. Żadnego bardziej doświadczonego lekarza, z którym mógłbym omówić stan chorego. Następnego dnia spodziewałem się porządnej bury, ale na porannym zebraniu nikt nic nie powiedział, ponieważ nie miałem odwagi pisać nawet słowa o mojej pomyłce. Wyglądało na to, że nikt o niej nie wiedział. Nigdy nie było żadnego dochodzenia w sprawie mojego podstawowego, acz potencjalnie śmiertelnościanego błędu. Czy to dlatego, że nikt się nie przejmował? Czy

raczej podobne sytuacje zdarzały się tak często, że nikomu nie chciało się już nawet palcem kiwnąć?

Ogólnie na początku kariery popełniało się błędy dość łatwo. Łatwo w tym sensie, że nie prowadziło to do żadnych negatywnych konsekwencji. Najczęściej pracowaliśmy sami, bez szczególnego nadzoru ze strony ordynatorów, którzy byli zajęci pacjentami we własnych gabinetach. Praca szpitala, a przede wszystkim oddziału ratunkowego, opierała się w głównej mierze na stażystach. Po prostu nie było pieniędzy na to, żeby nocą w szpitalu dyżurowali starsi lekarze. Ale z perspektywy czasu zdaję też sobie sprawę, że byłem typowym młodym lekarzem-mężczyzną, któremu woda sodowa uderzyła do głowy – uważałem, że potrafię wszystko. Nawet nie przyszło mi na myśl, że mogę zadzwonić i obudzić mojego dyżurnego zastępcę.

Chciałbym móc powiedzieć, że nabrałem pokory i zacząłem dzwonić do dyżurnego, ale w ostatecznym rozrachunku tamto wydarzenie nie nauczyło mnie szczególnie dużo. Kiedy wreszcie mogłem zacząć praktykować medycynę w Örnköldsvik, wciąż jeszcze byłem oszołomiony tempem wydarzeń i jechałem na adrenalinie. Młody. Mężczyzna. Słaba świadomość samego siebie.

Dlaczego w tym kontekście wspominam o mojej płci? Jedyne z powodu prostej i całkiem nienaukowej obserwacji, że niezmiernie rzadko spotykałem lekarki z poczuciem wyższości.

Piętnaście lat później jestem ordynatorem oddziału wewnętrznego i lepiej znam narzędzia, którymi dysponuję. Nie przegapiłbym niskiego poziomu cukru u nieprzytomnego pacjenta (tak sądzę) i nie panikuję na oddziale ratunkowym. W konkretnych przypadkach mam własne checklisty, pozwalam sobie na powtórne sprawdzanie, dyskusowanie ze sobą samym i z innymi – lekarzami, pielęgniarkami, sanitariuszami – zanim podejmę decyzję, jak będziemy postępować na przykład z nieprzytomnym pacjentem. Rzadko panuje aż taki pośpiech, żeby nie można było pozwolić sobie na te pół minuty refleksji, zastanowienia nad całą sytuacją.

Dzisiaj mam już świadomość – nader bolesną – jak mało potrafiłem na początku. A także tego, jak bardzo nie zdawałem sobie sprawy z własnych braków w wiedzy. I jak bardzo mi się spieszyło. Być może było to naturalne – coś w rodzaju mechanizmu obronnego, żeby w ogóle mieć odwagę podjąć pracę w szpitalu i nie dać się zjeść stresowi. Dopiero z czasem przychodzi świadomość, że medycyna jest nieskończona. Że moja wiedza jest szeroka, ale powierzchowna. Każdego miesiąca uczę się o nowych chorobach i ich objawach, o których nigdy nie słyszałem. Każdego miesiąca dostrzegam, że muszę powtarzać proste procedury lecznicze i rozpoznania. Czasami, kiedy muszę poddać się w obliczu faktu, że nigdy nie będę mógł rozluźnić się w pracy, frustracja potrafi być wszechogarniająca. Jeżeli nie chcę mieć poczucia, że poziom mojej wiedzy medycznej staje się niebezpiecznie niski, muszę wciąż się douczać, najlepiej codziennie – cały czas, gdy lecę pacjentów.

Moim zdaniem na ten właśnie aspekt naszej pracy – umiejętność przyznania się do pomyłki i przedyskutowanie jej z innymi – powinniśmy zwracać baczniejszą uwagę. W kręgach lekarskich panuje powszechny lęk, że ktoś przyłapie nas na popełnieniu błędu. Dlatego właśnie większość lekarzy stara się ukrywać swoje pomyłki. Jest to niewłaściwe, ale też niemądre. Rozmawiając o popełnionych błędach, można się bardzo dużo nauczyć.

W wielu klinikach w USA lekarze spotykają się i omawiają przypadki pacjentów, którzy zmarli lub podczas ich leczenia coś poszło nie tak. W niektórych klinikach odbywa się to raz–dwa razy w miesiącu, w innych każdego ranka. W skrócie wygląda to tak, że lekarz, który leczy danego pacjenta, opowiada kolegom, jakie procedury zastosowano. Celem M&M – *Morbidity and Mortality Conferences* – jest przeanalizowanie, co poszło nie tak i co należy zrobić lepiej następnym razem. Te narady nie mają na celu ukarania kogokolwiek czy szukania kozła ofiarnego (jak to czasem może wyglądać w niektórych serialach o szpitalach), ale rozwój służby zdrowia: co możemy zrobić lepiej?

Kiedy na jedenastym semestrze studiów medycznych byłem na

wymianie w Los Angeles, wielkie wrażenie zrobiła na mnie odwaga, z jaką młodzi lekarze w piątkowe poranki prezentowali na szerokim forum przypadki swoich pacjentów. Spokojnie opowiadali, rzeczowo opisywali przebieg całego zdarzenia (byli w tym chyba porządnie wyćwiczeni albo dobrze ukrywali stres). Zebraniem kierował starszy lekarz, zadając pytania dotyczące zajmowania się pacjentami. Również publiczność, z kawą i bajglami w dłoniach, miała możliwość zadawania pytań. Pociły mi się dłonie od samego przebywania w tej sali, jednak wiedza przekazywana w ciągu tej niespełna półgodziny była dla mnie inspirująca.

Konferencje M&M rozpoczął amerykański chirurg Ernest Amory Codman (urodzony w 1869 roku), pracujący w Massachusetts General Hospital w Bostonie. Codmana interesowało, co się działo dalej z jego pacjentami, i stworzył coś, co nazwał *End Result Cards* – rejestr, w którym śledził losy operowanych przez siebie pacjentów. Okres monitorowania wynosił co najmniej rok. Codman chciał, żeby wyniki tych obserwacji były dostępne nie tylko dla lekarzy, ale i dla zwykłych ludzi, którzy mogliby wybierać lekarzy i szpitale, bazując na solidnej podstawie. Nic dziwnego, że został zwolniony ze szpitala, a wtedy założył własny szpital, który nazwał End Result Hospital.

W okresie swojej pracy w szpitalu Massachusetts Codman wprowadził pierwsze konferencje M&M. Pomyłki zaklasyfikował jako *preventable*, *potentially preventable* albo *non preventable*, czyli: możliwe do uniknięcia, potencjalnie możliwe do uniknięcia oraz niemożliwe do uniknięcia.

Zapobieganie czemuś oznacza powstrzymanie z góry pewnych wydarzeń albo zmniejszenie ryzyka, że coś się stanie. W społeczeństwie używamy dość rozrzutnie słowa „zapobiegać”, na przykład mówiąc o zmniejszeniu ryzyka śmiertelnych wypadków na drodze poprzez używanie pasów bezpieczeństwa albo w sytuacjach, gdy policja i służby socjalne stosują metody mające na celu ograniczenie przestępczości wśród młodzieży. W przypadku chorób chcemy zapobiegać osteoporozie, chorobom serca i układu krążenia oraz chorobom nowotworowym. Lista

działań, które podejmujemy jako społeczeństwo oraz – na poziomie bardziej specjalistycznym – w służbie zdrowia, by zapobiegać chorobom, jest długa.

Kiedy na konferencji M&M w USA mówi się o *preventable death*, najczęściej chodzi o to, czy w tym konkretnym przypadku, gdy pacjent zmarł, można było przewidzieć taki przebieg. Mówiąc wprost: czy lekarze i pielęgniarki mogli nie dopuścić do śmierci pacjenta? Czy popełniono jakiś błąd, którego następnym razem można uniknąć?

Często zastanawiałem się, dlaczego nie organizujemy konferencji M&M w Szwecji. W niektórych klinikach na pewno omawia się poszczególne przypadki, ale niewielu szpitalom udaje się stworzyć na tyle przyzwalającą atmosferę, żeby lekarze czuli się swobodnie, opowiadając w gronie kolegów o swoich pomyłkach, zwłaszcza gdy pacjent zmarł. Nie mam zamiaru wdawać się w analizę różnic w mentalności amerykańskich i szwedzkich lekarzy: chcę tylko podkreślić znaczenie tego, żeby mieć odwagę rozpatrywać własne pomyłki. Wszyscy przecież wiemy, że najlepiej uczymy się na błędach. Dlaczego więc nie dzielić się tymi doświadczeniami?

Na podstawie paru przykładów z mojej własnej praktyki postaram się pokazać, jak mogłaby przebiegać prezentacja przypadku i dyskusja na szwedzkiej konferencji M&M.

Pacjent lat trzydzieści osiem, dotychczas zdrowy, trafił na oddział ratunkowy z rozległym wylewem krwi do mózgu. Źrenice miał poszerzone, niereagujące na światło. Wszystkie badania neurologiczne wykazały śmierć mózgu, co oznacza, że pacjent był martwy w znaczeniu zarówno medycznym, jak i prawnym. Czy personel mógł w jakikolwiek sposób zapobiec śmierci pacjenta? Nie. Jedyne, co może byłoby w stanie uratować pacjenta, to wcześniejsze zgłoszenie się po pomoc medyczną. Ale z perspektywy lekarzy i pielęgniarek – czyli osób, którzy uczestniczą w konferencji M&M – nie można było nic zrobić. Śmierć była *non preventable*, czyli nieunikniona. Można dyskutować, czy na poziomie ogólnospołecznym jakieś środki zapobiegawcze mogły uchronić

trzydziestośmiolatka od śmierci. Czy już w szkole miał nadwagę? Czy miał nadciśnienie albo cukrzycę, których nie wykryto w przychodni zdrowia? Ale te pytania nie są istotne z punktu widzenia dyskusji nad indywidualnym przypadkiem.

Kolejny przykład: mężczyzna lat sześćdziesiąt cztery, przyjęty do szpitala w celu zbadania, dlaczego rano zemdlął w centrum handlowym, nagle, w szpitalnym łóżku, jego serce się zatrzymuje. Czy jego śmierci można było zapobiec? Nie był podłączony do systemu telemetrycznego, rejestrującego aktywność serca. Kiedy podeszliśmy do jego łóżka, mogliśmy stwierdzić, że miał migotanie, co sprawiało, że jego serce nie pompowało krwi do organizmu. Użyliśmy defibrylatora, ale życia pacjenta nie udało się uratować – prawdopodobnie pielęgniarka zbyt późno zauważyła, że z mężczyzną dzieje się coś złego. Czy jego śmierci można było uniknąć? Może. Prawdopodobnie. Monitorując jego akcję serca, moglibyśmy wcześniej zastosować elektrowstrząsy. Jego śmierć była, jak to postrzegam, *potentially preventable* – możliwa do uniknięcia. Być może popełniliśmy pomyłkę, która oznaczała śmierć sześćdziesięcioczworoletniego mężczyzny. Takie doświadczenie, *jeżeli* byśmy się nim podzielili z innymi lekarzami i pielęgniarkami, mogłoby pomóc im uniknąć analogicznej pomyłki.

Czy brakowało mi wiedzy, kiedy nie skontrolowałem poziomu cukru we krwi trzydziestośmiolatka, którego przyjęto nieprzytomnego na oddział ratunkowy szpitala w Örnköldsvik? Jak najbardziej. Zarówno mój brak wiedzy, jak i niewielkie doświadczenie, a do tego nieunikniony stres, w którym się znajdowałem, sprawiły, że nie postąpiłem właściwie. Byłem jednak osamotniony podczas nocnego dyżuru, pozbawiony opieki czuwającej nade mną doświadczonej osoby. Gdybym miał możliwość następnego dnia rano na zebraniu podzielić się moim przeżyciem, kolejni stażyści być może nie popełniliby tego samego błędu.

STAŻYSTA I JEGO OPIEKUN

Bjästa to niewielka miejscowość w regionie Västernorrland: 1800 mieszkańców, dwie pizzerie i restauracja, gdzie w menu królują hamburgery. Jadąc samochodem ze Sztokholmu, prawdopodobnie nie zauważymy zjazdu z E4, skąd jest jeszcze dwadzieścia pięć minut do Örnsköldsvik. Za ledwie kilka kilometrów na wschód od tego miasta rozciąga się fantastyczne wybrzeże – Höga kusten, z takimi atrakcyjnymi miejscami jak Köpmanholmen, Norrfällsviken czy Bönhamn, że nie wspomnę o malowniczej wyspie rybackiej Ulvön z istniejącą od stuleci wytwórnią kiszonych śledzi. Höga kusten cechuje bogactwo dzikiej przyrody zarówno latem, jak i zimą. Ale do Bjästa jeżdżą chyba tylko ci, którzy tam mieszkają. Albo ci, którzy mieli szczęście dostać przydział na sześciomiesięczny staż w tamtejszej przychodni zdrowia.

Początkowo traktowałem to jako karę, gdy dotarło do mnie, że będę musiał codziennie dojeżdżać godzinę, w tę i z powrotem, do Örnsköldsvik, gdzie miałem dziewczynę i przyjaciół. Przychodnia, w której miałem odbyć staż, już sama w sobie była kiepska, a na dodatek miałem w perspektywie sześć uciążliwych miesięcy pracy jako lekarz rejonowy, podczas gdy gdzie indziej mógłbym przyjmować pacjentów z zawałem serca lub skomplikowane przypadki z wypadków drogowych na oddziale ratunkowym.

Po pierwszym dniu w przychodni w Bjästa całkowicie zmieniłem zdanie.

Mój opiekun nazywał się Knut Meidell i od wielu lat pracował jako lekarz rejonowy. Najpierw przedstawił się i pokazał mi przychodnię, a następnie zaprowadził do mojego gabinetu i powiedział:

– Zapisałem do pana kilku pacjentów. Pierwszy jest już w poczekalni. Proszę samemu zacząć i w razie potrzeby przyjść po pomoc.

– A czy mam...?

Kurt wszedł do swojego gabinetu i zamknął drzwi.

– No dobra... – szepnąłem do siebie.

Nie przygotowałem się na przyjmowanie pacjentów już pierwszego dnia, a tym bardziej na to, że będę musiał robić to samodzielnie.

Pierwszą pacjentką była kobieta w średnim wieku z nadciśnieniem. Nic trudnego, uznałem, kiedy przeczytałem cel wizyty: „kontrola ciśnienia krwi”. „Boże, jakie to proste” – pomyślałem.

Przywitałem się z pacjentką, poprosiłem, by rozebrała się do połowy, żebym mógł osłuchać serce i płuca. Zacząłem szukać w jej karcie wyników wcześniejszych badań ciśnienia, ale nie znalazłem. Przeprosiłem i wyszedłem. Odszukałem pielęgniarkę, która pobierała pacjentce krew do badań.

– Przepraszam, gdzie znajdę wcześniejsze wyniki badań ciśnienia krwi?

– Kochaniutki, musi się pan sam tym zająć – usłyszałem w odpowiedzi.

– Ale... dobrze.

Wróciłem do gabinetu i poszukałem ciśnieniomierza. Po krótkim nieporadnym zakładaniu udało mi się zmierzyć pacjentce ciśnienie, które okazało się za wysokie: 160/100 (powinno wynosić około 120/70). I co teraz? Zajrzałem do karty i zobaczyłem, że pacjentka przyjmuje już dwa leki na nadciśnienie: jeden wpływający przede wszystkim na jej nerki (inhibitor ACE) i drugi obniżający zarówno ciśnienie, jak i tętno (beta-bloker). Co jeszcze mógłbym jej zaproponować? Szybko przewertowałem swoje książki. „Właśnie, moglibyśmy dodać jeszcze trzeci lek” – pomyślałem. Ale miałbym go dodać tak po prostu? Teraz? Czy poczekać? A potem co? Co będzie potem? Na SOR-ze po prostu mówiłem pacjentom: „Proszę zamówić wizytę w przychodni i tam to skontrolować już na spokojnie”.

Powiedziałem pacjentce, że muszę przedyskutować sprawę z kolegą, i poszedłem szukać Knuta, który akurat miał pacjenta.

- O, przepraszam – powiedziałem.
 - Nic nie szkodzi. Proszę poczekać. – Knut wyszedł z gabinetu, zamknął za sobą drzwi, a ja zreferowałem mu przypadek mojej pacjentki na korytarzu.
 - I co pan proponuje? – zapytał cierpliwie Knut.
 - Dołożenie niskiej dawki diuretyku.
 - Brzmi nieźle. A kiedy chce pan skontrolować skutki podania leku?
 - Za... powiedzmy dwa tygodnie.
 - Trochę późno. Może mieć zaburzoną równowagę elektrolitową po tabletkach moczopędnych.
 - No tak. Hiperkaliemia.
 - I hiponatremia. Powiedzmy za tydzień.
 - Dobrze, za tydzień. Czy mam ją zapisać do siebie?
 - Oczywiście. Fajnie jest spotkać pacjenta więcej niż jeden raz, jak na pogotowiu, prawda?
 - Tak, to prawda.
 - Dobrze. – I Knut wrócił do swojego pacjenta.
- Poszedłem do kobiety z nadciśnieniem i przepisałem jej nowe lekarstwo.

Dalej było podobnie. Z prawie każdym pacjentem. Najpierw czytałem i próbowałem sam. Kiedy nie wiedziałem, co zrobić, prosiłem Knuta o pomoc. Kiedy miałem jakiś pomysł, też konsultowałem go z Knutem. Nie zdarzyło się, by w ciągu tych wszystkich sześciu miesięcy Knut choć raz kazał mi czekać dłużej niż minutę. Z nadludzką umiejętnością łączenia własnych obowiązków z pomaganiem mi, ze stoickim spokojem i niekwestionowanym profesjonalizmem pilotował mnie przez te sześć absolutnie najlepszych miesięcy, jakie przytrafiły mi się w ciągu całej mojej edukacji, wliczając w to studia medyczne, staż i rezydenturę. Jego przepis na sukces brzmiał: dostępność. Knut nie wahał się zwrócić mi uwagę, jeśli popełniłem jakieś głupstwo, ale robił to zawsze spokojnie i rzeczowo. Nigdy nie czułem się głupi ani poniżony. Rozwijałem się

z każdym przyjętym przez siebie pacjentem. Ogromnie dużo się też nauczyłem. Życzę każdemu lekarzowi i każdej pielęgniarce takiego opiekuna, jakim był Knut Meidell.

Staż pod opieką bardziej doświadczonego lekarza jest głównym elementem kształcenia lekarzy i pielęgniarek. Zajmuje on jednak czas i wymaga zdolności pedagogicznych. Co prawda w służbie zdrowia jest trochę stanowisk powiązanych z nauczaniem – ale właśnie tylko trochę. Absolutnie lwia część kształcenia i praktycznego nauczania odbywa się przy udziale lekarzy i pielęgniarek w ramach ich codziennej pracy, w klinikach, przychodniach, szpitalach, laboratoriach i poradniach. Zostawiamy oddział na godzinę albo planujemy przerwę w grafiku w przychodni i siadamy razem z młodszym kolegą czy koleżanką, zazwyczaj w pośpiechu, bo wiemy, że będziemy musieli nadrobić tę godzinę w pracy z pacjentami. Nie jest to łatwe, a co z tego mamy? Dla tych, którzy lubią nauczać, odpowiedź jest prosta: przekazywanie wiedzy początkującym kolegom jest ogromnie satysfakcjonujące. Szkoląc innych, człowiek uczy się sam – to zdecydowanie niedoceniany aspekt uczenia. Ale pod względem korzyści ekonomicznych czy wpływu na rozwój kariery zawodowej jesteśmy daleko w tyle za na przykład USA albo Anglią. W Stanach Zjednoczonych profesor nierzadko połowę czasu pracy poświęca na nauczanie. Uważane jest to za coś pozytywnego, za priorytet w karierze.

W Szwecji punkty dają badania naukowe. Żeby osiągnąć dobre stanowisko i – co się z tym wiąże – zyskać wyższą płacę, trzeba pracować naukowo, a najlepiej zrobić doktorat.

Ciągle powracam do kwestii braku czasu. Ale co robi lekarz? Co kradnie tak dużo czasu, potrzebnego na przyjmowanie pacjentów i nauczanie innych lekarzy? Gdybyśmy zapytali dziś szwedzkich lekarzy, czego chcieliby robić mniej, to większość z nich odpowiedziałaby: wypełniać papierów.

Johanna Edvardsson wraz z kolegami w 2014 roku w czasopiśmie lekarskim „Läkartidningen” opublikowała wyniki badań nad sytuacją

zawodową lekarzy. Miały one na celu dowiedzieć się, ile czasu szwedzcy doktorzy poświęcają na działania czysto administracyjne. Badacze porównali cztery kliniki w Szwecji i w Anglii. Przez tydzień obserwowali wnikliwie pracę piętnastu lekarzy. Szwedzcy lekarze poświęcali średnio 40 procent swojego czasu pracy pacjentom, a 37 procent na zajęcia administracyjne. Pozostały czas pochłaniały szkolenia, posiłki, przerwy i dojazdy. W przypadku angielskich lekarzy liczby te wyniosły odpowiednio 66 i 15 procent. Następnie przeprowadzono badanie ankietowe, w którym udział wzięło sześćdziesięciu czterech lekarzy z czterech szwedzkich szpitali, odpowiadając na pytania, jakie elementy zawiera ich dzień pracy oraz co sądzą o pracy administracyjnej. Wyniki ankiety pokazały, że w swoim własnym odczuciu lekarze mieli w pracy więcej zadań, niż byli w stanie wykonać, i że w pierwszej kolejności zmuszeni byli rezygnować z czasu na doksztalcanie.

Sam jestem tego przykładem. Pracuję na oddziale ratunkowym szpitala uniwersyteckiego. Zaletą tego jest fakt, że kształci się tu wiele osób: studenci medycyny, lekarze stażyści, lekarze rezydenci, studenci pielęgniarstwa i ciągle zdarzają się okazje do nauki, przede wszystkim w czasie przerwy obiadowej. Poprzez samo chodzenie do pracy i obecność na oddziale można się stale doksztalać. Jednocześnie podzielam opinię ze studium Johanny Edvardsson na temat nakładu pracy administracyjnej. Uważam nawet, że 37 procent to dane zaniżone. Szacując z grubsza, zajęcia administracyjne pochłaniają więcej niż połowę czasu pracy. Spędzam z pacjentami zaledwie około jednej trzeciej mojego dnia. W efekcie czas, kiedy jestem z pacjentem albo z kimś z jego rodziny przy kawie lub na sali i możemy spokojnie porozmawiać, odbieram obecnie jako czysty luksus.

Chwile w tygodniu, kiedy nie odczuwam stresu i nie muszę pędzić dalej, żeby odhaczyć kilka kolejnych punktów na liście rzeczy do zrobienia, są rzadkie. A kiedy się w końcu zdarzają, czuję, że sprawiają mi ogromną przyjemność. Dlatego przecież i ja, i moi koledzy kształciliśmy się na lekarzy: chcieliśmy mieć kontakt z pacjentami. Chcę z nimi

rozmawiać, poznawać ich, dogłębnie poznać historię ich choroby i starać się zrozumieć objawy, stawiać diagnozy i szukać sposobów leczenia. Chcę uciskać ich brzuchy, osłuchiwać serca i płuca, badać palcami węzły chłonne i przeprowadzać badania neurologiczne. To dlatego zostałem lekarzem. Nie po to, żeby poświęcać połowę czy wręcz dwie trzecie dnia na notowanie w dzienniku tych niewielu rzeczy, które zdążyłem zrobić z pacjentem, albo pisać raport o sytuacjach odbiegających od normy, aby kierownictwo miało dane statystyczne do swoich sprawozdań, bądź zapisywać skrzątnie wszystkie te godziny, kiedy jestem na dyżurze zastępczym i próbuję wyczarować miejsca dla pacjentów leżących wciąż na oddziale ratunkowym, bo szpital jest przepełniony, ponieważ Szwecja ma najmniej miejsc szpitalnych *per capita* w Unii Europejskiej.

Na szczęście wiele się robi w celu zmniejszenia biurokracji w służbie zdrowia, między innymi dzięki różnym rozwiązaniom technicznym. Poza tym co ja bym robił bez tych wszystkich wspaniałych sekretarek medycznych, które muszą siedzieć i wysłuchiwać mojego zmęczonego głosu przy dyktowaniu końcowych zapisków w środku nocy?

Według raportu OECD z 2015 roku w Szwecji przypada czterech lekarzy na tysiąc mieszkańców, co plasuje kraj na dziewiątym miejscu pod względem zagęszczenia lekarzy w państwach OECD. Średnia wynosi 3,3. Ale ci lekarze nie spędzają większości swego czasu z pacjentami – czego prawdopodobnie życzyliby sobie zarówno lekarze, jak i chorzy.

Jednym ze sposobów na rozwiązanie tego problemu są działania podjęte przez szpital w Ystad, gdzie sekretarka medyczna bierze udział w obchodzie i robi notatki w kartach pacjentów, wysyła skierowania oraz zleca badania laboratoryjne za pomocą laptopa. Lekarzy nie kształci się po to, żeby w pierwszej kolejności prowadzili dokumentację i wykonywali inne zadania administracyjne. Każdy rozumie, że na początku kariery lekarskiej takie rzeczy też trzeba robić. Nikt jednak nie informuje w czasie studiów, że będzie to zabierało ponad połowę czasu pracy. Uczestnictwo sekretarek medycznych i przejęcie przez nie części tych zadań oznacza lepsze wykorzystanie kompetencji wszystkich

pracowników. A przede wszystkim pozwala lekarzom na spędzenie więcej czasu z pacjentem.

*

Dobre prowadzenie podopiecznego to sztuka, czego dowiódł Knut Meidell w przychodni w Bjästa. Myślę, że przemyślał to, jakim chce być opiekunem. Być może miał dobre i złe przykłady, tak jak każdy z nas. A co dostał za to, że był dobrym prowadzącym? Prawdopodobnie nic poza pochwałami od swoich stażystów. Zdziwiłbym się, gdyby otrzymał wyższą pensję albo lepszą posadę. Knut chyba po prostu zrozumiał, jak ważne jest bycie dobrym opiekunem, i uczynił to swoim powołaniem. Inna refleksja, która mnie naszała długo po skończeniu pracy w przychodni w Bjästa, to to, jak ciężka i czasami niewdzięczna jest praca lekarza rejonowego. Często ze strony kolegów na SOR-ze słyszę komentarze pod adresem lekarzy rejonowych: „Czy to tak trudno stwierdzić, że pacjent miał zawał serca?!”.

Czasami naprawdę piekielnie trudno.

Myślę o lekarzach ogólnych czy rejonowych jak o żołnierzach w okopach na froncie. Wszyscy muszą przyjmować mnóstwo pacjentów z najczęściej prostymi, „banalnymi” dolegliwościami. Ale wśród tych wszystkich przypadków mogą zdarzyć się miny – pacjenci, którzy zgłaszają się z powodu poważnej choroby, trudnej do wykrycia. Może to być choroba neurologiczna objawiająca się lekkimi zawrotami głowy. Albo niewielki guzek, niemożliwy do wykrycia w trzustce bądź wątrobie, kiedy pacjent przychodzi ze względu na zmęczenie czy nudności. Tak łatwo później w szpitalu, mając wyniki tomografii komputerowej albo zaawansowanych badań krwi dających rozpoznanie, psioczyć na biednego lekarza rejonowego, który nie zauważył choroby wcześniej.

*

Po pracy w przychodni w Bjästa skończył się mój staż i myślałem teraz tylko o wyruszeniu w świat. Skontaktowałem się z biurem Lekarzy bez

Granic w Sztokholmie, pojechałem na rozmowę i dowiedziałem się, że mam pójść na kurs zdrowia globalnego w Uppsali.

„Wspaniale” – pomyślałem.

– Do jakiego kraju chcecie mnie wysłać? – zapytałem rozentuzjasmowany, kiedy kurs zdrowia globalnego miał się ku końcowi, a ja nie mogłem w nocy zasnąć, przejęty perspektywą wyjazdu.

– Prawdopodobnie Angola – usłyszałem w odpowiedzi. – Czy zna pan portugalski?

– Nie, ale to nic trudnego. Znam hiszpański, poradzę sobie. Byłem w Chile podczas stażu.

I znowu: poczucie wielkości.

– Dobrze. To wyślemy pana na przyspieszony kurs języka portugalskiego w ośrodku szkoleniowym SIDA^[4] pod Kramfors.

Pojechałem do Kramfors. Zakuwałem portugalski jak wariat i czułem, że zaraz pęknię, jeśli nie wskoczę do następnego samolotu do Angoli.

Dwa tygodnie przed wyjazdem zadzwonili z biura Lekarzy.

– Zmiana planów. Pojedzie pan jednak do Burundi.

– Burundi! Gdzie to jest? I najważniejsze: po jakiemu tam mówią?

– Po francusku.

– Aha...

PRACA ZA GRANICĄ: PIERWSZY SZOK

Rano powlokłem się za dwudziestosześcioletnią, palącą jak smok belgijską pielęgniarzką do samolotu, mającego nas ponieść we mgłę, nad górami, ponad dżunglą do miejsca, które będzie naszym domem przez najbliższe sześć miesięcy. Międzynarodowe lotnisko w stolicy Burundi Buzumburze miało jeden pas startowy. Podczas startu dziób maszyny skierowany był wprost na jezioro Tanganika. Wiele myśli zdążyło mi przebiec przez głowę w rytm podskoków maszyny po pasie startowym. Co mam zrobić, jeśli znajdziemy się w wodzie? Czy stanę się przekąską dla krokodyla, czy hipopotama?

Moja współpasażerka nienawidziła latania. Chyba oboje wolelibyśmy dotrzeć na miejsce drogą lądową, ale podróżowanie kontrolowanymi przez rebeliantów drogami prowadzącymi do Karuzi, naszego celu tego słonecznego przedpołudnia, byłoby zbyt niebezpieczne.

W czasie lotu nie mogłem powstrzymać się od śmiechu. A gdzie Humphrey Bogart? Scena wyglądała jak żywcem wzięta z czarno-białego filmu. Do środka wsiadło dwóch łysych pilotów. Z nikim się nie przywitali. Zapewne dlatego, że mówili tylko po rosyjsku. Ale podróż się udała, zakończona ostrym skrętem i stabilnym lądowaniem na żwirowej drodze koloru intensywnej cegły. Mojej nowej towarzyszki te przygody nie zdawały się bawić tak jak mnie.

Na żwirowym lądowisku stała biała zabłocona terenówka Lekarzy bez Granic. Teraz czekały nas dwie i pół godziny podskakiwania po wybojach. Mijany krajobraz był mieszanką zielonych wzgórz Toskanii, pól ryżowych Wietnamu i gliniastych pól Skanii w środku maja. Oprócz kierowcy w aucie siedziała również Angela, moja nowa szefowa, pielęgniarzka z Włoch, która okazała się później jedną z najbardziej hardych osób, z jakimi się zetknąłem. Mimo zaledwie trzydziestu trzech lat miała już za sobą długą karierę, z wieloma misjami dla różnych organizacji

humanitarnych w środkowej Afryce.

– Jesteś opanowany i silny, od razu widać. – To było pierwsze, co powiedziała, gdy się spotkaliśmy. „To raczej pobożne życzenia niż wnikliwa analiza z jej strony” – pomyślałem.

Spróbowałem kiwnąć głową, jakbym rozpoznał siebie w tym, co powiedziała, ale musiałem chyba sprawiać wrażenie przerażonego. Angela opowiedziała o lekarce, którą miałem zastąpić – dwudziestopięcioletniej kobiecie, która od razu po studiach została wysłana do Burundi. Harowała jak wół przez całą dobę przez sześć miesięcy i została zabrana z powodu wypalenia. A teraz moja szefowa siedziała obok mnie i narzekała, że główne biuro w Brukseli nie potrafi przysłać „właściwych ludzi na właściwe miejsce”.

Wbiłem się w fotel, próbując skoncentrować się na pięknych widokach, ale w głowie miałem galopadę myśli. Zacząłem recytować w duchu sposoby leczenia malarii, których się uczyłem w trakcie lotu, lecz jedynym efektem było to, że poczułem się jeszcze bardziej wystraszony i zdezorientowany. Kierowniczka ustawiła poprzeczkę naprawdę wysoko. A ja – jak to pyskaty, świeżo upieczony lekarz – nie potrafiłem spojrzeć na całą tę sytuację z dystansem. Połknąłem przynętę w całości i załadowałem armaty, zanim przystąpiłem do realizacji mojego w zasadzie niewykonalnego zadania. W swoim uporze i naiwności jednak sądziłem, że będzie dobrze. Grubo się przeliczyłem.

Nieco ponad tydzień później stałem w baraku, szumnie zwanym „oddziałem ratunkowym” szpitala w wiosce Buhiga. Pogotowie składało się w praktyce z jednego pomieszczenia z wysypaną żwirem podłogą, otworami drzwiowymi, dwiema leżankami i prostym stołem, przy którym pielęgniarka w żółtych kartach zapisywała w kilku słowach przyczyny zgłoszenia się pacjentów. Szpital mieścił się w północnej części kraju, zbudowali go włoscy misjonarze, ale został później przebudowany przez Belgów, którzy skolonizowali kraj i świadomie pogłęбили rozłam między dwiema grupami ludności: Hutu i Tutsi. Kiedy Burundi w 1962 roku wreszcie uzyskało niepodległość, Burundyjczycy przejęli szpital, ale

podczas trzydziestu lat wojny domowej służba zdrowia w kraju upadła, dopiero na początku lat dziewięćdziesiątych Lekarze bez Granic mogli zacząć wspierać szpitale. Kiedy tam przyjechałem, w całym państwie było około trzystu lekarzy, średnia wieku mieszkańców wynosiła czterdzieści lat, a Burundi znajdowało się na 173 miejscu wśród 177 państw na liście WHO opisującej poziom opieki zdrowotnej na świecie.

Szpital zbudowany był z solidnej cegły, miał ze sto dwadzieścia łóżek i był kierowany praktycznie przez pielęgniarki z wykształceniem medycznym odpowiadającym szwedzkim sanitariuszkom. Za całe laboratorium służył mikroskop, nie można więc było badać krwi, a najbliższy rentgen znajdował się trzy do sześciu godzin drogi stamtąd, w zależności od stanu kamienistych dróg. Oberwanie chmury potrafiło błyskawicznie zmienić je w grzęzawisko i wydłużyć czas przejazdu terenówką dwukrotnie, co jest katastrofalne w przypadku transportu chorych.

Właśnie zajmowałem się kobietą z trudnościami w oddychaniu, która właściwie już konała na leżance przede mną. Pot spływał mi po plecach, między pośladki, bieliznę miałem przemoczoną. Byłem jednak zbyt zmęczony, głodny i zrezygnowany, żeby się przejmować tym, jak bardzo się pocę.

– Daj spokój – usłyszałem czyjś głos za moimi plecami.

– Leczy się chyba do wyczerpania wszystkich możliwości?!

Odwróciłem się. Moje stwierdzenie zabrzmiało raczej jak pytanie.

Za mną stała starsza belgijska pielęgniarka, stara wyga w afrykańskich sprawach, jak się potem okazało. Niezliczenie wiele razy pracowała sama, bez lekarza. Miała już do czynienia z umierającymi na cholere w dżunglach Konga i postrzelonymi dziećmi w Afganistanie. Setki razy w pojedynkę robiła obchód na oddziale dziecięcym w Burundi. Podejmowała wszystkie decyzje całkowicie samodzielnie.

– Przestań już – odparła bez chwili zastanowienia.

Była tak przekonująca, że od razu zaprzestałem masażu serca, który

robiłem przez ostatnie piętnaście minut. Z ust dwudziestoletniej pacjentki już od momentu rozpoczęcia reanimacji wydobywała się piana.

– Ale skąd, do cholery, mam wiedzieć, kogo mam ratować, a komu położyć rękę na czółko?!

Byłem zmęczony, głodny i w tamtej chwili całkowicie niezdolny do racjonalnego spojrzenia na cokolwiek. Mimo to dyskutowałem dalej. Bo w pewnym sensie czułem się przygotowany do takiej rozmowy. W uszach wciąż brzmiały mi głosy wszystkich moich mądrych prowadzących i mentorów, wspierających moje argumenty o etyce zawodowej i moralności. Wykształciłem się przecież w Szwecji, gdzie miałem do dyspozycji wszelkie środki i wystarczająco dużo personelu, gdy sytuacja tego wymagała. Nawet jeżeli nocą na pogotowiu w Örnköldsvik czasami bywałem sam na dyżurze, była to jednak całkiem inna rzeczywistość.

– Zapominasz, że jesteś w Afryce, Christianie. Musisz się dostosować.

„Musisz się dostosować”. Znienawidzona fraza, którą słyszałem już kilka razy od przyjazdu do Burundi.

Myślałem w ten sposób: Jako lekarze mamy za zadanie ratować, pielęgnować i robić wszystko, co w naszej mocy. Na ostrym dyżurze w Sztokholmie chory osiemdziesięcioletek ma w zasadzie takie same prawa jak dziecko albo nastolatek, bez względu na przynależność społeczną, płciową czy wyznaniową. W każdego pacjenta bez wyjątku cały czas inwestujemy wszystkie dostępne środki. Nasi chorzy mają non stop do dyspozycji najbardziej kompetentnych specjalistów. Rzadko stajemy przed dylematami natury etycznej, a kiedy to się zdarza, możemy liczyć na pomoc i radę starszego, mądrego kolegi.

W Burundi panowały inne reguły i warunki. Nie chciałem tego, ale taka była rzeczywistość. Próbowałem trzymać się hasła „taka sama opieka dla wszystkich”. Nie byłem jednak w stanie pacjentom w Burundi zapewnić takiej samej opieki, jaką mogłem roztoczyć nad chorymi w Szwecji.

Kobieta leżąca przede mną wyglądała jak ludzik Michelina. Ślina wymieszała się z innymi płynami ustrojowymi. Akcję ratunkową prowadziliśmy między rzędami drewnianych leżanek. Nagle

uświadomiłem sobie, że chorzy i ich rodziny otoczyli nas zwartym murem, przyglądając się rozgrywającej się na sali tragedii. Byłem całkowicie pochłonięty reanimacją i dopiero po chwili zrozumiałem, że muszę się uspokoić i usunąć stąd ludzi, odbierających resztki tlenu, którego desperacko potrzebowałem.

Do pomieszczenia weszli sprzątacze z ręcznie plecionymi noszami i wynieśli kobietę do kostnicy. Kolejna młoda osoba, która zmarła na chorobę stosunkowo łatwą do wyleczenia w Szwecji. Tutaj nawet nie miałem pojęcia, dlaczego przez noc napuchła niczym napelnlony wodą balon.

Staralem się sam siebie przekonać, że zrobiłem wszystko, co było w mojej mocy. Według tej belgijskiej pielęgniarki nawet trochę za dużo. Co ona właściwie miała na myśli? Że marnowałem lekarstwa Lekarzy bez Granic? Że bezsensownie traciłem energię? Że inni bardziej potrzebowali opieki lekarskiej?

Nie uzyskałem zadowolającej odpowiedzi.

Podczas obiadu pielęgniarka kontynuowała swoją tyradę, tym razem już bardziej pojednawczym tonem, ale przekaz był jasny.

– Tak, tak, wszyscy musimy przejść przez to, co właśnie przeżywasz. Nie ma żadnej taryfy ulgowej. Spróbuj pomyśleć o konsekwencjach. Co byś z nią zrobił, gdyby ci się ewentualnie udało zwalczyć ten obrzęk płuc? Przecież jej nerki były już kompletnie do niczego. Będiesz ją dializował trzy razy w tygodniu? Za własne pieniądze? Chyba w całym Burundi nie ma ani jednego aparatu do dializ. A co zrobisz z tymi dziećmi z zapaleniem opon mózgowych, które mają drgawki? Widziałam, jak się zamęczasz ich leczeniem, aż wieczorem padasz na łóżko ledwo żywy. Ale co będzie, jeśli przeżyją? Być może będą całkiem sparaliżowane. Upleciesz im wózki inwalidzkie z bambusa? Nie, Christian. Ty musisz się DOSTOSOWAĆ. Pozwól naturze iść swoim własnym trybem.

Nie dostosowywałem się wcale przez pierwsze trzy miesiące. Dawałem z siebie wszystko i spałem po kilka krótkich godzin na dobę. Byłem odpowiedzialny za sto dwadzieścia łóżek w szpitalu z kliniką zakaźną,

chirurgiczną, ginekologiczną i pediatryczną. Ponadto co drugą noc miałem dyżur. A nocami przychodziły ciężarne potrzebujące cesarskiego cięcia. Miałem kolegę z Konga, który na większość rzeczy reagował spokojnie. W nocy spał dobrze.

Po trzech miesiącach dostałem tydzień wolnego. Spędziłem go z moją partnerką w Zanzibarze. Większość czasu przeplakałem i przespałem, ku jej umiarkowanej radości – ale dla mnie było to krzepiące.

Wróciłem do Buhiga ze szczyptą świeżo nabranego dystansu, ale to wystarczyło. Dostosowałem się w takim sensie, że myślałem parę kroków do przodu. Przed zrobieniem badania albo zastosowaniem leczenia zastanawiałem się, dokąd ta droga prowadzi. Jakie będą konsekwencje moich działań? Czy mogę monitorować to, co zacznę? A przede wszystkim: czy moja opieka przyniesie pacjentowi jakąkolwiek korzyść, czy tylko przedłużę jego cierpienie?

Sam ustalałem granice. Nie było Głównego Zarządu Zdrowia i Opieki Społecznej, który by kontrolował, czy postępuję słusznie. Nie było przy mnie prowadzącego, służącego mądrą radą. Doświadczona pielęgniarka zniknęła. Mój kolega, lekarz z Konga, skończył pracę i przez pewien okres zostałem całkiem sam, jako jedyny lekarz w szpitalu. Zamiast tego starałem się słuchać wewnętrznego głosu moralności. Myśleć o wartościowych ludziach, których kiedyś spotkałem, niekoniecznie tuzach medycyny. Czasem ważniejszy był stosunek do życia, z jakim się zetknąłem u jakiegoś mądrego człowieka. Pomysł, który znalazłem w dobrej książce. Wszystko mogło się przydać w warunkach, z jakimi miałem do czynienia tu w Buhiga, podczas mojej pierwszej misji z Lekarzami bez Granic. Nauczyłem się elastyczności i nieszablonowego myślenia. Mój wewnętrzny kompas zaczął się powoli kalibrować. Zrozumiałem, że jeżeli wezmę głęboki wdech, przeanalizuję sytuację przez kilka sekund, pomyślę o tym, jakie są możliwości moje i pacjenta przede mną, to będę w stanie podjąć właściwą decyzję – a zarazem taką, z którą będę potrafił żyć i spokojnie spać po nocach.

Przy najtrudniejszych przypadkach myślałem najczęściej o moim

dawnym koledze z kursu z okresu stażu w Örnköldsvik, Mårtenie. Był bardzo mądry i dysponował szeroką wiedzą, jak mało która ze znanych mi osób. Ale przede wszystkim miał wrażliwe sumienie i silny kręgosłup moralny. Jeżeli czułem, że nawet Mårten nie zrobiłby więcej w jakiejś sytuacji, mogłem być spokojny. Wszystkie dostępne środki zostały wykorzystane.

Zacząłem – co prawda powoli – dostosowywać się do pracy w Afryce.

LEKARZE BEZ GRANIC A WŁASNE BEZPIECZEŃSTWO

Kiedy szwajcarski kupiec Henri Dunant był świadkiem bitwy pod Solferino we Włoszech w 1859 roku, przeraziło go, jak wielu rannych i zmarłych pozostało na polu bitwy i nikt się nimi nie zajmował. Dunant zorganizował akcję ratunkową przy pomocy okolicznej ludności. Potem napisał o swoich przeżyciach książkę *Un souvenir de Solférino* (Wspomnienie Solferino) i jeździł po Europie, opowiadając o swoich pomysłach. Chciał, żeby w latach pokoju kształcono ludzi, którzy w czasie wojny mogliby opiekować się rannymi. Podczas zainicjowanego przez Dunanta spotkania w 1863 roku powstała organizacja Czerwony Krzyż. Inną organizacją o podobnych założeniach, powstałą dużo później, byli Lekarze bez Granic.

Lekarze bez Granic wzięli swój początek z poczucia głębokiej frustracji. Czterej francuscy lekarze i dwie pielęgniarki, pracujący w ówczesnej Biafrze (obecnie wschodnia Nigeria) dla Czerwonego Krzyża, widzieli cierpienia ludności cywilnej, głównie kobiet i dzieci, narażonej na okrucieństwa dokonywane przez wojskowych. Młody lekarz Bernard Kouchner, który dopiero co skończył studia medyczne, zmuszony był wykonywać zabiegi chirurgiczne w prymitywnych warunkach, usiłując ratować umierających ludzi, którzy znaleźli się pomiędzy walczącymi stronami. Kouchner i jego towarzysze pragnęli opowiedzieć światu o tym, co tam widzieli, chcieli, żeby Czerwony Krzyż i rząd Nigerii zareagowały, ale tak się nie stało. W następnych latach Kouchner wraz z dwunastoma innymi lekarzami i kilkoma dziennikarzami postanowili założyć nową organizację – *Médecins Sans Frontières*, czyli Lekarze bez Granic, która oficjalnie powstała 22 grudnia 1971 roku.

Lekarze bez Granic to organizacja humanitarna, medyczna, podobnie jak Czerwony Krzyż, ale do jej statutu dodano „świadeństwo”, po francusku *témoignage*. W myśl tego punktu zadaniem wolontariuszy

wyruszających w świat, by pracować dla organizacji, oprócz aspektu czysto medycznego jest dawanie świadectwa o tym, co widzą w terenie: o zbrodniach przeciwko ludzkości, o przemocy wobec kobiet i dzieci, o nadużyciach żołnierzy oraz o głodzie panującym wśród lokalnej ludności z powodu blokady.

Lekarze bez Granic pracują dzisiaj w ponad sześćdziesięciu krajach na całym świecie – wszędzie tam, gdzie zachodzi największa potrzeba. W pierwszej kolejności przeprowadzają niecierpiące zwłoki działania medyczne, jak kampanie szczepień, interwencje chirurgiczne na obszarach katastrof naturalnych i konfliktów zbrojnych, następnie roztaczają podstawową opiekę zdrowotną nad mieszkańcami niedostępnych obszarów Afryki, Ameryki Środkowej i Azji Południowo-Wschodniej, uruchamiają programy zwalczania gruźlicy w więzieniach i organizują akcje ratunkowe dla uchodźców na Morzu Śródziemnym.

Robią też dużo, dużo więcej.

Lekarze bez Granic, realizując rozmaite projekty i programy, w pierwszej kolejności wysyłają do wielu miejsc na całym świecie personel medyczny, ale także rekrutują inżynierów, ekonomistów i psychologów. W zależności od tego, czego wymaga dany projekt prowadzony przez nich w terenie, ekipa może składać się z osób różnych profesji, ale najczęściej pracują w grupie około dziesięciu wolontariuszy (lekarzy, pielęgniarek, inżynierów i innych) oraz wielu pracowników lokalnych (często kilkuset).

Lekarze bez Granic kierują się w swej pracy kilkoma wartościami. Przede wszystkim przestrzegają podstawowych wytycznych dotyczących etyki lekarskiej, uznawanych na całym świecie. Organizacja jest niezależna, co oznacza, że sama – bez wpływu innych organizacji, państw czy urzędów – decyduje o tym, gdzie potrzeby są największe i gdzie należy skupić działania. Niezależność daje się utrzymać dzięki temu, że większość funduszy pochodzi z prywatnych darowizn.

Drugą podstawową zasadą jest bezstronność, co oznacza koncentrowanie działań w pierwszej kolejności na tych, którzy cierpią

najbardziej, i na obszarach, gdzie potrzeby są największe i najpilniejsze, bez względu na płeć, wyznanie, pochodzenie etniczne czy przynależność polityczną. Organizacja jest neutralna i nigdy nie zajmuje stanowiska w konfliktach zbrojnych.

W 1999 roku Lekarze bez Granic dostali Pokojową Nagrodę Nobla.

Organizacja przez lata urosła i przeszła niewielkie modyfikacje, ale główny cel jej pracy cały czas pozostaje niezmienny: wsparcie medyczne na całym świecie, wszędzie tam, gdzie potrzeba go najbardziej.

Jednak w ostatnich latach jedna rzecz się zmieniła – w konfliktach zbrojnych przestano niestety respektować neutralność i nietykalność personelu medycznego. Na przykład w 2015 roku szpital w Kunduz w północnym Afganistanie został trafiony przez amerykańską rakietę. Zginęły czterdzieści dwie osoby, w tym wielu lokalnych pracowników medycznych Lekarzy bez Granic. W Jemenie w 2016 roku zginęło jedenaście osób, gdy saudyjskie wojsko zbombardowało szpital. W sumie w 2015 roku zaatakowano siedemdziesiąt pięć szpitali w Jemenie, Syrii, Sudanie, Afganistanie i innych krajach. Wielu lokalnych pracowników zginęło, wielu też zostało rannych. W kilku miejscach Lekarze bez Granic byli zmuszeni przerwać swoją działalność ze względu na zbyt wysokie zagrożenie dla bezpieczeństwa własnego personelu, co w dotychczasowej historii organizacji należało do rzadkości.

W czasie wszystkich krwawych wojen XX wieku pielęgniarki i kierowcy sanitarek byli chronieni przed atakami. Białe krzyże na zielonych terenówkach i samochodach ciężarowych albo czerwone krzyże na białych kamizelkach były respektowane przez wszystkie walczące strony, więc lekarze i sanitariusze mogli pracować w spokoju. Czy w takim razie praca personelu medycznego w konfliktach zbrojnych stała się bardziej niebezpieczna?

Odpowiedź doktor Susannah Sirkin z Physicians for Human Rights (Lekarzy na rzecz Praw Człowieka) brzmi: zdecydowanie „tak”. Jako główny powód podaje ona, że wojna zmieniła charakter i dziś częściej toczy się wewnątrz państw niż między państwami. Opieka zdrowotna,

czyli karetki, szpitale i personel medyczny, w coraz większym stopniu jest zaangażowana w konflikt. Więcej szpitali jest atakowanych, więcej lekarzy i pielęgniarek porywanych. A poszkodowani to nie tylko personel medyczny, ale również potrzebujący opieki. W rezultacie, mimo iż rozwój medycyny pod wieloma względami wciąż postępuje – mamy coraz efektywniejsze i szybsze środki diagnostyczne, odkrywamy nowe leki przeciwko chorobom zakaźnym, psychiatrycznym, neurologicznym czy nowotworowym – pomoc nie zawsze trafia do najbardziej potrzebujących ze względu na wojny i konflikty, które w pierwszej kolejności uderzają w ludność cywilną.

Często słyszę pytanie: „Czy nie bałeś się, kiedy pracowałeś w ramach akcji Lekarzy bez Granic?”.

Odpowiedź brzmi: nie, nie bałem się. Czułem się pewnie, ponieważ wiedziałem, że organizacja wysoko stawia kwestię bezpieczeństwa swoich pracowników. Na obszarach, gdzie toczy się konflikt, Lekarze bez Granic zawsze starają się prowadzić dialog z walczącymi stronami i jeżeli zachodzi najmniejsze zagrożenie dla personelu, wprowadza się środki zapobiegawcze, z ewakuacją włącznie.

Następnie zazwyczaj pada kolejne pytanie: „Czy wyjedziesz znowu?”.

Szczerą odpowiedź wtedy brzmi: bardzo chętnie bym wyjechał, ale teraz mam rodzinę – troje dzieci.

Między wierszami kryje się odpowiedź, że mimo wszystko wyjazd z Lekarzami bez Granic wiąże się z pewnymi niebezpieczeństwami. Oczywiście zależy to od tego, dokąd się jedzie. W wielu krajach, w których działają Lekarze, panuje pokój i sytuacja jest stabilna. Ale organizacja działa też w takich państwach jak Syria, Jemen czy Irak, gdzie istnieje pewne zagrożenie. Jako uzupełnienie do tej odpowiedzi muszę dodać, że przede wszystkim nie chcę być z dala od moich dzieci przez długie tygodnie czy miesiące. O kwestię bezpieczeństwa martwię się mniej. Czyli w przyszłości na pewno wyjadę, jeśli będą jeszcze misje Lekarzy bez Granic.

Na żadnej z moich dwóch misji z Lekarzami bez Granic nie zostałem

ewakuowany, mimo że zarówno w Burundi, jak i w Kongu niedaleko od nas rozlegały się strzały i wybuchały pociski.

Ale zagrożenie potrafiło być subtelniejsze od rakiet i bomb.

Kiedy nasze dyskusje w szpitalu w Buhiga stawały się coraz gorętsze, zdarzało mi się usłyszeć od kogoś – nie jako bezpośrednią groźbę, a jako dyskretną informację – „Nie zapominaj, że jesteśmy w kraju w stanie wojny”. Rozumiałem to jako sygnał, że do mnie należy decyzja, czy zrobić krok wstecz. Te napomnienia nie były skierowane do mnie osobiście, a raczej do każdego, kto sprawiałby problemy.

Dwudziesty wiek obdarzył nas kilkoma najfantastyczniejszymi wynalazkami w historii świata, które uratowały życie milionom ludzi. W ostatnich trzydziestu latach udało się znacznie zredukować biedę. Jednakże nie wszystkie środki są dostępne dla każdego, wciąż są na świecie obszary, gdzie panuje bieda ekstremalna. Jednocześnie inne, niegdyś bogatsze, podupadły w wyniku długotrwałych konfliktów, dotyczących przede wszystkim ludność cywilną. Takie organizacje jak Lekarze bez Granic ratują życie setkom tysięcy ludzi, ale wojny i konflikty nie pozwalają tej pomocy dotrzeć do tych, którzy potrzebują jej najbardziej.

PRACA ZA GRANICĄ: DOSTOSOWANIE

Sylvestre pracował jako pomocnik do wszystkiego na miejscowym targu warzywnym. Mieszkał wraz z chorą matką, ubierał się porządnie i miał siostrę, która przychodziła z nim do szpitala, ale nie zdążyłem się dowiedzieć wiele o jego życiu, zanim wszystko runęło.

Przebywałem od miesiąca w Burundi, w sercu Afryki, na mojej pierwszej misji z Lekarzami bez Granic. Kiedy Sylvestre przyszedł na tak zwany ostry dyżur, był już w bardzo złym stanie i ciężko mu było mówić. Widziałem, że ma trudności z oddychaniem, więc osłuchałem mu płuca. Był środek dnia, gorąco w pomieszczeniu panowało bezlitosne, spotęgowane jeszcze przez dach z blachy falistej. Byłem głodny, spragniony i kompletnie wypompowany po próbach uporządkowania sobie wszystkich nowych doznań. Ponadto miałem dyżur co drugą noc, ponieważ było nas tylko dwóch lekarzy na cały szpital, a mój kolega z Konga często jeździł w różnych sprawach do stolicy kraju, Buzumbury.

Z płuc Sylvestre'a wydobywał się świszczący dźwięk, jak przy astmie. Chłopiec oddychał tak szybko, że nie byłby w stanie długo utrzymać tej częstotliwości oddechów. Ponieważ w ciągu mojego pierwszego miesiąca w szpitalu przyjmowałem głównie pacjentów z HIV i malarią, nie zetknąłem się z wieloma „zwykłymi” przypadkami – to znaczy zwykłymi, patrząc z mojej „szwedzkiej” perspektywy.

– Czy możemy podać tlen? – zapytałem zdesperowany.

Pielęgniarki, które według mnie pracowały w zwolnionym tempie, pokręciły głowami.

– Nie ma.

Gorączkowo próbowałem wpaść na to, jak nazywają się po francusku inhalacje. Położyłem sobie dłoń na ustach i imitowałem głębokie oddechy.

– Leki. Wdech. Na astmę...?

Znowu pokręciły głowami. Myślę, że zrozumiały, o co mi chodziło, i że po prostu nie mieliśmy żadnych takich lekarstw, ale równie dobrze mogliśmy paść ofiarami nieporozumienia językowego – francuski nie był ich językiem ojczystym, a ja nie zdążyłem jeszcze podłapać wielu zwrotów w kinyarwanda, wspólnym języku używanym w Burundi i Rwandzie.

Zwróciłem się do siostry Sylvestre'a, siedzącej obok niego na leżance. Pielęgniarki pomagały tłumaczyć.

– Czy on ma astmę?

– Nic o tym nie wiem – odpowiedziała zaniepokojona.

– A jak długo jest chory?

– Kilka dni. Ale dzisiaj jest dużo gorzej.

Chłopak walczył o życie. Oddychał z częstotliwością pięćdziesięciu oddechów na minutę, usta mu posiniały, zaczynał już tracić świadomość. „Jest niedobrze” – pojąłem bardziej dzięki intuicji niż poczuciu, że panuję nad sytuacją. Mój własny puls galopował i włączyło mi się „widzenie tunelowe”.

Astma. Żadnych inhalacji. Jasny gwint...

Jedna z pielęgniarek podeszła powoli z ampułką w dłoni. Wziąłem ją. Było na niej napisane „Aminophylline”. „To musi być to samo co teofilina” – pomyślałem, czyli lek, który w Szwecji podajemy na astmę po wcześniejszym wypróbowaniu inhalacji, cholinolityków i kortyzonu.

– Dobrze – powiedziałem i nagle dotarło do mnie, że pacjent nie ma żadnego wenflonu, przez który moglibyśmy podać lek bezpośrednio do krwi. Spróbowałem zbadać mu tętno, ale dłonie i przedramiona miał lodowate – organizm włączył na maksimum hormony stresu, a te zwężyły mu wszystkie naczynia. Założenie wenflonu było niemożliwe. Zwróciłem się do innej pielęgniarki:

– Proszę wziąć strzykawkę i podać lek domięśniowo.

Sylvestre dostał aminofilinę, ale jego stan się nie poprawiał.

Minuty płynęły nieznośnie powoli. Chłopak siedział pochylony do

przodu i walczył o życie. Jego oskrzeliki były ściśnięte i zajęte przez stan zapalny. Nie mógł zaczerpnąć powietrza i robił się coraz bardziej siny na twarzy. Siedziałem obok, starając się skoncentrować, ale stopniowo ogarniała mnie panika. Nie miałem pojęcia, co robić. Nie mogłem go zaintubować, ponieważ nie mieliśmy odpowiedniego sprzętu – tyle wiedziałem po asystowaniu koledze przy kilku operacjach w tym tygodniu. Pacjentów usypiano najczęściej ketaminą w zastrzyku – środkiem znieczulającym używanym w Szwecji głównie przez wojsko – i wentylowano ich za pomocą maski, bez intubacji.

Gdzie, do cholery, są anestezjolodzy, kiedy ich potrzeba? Tysiące kilometrów stąd – brzmiała odpowiedź.

Ratunku!

– Podajcie więcej aminofiliny! – krzyknąłem do pielęgniarek, nie zważając na to, że w sali było pełno innych pacjentów, ich bliskich i członków personelu.

Sylvestre nie miał już siły utrzymać ciała w pionie i runął na mnie. Złapałem go, a jego głowa wylądowała na moich kolanach. Nagle przestał oddychać.

– Szybko. Więcej aminofiliny – zawołałem, ale zrozumiałem, że jest już za późno. Czułem, jak chłopak próbuje kilka razy złapać oddech, ale wyglądało to tak, jakby w drogach oddechowych utkwiał mu wielki korek. Jego brzuch się zapadł, ciało zadrżało i po dwudziestu sekundach leżał nieruchomo na moich kolanach.

Zostałem w tej pozycji, pozwalając pielęgniarkom zająć się jego płaczącą siostrą. Miałem ochotę uciec daleko stąd. Pojechać do domu. Wszyscy opuścili salę.

Zajęto się ciałem, a ja poszedłem na tyły szpitala, pozwalając łzom płynąć. Co się, do diabła, stało? Młody człowiek zmarł w moich ramionach. Na jakiś atak astmy. To nie miało prawa się wydarzyć!

I wtedy przypomniałem sobie, o czym zapomniałem w tym całym stresie.

Adrenalina!

Poczułem się, jakby ktoś dźgnął mnie nożem w pierś: zatoczyłem się, łapczywie wciągnąłem powietrze, bo zrobiło mi się słabo. W stanie głębokiego stresu pozwoliłem, by zawładnęła mną panika, i nie myślałem jasno; zapomniałem o najważniejszym, o tym, co mogło pacjenta uratować podczas nagłego ataku astmy. Takie środki jak teofilina lub aminofilina są na samym końcu listy leków. Tak samo inhalacje i kortyzon, które chciałem zastosować. Tym, co ratuje życie przy ostrym ataku astmy, jest adrenalina – i nic więcej. Może mógłbym uratować tego chłopaka. Może mógłbym uratować Sylvestre’a. Również ketamina, którą usypialiśmy pacjentów do operacji, mogła być w ekstremalnych przypadkach podana przy ataku astmy, ale tego nauczyłem się kilka lat później.

Życie w Buhiga toczyło się dalej. Nie wyjechałem do domu. Przewyciężyłem stres po tej fatalnej pomyłce i starałem się odpokutować za mój błąd, pracując jeszcze ciężiej (co zaowocowało tym, że omal się nie wypaliłem), ale nigdy nie zapomniałem Sylvestre’a. Przez piętnaście lat, które minęły od tamtego czasu, uczyłem setki studentów i stażystów medycyny ratunkowej i każdemu wbijałem do głowy jak mantrę, że są trzy najważniejsze środki przy ostrym ataku astmy:

– Jeden: adrenalina. Dwa: adrenalina. Trzy: adrenalina.

Sylvestre żył tylko dziewiętnaście lat.

W Burundi nikt nie krytykował mnie za błąd popełniony w przypadku Sylvestre’a. Opowiedziałem o tym, co się wydarzyło, mojej przełożonej, ale stwierdziła, że pacjent by nie przeżył, nawet gdybym podał mu adrenalinę. Oczywiście mogła mieć rację – tego nigdy się nie dowiem. Uważam jednak, że miałby jakąś szansę.

Poradzono mi, bym zapomniał o tym przypadku i szedł dalej. Właściwie pozostawiono mnie samego z moimi obawami i wątpliwościami. Przecież popełniłem błąd, a odniosłem wrażenie, że nie miał kto ze mną o tym porozmawiać. W ogóle nie czułem, by moja praca w Afryce była przez kogokolwiek kontrolowana czy nadzorowana. Mój

kolega Kongijczyk pokazał mi wprawdzie, jak należy wykonywać cesarskie cięcie, ale poza tym pracowałem bez prowadzenia. Na miejscu była osoba odpowiedzialna za medyczną stronę naszej pracy – moja włoska przełożona – oraz jedna osoba odpowiedzialna medycznie za wszystkie akcje Lekarzy bez Granic w kraju. Tamten lekarz siedział w stolicy, Bużumburze; widziałem go tylko raz, przez trzy minuty przed odjazdem na północ kraju, i rozmawialiśmy wtedy głównie o muzyce jazzowej.

Lekarze bez Granic są bardzo profesjonalnie zorganizowani i dysponują kompetentnym personelem na większości stanowisk. Wiele ich pielęgniarek, lekarzy, logistyków i ekonomistów pracuje w organizacji od lat i wykonuje pracę najlepiej, jak to możliwe w często bardzo specyficznych okolicznościach. Jednocześnie nie da się uniknąć tego, że przypadek odgrywa w tej pracy ogromną rolę. Może się zdarzyć, że będziesz miał na swojej pierwszej misji fantastycznego prowadzącego, doświadczonego lekarza klinicznego, który cię wspomůže przy każdym chwiejnie stawianym pierwszym kroku jako lekarz czy pielęgniarka. Najczęściej jednak od ciebie samego będzie zależało, jak poradzisz sobie z nową sytuacją.

Rozwija się wraz z zadaniem. Można korzystać z poradników, leksykonów i encyklopedii. Personel miejscowy też służy pomocą i nierzadko udziela największego wsparcia. Na przykład pamiętam tych wszystkich pacjentów z dziwnymi wysypkami, których nigdy nie widziałem – ani na żywo, ani w książkach. Mój pobyt w Burundi przypadł na czasy przed smartfonami i dobrymi łączami internetowymi, więc mogłem zawierzyć jedynie swoim oczom, rękom i własnej ocenie. Na szczęście zatrudnione na miejscu pielęgniarki potrafiły rozpoznać, czy to świerzb, egzema, czy coś bardziej poważnego.

Uspokoilem się. Poruszałem się wolniej i opanowałem stres. Z czasem dostosowałem się do życia w Burundi i zacząłem przede wszystkim czerpać radość z pracy w szpitalu. Doświadczenie z Sylvestre'em dużo mnie kosztowało. Jego śmierć na zawsze pozostanie w mojej pamięci.

I nigdy nie zapomnę o podaniu adrenaliny pacjentowi z ostrym atakiem astmy.

ZNACZENIE WIEDZY

To, że nie podałem Sylvestre'owi adrenaliny podczas ataku astmy, było wynikiem niedostatecznej wiedzy i ogromnej presji, pod którą się znajdowałem. W dalszej części tej książki powrócę do tego, jak można sobie radzić ze stresem, ale teraz chciałbym zastanowić się, jak unikać luk w wiedzy, które mogą bezpośrednio decydować o życiu pacjenta.

Zanim zacząłem studiować medycynę, sądziłem, że zawód lekarza jest zawodem czysto praktycznym. Myślałem: „Niech tylko nauczę się dokładnie anatomii, fizjologii, patologii i wszystkich innych przedmiotów, a będę świetnym lekarzem”. Sądziłem też, że jakość służby zdrowia zależy od pieniędzy, że są bogate państwa z wielkimi środkami, gdzie opieka zdrowotna stoi na wysokim poziomie, i państwa biedne, o mniejszych zasobach, z gorszą służbą zdrowia. Nie miałem pojęcia o prawnych i etycznych granicach medycyny, o wyzwaniach diagnostycznych na oddziale ratunkowym i o badaniach przesiewowych pod kątem chorób nowotworowych. Nigdy nie zastanawiałem się, jak prowadzone są badania naukowe, szczególnie w afrykańskich slumsach (gdzie później sam miałem przeprowadzać wszystkie badania do mojej rozprawy doktorskiej), ani nie myślałem o tym, jak rozmawiać z ludźmi u schyłku życia. Nie zdążyłem jeszcze zakochać się w wątrobie jako narzędzie ani nie widziałem pacjenta z raną postrzałową. Myślałem, że jestem człowiekiem odpornym na stres, ale nie wiedziałem, jak zareaguję w ekstremalnych sytuacjach.

Dziś minęło dwadzieścia lat, od kiedy zasiadłem w szkolnej ławie Instytutu Karolinska, i wciąż jako lekarz mam niewielką wiedzę. Medycyna to ogromny obszar – nie da się opanować wszystkiego czy choćby istotnej części. Podczas lat pracy jako lekarz zrozumiałem też znaczenie wiedzy wychodzącej poza domenę medycyny jako nauki ścisłej. Jest to wiedza z zakresu psychologii, zarządzania, teorii decyzji i wielu

innych. Ważne są też inne cechy, na przykład umiejętności społeczne – można przeżyć całe życie zawodowe bez przyswojenia ich sobie.

Czasami się zżymam, że podczas studiów na kierunku lekarskim robiłem mnóstwo innych rzeczy i nie zawsze byłem uważnym, wzorowym studentem. Na przykład na zajęciach z fizjologii na trzecim semestrze moje myśli musiały błądzić gdzieś indziej. Może siedziałem w sali wykładowej, zerkając na moją obecną narzeczoną, której mózg chłonał wszystko jak gąbka, podczas gdy ja wyrywałem sobie włosy, starając się zrozumieć osobliwą fizjologię płuc z różnym ciśnieniem w różnych miejscach. Albo niemożliwą logikę równowagi kwasowo-zasadowej. Od tamtej pory niejednokrotnie stałem na oddziale ratunkowym z wynikami badań krwi w ręku, wzdychając, że nie nauczyłem się porządnie fizjologii.

Z tego wniosek, że koniecznie należy mieć skrzynkę pełną narzędzi podstawowej wiedzy. Dobrze by było zacząć wcześniej. Niestety, podczas nauki na uczelni niełatwo dostrzec związek między solidną podstawą teoretyczną a byciem dobrym lekarzem.

*

Śmiem twierdzić, że wielu lekarzy w Szwecji ma duże luki w wiedzy. Mnie też to dotyczy. Ale braki w wiedzy to wina nie tylko pojedynczych lekarzy – to wina całego systemu. Podczas studiów medycznych w Szwecji (czy też za granicą – wielu lekarzy pracujących dziś w Szwecji studiowało w Danii, Polsce, na Węgrzech i w innych krajach) poziom naszej wiedzy (w większej części teoretycznej) jest wielokrotnie sprawdzany. Można dyskutować, ile ma się pożytku z wkuwania jakichś szczegółów anatomicznych czy formuł chemicznych, ale studia są tak ułożone, żeby student zdobył szerokie i głębokie podstawy wiedzy, a dopiero potem, po zdecydowaniu, jaką chce robić specjalizację, mógł ją zawęzić.

Po dyplomie zaczyna się staż. Oznacza to w praktyce, że pracuje się jako lekarz, a jednocześnie uczęszcza na wykłady i uczestniczy w innych

formach szkolenia, wciskając je w grafik. Zajmuje to od jednej do trzech godzin w tygodniu – rzadko kiedy więcej. Prowadzenie wygląda różnie, ale ma się przydzielonego starszego kolegę lekarza jako mentora. Okres stażu kończy się egzaminem.

Ten etap kształcenia trwa siedem lat. Po nim następuje pięcioletni okres robienia specjalizacji – i tutaj zaczynają pojawiać się schody. Lekarze rezydenci w zakresie różnych specjalności mają wiele różnorodnych elementów szkoleniowych rozłożonych na te pięć lat. W większości jednak są zmuszeni samodzielnie czytać książki, artykuły i inne materiały z poszczególnych specjalności, zgodnie z obowiązującą powszechnie regułą: „Nauka przez pracę”.

Po pięciu latach stajemy się specjalistami. Z dnia na dzień. Wielu ma w rzeczywistości jeszcze większe ambicje, ale system bazuje w głównej mierze na tym, że każdy sam musi pilnować własnej nauki. Nie ma na tej drodze stacji kontrolnych. A my – opiekunowie, którzy mają doprowadzić młodszych lekarzy do specjalizacji – mamy bardzo mało czasu na pracę z nimi. Większość lekarzy po rezydenturze jest w wieku trzydziestu pięciu do czterdziestu lat – przed nimi kolejne trzydzieści lat pracy jako specjaliści. Przez cały ten czas, jeśli jesteś dyplomowanym specjalistą, twoje umiejętności nie są ani razu kontrolowane. Możesz pracować przez dziesięciolecia, nie słysząc od nikogo, że to, co robisz – stosowane przez ciebie leczenie albo sposób wykonania operacji – jest błędne. Dopiero gdy popełnisz poważny błąd, który zostanie zgłoszony, być może – ale tylko być może – twój brak kompetencji wyjdzie na jaw.

Można to porównać z sytuacją strażaków albo pilotów. Strażak nie mógłby pracować przez dziesięć lat bez badań zdrowotnych czy testów fizycznych mających na celu sprawdzenie, czy da radę uratować kogoś z pożaru. Pilot musi regularnie ćwiczyć starty i lądowania na symulatorach. Ale w nikim nie budzi wątpliwości to, że kompetencje lekarzy, którzy mają do czynienia z setkami ciężko chorych pacjentów w miesiącu, podejmują trudne decyzje o badaniach i sposobach leczenia, nie podlegają żadnej kontroli. Czemu tak jest?

Jestem zdania, że w Szwecji lekarzom brakuje pobudek do samokształcenia oraz systemu kontroli wiedzy. Wspomniałem już, że po dwóch latach stażu odbywa się egzamin, co jest plusem. Po ukończeniu rezydentury lekarz najczęściej ma możliwość podejścia do egzaminu, nie jest on jednak obowiązkowy dla wszystkich specjalizacji. Poza tym dlaczego czeka się aż pięć lat ze sprawdzianem kwalifikacji? Dlaczego nie ma egzaminu co roku albo przynajmniej w połowie rezydentury? W dużej mierze chodzi zapewne o brak środków na różnych specjalizacjach, ale także o brak odpowiedniego podejścia. To przecież tak przyjemnie nie musieć pisać tylu trudnych sprawdzianów!

Koniec końców do każdego z osobna należy decyzja, na jakim poziomie chce sobie ustawić poprzeczkę. Obeznany z literaturą przedmiotu lekarz jest wprawdzie pośrednio premiowany przez kolegów, podziwiających specjalistów dysponujących obszerną wiedzą, ale przeważająca większość lekarzy głównie uczy się, pracując i licząc na to, że spotkają na swojej drodze wystarczającą liczbę pacjentów, by w końcu opanować poszczególne zagadnienia w stopniu pozwalającym osiągnąć akceptowalny poziom kompetencji zawodowych.

Ale moim zdaniem to za mało.

W Stanach Zjednoczonych i w wielu innych krajach świata są tak zwane *board exams*, czyli właśnie sprawdziany, do których specjaliści mogą przystąpić, by wykazać się dostateczną wiedzą w zakresie swojej dziedziny oraz tym, że dają sobie radę z nowymi wytycznymi dotyczącymi leczenia. System ten istnieje od lat trzydziestych XX wieku i aż dziwne, że Szwecja do tej pory go nie wprowadziła.

Ogólnie wierzę raczej w marchewkę niż kij. Powinniśmy wprowadzić w Szwecji podobny system egzaminów, a każda klinika czy szpital, zamiast traktować je jak kij, powinna postrzegać je jako marchewkę, gdyż dzięki nim zyska pewność, że lekarze (i pielęgniarki), których zatrudnia, spełniają aktualne wymagania dotyczące stanu wiedzy. Jako pacjent sam bym chętnie wybrał przychodnię lub klinikę, o której wiem, że lekarze mają odpowiednie kwalifikacje – podobnie jak czuję się bezpiecznie,

prowadząc samochód po ulicach Sztokholmu ze świadomością, że wszystkie pojazdy regularnie przechodzą przegląd. Gdy zaś mamy do czynienia z czymś tak ważnym jak ludzkie zdrowie, to nie przypadek powinien decydować o tym, czy pacjent spotka się z kompetentnym lekarzem, czy nie. Powinien istnieć system rzetelnej kontroli.

Bez względu jednak na to, kto jaki stopień kompetencji osiągnął, zdarzają się sytuacje ekstremalne, w których żadna wiedza nie jest w stanie uratować lekarza lub pielęgniarki od zrobienia głupstwa, co ilustruje przykład energicznej lekarki, Włoszki Laury w Burundi.

GRANICE MEDYCyny: LAURA

Laura była pięćdziesięcioletnią lekarką z Bolonii. Miała szeroki przedziałek z boku głowy i serce na właściwym miejscu. Pojawiła się w szpitalu w Burundi w chwili, gdy najbardziej tego potrzebowaliśmy. Zwłaszcza ja. W zespole składającym się z około dziesięciu osób mieszkających razem na ogrodzonym terenie panowała atmosfera rywalizacji między twardymi facetami, w której nie czułem się najlepiej. Do tej pory wykonywałem swoją pracę, nie wychylałem się. Nie interesowały mnie wieczorne dyskusje nad statystykami ani rywalizacja na opowiadania o okropnościach doświadczonych w terenie. I tak nie miałem żadnych ciekawych historii do zrelacjonowania. W oczach współpracowników zapewne byłem nudnym, nie do końca dostosowanym skandynawskim lekarzem, który szedł do szpitala z samego rana i wykończony wracał do domu późnym wieczorem. Najczęściej siedziałem w milczeniu przy stole, jedząc zimne resztki, podczas gdy pozostali sączyli już trzecie piwo przy ognisku. Dym papierosowy kłębił się gęsto ponad ich głowami.

– *Ma que fait tu?* – zapytała Laura w swoim własnym miksie francuskiego i włoskiego, a chodziło jej o to, jak zdołałem wytrzymać pierwszy miesiąc bez rozmów o jedzeniu i miłości. Kiedy nie mogła znaleźć francuskich słów, sięgała po angielskie albo mówiła łamanym portugalskim, którego trochę „złapała” podczas pobytu w dżunglach Angoli rok wcześniej. Emanujące od Laury ciepło bez trudu znajdowało drogę do mojego serca. Lekko pochylona do przodu, z grzywką opadającą na pół twarzy, wymachiwała rękami i energicznie gestykulowała, jak to zazwyczaj czynią Włosi, kiedy coś opowiadają.

A opowiadała chętnie. O doświadczeniach w Angoli. O tym, jak się robi prawdziwe risotto – nie wolno żałować wina. O tym, co myślała o reszcie grupy (nie przebierała w słowach). „Życie jest zbyt krótkie” – twierdziła.

Nareszcie spotkałem kogoś, z kim mogłem rozmawiać o uczuciach. Kogoś, w czyjej obecności nie musiałem ciągle zakładać maski. Biły od niej ciepło i miłość prosto z równin północnych Włoch.

Laurę zatrudniono w naszym ośrodku leczenia niedożywionych dzieci, ponieważ miała doświadczenie w takiej pracy z Angoli. Podczas pierwszego miesiąca mojego pobytu sam zajmowałem się tymi dziećmiakami, łącząc to z podstawową pracą w szpitalu. W ośrodku było wesoło dzięki kolorowym plastikowym talerzykom i rozbawionym maluchom, ale ja nie miałem wystarczającej wiedzy i kompetencji, by zajmować się niedożywionymi dziećmi z nabrzmiałymi brzuskami. Szybko zrozumiałem, że informacje przekazane mi przez pielęgniarkę pierwszego dnia – co zajęło jej zaledwie godzinę – nie były wystarczające. Dzieci to nie mali dorośli. Nie można tak po prostu podawać im mniejszych dawek leków. Dzieci są całkiem inne. Są o wiele bardziej wrażliwe na procedury medyczne, zapadają na zupełnie inne choroby. Dlatego z dużym zadowoleniem towarzyszyłem początkowo Laurze podczas jej pracy w ośrodku.

„Aha, to tak się robi... czy też trzeba było zrobić... Ciekawe”. Z imponującym zapalem i entuzjazmem zgłębiała trudne przypadki i badała je skrupulatnie. Przyglądała się im pod każdym kątem. Nie poddawała się, póki nie osłuchiwała płuc ze wszystkich stron. Jeżeli dziecko płakało, cierpliwie czekała, bawiąc się z jego rodzeństwem w celu odwrócenia uwagi. W końcu czuła się usatysfakcjonowana, stawiała diagnozę i zalecała leczenie. Każdego dnia uczyłem się mnóstwa rzeczy. A wszystkiemu towarzyszył śmiech i żarty. Laura była typem lekarza całkowicie oddanego swojej profesji.

Pewnego popołudnia Laura pojawiła się przy obiedzie. Przez pierwsze kilka minut nie rozumiałem, dlaczego jest tak rozgorączkowana.

- Gdzie jest zestaw? *Ou est the kit?!* – wołała z rozpaloną twarzą.
- Jaki zestaw? – zapytała moja włoska szefowa Angela, która na szczęście w takich sytuacjach zazwyczaj zachowywała spokój.
- Szybki zestaw do ukłuć. Spiesz mi się. *Tu sait?* – zwróciła się do

Angeli. – *How do you clean it? Ma che cosa fa.* – W chwilach stresu wtrącała więcej włoskich słów. – Ukłułam się!

– Aha – powiedziała szefowa. – Co się stało? Tylko spokojnie. Opowiedz od początku.

Laura w swojej determinacji odratowania niedożywnionego dziecka, które przestało oddychać, niestety ukłuła się igłą przedtem użytą do podania małemu pacjentowi płynów. Dziecko umarło, a potem ktoś powiedział, że jego matka tego samego roku prawdopodobnie zmarła na AIDS. Nikt nie miał pewności, ponieważ w 2003 roku w Burundi nie wykonywano testów, a tym bardziej nie leczono HIV, ale wszystko wskazywało na to, że kobieta miała AIDS.

Teraz zaś Laura była bardzo zdenerwowana i chciała wiedzieć, co ma robić.

– Christianie, miałeś wcześniej do czynienia z takim przypadkiem? – spytała Angela.

– Nie. – Wprawdzie widziałem podobne przypadki w Stanach podczas praktyki na pogotowiu, ale nigdy nie prowadziłem ich samodzielnie.

– To nie jest trudne. W budynku, w którym mieszkacie, wisi instrukcja. Musisz postąpić zgodnie z zaleceniami.

„Aha” – pomyślałem i posłuchałem. To był zły pomysł. Powinienem być zaprotestować i poprosić kogoś o pomoc. Ale chciałem być dobrym lekarzem. Poszedłem z Laurą, starając się mówić do niej najbardziej kojącym tonem, na jaki potrafiłem się zdobyć.

– Tylko spokojnie, wszystko będzie dobrze, nie ma pośpiechu.

W rzeczywistości byłem potwornie zestresowany i nie miałem pojęcia, co robić. A miało być jeszcze gorzej.

– Przeczytajmy linijka po linijce. Najpierw musimy znaleźć tabletki antywirusowe, które należy przyjąć w ciągu doby.

– Ale czy ja nie powinnam tego zdezynfekować? – krzyknęła Laura. – Poza tym musimy przecież zbadać dziewczynkę, żeby się dowiedzieć, czy miała HIV. *Ma, elle est mort* – jest martwa i właśnie stygnie w szpitalu,

gdzie ją zabrali. Musimy się pospieszyć.

– No nie wiem – odrzekłem kompletnie zdezorientowany. – To chyba niemożliwe.

– *Oui, si, bien sur*, musimy zrobić to badanie! Ja umrę!

Laura zaczynała panikować. Mówiła coraz głośniejszym głosem, podczas gdy ja gorączkowo szukałem tabletek.

– Musimy przeczytać. – Ręce tak mi się trzęsły, że kartka z instrukcją podskakiwała w mojej dłoni. – Najpierw przemyć jodyną. To już zrobiłaś, prawda?

– *Certo*.

– Dobrze, to teraz tabletki. Są tutaj, masz je brać przez miesiąc. To są tabletki zapobiegające HIV, zmniejszają ryzyko zakażenia.

– A badanie? Kiedy je zrobimy?

Przeczytałem na głos:

– „Według instrukcji nie należy robić testu osobie, od której może pochodzić krew. To standardowa procedura Lekarzy bez Granic”.

– Ale MUSIMY zrobić test małej! – zaproponowała. – W przeciwnym razie skąd mam wiedzieć, czy zostałam zarażona, czy nie?

Szybko przemyślałem sprawę. A raczej właśnie to powinienem był zrobić, ale nie zrobiłem. Nie myślałem w ogóle. Reagowałem instynktownie. Postąpiłem tak, jak sam chciałbym, żeby Laura lub ktoś inny postąpił, gdybym to ja się znalazł w podobnej sytuacji. Poprosiłem kierowcę, żeby jak najszybciej zawiózł mnie do szpitala. Przed oczami miałem jedynie ciało dziecka, stygnące z każdą sekundą. Poprosiłem kogoś z personelu, żeby posiedział z Laurą, przemawiając do niej uspokajająco.

Gdy przybyłem do szpitala, z początku nie mogli znaleźć dziewczynki. Po krótkotrwałym zamieszaniu zaprowadzono mnie w końcu do niewielkiego domku z kamienia na obrzeżach ogrodzonego terenu szpitala, nieopodal kuchni i szopy, w której myto naczynia. Tam w ciemnościach na kozetce leżało ciało dorosłego przykryte

jaskrawożółtym materiałem. Obok kozetki, na podłodze, leżał mały tobołek. „Dziecko, to musi być dziecko” – pomyślałem. Wiek się zgadzał, a pielęgniarka, która mnie przyprowadziła, powiedziała, że ciało właśnie przywieźli z ośrodka leczenia niedożywionych dzieci.

Schyliłem się i pomacałem cienkie rączki. Były letnie, jeszcze nie całkiem zimne. Skóra zaczynała się napręzać i szybko pojąłem, że nie ma żadnych naczyń krwionośnych dostępnych do pobrania krwi do badania. Skąd mogłem pobrać krew? Przyszło mi do głowy, że jedynym miejscem, w którym mogła się znajdować większa ilość jeszcze nie skoagulowanej krwi, było serce. Wziąłem igłę, którą zabrałem z gabinetu na oddziale ratunkowym, wbiłem ją całą w miejsce, gdzie jest serce, i ostrożnie napełniłem strzykawkę.

Popłynęła krew! *Yes!*

Poczułem osobistą satysfakcję: zdobyłem krew dla Laury. Czy mój czyn można było usprawiedliwić etycznie, czy może to, co zrobiłem, było nielegalne? Refleksje miały przyjść później.

Włożyłem krew do zamrażarki i poinformowałem Laurę. Wyglądała, jakby jej ulżyło. Dopiero kiedy opowiedziałem Angeli, co zrobiłem, zrozumiałem, że postąpiłem wyjątkowo nieprofesjonalnie, absolutnie wbrew temu, co głosił protokół.

– Jesteś szalony! – Moja włoska przełożona spiorunowała mnie wzrokiem. – Coś ty zrobił?! Mam nadzieję, że to nie będzie miało zgubnych konsekwencji. Ze względu na ciebie i na zespół.

„Cholera – pomyślałem – ale się narobiło”. A przecież chciałem tylko pomóc Laurze. Dlaczego nie powinienem był sprawdzić, czy dziecko było zarażone?

– Dlatego, że to nie wpływa na procedury! – krzyknęła szefowa. – Laura ukłuła się igłą po dziecku, którego rodzic prawdopodobnie zmarł na AIDS, ale tego nie wiemy. Dziecko może miało HIV – tego też nie możemy wiedzieć. To zdecydowanie za dużo wątpliwości! Krew, którą pobrałeś od martwego dziecka, może nie nadawać się do analizy, a nawet jeśli, potrwa to jakiś czas, prawda? Laura i tak musi przyjmować tabletki.

Powinieneś o tym wiedzieć.

Tak, wiedziałem o tym. W zasadzie. Cholera.

– Jest jeszcze kwestia etyki. Co mamy zrobić, jeżeli pobrana próbka będzie się nadawała do analizy? Co, jeżeli okaże się, że ta zmarła dziewczynka miała HIV? Odszukamy jej ewentualne rodzeństwo, zrobimy im testy i zaczniemy ich leczyć? Nie, nie możemy tego zrobić – nie w Burundi, gdzie nie ma leków na tego wirusa. O tym też wiesz. Już nie mówię o niekonwencjonalnym sposobie, do którego się uciekleś. Czy masz pojęcie, jak tu, w Burundi, postrzega się umarłych i wbijanie igieł w serca dzieci?

– Nie – szepnąłem zawstydzony.

– Ja też nie mam! Możemy tylko mieć nadzieję, że da się sprawę zatuszować. W przeciwnym razie nas stąd wyrzucą. Najgorsze, co może się stać, to to, że cały zespół będzie musiał opuścić kraj ze względu na coś takiego. I powiem ci, że nie byłoby to po raz pierwszy w historii Lekarzy bez Granic.

Niewiele spałem tamtej nocy.

Na szczęście całe wydarzenie przeszło bez echa. Szefowa zdołała nawet uspokoić Laureę, która przez następny miesiąc przyjmowała tabletki i walczyła ze wszystkimi skutkami ubocznymi ich stosowania. Nie wiem, jakie w końcu były wyniki badania krwi dziewczynki. Zdziwiłbym się jednak, gdyby były pozytywne, czyli że Laura została zakażona. Ryzyko było tak naprawdę minimalne.

Ten przypadek wiele mnie nauczył. Poza tym otworzył mi oczy na prawa i granice medycyny – zarówno formalne, jak i te bardziej nieformalne.

PRAWA MEDYCyny

Jakie przepisy i zasady przekroczyłem w przypadku Laury w Burundi? Do jakich reguł mamy się stosować jako personel medyczny, bez względu na to, czy pracujemy w Szwecji, czy w Afryce? Czy w praktyce stosujemy różne miary w zależności od tego, czy pracujemy w Szwecji, czy za granicą? A jeżeli tak jest, to dlaczego?

Ogólnie rzecz biorąc, mamy prawo lekarskie, zasady etyczne oraz trzeci czynnik, który nazywam po prostu osądem własnym. Zaczniemy od przepisów obowiązujących w służbie zdrowia.

Szwedzka ustawa o opiece zdrowotnej reguluje, w jaki sposób mają być prowadzone działania w służbie zdrowia. Pierwszy paragraf głosi: „Opieka zdrowotna oznacza w niniejszej ustawie działania w formie medycznego zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób i urazów. Do opieki zdrowotnej należy również transport chorych oraz zajmowanie się zmarłymi”. Są to więc generalne wytyczne, bez wchodzenia w szczegóły tego, jak ta opieka powinna być sprawowana. W drugim paragrafie czytamy: „Celem opieki zdrowotnej jest utrzymanie dobrego stanu zdrowia i zapewnienie usług medycznych na równych prawach dla wszystkich mieszkańców kraju”. Ten punkt nie budzi żadnych kontrowersji. Zapewnienie dobrego stanu zdrowia i leczenie na takich samych warunkach dla wszystkich. Jest to oczywiste, ale jak mamy tego przestrzegać? Powrócę do tego później.

Oprócz tej ustawy o charakterze ogólnym mamy też ustawy obejmujące poszczególne obszary. Należą do nich: ustawodawstwo aborcyjne z 1974 roku, zapewniające wszystkim kobietom w Szwecji prawo do aborcji; ustawa o banku materiału biologicznego; ustawa o przymusowej opiece psychiatrycznej, dająca służbie zdrowia prawo do leczenia osób chorych psychicznie wbrew ich woli; Lex Maria, stanowiące o tym, że personel służby zdrowia ma obowiązek zgłaszania

niedociągnięć zaistniałych podczas realizowania opieki zdrowotnej; Lex Sarah, narzucające na służby socjalne obowiązek raportowania o niewłaściwym funkcjonowaniu własnych organów; ustawa z 2015 roku, dotycząca prawa pacjenta do informacji o leczeniu; ustawa o ochronie przed chorobami zakaźnymi, zawierająca zasady ochrony społeczeństwa przed poważnymi zakażeniami; ustawa sterylizacyjna o prawie do sterylizacji i w końcu ustawa o obowiązku zachowania tajemnicy, zgodnie z którą nie wolno udzielać żadnych informacji związanych z opieką zdrowotną bez zgody osoby podlegającej tejże opiece.

Wszystkie te ustawy, poza ogólną ustawą o opiece zdrowotnej, jasno wyznaczają granice naszych powinności i zobowiązań.

Kiedy na przykład pacjent przychodzi na pogotowie ze względu na kaszel i gorączkę i opowiada pielęgniarce w dyżurce o swoich dolegliwościach, natychmiast zaczyna obowiązywać kilka ustaw. Pielęgniarka dokładnie informuje pacjenta, jakie ma możliwości skorzystania z usług służby zdrowia, o jego prawie do skorzystania z usług tłumacza; może też przekazać te informacje na piśmie (ustawa pacjenta). Następnie pyta, czy może czytać dokumentację medyczną pacjenta (ustawa o poufności) i czy pacjent nie jest nosicielem groźnej dla innych choroby (ustawa o ochronie przed chorobami zakaźnymi). W wielu przypadkach ustawodawca zastosował bardziej pragmatyczne procedury, które możemy jako personel służby zdrowia wykorzystać w praktyce (choć może nie jesteśmy tego w pełni świadomi).

Ale te ustawy nie wyczerpują problemu. Mówią one bardzo niewiele o tym, jak mamy traktować naszych pacjentów – czy na przykład możemy prowadzić badania naukowe. Dlatego w służbie zdrowia obowiązują określone zasady etyczne, do których musimy się stosować. Są to zasady, czyli nie prawnie obowiązujące ustawy.

Podstawy etyki mają swe źródło w tym, że ludzie zaczęli świadomie rozważać, jak należy się zachować w różnych sytuacjach. Za twórcę pierwszych reguł etyki lekarskiej uważa się Hipokratesa (ur. ok. 460 r. p.n.e.). Sformułował on zasadę, że każda opieka i leczenie zawsze

mają mieć na celu dobro pacjenta. W Szwecji za przestrzeganie zasad etycznych odpowiada Państwowa Rada Etyki Medycznej. Zasady etyczne nie są wiążące prawnie, ale w praktyce kierują postępowaniem w służbie zdrowia.

Zasada samodecydowania: „Należy decydować o własnym życiu i własnych działaniach pod warunkiem, że nie narusza to prawa innych do samodecydowania”.

Zasada nieszkodzenia: „Nie należy szkodzić ani powodować cierpienia na świecie. Punktem wyjścia jest założenie, że cierpienie i ból są złe”.

Zasada czynienia dobra: „Każdy człowiek jest pozytywnie zobowiązany do czynienia dobra”.

Zasada sprawiedliwości: „Należy być sprawiedliwym, co oznacza równe traktowanie równych. Zasada sprawiedliwości podkreśla nieetyczność odmiennego traktowania niektórych grup, jeśli między grupami nie ma etycznie istotnych różnic”.

Czasami między tymi zasadami zachodzą konflikty, na przykład kiedy ciężko chore dziecko potrzebuje krwi, ale rodzice protestują z przyczyn religijnych. Wtedy zasada „samodecydowania” staje się podrzędna, to znaczy odbiera się dziecku i rodzicom prawo do decydowania o życiu dziecka – w imię zasady „czynienia dobra” w połączeniu z zasadą „nieszkodzenia” dziecko zostaje chwilowo przejęte przez społeczeństwo i dostaje krew. Kontrowersyjne? Nie sądzę. Ale dla rodziny o głębokich przekonaniach religijnych jest to oczywiście pogwałceniem ich praw. Jednakże w tym przypadku społeczeństwo, interpretując zasady etyczne, doszło do konstatacji, że dobro dziecka stoi ponad światopoglądem rodziców. Próbuje się respektować przekonania rodziców w możliwie największym stopniu, ale jeżeli dziecku z czysto medycznego punktu widzenia potrzebna jest krew, to ją otrzyma.

Podczas studiów medycznych w Instytucie Karolinska mieliśmy dwugodzinny wykład Erwina Bischofbergera (ur. w 1936), katolickiego księdza jezuitę, pisarza i profesora etyki medycznej. Słabo pamiętam treść wykładu, utkwilo mi w pamięci jedynie to, że Bischofberger był

charyzmatycznym prelegentem. Jego rozważania o etyce lekarza były z pewnością mądre, ale było to zdecydowanie zbyt wcześnie, by obudzić moje zainteresowanie dylematami etycznymi. Nikt z nas nie miał jeszcze do czynienia z żadnym pacjentem – na razie usiłowaliśmy zrozumieć cykl kwasu cytrynowego^[5] i fizjologię płuc. Z perspektywy czasu wydaje mi się niemal przerażające, że tak trudna i wymagająca profesja jak zawód lekarza nie miała w programie studiów kursu etyki.

Dziś jest lepiej: na wydziałach lekarskich są wykłady z etyki, seminaria i inne zajęcia z tego zakresu już od pierwszego semestru. Jednak naprawę trudne etycznie pytania pojawiają się dopiero wtedy, gdy zaczyna się przyjmować pacjentów podczas stażu. A wtedy młody lekarz nierzadko zostaje sam na sam ze swoimi pytaniami na oddziale ratunkowym albo podczas obchodu. Grzebie głęboko w pamięci, próbując przypomnieć sobie prawa etyki, ale nie miał jeszcze pacjentów, na których mógłby sprawdzić tę wiedzę w praktyce. Jednocześnie pojedyncze przypadki spotykane na początku praktyki lekarskiej rzadko kiedy są tak jednoznaczne jak przykład z dzieckiem potrzebującym transfuzji. Rzeczywistość jest najczęściej dużo bardziej złożona.

W praktyce więc pozostaje nam trzeci element, co najmniej równie ważny jak reguły prawne i zasady etyczne: własny osąd, który być może jest najtrudniejszy do zdefiniowania.

Kiedy poszczególni lekarze czy pielęgniarki kładą na szali całą swoją wiedzę i doświadczenie, by podjąć racjonalną decyzję, jak postąpić w danej sytuacji, używają do tego własnego osądu.

Dlatego trudno jest o dobry osąd na wczesnym etapie kariery: młody lekarz po prostu nie zdążył jeszcze zetknąć się z wystarczająco wieloma przypadkami, do których mógłby się odnieść, gdy musi podjąć niełatwą decyzję. Wtedy ważne jest wsparcie ze strony starszych kolegów po fachu, którzy mogą pomóc, naprowadzając początkującego adepta medycyny na właściwy wybór.

Jakie zatem reguły prawa medycznego i zasady etyczne zламаłem w Burundi, próbując pomóc Laurze? Tak naprawdę nie wiem, czy

wykroczyłem przeciwko jakiemuś prawu, wbijając igłę w serce dziecka. Z perspektywy etyki medycznej natomiast postąpiłem niesłusznie. Laura musiała przyjmować leki niezależnie od tego, czy dziecko okazałoby się nosicielem HIV, czy nie – dziewczynka mogła przecież zostać zarażona niedługo przed śmiercią, a dostępne w tamtych czasach metody laboratoryjne pozwalały wykryć wirusa dopiero po trzech miesiącach.

Złamałem zasadę „nie szkodzić”. Dziecko wprawdzie już nie żyło i igła wbita w serce nie mogła mu zaszkodzić, ale potencjalnie mogłem przecież zranić i urazić jego bliskich. Nie postąpiłem również według zasady „czynić dobro”: moje działania nie prowadziły do żadnego dobra, były tylko niepotrzebnym ryzykiem.

Powinienem być zrobić kilka głębokich wdechów i spokojnie przeanalizować sytuację. Wtedy być może podpowiedziałbym sam sobie, że powinienem poradzić się swojej przełożonej, jak postąpić. Byli tam w końcu bardziej doświadczeni ludzie, którzy mogli mi pomóc.

Istnieje kilka przyczyn, dlaczego w przypadku Laury postąpiłem tak, a nie inaczej: miałem dobre intencje, to znaczy chciałem jej pomóc, kiedy miotła się przerażona. Lubiłem ją bardzo jako człowieka i jako koleżankę po fachu, byłem jej wdzięczny za wszystko, czego mnie nauczyła, i za cały czas, który mi poświęciła, opiekując się mną i mnie prowadząc. Kiedy więc nagle potrzebowała mojej pomocy, nie myślałem – reagowałem sercem.

Sprawa z Laurą wydarzyła się wiele lat temu. Sytuacja była ekstremalna, a mnie brakowało doświadczenia i działałem pod wpływem stresu. Byłem też wówczas w stanie skrajnego wyczerpania po kilku tygodniach ciężkiej pracy w szpitalu w Burundi. To była moja praca z Lekarzami bez Granic, dopiero co uzyskałem uprawnienia lekarskie i byłem bardzo niedoświadczonym doktorem.

Jednakże wszystkie te okoliczności w najmniejszym stopniu nie zmieniają faktu, że wbijając igłę w serce martwej dziewczynki, przekroczyłem wszelkie granice etyczne. Było to złe i nie da się niczym usprawiedliwić.

Czy dzisiaj postąpiłbym inaczej? Czy kierowałbym się rozsądkiem, a nie tylko intuicją, wiedziony chęcią pomocy przerażonej koleżance?

Taką mam nadzieję. Oczywiście nie wiem tego na pewno. Od tamtej pory przepracowałem kolejne piętnaście lat jako lekarz. Stałem się również ostrożniejszy. Dziś lepiej rozumiem różne zagadnienia. Rozważam każdą kwestię z kilku punktów widzenia.

Na początku kariery na każdy problem patrzyłem jednowymiarowo: „Pacjent ma trudności w oddychaniu, podam tlen”.

Dzisiaj raczej pomyślę: „Pacjent ma trudności w oddychaniu, dlaczego? Co jest ich przyczyną? Czy pacjent jest umierający? Czy prosił o niestosowanie resuscytacji? Może powinienem podać tylko morfinę łagodzącą ból i pozwolić pacjentowi zasnąć?”.

Łatwo jednak być mądrym po latach, mówiąc: „Oczywiście nie powinienem był tak postąpić”. Ale nie wolno zapominać, że człowiek inaczej działa w sytuacji stresowej – obojętne, czy w Afryce, czy w Szwecji – kiedy jest głodny i zmęczony, zajmuje się ciężko chorymi pacjentami, czasami kilkoma naraz.

Ratowanie życia i umniejszanie cierpienia pacjentów to gwiazdy przewodnie wszystkich lekarzy i pielęgniarek. A w skrajnych sytuacjach czasami zapomina się o prawie medycznym i zasadach etyki lekarskiej, pragnąc czynić dobro. Niekiedy poruszanie się na obrzeżach prawa i zasad może być uzasadnione. Albo przynajmniej zrozumiałe.

ROZMOWA Z GABRIELEM

– Jesteś głodny? – miał w zwyczaju pytać Gabriel, kiedy spotykaliśmy się wieczorami. Zamykał szpitalną aptekę, w której pracował – był jedynym farmaceutą w Buhiga – a ja się myłem, przebierałem i jadłem kolację z pozostałymi zagranicznymi pracownikami.

– Skoro nalegasz.

Nawet jeśli dopiero co zjadłem, nigdy nie odmawiałem posiłku u Gabriela. Częściowo z uprzejmości, a po części dlatego, że jego matka przyrządzała na tyłach domu najpyszniejsze jedzenie, jakiego miałem okazję próbować w Burundi. Potrawy były najczęściej przygotowywane na bazie fasoli i ryżu gotowanych w przyprawach o intensywnym aromacie. Do tego dodawała kruchą jagnięcinę i smażone na głębokim tłuszczu małe banany. Był to typowy burundyjski posiłek. Chociaż Gabriel nie miał pieniędzy, zawsze upierał się, żeby mi kupić cytrynową fantę albo coca-colę w miejscowym barze. Nigdy piwo. Nie pił piwa – był praktykującym muzułmaninem. Pił mleko.

– Jakie są szwedzkie kobiety?

Gabriela zawsze ciekawiła moja ojczyzna. Często w swych marzeniach wybiegał poza granice Burundi. Chętnie zamieszkałby w innym kraju. W Burundi praktycznie nie było możliwości zdobycia wyższego wykształcenia, a przyszłość rysowała się dla młodych ludzi niepewnie. Kiedy skończy się wojna domowa? Czy kiedykolwiek będzie można bezpiecznie podróżować po kraju? Czy kiedykolwiek będzie można odwiedzać przepiękne parki narodowe, w których teraz koczują rebelianci?

Opowiadałem Gabrielowi o życiu w Szwecji, ale nie mówiłem mu, jak wiele dóbr materialnych mają tam do dyspozycji zwykli ludzie. Opowiadałem o mojej rodzinie i przyjaciółach, o dniu codziennym

i o różnicach w tradycjach i stylu życia. Gabriel stał się moim najbliższym przyjacielem w Burundi i kończenie wieczoru w jego towarzystwie sprawiało mi przyjemność.

– Są chyba bardziej powściągliwe – zacząłem, ale pomyślałem, że różnice między kobietami w Szwecji i w Burundi nie mogą być szczególnie duże.

Omawialiśmy różnice i podobieństwa, potem przeczuliśmy się na inne ciekawe tematy, aż wreszcie zebrałem się na odwagę i po raz pierwszy zadałem pytanie, które nurtowało mnie od czasu poznania Gabriela:

– Możesz opowiedzieć mi trochę o sobie?

Po raz pierwszy tego wieczora Gabriel zamilkł i schował nos do szklanki z mlekiem, którą trzymał w dłoni. Może przekroczyłem zakazaną granicę? Rozumiałem, że w Burundi nie z każdym rozmawia się o jego przeszłości. Można było z dużym prawdopodobieństwem założyć, że historia życia każdego Burundyjczyka kryła jakąś traumę. Ale nie potrafiłem się powstrzymać.

– W sumie nie wiem, czy jestem Hutu, czy Tutsi.

Zabrzmiało to dla mnie całkiem nieprawdopodobnie.

– Dlaczego?

– Rodzice nigdy mi nie powiedzieli. A jakie to ma znaczenie? Lepiej nie wiedzieć.

Byłem zdumiony. Sądziłem, że dla ludzi w Burundi i Rwandzie przynależność etniczna jest ważniejsza niż cokolwiek innego. Gabriel jednak nie był w tym osamotniony. Później wielokrotnie słyszałem od ludzi, że nie wiedzą, do jakiej grupy etnicznej należą. W pewien sposób było to symptomatyczne: to Belgów początkowo interesowało ugruntowanie różnic etnicznych. To Belgowie w 1932 roku rozdawali mieszkańcom dowody tożsamości, w których było napisane, do której grupy etnicznej należy dany człowiek. To Belgowie akcentowali różnice między grupami, co stworzyło podstawę do niezgody i mordów

w krwawych latach.

Od chwili, gdy siedziałem w samolocie do Brukseli, w drodze do Burundi na pierwszą misję z Lekarzami bez Granic, fascynowała mnie historia tego regionu. Czytałem *We wish to inform you that tomorrow we will be killed with our families* (Pragniemy poinformować, iż jutro zostaniemy zabici wraz z naszymi rodzinami), brutalny i przekonujący dokument o ludobójstwie w Rwandzie autorstwa dziennikarza Philipa Gourevitcha. Po przeczytaniu tej książki trudno pozostać obojętnym. Czytałem też *Across the red river* (Po drugiej stronie czerwonej rzeki) Christiana Jenningsa, książkę równie jasno opisującą grę polityczną wokół ludobójstwa. Ledwie byłem w stanie przełknąć te okrucieństwa.

– Mój brat został zabity w 1993 roku w Bużumburze.

Gabriel nie powiedział nic więcej, a ja nie naciskałem. Po chwili zmienił temat.

– Przed rokiem 1993 ta wioska była jedną z najpiękniejszych w Burundi. Wielu moich przyjaciół i krewnych mieszkających w Bużumburze przyjeżdżało tutaj na urlop, żeby cieszyć się pięknym krajobrazem. Wieś miała dobrze działające połączenia telefoniczne, znakomite drogi i piękne domy. Wszystko zostało zniszczone podczas bratobójczych walk, gdy sąsiedzi, którzy wcześniej byli przyjaciółmi, rzucili się na siebie z maczetami czy co tam mieli pod ręką...

Gabriel trzymał oburącz szklankę z mlekiem i wpatrywał się przed siebie w mrok. Siedzieliśmy na prostych drewnianych stołkach przed domem jego matki. Kamienista droga przed nami świeciła pustką. Noc była przejrzysta, księżyc rzucał wystarczająco dużo światła, gdy tylko przyzwyczały się oczy. Z odległości kilkuset metrów dochodziły przytłumione głosy z lokalnego baru.

Nie mogłem powstrzymać ciekawości, a jednocześnie starałem się wyczytać z twarzy Gabriela, czy moimi pytaniami nie przekraczam jakiegś granicy. Zniżyłem głos.

– Co się stało? Dokąd uciekli ci sąsiedzi, którzy mordowali?

- Nie uciekli.
- Jak to nie uciekli?
- Mieszkają tu nadal.

Zadrzałem. Ciemność nagle stała się złowroga. Zamilkłem i wypilem trochę ciepłej fanty, żeby przemyśleć to, co Gabriel powiedział. Nie mogłem tego zrozumieć. Jak można było tu mieszkać, kiedy wcześniej się mordowało albo kiedy własny brat został zabity przez sąsiada?

– Ale jak to można wybaczyć? – zapytałem naiwnie. – Jak można tu dalej żyć, jeżeli mój własny sąsiad zarznął mi brata czy ojca?

– A co można zrobić? Mieszka się dalej. Nie ma wyboru. Kraj jest za mały. Nie ma dokąd uciec. Są oczywiście ludzie, którzy uciekają, ale najczęściej wracają. Przecież żyli w tym miejscu całe życie. Nie znają niczego innego. A kiedyś to zabijanie musi się skończyć. Wybaczyć... tak, bo co można zrobić? Nie można zabijać w nieskończoność. Takie jest życie.

To zdanie: „Takie jest życie” słyszałem często. *C'est la vie*. Ludzie wiedzieli, że pewnych spraw nie da się wytłumaczyć ani nawet zrozumieć. Trzeba tylko starać się żyć dalej i nie powtarzać tych samych błędów.

Bo jak wytłumaczyć, że w 1994 roku w Rwandzie w ciągu stu dni zostało zabitych milion osób? Że zabójcy używali głównie maczet – narzędzi dostępnych w każdym rwandyjskim gospodarstwie, służących do ścinania bananów?

Dlaczego w ogóle mówić o Rwandzie, skoro pracowałem w Burundi? Dlatego, że historia Burundi jest pod wieloma względami podobna do historii Rwandy, a wydarzenia z 1994 roku stały się znane na całym świecie. Jednocześnie w Burundi w ostatnich dekadach setki tysięcy osób zginęły w wyniku takiej samej przemocy etnicznej. Napisano dziesiątki książek o masakrach w Rwandzie. Często mówi się o ludobójstwie. Cechami charakterystycznymi wydarzeń w Rwandzie były: wysoka liczba ofiar, okrutna skuteczność ataków oraz fakt, że dotyczyły one tylko jednej

grupy etnicznej.

– A jak ty sam się czujesz? Odczuwasz nienawiść i żądzę zemsty?

Moje pytanie zabrzmiało blado i typowo dla człowieka Zachodu. Jakby zawsze chodziło o czarne albo białe, zło albo dobro.

W odpowiedzi Gabriel tylko się zaśmiał. Jak gdyby moje pytanie nie było nawet warte komentarza.

Jedliśmy dalej jagnięcinę z ryżem. Ale ja nie mogłem przestać. Miałem mnóstwo pytań i teraz mogłem je zadać w cztery oczy.

– Gabriel.

– *Oui, mon cher.*

– Jak ty widzisz przyszłość? Czy myślisz, że jest nadzieja na pokój?

– Nie. Nie widzę, by była na to jakakolwiek szansa. Za dużo ludzi chce, żeby wojna toczyła się dalej.

– Jak to? Nie rozumiem. Kto niby?

Gabriel nie był ani zgorzkniały, ani zły, kiedy powiedział, że nie wierzy w pokój. Zabrzmiało to tylko jak stwierdzenie faktu.

– W okolicznych krajach są grupy, które wspierają różne frakcje rebeliantów z rozmaitych powodów. Te przyczyny mogły powstać tak dawno temu, że z biegiem lat wszyscy już zdążyli zapomnieć, o co tak naprawdę chodzi. To właśnie jest tak osobliwe. Zapomnieli, dlaczego właściwie się kłócą. Teraz konflikt żyje własnym życiem. Są ludzie wpływowi, którzy sprzedają broń rebeliantom z czysto komercyjnych pobudek. Ale chyba najbardziej cyniczne jest to, że nawet rząd czerpie zyski z tej sytuacji. Wy, przedstawiciele zachodniego świata, dajecie naszemu państwu wielkie sumy między innymi na odbudowę służby zdrowia i szkolnictwa. Gdyby ludzie nie cierpieli w wyniku wojny, pieniądze przestałyby napływać. A wtedy trzeba by było zrobić coś samemu. A ludziom się nie chce. Czy też inaczej: ciężiej jest coś zbudować samemu, niż rozsiąść się wygodnie i żyć z pieniędzy z pomocy.

To, co opowiadał, jednocześnie brzmiało prawdopodobnie i było nie do pojęcia. Oczywiście nie mogłem mieć pewności, czy ma we wszystkim

rację. Jednak większość z tego, co mówił, potwierdził wysoko postawiony urzędnik ONZ-etu, z którym spotkałem się kilka tygodni później w restauracji w Bużumburze. Opisał sytuację w podobny sposób i też wydawał się przy tym niepokieszony. Zbyt wiele różnych sił dążyło do kontynuacji wojny.

– Ale czy to oznacza, że chciałbyś się stąd wynieść?

To pytanie w pierwszej chwili wywołało u Gabriela śmiech. Miałem wrażenie, jakby chciał mi powiedzieć: „Wynieść się? A dokąd?”.

Zrozumiałem, jak naiwne były moje pytania. Jakby mógł ot tak po prostu przeprowadzać się w granicach strefy wolnego handlu w Afryce Środkowej. Jakby – podobnie jak w Unii Europejskiej – chodziło o otwarty rynek dla pracy, ludzi i kapitału. To, że Szwedzi mogą wybierać, gdzie chcą mieszkać, pracować i żyć, należało do innej rzeczywistości.

– Jasne, że fajnie by było pojechać na przykład do Szwecji. Chciałbym dalej się kształcić. Ale niby jak? Dostanie wizey graniczy z cudem.

Dla Gabriela dostanie się do Szwecji miało się okazać bardzo trudne. Jego dziewczyna, a moja koleżanka, wróciła później do Szwecji i na wszystkie sposoby starała się załatwić mu wizę turystyczną. Skontaktowała się z ambasadami i konsulatami, urzędem migracyjnym i agencjami do spraw imigrantów. Wszędzie jednak otrzymywała odpowiedź, że decyzja zależy od państwa Burundi, które nie chce wypuszczać za granicę swoich wykształconych obywateli w obawie, że nie wrócą. Drenaż mózgów. Było to być może do zrozumienia na poziomie ogólnopaństwowym, ale jednocześnie na poziomie osobistym było katastrofą dla takich ludzi jak Gabriel, którzy nie widzieli dla siebie w Burundi możliwości rozwoju. Nie mówiąc już o tym, że jego miłość do mojej szwedzkiej koleżanki nie miała żadnej przyszłości. Jego dziewczyna kilka miesięcy później przyjechała tu w odwiedziny.

– Więc jak widzisz przyszłość? – spytałem.

– Po prostu będę żyć dalej. O co ci chodzi?

No właśnie, o co mi chodziło? Utwierdziłem się jedynie w przekonaniu,

że żyjemy w różnych światach.

MALARIA: CERISSA

– Doktorze, musi pan przyjść na oddział ratunkowy. Mamy tam dziecko, które nie czuje się dobrze.

– *Bien sur*, oczywiście – odpowiedziałem Yvette, pielęgniarce, i natychmiast przerwałem obchód na oddziale internistycznym szpitala w Buhiga.

„Oddział ratunkowy” był barakiem z czterema drewnianymi leżankami i kilkoma czerwonymi materacami pokrytymi skajem, dwoma krzesłami – jednym dla pielęgniarki przyjmującej pacjentów – stołem zasypanym zużytymi igłami, kartami pacjentów i szybkimi testami na malarię. Dawno już porzuciłem zamiar zaprowadzenia tu jakiegoś porządku.

Pospiesznie poszedłem do baraku. Na kozetce leżała Cerissa, czteroletnia dziewczynka, która mieszkała nieopodal szpitala. Jej rodzice byli w moim wieku – nieco po trzydziestce. Tata siedział na leżance obok córeczki i głaskał ją po krótko przyciętych włoskach, wyraźnie zaniepokojony. Cerissa oddychała płytko i szybko. Miała blade spojówki. Drobne krople potu perliły jej się na czole. Podano jej leki przeciw gorączce, która zaczęła spadać. Pielęgniarki w Buhiga miały wprawę i wiedziały, że gorączkę zawsze trzeba zwalczać. Nie potrzebowały lekarza do podjęcia takiej decyzji.

Badanie Cerissy przebiegło szybko. Test na malarię wypadł pozytywnie, dziecku zaaplikowano chininę. Lekarstwo spływało powoli do żyły razem z glukozą w kroplówce. Nie miałem wiele do dodania.

– Dziecko jest w rękach Boga – stwierdziłem i z aprobatą skinąłem pielęgniarkom głową. Zrobiły kawał dobrej roboty. Potrzebowałem jedynie zatwierdzić ich postępowanie. Na tym etapie już się nauczyłem, co powiedzieć głęboko wierzącym pielęgniarkom, aby pokazać, że zrobiły

co mogły i zrobiły to dobrze. Teraz pozostawało tylko czekać.

– Skontrolujmy poziom hemoglobiny, proszę. Jeżeli okaże się niski, to przetoczmy krew.

Ewidentnie mówiłem rzeczy oczywiste. Hemoglobina już była sprawdzona, grupa krwi określona. Weszła inna pielęgniarka z przygotowaną torebką krwi. Miała na sobie piękną, kanarkowo żółtą, długą suknię i przepaskę na głowie z podobnego materiału. Koralki w jej włosach dźwięczały, kiedy nadchodziła. Zazwyczaj musiałem trochę poganiać miejscowy personel, aby działał szybciej, gdy ktoś w szpitalu był ciężko chory, ale tym razem sprawy już się toczyły należyty trybem.

Kontynuowałem obchód na oddziale internistycznym. Po upływie pół godziny znowu przyszła po mnie Yvette. Pospieszyłem z powrotem na „oddział ratunkowy”.

Serce Cerissy biło powoli. Ręce i nogi miała chłodne, co jest złym znakiem – organizm wpompowywał całą adrenalinę do krwiobiegu, żeby zwęzić naczynia krwionośne w celu podniesienia ciśnienia krwi. Wyraźne oznaki szoku. Serce nie miało już siły przekazywać tej pozostałej niewielkiej ilości krwi do palców – w pierwszym rzędzie zaopatrywało ważne narządy: wątrobę, nerki, mózg.

W chwili kiedy badałem serce dziewczynki, przestało ono bić. Nie przydarzyło mi się to po raz pierwszy w mojej stosunkowo krótkiej karierze lekarskiej. To przekłute uczucie, kiedy serce pacjenta przestaje nagle bić, gdy przykładasz stetoskop do jego piersi. Dlaczego? Czy próbuje powiedzieć: „Przychodzisz za późno, trzeba było biec trochę szybciej”? A może kontakt stetoskopu ze skórą jest dla serca tak dużym obciążeniem, że nie jest ono w stanie już pracować? Jest tą kroplą, która przepełnia czarę? A może to tylko złośliwy przypadek?

– Adrenalina i maska do wentylowania. Szybko! – krzyknąłem.

Ale tym razem szybko nie było. Leki znajdowały się daleko stąd, w szpitalnej aptece, aptekarz był nieobecny, a nikt inny nie miał klucza.

Cerissa umarła na moich kolanach, zanim zdążyła dostać adrenalinę.

Robiłem jej sztuczne oddychanie metodą usta-usta i uciskałem jej małą klatkę piersiową w rozpaczliwych próbach uruchomienia serca. Usta miała jeszcze ciepłe. Wiedziałem, że wszelkie próby reanimacji były całkowicie bezsensowne, mimo to kontynuowałem akcję ratunkową. Robiłem to dla pielęgniarek. Robiłem to dla mamy i taty dziewczynki, siedzących obok bez ruchu i patrzących bez słowa. Robiłem to, by okazać się stanowczym w działaniach.

Ale tym razem robiłem to również dla siebie samego.

Przede mną leżało dziecko, które naprawdę chciałem „uruchomić”. Wmawiałem sobie, że się uda. Coś w moim wnętrzu mówiło: „Daj z siebie jeszcze trochę. Nie przerywaj”.

Ale Cerissa pozostała martwa.

*

Nieco później rozmawiałem z rodzicami Cerissy. Starłem się zrobić to najlepiej, jak potrafiłem. Nagle poczułem się tak, jakbym to ja siedział naprzeciwko lekarza. Na sekundę zamieniłem się miejscami z rodzicami dziewczynki. To ja byłem ojcem, który właśnie stracił czteroletnią córkę. W tamtym czasie nie miałem własnych dzieci. Jeżeli bym miał, to pewno bym się załamał dużo wcześniej.

Głos mnie zawodził. Wydobyłem z siebie kilka kiepsko dobranych słów, zbyt szybkich. Powiedziałem, że przyniosę koc, żeby owinąć dziecko, i pospieszyłem do wyjścia ze łzami płynącymi po policzkach. Tym razem było tego za wiele. Nie mogłem płakać i jednocześnie zachować obiektywizm.

– Była taka śliczna – powiedziała Yvette, kiedy spotkaliśmy się przed budynkiem szpitala. Widziała niezliczenie wiele dzieci umierających na malarię czy w wyniku urazów, anemii lub zapalenia opon mózgowych. W północnych rejonach Burundi, gdzie dostęp do opieki zdrowotnej był ograniczony, panowało kilka chorób, które zabijają dzieci najszybciej i najbardziej skutecznie na świecie.

Widzieliśmy z Yvette, jak sprzątacze przyszli z noszami, ostrożnie owinęli dziewczynkę w koc i delikatnie zanieśli ją do kostnicy, gdzie miała czekać na pogrzeb.

Rodzice pospiesznie wrócili do domu, by zająć się pozostałymi dziećmi. Być może w domu było więcej chorych. Po raz kolejny w szpitalu w Buhiga pojawiła się śmierć. Śmierć powszednia, obecna tu na co dzień.

*

W przypadku Cerissy, przyjętej z gorączką, personel szybko zrobił test na malarię i diagnoza była jasna. Ale Cerissa dotarła do szpitala zbyt późno. Nie miało znaczenia, jak szybko działaliśmy – jej życia nie dało się uratować. Jej śmierci można by było wprawdzie uniknąć, ale próbując to wyjaśnić, wkraczamy na obszar teorii i polityki.

Niedociągnięcia w przypadku Cerissy nie leżały po stronie szpitala w Buhiga – przyczyną śmierci dziewczynki były infrastruktura, a raczej jej brak: złe drogi, mało ośrodków zdrowia na prowincji, brak narodowego programu walki z malarią i niemożliwość wcześniejszego przywiezienia dziecka do szpitala przez rodziców. Test, jak mówiłem, został przeprowadzony – nie to było słabym ogniwem. Lekarstwa zostały podane, czyli tym razem nie zawiodła też opieka zdrowotna. Groźna odmiana malarii, która zaatakowała Cerissę, była po prostu zbyt agresywna, a leczenie podjęto za późno. Zarówno wykrycie, jak i zrozumienie, że pacjent zgłaszający się z gorączką jest chory na malarię, to pierwszy krok do ratowania życia. Leczenie jest kolejnym wyzwaniem, tu jednak potrzebny jest dostęp do leków. Odpowiednich leków.

Pasożyty malarii wykryto w starych bursztynach sprzed 30 milionów lat. Naukowcy sądzą więc, że ta choroba dręczyła zwierzęta i ludzi od bardzo długiego czasu.

Jako pierwsi symptomy malarii opisali Chińczycy około 2700 roku p.n.e. Zachował się również opis tej choroby sporządzony przez Greków w V wieku p.n.e. Rzymianom zawdzięczamy nazwę malarii – *mal aire*, czyli „złe powietrze”. Rzymscy żołnierze sądzili bowiem, że to zatęchłe

powietrze z nad bagien truło ich i powodowało gorączkę.

Chińczycy pomiędzy IV a III wiekiem p.n.e. leczyli powiększoną śledzionę i okresową gorączkę wyciągiem z rośliny *qinghao*, czyli artemizyniną. Później, w XVIII wieku, hiszpańscy misjonarze nauczyli się od peruwiańskich plemion indiańskich używać na obniżenie gorączki kory z drzewa *chinowego*. Kora ta zawierała substancję zwaną chininą. Przez wieki ludzkość leczyła więc pewne objawy – gorączkę i powiększoną śledzionę – różnymi preparatami naturalnymi (które niechybnie zawierały „właściwą” substancję), ale co w zasadzie leczono tymi specyfikami?

Jak w przypadku wielu innych chorób, również w tej pierwszego ważnego odkrycia dokonał w 1848 roku lekarz patolog, który badał zwłoki i przyglądał się wycinkom tkanek pod mikroskopem. Niemiec Johann Heinrich Meckel zauważył brązowo-czarne plamki w krwi i śledzionie pacjentów szpitali psychiatrycznych, którzy zmarli w wyniku wysokiej gorączki. Sądził, że to pigment melaniny, nie przypuszczał, że patrzy na pasożyta malarii. Trzydzieści lat później francuski chirurg Alphonse Laveran połączył zaobserwowanego przez siebie we krwi pacjentów pasożyta malarii z występującym u nich stanem gorączkowym. Dostrzegł również, że chinina zabija tego pasożyta. Za to odkrycie w 1907 roku dostał Nagrodę Nobla.

Malaria jest chorobą, którą przenoszą na ludzi i zwierzęta komary z gatunku *Anopheles*. Pasożyty malarii, zarodźce, należą do pierwotniaków, czyli organizmów jednokomórkowych. Gdy zarażony komar ukłuje człowieka lub zwierzę, wraz z jego śliną pasożyt przedostaje się do krwi, a z nią do wątroby, gdzie dojrzewa i się rozmnaża. Istnieje pięć różnych rodzajów malarii; najgroźniejszy, *falciparum*, powoduje zapalenie opon mózgowych i śmierć największej liczby chorych.

Według WHO zapadalność na malarię, czyli liczba nowych przypadków rocznie, w latach 2000–2015 zmniejszyła się o 37 procent. Także liczba przypadków śmiertelnych wśród populacji wysokiego ryzyka spadła w tym samym okresie o 60 procent. Mimo to w 2015 roku

zachorowało na malarię 214 milionów osób, z czego 88 milionów mieszkało w Afryce na południe od Sahary.

Jak chronić się przed malarią? Należy unikać komarów albo zażywać leki profilaktyczne. Gdy człowiek zostanie zakażony, można go leczyć. Czyli istnieją trzy z założenia różne sposoby.

Od wielu lat podejmowane są działania zmierzające do wytępienia komarów roznoszących malarię. DDT, czyli dichlorodifenylotrichloroetan, odkryty w 1874 roku, działał na wiele pasożytów. Spryskując nim ściany mieszkań w Meksyku, badacze z The Rockefeller Foundation pokazali, że można pozbyć się komarów przenoszących malarię na osiem tygodni. Największą akcją zwalczania komarów podjęto na włoskiej Sardynii w latach 1946–1951, gdzie dzięki zastosowaniu DDT udało się powstrzymać rozprzestrzenianie się malarii.

Następnie DDT był wykorzystywany w wielu dużych kampaniach wspieranych przez WHO, między innymi w USA, gdzie na początku lat pięćdziesiątych udało się całkowicie pozbyć malarii. W latach siedemdziesiątych wyszły na jaw negatywne skutki DDT dla zdrowia i w Stanach Zjednoczonych zakazano jego używania. Mimo kontrowersji WHO nadal zaleca stosowanie DDT do zwalczania malarii na obszarach nią dotkniętych.

Istnieją też inne insektycydy – chemiczne środki owadobójcze – używane w walce z malarią, a także metody niechemiczne. Moskitiery nasączone środkiem przeciwko komarom to ważna metoda pomagająca ograniczyć rozprzestrzenianie się choroby. Innym sposobem jest przykrywanie naturalnych zbiorników stojącej wody, które stwarzają optymalne warunki do życia dla komarów.

*

Stosowanie chininy jako środka w leczeniu malarii zapoczątkowały zatem plemiona peruwiańskich Indian, od których w XVIII wieku przejęli to hiszpańscy misjonarze. Stacjonującym w Afryce i południowo-wschodniej Azji brytyjskim żołnierzom na początku XIX wieku

podawano do picia chininę jako lek zapobiegający malarii. Chinina była tak gorzka, że żołnierze mieszała ją z cukrem i wodą sodową, co dało początek popularnemu tonikowi. Później Anglicy w Indiach dodali do tego dżin i tak powstał drink dżin z tonikiem. Od tamtego czasu znacznie zmniejszono zawartość chininy w toniku.

W latach dwudziestych udało się wytworzyć syntetyczną chininę, a w latach trzydziestych wyprodukowano inną jej formę, chlorochinę, najczęściej w XX wieku używany lek przeciwko malarii. W drugiej połowie stulecia w kilku częściach świata rozwinęła się jednak odporność na chlorochinę, toteż coraz częściej zaczęto spoglądać na Chiny i używaną tam od tysięcy lat artemizyninę. W 1979 roku przeprowadzono pierwszą udaną próbę z artemizyniną, a w 1992 roku powstał w Chinach preparat złożony o nazwie Coartem – lek klasyfikowany przez WHO jako kluczowy w zwalczaniu malarii na świecie. Mimo to dostęp do lekarstw na bazie artemizyniny w niektórych regionach kształtuje się na poziomie poniżej 50 procent, a odporność na artemizyninę w takich krajach jak Tajlandia, Kambodża czy Wietnam także poważnie utrudnia walkę z chorobą.

Chociaż wielcy darczyńcy – jak The Clinton Foundation – zaangażowali się w zwalczanie malarii, a w skali globalnej walka ta toczy się sprawniej dzięki WHO, Lekarzom bez Granic, a przede wszystkim narodowym programom zwalczania malarii, to każdego roku ponad 300 000 dzieci poniżej piątego roku życia umiera na tę chorobę, którą można skutecznie leczyć.

Jeżeli do szpitala w Szwecji trafia pacjent z gorączką, który był za granicą, to malaria zawsze wchodzi w skład diagnostyki różnicowej (to znaczy postępowania mającego na celu rozróżnienie chorób o podobnych objawach). Ważne, żeby się dowiedzieć, gdzie pacjent przebywał, ale w większości przypadków tę informację lekarz uzyskuje na samym początku. Ponieważ w Szwecji nie ma (już) malarii, kluczowy jest właśnie pobyt za granicą i to, *gdzie* chory był. Czy wyjeżdżał do Afryki? Do którego afrykańskiego państwa? Jakie rodzaje malarii występują w tym kraju? Czy

może pacjent był na prowincji? Czy używał moskitiery do spania? Czy stosował preparaty odstraszające komary? Czy przyjmował leki zapobiegające malarii, czyli środki profilaktyczne? Wystarczy przestrzegać procedur i zadać te pytania, by móc określić, czy istnieje ryzyko, że pacjent zaraził się malarią, i czy należy wykonać testy. Poza tym jeżeli w Sztokholmie pacjent przychodzi z gorączką na pogotowie, to jako lekarz mam możliwość zrobić wszystkie badania, jakie zechcę. Mogę bardzo skrupulatnie przeprowadzić diagnostykę, a także dokładnie dobrać rodzaj leczenia. Mogę się dowiedzieć szczegółowo, jaki rodzaj bakterii, wirusa czy pasożyta zaatakował mojego pacjenta, i zastosować możliwie najlepsze leki.

Dysponując w pracy bardziej ograniczonymi środkami niż w Szwecji – jak było w moim przypadku w Burundi – trzeba jednak myśleć nieco inaczej. Jeżeli pacjent ze względu na gorączkę przychodził do szpitala Lekarzy bez Granic w Buhiga, to przyjmujący go lekarz pracował w zupełnie odmiennych warunkach. Do dyspozycji miał mniej badań i mniej leków do wyboru. W takiej sytuacji należy w większym stopniu myśleć epidemiologicznie, na poziomie całej populacji. Trzeba zadać sobie pytanie: „Jakie choroby zakaźne występują na danym obszarze?”. Pracując w północnym Afganistanie, można w ogóle nie zwracać sobie głowy malarią, natomiast w Burundi należy pomyśleć o niej w pierwszej kolejności. Jeżeli lekarz działa w takim regionie Afryki, gdzie prewalencja – czyli częstość występowania – malarii jest wysoka, to sytuacja staje się jeszcze trudniejsza. W przypadkach wielu pacjentów przychodzących z malarią do szpitala w Burundi miałem wrażenie, że są one dużo bardziej złożone niż u Cerissy. Chorzy oprócz gorączki mieli inne dolegliwości: omdlenia, bóle brzucha, utratę przytomności, ból głowy i wiele innych niejasnych objawów. W pierwszej kolejności nie myślałem o malarii, ale w efekcie końcowym podejmowałem działania zmierzające do jej rozpoznania. Gorączka była jedynie symptomem infekcji, a przyczyn infekcji mogło być wiele.

Dlaczego zatem nie mogliśmy po prostu robić pacjentom badań

przesiewowych pod kątem malarii? Dlaczego nie robiliśmy testów na malarię każdemu, kto zgłaszał się z gorączką, chociaż była to tak częsta choroba? Jeden z powodów jest taki, że testy nie były darmowe, a pacjentów było zbyt wielu. Poza tym nie mierzono pacjentom temperatury regularnie, nie mieliśmy zorganizowanego systemu mierzenia ciśnienia, tętna, gorączki i innych parametrów wszystkim, którzy zgłoszą się do szpitala. Organizacja naszej pracy nie była doskonała. Najczęściej też za późno wykrywaliśmy, że pacjent cierpi na malarię.

Ale najwięcej osób, które na nią zmarły, prawdopodobnie w ogóle nie zdążyło dotrzeć do naszego szpitala.

PIERWSZA POŁOWA

– Potrzebujesz tej przerwy. Skorzystaj z niej i wróć jak nowo narodzony.

Moja włoska szefowa przekazała swoje zalecenia na siedząco. Na sekundę oderwała wzrok od laptopa w kolorze wojskowej zieleni, ale wciąż trzymała dłoń na klawiaturze, ponieważ zaraz miała pisać tygodniowy raport statystyczny dla biura w Brukseli. Trudno mi było patrzeć jej prosto w oczy i nie odpowiadał mi jej bezpośredni styl kierowania ludźmi. Odkąd w dniu mojego przyjazdu przekazała mi w terenówce kilka krótkich zasad, do których należy się stosować, unikałem jej, jak mogłem. Czy dlatego, że nie byłem przyzwyczajony do jej sposobu zarządzania zespołem? Czy dlatego, że była pielęgniarką, a do tego starszą ode mnie tylko o dwa lata? Być może. Ale im dłużej trwał mój pobyt w Burundi, tym bardziej ją doceniałem. Prawdopodobnie była to najlepsza możliwa kierowniczką dla wydelikaczonego szwedzkiego doktora, który myślał, że jest gotowy do roli jedyne lekarza w szpitalu w północnym Burundi. I zapewne miała stuprocentową rację, kiedy poprosiła mnie, bym w pełni wykorzystał nadchodzący tygodniowy urlop na Zanzibarze po trzech miesiącach intensywnej pracy w terenie.

– Postaram się.

Zdjęła ręce z klawiatury i położyła na kolanach. Jej jasnoniebieskie dzinsy nie były prane chyba od miesiący.

– Usiądź.

Siadłem na krześle obok niej. Sięgnęła po papierosa leżącego na popielniczce z ciemnego szlachetnego drewna. Jedną dłoń położyła na moim udzie, co było niezwykle intymnym gestem. Opuściłem ramiona i ledwie mogłem powstrzymać łzy.

– Jesteś wykończony – ciągnęła. – To oczywiste, ale i zrozumiałe. Christianie, pracujesz wspaniale. Dawalesz sobie radę dużo lepiej niż

lekarz, którego mieliśmy przed tobą. Ale wszyscy widzą, jak długo trwają twoje dyżury w szpitalu i jak cię one męczą. W ostatnich tygodniach byłeś bardzo zawzięty i nie raz, nie dwa wchodziłeś w konflikty z innymi pracownikami. Nie to, żebym się martwiła, ale... – Zaciągnęła się głęboko. – Ten wyjazd dobrze ci zrobi. Co planujesz?

– Spotkam się z moją narzeczoną w Zanzibarze.

– Doskonale. Zapomnij teraz o szpitalu, damy sobie radę. Sama będę tam chodzić częściej niż ostatnio. Miałam kurewsko dużo roboty z tymi raportami. Ale już niedługo będą gotowe.

– Jestem ci bardzo wdzięczny za wszystko, co dla mnie zrobiłaś.

Naprawdę byłem. Gdy teraz o tym myślę, to widzę, że zawsze czuwała gdzieś w tle – na wypadek, gdyby coś się waliło. Słyszałem też od innych, że popierała moje szpitalne decyzje.

Odwróciła się z powrotem do komputera i rzuciła:

– Do zobaczenia za tydzień. Podtucz się trochę. Wyglądasz jak kościotrup.

Miała rację: faktycznie spodnie niemal spadały mi z bioder. Miałem też do nadrobienia zaległości w spaniu. Martwiłem się tylko tym, że nie będę zbyt przyjemnym towarzyszem podróży dla mojej narzeczonej.

Rzeczywiście, jak się okazało, nie byłem. Mimo bielusińskich plaż przy samym bungalowie, fantastycznych rybnych dań i pysznych owoców, podczas naszego tygodnia na tej rajskiej wyspie głównie leżałem na hamaku w cieniu i spałem. Dużo płakałem. Z początku nie chciałem rozmawiać, ale potem słowa popłynęły wartkim potokiem. Jestem wdzięczny narzeczonej, że zniosła moje chimeryczne zachowanie podczas tego urlopu.

Ale nie sędzę, żebym zawiódł moją włoską szefową. Druga połowa mojego pobytu w Burundi minęła spokojniej. Wolniej biegałem pod kolumnadą przed salą porodową. Robiłem sobie więcej przerw na kawę, kiedy była okazja. Złapałem też równowagę między pracą a odrobiną życia towarzyskiego. Ogólnie wydaje mi się, że pracowałem lepiej. Przed

wszystkim przestałem w każdej sytuacji porównywać Szwecję z Burundi
oraz szukać niesprawiedliwości w przypadku każdego pacjenta.

Te myśli miały nadejść później.

W domu, w Szwecji.

I nadeszły – z nawiązką.

ALEXIS Z CUKRZYCĄ

Pod arkadami biegnącymi wzdłuż ceglanych murów szpitala w Buhiga stał chudy pacjent, czekając na swoją kolej. Nigdy nie zrozumiałem zasad funkcjonowania kolejki – może ich wcale nie było – ale w porze obiadowej chłopak został wezwany do mnie na badanie. Czasami siedziałem w moim małym gabinecie z pomalowanymi na chabrowo ścianami i przyjmowałem pacjentów, którzy dosłownie stali w progu – prywatność nie istniała – a czasem przychodził po mnie ktoś z personelu medycznego, bo chciał, żebym zbadał pacjenta leżącego w łóżku, na kozetce albo, jak w przypadku tego chudzielca, siedzącego na schodach w którymś ze szpitalnych budynków. Należało być elastycznym.

Powiedziano mi, że chłopiec od dłuższego czasu tracił na wadze i teraz czuje się bardzo osłabiony. Drgnąłem, gdy usłyszałem „on”. Sądziłem, że stoi przed mną – chwiejąc się na nogach – nastolatka o dużych oczach, wysokich i mocno zarysowanych kościach policzkowych i krótkich włosach.

Przywitałem się z chłopakiem. Miał dwanaście lat, a na imię Alexis. Onieśmielony unikał mojego wzroku i odpowiadał, ledwo dosłyszalnie, w kinyarwanda.

Pielęgniarka przetłumaczyła: „Schudł”.

– Czy miał gorączkę?

– Nie.

– Kaszel albo biegunkę?

– Nie, nic.

– Proszę zapytać, czy chorował kiedyś na malarię.

– Mówi, że miał malarię kilka lat temu. Nie pamięta dokładnie, kiedy to było.

– Czy kiedyś leżał w szpitalu?

- Nie.
- Czy bierze jakieś lekarstwa?
- Żadnych.
- Czy je jak należy?
- Tak, je. Ale nie mają dużo jedzenia.

Zrozumiałem, że ostatnie zdanie pielęgniarka dodała od siebie i zabrzmiało to jak rozsądna analiza.

- Czy dużo pije?
- Mówi, że ciągle bardzo chce mu się pić.
- Od kiedy?
- Od kilku tygodni.
- Czy ma jakieś inne objawy?
- Często siusia. I dużo.
- Od kiedy?
- Od kilku tygodni.

Zaczynałem się domyślać, o co tu może chodzić, ale najpierw zbadalem chłopca. Zazwyczaj takie badanie razem z rozmową zajmowało mi nie więcej niż trzy–cztery minuty. Miałem zdecydowanie za dużo pacjentów, żeby zagłębiać się w jakieś długie opowieści czy zaawansowane badania. Barak z nagłymi przypadkami był przepelniony, czekało tam chyba ze dwudziestu czy trzydziestu pacjentów. Często wieczorem, po zapadnięciu zmroku, musieli opuścić ostry dyżur. Niektórzy wracali następnego dnia. Niektórzy spali na ziemi na zewnątrz. Kolejka do oddziału dla ciężarnych i położnic wila się przed innym budynkiem, ale w przypadku tych kobiet pomagały mi położne. Sam interweniowałem tylko wtedy, gdy coś poszło źle i musiałem asystować przy skomplikowanym porodzie albo wykonać nieplanowane cesarskie cięcie. To ostatnie było w zasadzie wielką farsą, ponieważ dysponowałem zaledwie minimalną wiedzą i doświadczeniem z zakresu ginekologii i położnictwa. Pielęgniarki latami odbierały porody, ale podział odpowiedzialności był taki, że to ja musiałem zająć się najcięższymi

przypadkami. Koniec, kropka. W praktyce na porodówce byłem dodatkiem. Nierzadko miałem w związku z tym pewne poczucie nierzeczywistości.

Oprócz tych wszystkich nagłych przypadków musiałem też zrobić obchód w całym szpitalu ze stu dwudziestoma łózkami. Jeżeli miałem szczęście, to był tam też mój kolega, lekarz z Konga, więc mogliśmy podzielić się pracą. Często jednak to zadanie spoczywało wyłącznie na moich barkach.

Ale z jakiegoś niejasnego powodu przy tym młodym chłopcu z utratą wagi i częstym oddawaniem moczu zatrzymałem się niezwykle długo.

Zbadałem go. Nie miał powiększonych węzłów chłonnych ani wątroby czy śledziony. Płuca i serce pracowały normalnie. Wszystko było w normie oprócz tego, że był bardzo wychudzony, miał zapadnięte policzki i sterczące kości.

Zleciłem badanie cukru. Jedyne, czym dysponowaliśmy, był to szybki test paskowy, z którego bardzo rzadko korzystaliśmy. Pielęgniarka wróciła i oświadczyła, że chłopak ma bardzo wysoki poziom glukozy.

– Czy ktoś w twojej rodzinie choruje na cukrzycę?

Odpowiedź brzmiała „nie”. Nic o tym nie wiedział. Sądzę, że nie wiedział też, o czym mówię.

Zapytałem, czy któreś z jego rodziców jest w pobliżu. Po chwili przyszła mama chłopca, niosąc noworodka. Towarzyszyło jej dwoje innych dzieci, bawiących się ze sobą.

Wyjaśnienie, na co chłopiec cierpi, zajęło mi nie więcej niż dwie minuty. A także ujawnienie faktu, że nie mieliśmy do zaoferowania żadnych leków. Moje tłumaczenie, że „wyspy trzustkowe przestały działać”, raczej do niej nie dotarło – o ile w ogóle zostało poprawnie przetłumaczone – ale najważniejsze udało nam się wspólnymi siłami przekazać: Alexis potrzebował insuliny i jedyne, co mogli zrobić, to pojechać z nim do Karuzi, większego miasta, oddalonego o kilka godzin drogi. Zapytałem, jak mieszkają.

– W niewielkiej chatce.

– Czy macie prąd?

Mama zdawała się nie rozumieć pytania, a pielęgniarka wyjaśniła, że są bardzo biedni, mieszkają w małej lepiance z blaszanym dachem i z pewnością nie mają elektryczności. Ani bieżącej wody.

Brak elektryczności oznaczał brak lodówki. Bez lodówki nie mogliby przechowywać insuliny – nawet jeśli mieliby do niej dostęp. A bez insuliny poziom cukru we krwi chłopca wciąż byłby wysoki. Prawdopodobnie miał w moczu ketony – produkty rozkładu – tracił pływy i wagę przez to, że duże cząsteczki glukozy w jego krwi nie potrafiły przenikać do komórek – brakowało do tego insuliny z trzustki – więc wydalał cukier z moczem i dlatego tracił na wadze, co niechybnie prowadziło do śmierci. Bez insuliny za kilka tygodni – a może tylko dni – chłopiec umrze z głodu i zakwaszenia. Jego organizm był w stadium rozkładu. Jeżeli ten sam pacjent przyszedłby na szwedzki oddział ratunkowy, zostałby hospitalizowany, dostałby kroplówkę z glukozą i insulinę. To stan zagrażający życiu.

Mama przyjęła moją informację, ale szczerze mówiąc, nie wiem, czy zrozumiała, co starałem się jej wytłumaczyć. Była zajęta karmieniem noworodka piersią na schodach i szybko musiała wracać, by zająć się domem.

Popatrzyłem na chłopca przez chwilę. Wydawało mi się – być może sobie to uroiłem – że zrozumiał, co powiedziałem. Wyglądał, jakby był smutny. Zmęczony, ale uważny. Napotkał moje spojrzenie. Tych dużych oczu i poczucia rezygnacji nigdy nie zapomnę.

Pożegnałem rodzinę i z ciężkim sercem poszedłem do innych pacjentów.

Alexis siedzący na kamiennych schodach w Buhiga, z dużymi oczami i krwią pełną ciał ketonowych, to jeden z pacjentów, których wspomnienie pozostało we mnie na całe życie. Reprezentuje on brutalną różnicę między bogatym a biednym, dostępem a brakiem.

Wiele lat później miałem spotkać innego pacjenta w podobnej, a jednocześnie całkiem odmienniej sytuacji co Alexis.

Soraya miała dwadzieścia trzy lata, kiedy zjawiała się na oddziale ratunkowym w Sztokholmie. Był to dzień przed nocą świętojańską, dwanaście stopni i deszcz. Soraya planowała wyjazd z rodziną na wieś, ale przez ostatnie trzy dni miała mdłości, wymiotowała i bolał ją brzuch. Mama i siostra przywiozły ją na pogotowie, sądząc, że to może być zapalenie wyrostka robaczkowego.

Zbadałem Sorayę i dość szybko ustaliłem, że najprawdopodobniej nie jest to zapalenie wyrostka.

Na kozetce przede mną leżała zadbana kobieta: błyszczące włosy, perfekcyjny makijaż, schludne ubranie z ciemnego materiału. Próbowала się uśmiechnąć, ale zbyt źle się czuła.

– Jak długo się pani tak źle czuje? – zapytałem.

– Od kilku dni.

Jej równie elegancka siostra, siedząca obok matki, wtrąciła:

– Nieprawda. Czuła się beznadziejnie od kilku tygodni.

Kontynuowałem badanie, zadając kolejne pytania. Nie przechodziła wcześniej żadnych chorób. Nie przyjmowała leków. Starala się uprawiać sport, schudnąć – ważyła dziewięćdziesiąt kilo i była dość niskiego wzrostu – ale „nie znosiła biegać”.

– Czy istnieje możliwość, że jest pani w ciąży? – spytałem.

Pokręciła przecząco głową.

– To niemożliwe.

Zastanawiałem się nad prawdopodobnymi diagnozami.

– Czy ostatnio straciła pani na wadze?

Po raz pierwszy podczas rozmowy rozjaśniła się.

– A rzeczywiście. Trzy kilo w ciągu tygodnia.

– Musimy zrobić trochę badań – powiedziałem i zleciłem pielęgniarce potrzebne analizy.

Piętnaście minut później moje przypuszczenia się potwierdziły i wróciłem do Sorayi.

– Ma pani cukrzycę.

Spojrzała na mnie, a potem uśmiechnęła się całą twarzą.

– Och, jak to dobrze.

Zdumiałem się.

– W jakim sensie?

– Myślałam, że to coś poważnego. Na przykład wyrostek.

Matka wstała i pogładziła dorosłą córkę.

– Albo coś z macicą. Ja sama miałam mięśniaka.

Starannie rozważyłem, co powiedzieć.

– Nie, to cukrzyca, nic związanego z jelitami ani z macicą. Musimy zrobić więcej badań, zanim będę mógł stwierdzić dokładnie, ale wszystko przemawia za cukrzycą. Pani poziom cukru we krwi jest niebotyczny.

– Ale to nic groźnego, prawda, panie doktorze? – zapytała siostra pacjentki i chwyciła mnie za rękę.

Ponownie zastanowiłem się, co odpowiedzieć, by zabrzmiało to jak najłagodniej, a jednocześnie serio.

– Cukrzyca to poważna choroba. Ale można ją leczyć.

– Będę musiała brać zastrzyki? – zapytała Soraya, teraz już lekko zaniepokojona.

– Zobaczymy. W tej chwili pani krew ma kwaśny odczyn, potrzebuje pani płynów, a potem insuliny. Ale ma pani... dwadzieścia trzy lata i lekką nadwagę, więc nie jestem pewien, jaki to typ cukrzycy. Skłaniałbym się jednak ku temu, co nazywamy typem pierwszym. A w takim przypadku tak, będzie pani musiała brać zastrzyki.

Siostra uśmiechnęła się nieśmiało do Sorayi i wszystkie trzy sprawiały wrażenie zadowolonych z diagnozy. Miałem ochotę po prostu wykrzyzczeć jej w twarz: „Nie rozumiesz?! Właśnie ci powiedziałem, że masz przewlekłą chorobę, która wpłynie na całe twoje życie!”.

Poczekalem na pozostałe wyniki. Wszystko wskazywało na to, że Soraya zapadła na cukrzycę typu 1, czyli autoimmunologiczne (organizm niszczy własne komórki) powiększenie komórek beta trzustki, produkujących insulinę.

Następnego dnia nadeszła definitywna odpowiedź. Poszerzone badanie krwi wykazało, że pacjentka ma tak zwane przeciwciała anty-GAD (dekarboksylaza kwasu glutaminowego), które występują u 60–80 procent pacjentów z cukrzycą typu 1.

Jej organizm przestał wytwarzać niezbędną do życia insulinę.

Insulina jest potrzebna, by komórki organizmu mogły wchłonąć najzwyczajniejszy rodzaj cukru – glukozę. Jeżeli nie ma insuliny, jak przy cukrzycy typu 1, to glukoza nie przenika do komórek i zostaje wydalona w moczu. Oddaje się go często i dużo, a ponieważ z glukozą traci się energię, waga spada. Organizm wpada w stan kataboliczny (przypominający wygłodzenie), a wątroba wytwarza z tłuszczu ketony, dzięki którym można żyć, gdyż kompensują brak węglowodanów (na przykład glukozy). Ale produkcja ketonów jest nadmierna, są one kwaśne i groźne dla organizmu, co powoduje, że pacjenci często przychodzą na ostry dyżur, kiedy czują się źle – dokładnie jak Soraya. Przy cukrzycy typu 2, często zwanej cukrzycą starczą, występuje natomiast odporność (obniżona wrażliwość) organizmu na insulinę i nie zawsze jej podawanie z zewnątrz jest potrzebne. Tego typu cukrzyca idzie w parze z nadwagą i zazwyczaj pojawia się w późniejszym okresie życia.

Reakcja Sorayi i jej rodziny nie jest niczym niezwykłym.

„Cukrzyca to chyba nic groźnego. W końcu są na to lekarstwa”.

Tak, są. Tyle że nie we wszystkich krajach.

Cukrzyca będzie towarzyszyć Sorayi przez resztę życia. Zawsze już będzie musiała kilka razy dziennie mierzyć sobie poziom cukru we krwi. Będzie musiała przyjmować insulinę przy każdym posiłku. Musi myśleć o tym, co je, musi stracić na wadze. A jeżeli nie będzie tego wszystkiego pilnować, to istnieje ryzyko, że jej stan nagle się pogorszy i zajdzie potrzeba intensywnej opieki medycznej. Może nawet umrzeć, jeśli przez

kilka dni nie weźmie insuliny.

Ale nawet jeżeli Soraya będzie przykładnie dbać o swój stan, odżywiać się dobrze i zażywać ruchu, to i tak jej życie będzie około dziesięciu lat krótsze niż jej siostry, która nie ma cukrzycy.

Jeszcze nie tak dawno temu diabetycy żyli średnio o dwadzieścia lat krócej od innych. Jednak dzięki bardziej zaawansowanym lekom i lepszej opiece średnia ich życia uległa wydłużeniu. Mimo to australijscy naukowcy wykazali, że w latach 1997–2010 diabetycy żyli średnio o 12,2 roku krócej niż reszta populacji. Podobne badania w Szkocji przeprowadzone między 2008 a 2011 rokiem wykazały, że mężczyźni z cukrzycą typu 1 żyli o 11 lat krócej niż wynosi średnia populacyjna. Dla kobiet analogiczna liczba wyniosła 13 lat. Oprócz przedwczesnej śmierci u pacjenta z cukrzycą występuje też dwa do trzech razy większe ryzyko udaru mózgu, zawału serca i miażdżycy kończyn dolnych. Soraya ma też podwyższone ryzyko zapadnięcia na niewydolność nerek i potrzeby ich przeszczepu. Może doznać zaburzeń wzroku oraz czucia w nogach i rękach.

To, jak brutalną chorobą jest cukrzyca dla wielu ludzi w biednych krajach, którzy nie mają dostępu do insuliny, uświadomiłem sobie po spotkaniu z Alexisem w Buhiga. Widziałem później innych pacjentów z cukrzycą w Burundi, Kongu i podczas pięciu lat badań naukowych w slumsach Kibery w Kenii. Za każdym razem odczuwałem boleśnie, jak różne są nasze warunki życia i możliwości leczenia w zależności od tego, w jakiej części świata żyjemy.

*

Kiedy studiowałem medycynę w Instytucie Karolinska i zaczynałem marzyć o egzotycznych miejscach na świecie, cały czas myślałem głównie o takich chorobach jak AIDS, gruźlica, malaria, denga czy ebola. Wyjechałem z Lekarzami bez Granic, mając w kieszeni słownik wydawnictwa Oxford chorób zakaźnych w tak zwanych krajach tropikalnych – przypominający o czasach kolonializmu termin, który nie

odsyla jednak tylko do obszarów o klimacie obfitującym w opady i z temperaturą powyżej 18 stopni. Tropiki były dla mnie biednymi rejonami, gdzie ludzie zapadali na choroby zakaźne, których nie mieliśmy w Szwecji. Rzeczywiście, głównie zajmowałem się ludźmi cierpiącymi na malarię, biegunki, zapalenie opon mózgowych i dziwne wysypki skórne. Ale świat się zmienił w ostatnich dekadach, a wraz z nim zasięg chorób.

Tak jak przewidywał Hans Rosling, obszary biedy na świecie zdecydowanie zmalały. Liczba osób żyjących w ekstremalnej nędzy zmniejszyła się o połowę: z dwóch do jednego miliarda od 1990 do 2010 roku, czyli pięć lat wcześniej niż wytyczony na rok 2015 cel milenijny. Ale wyciągnięcie tego ostatniego miliarda ludzi z ekstremalnej biedy nie jest już takie pewne ani proste. Jednocześnie w miarę kurczenia się obszarów biedy pojawiły się na nich inne choroby.

Dzisiaj około 40 milionów ludzi umiera każdego roku na choroby niezakaźne, jak zawał serca, udar, cukrzyca i rak. Odpowiadają one za 70 procent wszystkich zgonów na świecie. Przeróżające jest to, że 17 milionów ze wspomnianych 40 umiera przed ukończeniem 70 lat, a 87 procent tych wypadków śmiertelnych dotyczy państw o niskich i średnich dochodach.

W Afryce bardziej niż gdziekolwiek indziej na świecie rośnie liczba ludzi, którzy zapadają – i umierają – na zawał, udar, cukrzycę i raka. Najważniejsze przyczyny tego negatywnego wzrostu to zwiększone spożycie alkoholu, palenie papierosów, niezdrowe jedzenie i brak aktywności fizycznej. Ludzie się bogacą i nabierają nowych zwyczajów: palą i jedzą więcej „śmieciowej” żywności. To z kolei powoduje epidemię otyłości i nadciśnienia, czyli czynników ryzyka związanych z rozwojem chorób serca i naczyń krwionośnych.

Szerząca się otyłość ma duże znaczenie w tej spirali przyczyn i skutków.

U osób dorosłych nadwaga zaczyna się, gdy BMI, czyli *Body Mass Index*, przekroczy 25. Otyłość definiuje się jako BMI powyżej 30, a ekstremalna

otyłość to BMI powyżej 35. Wśród dorosłych powyżej 18. roku życia liczba osób z nadwagą między 1980 a 2014 rokiem zwiększyła się dwukrotnie: do 1,9 miliarda. Zdecydowana ich większość żyje w krajach, gdzie nadwaga zabija więcej ludzi niż niedożywienie. Nie mniej szokujący jest fakt, że co trzeci mieszkaniec USA cierpi na otyłość (BMI powyżej 30).

Przy nadwadze i otyłości zwiększa się ryzyko chorób serca i naczyń krwionośnych, jak zawał serca i udar mózgu, problemów ze stawami oraz raka piersi, prostaty, pęcherzyka żółciowego, jajnika, nerki i jelita grubego. Rośnie też zagrożenie cukrzycą, która z kolei powoduje wzrost zachorowalności na choroby serca i naczyń krwionośnych. Wymieniłem tu tylko komplikacje somatyczne – cielesne – powiązane z nadwagą. Ludzie otyli częściej zapadają też na depresję, są izolowani społecznie, mają poczucie wstydu i winy, a także cierpią na impotencję.

Jednak nadwaga i cukrzyca dotyczą ludzi nie tylko w biednych krajach. W Finlandii, gdzie dobrze funkcjonuje system rejestracji danych medycznych i można monitorować pacjentów od 1950 roku do dziś, liczba zachorowań na cukrzycę typu 1 zwiększyła się o 550 procent (!).

Mieszkańcy Szwecji mają praktycznie darmowy dostęp do znakomitej służby zdrowia. W dobrze rozwiniętym systemie opieki zdrowotnej lekarze pierwszego kontaktu zajmują się pacjentami z otyłością, cukrzycą i chorobami naczyniowymi. Jeżeli pacjent stosuje się do porad, traci nieco na wadze, przyjmuje leki i unika palenia, to ma w Szwecji duże szanse funkcjonować przyzwoicie.

Alexis w Burundi nie miał takich warunków. Nie miał nawet szansy na życie. Musiał umrzeć na cukrzycę, mając dwanaście lat.

CESARSKIE CIĘCIE

– Macierzyński pana szuka – wysapała biegnąca korytarzem pielęgniarka.

„Macierzyńskim” nazywaliśmy oddział kobiecego szpitala w Burundi. Gdy tamtejszy personel wzywał lekarza, należało się spieszyć. „Gdyby tak można było mieć mały margines czasowy” – zdążyłem pomyśleć, biegnąc na oddział.

Na porodówce leżała jęcząca kobieta, czekając na pomoc. Niezdarna pielęgniarka nie wiedziała, co robić. Nie była to jednak jej wina – była tu nowa i do tego nie najlepiej wykształcona, że już nie wspomnę o braku doświadczenia w pracy na porodówce. Pracy przy porodach nie da się nauczyć z marszu. Na dodatek kierowniczka kliniki dla kobiet była chora na gruźlicę. Trochę później dowiedziałem się, że test na HIV wyszedł u niej pozytywnie i prawdopodobnie nie wróci przez wiele tygodni. Chodziła po szpitalu, kaszląc na oddziale noworodków, a ja nawet nie zareagowałem – nie zawsze oczywiste jest to, co mamy tuż pod nosem. Do tego dochodził „aspekt personelu medycznego” – oni nie mogą być chorzy.

– *Dites-moi*, proszę powiedzieć, w czym problem – poprosiłem, starając się zachować spokój.

– Nie mogę włożyć igły. Żyły są zapadnięte – odpowiedziała pielęgniarka.

– Tak, widzę. Jest mocno napuchnięta. Ale dlaczego czekała pani pięć godzin, żeby mnie wezwać? – Nie byłem spokojny, moje słowa zapewne zabrzmiały dość niegrzecznie. Wiedziałem, że to pytanie było całkiem bez sensu i nie ma na nie dobrej odpowiedzi.

Nie padła też żadna odpowiedź. Jak się często zdarzało, naciskałem za mocno, byłem zbyt agresywny. Ale teraz musiałem działać szybko. Poprosiłem o zmierzenie ciśnienia, co oczywiście okazało się prawie

niemożliwe. Dziecko w brzuchu pacjentki było martwe, choć donoszone. Problem polegał na tym, że łożysko zablokowało szyjkę macicy, więc dziecko nie mogło wyjść naturalną drogą. To był stan zagrażający życiu pacjentki, która mogła się wykrwawić na śmierć w kilka minut.

Przypomniałem sobie wykłady na studiach, na których straszono nas przykładami najszybszego śmiertelnego wykrwawienia: silne krwotoki ginekologiczne.

Mój podówczas jedyny kolega lekarz w szpitalu, który tego tygodnia był odpowiedzialny za oddział porodowy, wcześniej tego samego dnia ocenił, że kobieta może poczekać na cesarskie cięcie. Ja również nie paliłem się do wykonania tego zabiegu sam, o godzinie jedenastej we wtorkowy wieczór, z niedouczoną pielęgniarką u boku. Zwłaszcza że pacjentka prawie nie miała ciśnienia tętniczego. Poza tym wcześniej ani razu nie robiłem cesarskiego cięcia całkiem samodzielnie.

– Dobra, dzwonię po Angelę.

Szefowa zespołu Lekarzy bez Granic ratowała mnie już wcześniej. We wkłuciach była znakomita.

Angela zjawiała się po dwudziestu minutach. Próbowwała wkluć się zarówno w widoczne, jak i niewidoczne żyły. Wszystko nadaremno. Wyraźnie sfrustrowana wyszła, trzaskając za sobą drzwiami i zostawiając mnie z coraz bledszą pacjentką.

– Ostatnia szansa. Niech ochrona przyprowdzi Joselyne – poprosiłem coraz bardziej pasywną pielęgniarkę.

Joselyne była kierowniczką oddziału ratunkowego. Jeżeli ona nie byłaby w stanie wprowadzić igły, równie dobrze mogliśmy się poddać. W naszym szpitalu była bezkonkurencyjna we wkłuwaniu się. Jediną szansą na uratowanie tej kobiety było podniesienie jej ciśnienia. A do tego potrzeba wkłucia, żeby wtłoczyć roztwór soli w zapadające się żyły. Innych opcji nie mieliśmy. W Szwecji wwiercono by igłę w pieszczel pacjentki – brzmi to brutalnie, ale w rzeczywistości jest bardzo proste i trwa zaledwie trzy sekundy. Do kości można podać duże ilości płynów.

Przyprowadzono Joselyne. Usiadła przy pacjentce. Po piętnastu minutach udało jej się założyć dwa wenflony. Krew i inne płyny sączyły się powoli, acz nieustająco do ciała chorej, wypełniając wszystkie zapadnięte naczynia i karmiąc zmęczone komórki substancjami odżywczymi. Nawet nie próbowałem wyjaśnić pielęgniarce, dlaczego zostałem przy pacjentce przez resztę nocy – chyba domyślała się, że nie ufałem jej umiejętnościom. Może nawet była zadowolona z tego, że zostałem. Nie wiem i nie starałem się tego dowiedzieć – byłem zbyt zmęczony.

Rozejrzałem się wokół. Podłogę pokrywało morze zakrwawionych kompresów, cewników, wyciągniętych łożysk i zużytych igieł.

Kiedy pacjentka była w miarę stabilna, zadzwoniłem po kierowcę, który zabrał mnie z powrotem do bazy.

Około trzeciej padłem do łóżka bez umycia zębów i zdążyłem przespać pięćdziesiąt minut, zanim znowu wezwano mnie przez krótkofalówkę.

– Pacjentce wypadły igły.

Nawet nie próbowałem ukryć irytacji, kiedy wróciłem do szpitala. Okazało się, że ciśnienie tętnicze było stabilne.

Zostawiłem pacjentkę i pielęgniarkę same. Inna kobieta, z małą miednicą, potrzebowała pomocy przy porodzie. Bardzo niewiele wiedziałem o położnictwie, ale intuicyjnie czułem, że tutejsza metoda, polegająca na dosłownym siedzeniu na brzuchu kobiety i wyciskaniu dziecka, jest niezwykle brutalna. Niektóre metody były jednak tak zakorzenione, że ich wyplenienie wydawało się niemożliwe. Mój poziom energii tego poranka był tak niski, że nie miałem siły protestować. Dosłownie wycisnęliśmy biedną trzykilową dziewczynkę, która nie chciała oddychać, a tym bardziej krzyczeć, póki nie zrobiliśmy jej dziesięćminutowej reanimacji.

Wtedy uświadomiłem sobie, że nic nie jadłem od ponad dziesięciu godzin.

Noc minęła, świtało i nadszedł czas na poranne zebranie. Nie byłem

w szczególnie dobrym humorze, kiedy wślizgnąłem się do baraku ratunkowego, gdzie siedziały pielęgniarki w oczekiwaniu na poranną odprawę. Zazwyczaj wymieniały się wesołymi pozdrowieniami i opowieściami o tym, jak upłynął poprzedni wieczór.

Ledwie zakończyłem zebranie, gdy po raz trzeci wezwano mnie na porodówkę.

– Żartujecie sobie. Kto wyreżyserował ten koszmar? Ja muszę iść spać.

Ale nie mogłem. Jedna z kobiet, którą w nocy nikt się nie zainteresował, leżała cicho, nie mogąc urodzić swojego pierwszego dziecka. Teraz potrzebowała natychmiastowej pomocy. To oczywiste, że była cicho – nie chciała przeszkadzać zdenerwowanemu białemu doktorowi, który sprawiał wrażenie bardzo zajętego. Bolało ją wprawdzie, ale chciała być dzielna.

Okazało się, że miednica tej kobiety była absolutnie za wąska, żeby położnica urodziła dziecko, będące w stanie coraz większego stresu i walczące w brzuchu matki o prawo do życia. Próbowałem założyć cewnik, ponieważ pęcherz moczowy wydawał się pełny, ale mi się nie udało. Pomyślałem, że może nie zostało tam wiele moczu – chyba pacjentka niedawno siusiała.

Co miałem teraz zrobić? Mojego kolegi lekarza nie było. Nie było też żadnego wolnego samochodu, żeby przewieźć pacjentkę do innego szpitala, trzy godziny drogi stąd.

Czasami ogarnia nas poczucie nierzeczywistości. W głowie mamy pustkę, a jedyną opcją, która wydaje się sensowna, jest po prostu wszystko zostawić i spokojnie, powoli pójść do domu i się położyć. To się nie dzieje naprawdę. Ja śnię. Zaraz się obudzę w ciepłym, wygodnym łóżku w Sztokholmie. Czeka mnie spokojny dzień na szwedzkim oddziale. Żadnych nieprzyjemnych niespodzianek.

– Co pan robi, doktorze?

Przyszedł personel dziennej zmiany. Szczęśliwie wypoczęci i beczelnie aktywni. Byłem o włos od utraty panowania nad sobą.

Ale po chwili pojawiło się inne uczucie. Dużo lepsze – co prawda tak samo nierzeczywiste, ale raczej podobne do uczucia odrętwienia. Myślę, że wynikało ono głównie z długotrwałego głodu. Kiedy ciało raz i drugi dostało potężny zastrzyk adrenaliny, poziom cukru spadł i organizm wszedł w stan swoistej hibernacji, spoczynku. Tak jakby zapadał w sen zimowy.

Można to równie dobrze nazwać stadium zombi.

W stanie takiego odrętwienia podjąłem absurdalną decyzję o wykonaniu cesarskiego cięcia na własną rękę. Prawdopodobnie było to z mojej strony kompletnie nieodpowiedzialne, jakbym stracił poczucie rzeczywistości. Ale jaki miałem wybór? Musiałem w pierwszej kolejności ratować matkę, ale też dziecko. Jeżeli dziecko byłoby martwe, mógłbym poczekać na kolegę i wykonać z nim tak zwaną kraniektomię, czyli otworzyć czaszkę dziecka, by odessać mózg, a potem wyciągnąć martwy płód. Ale dziecko było jak najbardziej żywe.

Zebrałem się na odwagę i podjąłem decyzję.

Znowu zadzwoniliśmy po Angelę, która asystowała przy wielu operacjach w czasie swojego pobytu w Republice Środkowoafrykańskiej.

W transie przygotowałem salę operacyjną i sprzęt do narkozy. Żadnych pomocnych sanitariuszek nie było. Lepiej nie zapomnieć o żadnym haku czy ampulce, które ewentualnie mogą być potrzebne, bo podczas samej operacji nie będzie na to czasu.

Przyszła Angela. Pochwaliła moją decyzję. Umyliśmy i zdezynfekowaliśmy ręce, wziąłem głęboki wdech.

– Okej. – Chwyciłem skalpel i spojrzałem na pielęgniarkę, która miała podawać narkozę. Ciekaw jestem, kto był bardziej zdenerwowany. Nie byłem wtedy w stanie analizować takich szczegółów. Obracałem skalpel w palcach, jakbym liczył na to, że wykona pracę bez mojego udziału. Wciągnąłem głęboko powietrze do płuc.

– Zaczynam.

Przecinanie kolejnych warstw szło dobrze, póki nie doszedłem do jamy

brzuszej. Wtedy zdarzyło się coś niebywałego, co nie miało nic wspólnego z operacją ginekologiczną.

Niestety myślałem trochę za wolno i działałem za szybko.

Właśnie gdy zdałem sobie sprawę, co tnę, trysnął mocz z przeciętego pęcherza moczowego, którego ja, idiota, nie opróżniłem. Klasyk. Pierwsze cięcie i przedziurawiłem pęcherz.

Nigdy wcześniej nie naprawiałem pęcherza moczowego. Nie widziałem też, jak robi to ktoś inny. Ale teraz priorytetem było wydostanie dziecka.

Otworzyłem macicę. Miałem właśnie wyciągnąć dziecko, kiedy zauważyłem rączkę, siną jak niebieska jagoda. Główka utkwiała w szyjce macicy. Co miałem robić? Na sali operacyjnej powiało paniką. Okulary mi zaparowały. Szarpałem i ciągnąłem.

– Cholera – krzyknąłem.

Angela poklepała mnie po dłoni.

– Nie przestawaj.

Nie, kończę. Wychodzę z sali.

A może jednak nie.

Ostatnie pociągnięcie i główka wyskoczyła.

Oddałem dziecko pielęgniarce, przekonany, że nie żyje. Nie zdążyłem nawet zobaczyć, jakiej było płci.

Po kilku sekundach za moimi plecami rozległ się krzyk noworodka, któremu po chwili zawtórowała pielęgniarka. To była dziewczynka.

Pozostało naprawić szkody, których narobiłem. Na szczęście Angela znalazła skurczony pęcherz. Małe nacięcie dało się bez trudu zszyć. Dzięki improwizacji można czasami wiele zrobić. Wszystkie powłoki brzuszne zamknęły się bezproblemowo. Ciśnienie i tętno też utrzymywały się na przyjemnie stabilnym poziomie. Nie posiadałem się ze szczęścia, kiedy po obiedzie zajrzałem do matki, która leżała, karmiąc swoją córeczkę.

– *Murakoze.*

Zaserwowała mi „dziękuję” na deser. Od mniejszych rzeczy można się stać religijnym.

HANDLARZ Z BURUNDI

Moich spotkań ze śmiercią było w Afryce wiele. Często musiałem jedynie stwierdzić zgon. Dziecko w brzuchu matki już nie żyło przed porodem albo ktoś zmarł we śnie – nie wiadomo dlaczego – albo ktoś z raną postrzałową lub zapaleniem opon mózgowych dotarł za późno do szpitala. Najczęściej przyczyny śmierci były niejasne i rodziły wiele pytań. Nierzadko odczuwałem też frustrację, ponieważ tak wiele osób umierało w tak młodym wieku.

Zazwyczaj zmarły miał rodzinę i bliskich, którzy szybko się nim zajmowali. Mój udział w czynnościach po fakcie był ograniczony. Praca szła swoim trybem.

Ale w pojedynczych przypadkach – jak handlarza z Burundi – uczestniczyłem w żałobie.

Szpital w Buhiga mieścił się w połowie długiego zbocza. Często miałem wrażenie, że muszę chodzić pod górkę. Na szczycie był kościół i boisko do piłki nożnej. Kościół był duży, zbudowany z cegły, brakowało w nim okien i drzwi. Nigdy nie pytałem, czy w okiennych futrynach kiedykolwiek tkwiły szyby.

Z boiska kręta kamienista droga prowadziła w dół, ku wynajętemu przez Lekarzy bez Granic *maison une* – domowi numer jeden. Po przejściu niespełna trzystu metrów w dół mijało się *maison deux* – dom numer dwa, czyli naszą bazę. Po drodze przechodziło się obok domu wybudowanego przez irlandzkich misjonarzy, w którym od 1973 roku mieszkała madame Stevenson. Brzegi drogi porastały bananowce wielkości dużych krzaków. Nie stanowiły konkurencji dla gigantycznych eukaliptusów, wyciągających swe dostojne pnie ku burundyjskiemu niebu. Droga była wyboista po ulewnych deszczach, które nawiedzały nas co jakiś czas. Łatwo było o zwichnięcie kostki, jeśli się nie uważało podczas porannego joggingu. Ten krótki odcinek między domami prawie tak samo szybko

pokonywało się pieszo co jedną z zawsze dostępnych terenówek z napędem na cztery koła. Łatwo można było doznać paradoksalnego poczucia zamknięcia. Dookoła rozciągały się zielone wzgórza, kuszące doświadczonego szwedzkiego zdobywcę szlaków. Jednak całe dni spędzałem w szpitalu, a kiedy wreszcie zamykałem za sobą drzwi do gabinetu przyjęć i odczuwałem największą potrzebę zobaczenia czegoś innego niż szpital, musiałem grzecznie czekać na nocnego kierowcę i prosić go o podwiezienie. Wtedy od dawna już panował mrok, a zasady bezpieczeństwa w takich wypadkach mówiły: „Żadnych wypadów pieszo poza teren”. Znałem swoje miejsce w szeregu i robiłem, co mi kazano.

Jednak w niektóre dni wstawałem bardzo wcześnie rano, żeby pobiegać. Jedna z dróg prowadziła w dół, w kierunku doliny. W połowie ścieżki w krzewach można było dostrzec jakieś nagrobki. Tam właśnie poniosło mnie pewnego piątkowego popołudnia pod koniec mojego pobytu w Burundi. Postanowiłem trochę odpocząć od szpitala. Był jeden pacjent, któremu chciałem towarzyszyć w jego ostatniej drodze.

Ten trzydziestopięcioletni mężczyzna pozostawił żonę, dziewięciomiesięczną córeczkę i czerwonego pikapa. Wszyscy, którzy go znali, nazywali go „handlarzem”. Na miarę Buhiga był bogatym człowiekiem. Zapomniałem już, jakie prowadził interesy. Często przesiadywał, jak inni handlarze, u madame Seth we wsi, popijając swojego primusa. W każdym razie to tam go widywałem w niektóre wieczory, zanim jego stan zdrowia bardzo się pogorszył. Chorował od dłuższego czasu, ale dzięki lekarsktwom mógł wciąż być w domu. Jednak na początku marca przyszedł do szpitala w bardzo ciężkim stanie.

Leczyłem go z gorączki, z którą nie mogły sobie poradzić żadne specyfiki. Dość szybko stało się jasne, że handlarz – jak wielu innych obwoźnych kupców – miał AIDS. Nie mogłem jednak rozmawiać otwarcie z jego bliskimi o „chorobie cyt-cyt”, jak ją nazwałem. Nawet pielęgniarki po kilku tygodniach wiedziały, co mam na myśli, kiedy z moim obcym akcentem mówię „cyt-cyt”. O AIDS się nie rozmawiało.

Handlarz zmarł w pewien marcowy czwartek. Pogrzeb miał się odbyć

następnego dnia. Z wielu przyczyn zmarłych chowano jak najszybciej. Najbardziej ważkim powodem były procesy gnilne, które w ciepłym klimacie zachodzą szybko.

Nastał piątek. Dzień był bezwietrzny, pogoda piękna, a szpitalny personel wykonywał obowiązki jak się dało najsprawniej, żeby móc uczestniczyć w popołudniowej ceremonii. Wszyscy bez wyjątku znali zmarłego.

Kiedy nadeszła czwarta po południu, nadjechał czerwony pikap, do granic możliwości wypełniony młodymi ludźmi, prawdopodobnie pracownikami zmarłego. Był liczącym się pracodawcą dla okolicznej młodzieży, która teraz została bez źródła utrzymania.

Orszak pogrzebowy powoli przesuwiał się między drzewami bananowymi i plantacjami kawy. Po przejściu zaledwie kilku metrów ścieżki, którą niejednego ranka biegałem w pocie czoła, niosący trumnę nagle się zatrzymali.

Na próżno starałem się ukryć za kilkoma wysokimi mężczyznami – zapewne każdy był świadomy obecności białasa. Do tego miałem na sobie białą szpitalną odzież.

„Co doktor tu robi?”

„Doktor ma wyrzuty sumienia?”

Tak naprawdę to chyba słyszałem moje własne myśli. Nie mogłem przestać wsłuchiwać się w samego siebie. Czy zrobiłem dla niego wszystko, co mogłem? Czy zrobiłbym coś inaczej, gdyby był jednym z naszych pracowników? Może mogłem go wysłać na leczenie do Buzumbury? Czy to by coś pomogło? Żyłby tydzień albo dwa dłużej? Może dwa lata? Nie wiedziałem. Ale gryzło mnie sumienie, co powodowało, że czułem się coraz mniej odprężony, kiedy tak stałem i słuchałem księdza, który zaczął kazanie w kinyarwanda. Był to piękny język do słuchania. Nie ma znaczenia, czy się rozumie, czy nie. Ma miękką i przyjemną tonację, jest melodyjny. Dla Burundyjczyków wyzwaniem było dbać o zachowanie i rozwój swojego języka. Thierry, mój aptekarz, który nauczył mnie wszystkiego, co wiem o Burundi i Burundyjczykach,

opowiadał, że burundyjskie uroczystości były prawdziwą uczcą dla ucha. Ludzie wyzywali się na pojedynki w ekwilibrystycznej gimnastyce słownej. Podziw budził ten, kto w najelegantszy sposób potrafił opowiedzieć historię, przechodząc w swej opowieści od punktu a do punktu b możliwie najbardziej pokrętną i wymyślną drogą. Po wygłaszającym mowę Burundyjczyku naprawdę widać było, jak smakuje każde słowo, a z ust wyciska miód wdzięcznych i przemyślnych sformułowań. Tak samo jak ksiądz tego spokojnego dnia wśród plantacji kawy.

Nagle tuż za mną zagrzemiał ochryply głos: „Muzungo!”, a potem popłynął potok słów w kinyarwanda, których nie zrozumiałem. To Larissa wyrzucała z siebie długie głośnie tyrady, śmiejąc się donośnie. Zrozumiałem, że chodziło o mnie i o „żonę”.

Larissa była jedną z dwojga wiejskich pomyleńców. Wszyscy ją znali i wszyscy zdawali się darzyć ją respektem. Najczęściej widywano ją w pobliżu szpitala. Może mieszkała pod jakimiś deskami przy szpitalnych barakach. Za dnia zazwyczaj podskakiwała na bosaka dokoła szpitala. Z jakiegoś powodu nazywała mnie swoim mężem. Chwaliła się wszem wobec, że jesteśmy parą. Na początku uważałem, że to nieco egzotyczne i przyjemne, ale po kilku tygodniach oczarowanie ustąpiło miejsca irytacji. Ale Larissa była miła, wesoła i przede wszystkim całkiem szalona. Nie było co do tego żadnych wątpliwości. Jak więc można było się na nią złościć? A jednak zdumiała mnie cierpliwość całego konduktu pogrzebowego. Niewiele osób spojrzało w stronę Larissy. Nikt w żaden sposób nie próbował jej uciszyć w tej chwili pełnej smutku, skupienia i zamyślenia. Jediną osobą, której to zdawało się przeszkadzać, byłem ja.

Najsilniejszym uczuciem, którego doświadczyłem, był głęboki szacunek do śmierci bijący od otaczających mnie ludzi. Wszyscy prawdopodobnie mieli kogoś bliskiego, członka rodziny lub przyjaciela, kto umarł zdecydowanie przedwcześnie na skutek choroby czy przemocy. Mniej niż dziesięć lat temu ten region był jednym z najciężej dotkniętych wojną domową. Nikt nie wie, jak wielu ludzi straciło życie ani ilu doznało

fizycznych albo psychicznych obrażeń i żyło dalej obok swoich byłych katów lub ofiar. Poczułem się taki mały i wychuchany w moim schludnym białym ubraniu, nie mając możliwości zrozumienia ich sytuacji czy wczucia się w nią.

Mimo to byłem zdumiony. Przez ponad pół roku pobytu w Burundi bardzo często spotykałem się ze śmiercią. Tak często, jak nie potrafiłem sobie wyobrazić w nawet najśmielszych fantazjach na studiach medycznych. Śmiercią, z którą nigdy się nie zetknąłem podczas mojego stażu w Szwecji. Przede wszystkim śmiercią dzieci i młodzieży. O płodach umierających już w łonie matki w Szwecji słyszy się jedynie w ekstremalnych, odosobnionych przypadkach – ciążę mają przeżyć wszyscy, zarówno matka, jak i dziecko. Widziałem również wiele dzieci, które przybyły do szpitala i zmarły zaledwie po kilku godzinach, dzieci cierpiących na choroby zakaźne, które można leczyć, ale trzeba zacząć kurację we właściwym czasie.

Wspólną cechą większości bliskich pacjentów, z którymi miałem styczność w Buhiga, był spokój, który zachowywali w każdej sytuacji. Po prostu stwierdzali, że ich syn, ich córka, ich siostra czy ojciec umarli. Było to dla mnie szokiem i ciężko było mi się do tego przyzwyczaić.

Gdyby zmarł młody członek mojej rodziny, byłbym zdruzgotany. Wykrzykiwałbym swój żal, osunąłbym się na ziemię z rozpacz. Byłbym... – albo nie, nie wiem, jak bym zareagował. I kim ja jestem, żeby oceniać czy próbować zrozumieć rodziny w Buhiga, sposób, w jaki wyrażają swe uczucia, ich milczenie? Może chodziło o to, żeby nie tracić twarzy przed *muzungo*, białym mężczyzną? Albo przed lekarzem? Może zaczęli krzyczeć i płakać po opuszczeniu terenu szpitala? Albo po powrocie do domu, zjedzeniu kolacji i położeniu spać reszty dzieci? Albo też śmierć jest dla ludzi w Buhiga bardziej naturalną częścią życia niż dla mnie i moich bliskich w Szwecji?

Wydaje mi się, że najważniejszym powodem tego, że nie zalewano się płaczem przy zmarłym, była świadomość, że kiedy wydarzy się śmierć, trzeba szybko iść dalej. Ludzkiej codzienności nie dawało się zastopować.

Trzeba było się zająć pozostałymi dziećmi, zadbać o wodę i pożywienie, zaopiekować się chorymi krewnymi i samemu pozostać przy życiu.

Życie musi toczyć się dalej – dla tych, którzy żyją.

Zawsze staram się usiąść, choćby na pięć minut, z rodzicami albo przyjaciółmi zmarłej osoby – zarówno w Afryce, jak i na pogotowiu w Sztokholmie. Staram się wytłumaczyć, co się stało, w niedługim czasie po zgonie, kiedy jeszcze wszyscy, którzy przy tym byli, mają szczegóły świeżo w pamięci. Mówię, że się staram, bo jak wyjaśnić choroby, które ciężko nawet mnie zrozumieć? Jak wytłumaczyć to komuś, kto nawet nie umie liczyć, kto nie chodził do szkoły? Śmierć jest uniwersalna i najczęściej trudna. Nawet dla lekarza, który musi powstrzymać łzy i nie angażować się zbyt emocjonalnie. Inni mogą płakać, krzyczeć, obwiniać lekarza, służbę zdrowia, Boga. Ale nie lekarz. Lekarz będzie przeżywał swój własny żal później, wieczorem, kiedy nikt nie widzi. Tylko w ten sposób powinien myśleć i postępować lekarz. Ale często rzeczywiście można sobie pozwolić na okazanie uczuć. Nawet płakać z pacjentami. Przytulić członka rodziny. Można być profesjonalnym, obiektywnym lekarzem i jednocześnie uczuciowym człowiekiem.

Larissa objęła mnie ramieniem i szczebiotała dalej. I ten jeden raz nie próbowałem wyslizgnąć się z jej objęć ani jej odsunąć.

Staliśmy tak w bezruchu i słuchaliśmy księdza, który wznosił swoje modły, aż łzy pociekły po twarzach żałobników.

Własne łzy zauważyłem dopiero wtedy, gdy Larissa poklepała mnie po policzku.

PRZYJĘCIE

To było przyjęcie, którego nigdy nie zapomnę. I to nie w pozytywnym sensie.

Wszyscy tam byli. Imponująca frekwencja. Miejsce: duży apartament mojej mamy na Östermalm. Mama przygotowała kanapeczki i rozlała musujące wino do kieliszków. Wysprzątała mieszkanie i nakryła stół. Formalnie rzecz biorąc, to moja narzeczona miała dzwonić do ludzi i udało jej się ściągnąć sporą część moich przyjaciół i znajomych. Ale mama była głównodowodzącą; zaprosiła też rodzinę. Narzeczona nie była przekonana, zastanawiała się, czy to aby na pewno dobry sposób na uczczenie mojego powrotu z Burundi.

Odebrała mnie z lotniska. Z Burundi poleciałem przez Buzumburę, stolicę, do Brukseli na kilka dni sprawozdania. To standard u Lekarzy bez Granic – na szczęście. Miałem chociaż kilka godzin dla siebie w hotelu na przedmieściach Brukseli, żeby zebrać myśli przed wyjazdem do domu.

Nie cieszyłem się na myśl o powrocie. Miałem poczucie, jakbym zawiódł personel mojego szpitala. Mogłem wyjechać z Burundi, podczas gdy tamci zostali. Miał do nich dołączyć nowy lekarz, być może tak samo zielony jak ja, kiedy przyjechałem, i wszystkich dookoła zameczałem swoimi obawami. Personel nie mógł po prostu spakować walizek i wyjechać.

Wiele osób chciało wymienić się adresami mailowymi, utrzymywać kontakt, przyjechać do Europy na studia. „Czy możesz mi jakoś pomóc?”.

Narzeczona zawiozła mnie na Östermalm i weszliśmy do mieszkania.

– *Surprise!*

Jak w filmie Woody’ego Allena. Brakowało tylko balonów.

Intencje były dobre, to jasne. Tęsknili za mną. Szczególnie mama. Sądzili, że mi ich brakowało. Co oczywiście było prawdą. Ale mózg

miałem jakby opuchnięty. Niczym nurek powracający z głębiny musiałem się zaaklimatyzować, wypływać na powierzchnię metr po metrze, nie za szybko.

– Ojej – powiedziałem i sztywno uściskałem się z wszystkimi przyjaciółmi i rodziną. – Dziękuję. Jak miło – wydusiłem z siebie. – Nie musiałaś, mamoo...

– Na zdrowie i witaj w domu, Christianie.

– Na zdrowie.

Bolał mnie żołądek. Myślałem o niedożywionych dzieciach w Burundi, które przychodziły do naszego ośrodka ze spuchniętymi brzuchami i niedoborem białka, cierpiące na kwashiorkor^[6]. Nie mogły jeść zbyt szybko, potrzebowały małych porcji często, żeby dojść do siebie.

Powoli jadłem koreczek, który przyklejał się do podniebienia.

– Opowiadaj. Jak ci tam było? – zapytał mnie przyjaciel.

– Było... intensywnie.

– Ale dobrze być z powrotem w domu, co?

– Tak, dobrze będzie pospać we własnym łóżku.

Nie miałem siły wyjaśniać, co naprawdę czułem. Nie brakowało mi nocnych szczurów na dachu – to by już była przesada. Ale przyniesienie wiadra gorącej wody od ogniska, spokojne obmywanie się przy świecy... Tego będzie mi brakować.

– Dzięki w ogóle za wszystkie listy – powiedział ktoś inny. – To było tak, jakbym naprawdę tam był.

Nie, nie było. Nie było takiej możliwości.

– Och. To fajnie. Dziękuję.

Mogłem mieć pretensje do samego siebie. Przez cały pobyt w Burundi pisałem listy do przyjaciół i rodziny. Dzieliłem się z nimi moimi obserwacjami i wrażeniami ze szpitala oraz z życia w obozie. Starłem się pisać tak bezpośrednio i szczerze, jak się da. Prawdopodobnie udało mi się uchwycić kilka niewielkich fragmentów z życia pacjentów w Buhiga,

a także oddać uczucia, których doznałem, kiedy jako świeżo upieczony lekarz po raz pierwszy w życiu pojechałem do Afryki. Opowiedzieć, jak spotkałem i leczyłem pierwszego w moim życiu pacjenta z malarią. Z HIV. Z gruźlicą. Ale listy nie mogły oczywiście oddać nawet ułamka rzeczywistości.

– I jak... miło – dodałem z nadzieją, że przyjęcie niedługo się skończy.

Po wszystkich poklepywaniach po plecach podszedł do mnie nieco bardziej empatyczny krewny i cicho powiedział:

– Dużo do przetrwania, co?

– Tak, to nieco potrwa.

– Widzę, że mentalnie wciąż tam jesteś.

– Tak mi się wydaje.

Krewny rozejrzał się dookoła.

– Nie osądzaj nikogo. Wszyscy za tobą tęsknili i cieszyli się, że cię zobaczą i usłyszą o tym, co przeżyłeś. Nikt z nas nie może sobie wyobrazić, jak tam jest.

– Byłem trochę nieprzygotowany.

– To naturalne. Trochę potrwa, zanim się przystosujesz. Co będziesz teraz robił?

– Zacznę pracować tutaj.

– Cieszysz się?

Zastanowiłem się.

– Nie wiem. W tej chwili jedynie tęsknię za powrotem tam. Ale przecież tego nie mogę nikomu powiedzieć.

– Nie, to chyba najlepiej zachować dla siebie. Może zrobisz sobie przerwę?

– Wolę zacząć pracować, może jednak będzie dobrze.

– Dzisiaj wieczorem możesz położyć się w wygodnym łóżku. Wtedy już będzie po wszystkim.

– Pewnie masz rację.

Dwa tygodnie później zacząłem pracę na oddziale ratunkowym Szpitala Południowego.

Wtedy nastąpił prawdziwy szok.

SOR W SZPITALU POŁUDNIOWYM

– Ale dlaczego miałbym go hospitalizować? Przecież da sobie radę w domu.

Ordynator oddziału ratunkowego w Szpitalu Południowym rzucił mi szybkie spojrzenie, po czym dalej klikał myszką komputera.

– Dlatego, że ja tak mówię.

– Ale to jest nielogiczne – upierałem się, w pełni świadomy, jak wielu pacjentów na mnie czeka.

– Proszę tylko pobrać materiał i zrobić posiew. I przyjąć go do szpitala.

– Ma pięćdziesiąt trzy lata, jest żonaty i ewidentnie dawał radę pracować aż do wczoraj. Jest pewnie zmęczony. To z pewnością tylko przeziębienie.

Ordynator przestał klikać.

– Niech pan nie będzie tak diabelnie uparty. Proszę go po prostu hospitalizować.

– Jaki powód?

– Podejrzenie infekcji.

– Czego?

– Płuc – stęknął ordynator.

– To może zlecę też tomografię komputerową? Albo rezonans magnetyczny, skoro już przy tym jesteśmy. – Sam słyszałem, jak uszczypliwie to zabrzmiało.

– Nie. Niech pan się nie wygłupia. Jutro może pan zrobić zwykłe prześwietlenie płuc.

– Aha. I włączyć antybiotyk o szerokim spektrum, tak?

– Nie, to nie będzie potrzebne.

– Dlatego, że jego CRP^[7] wynosi dwadzieścia.

– Tak. Między innymi.

– Czyli przyznaje pan, że podejrzewa chorobę wirusową. Żadnej infekcji bakteryjnej wymagającej antybiotyku.

– Proszę posłuchać. – Odwrócił się do mnie. Ani śladu zaczerwienienia na twarzy. Siwe włosy zaczesane na bok, z perfekcyjnym przedziałkiem. – Sprawia pan wrażenie lekko przemęczonego. Słyszałem, że biega pan tam i z powrotem i podaje w wątpliwość nasze hospitalizacje. Wiem też, że pracował pan w Afryce i tak dalej. Ale to nie Afryka. Tu jest Szpital Południowy w Sztokholmie. I tutaj prowadzimy nowoczesną, zaawansowaną opiekę zdrowotną.

– Która polega na hospitalizacji zdrowych mężczyzn w średnim wieku z przeziębieniem?

Ordynator zamilkł. Wydawało się, że z trudem powstrzymuje się od powiedzenia czegoś naprawdę złośliwego. Uśmiechnął się sztucznie.

– Proszę po prostu wpisać pacjenta i przyjąć następnego. – Stuknął w monitor komputera, na którym widoczna była lista kilkunastu pacjentów czekających na swoją kolej.

Zrobiłem, jak powiedział.

Tęskniłem za tym, żeby znowu wyjechać z Lekarzami bez Granic. Podróż powrotna z Afryki do Szwecji była trudniejsza niż podróż w tamtą stronę rok temu.

Nie zaaklimatyzowałem się.

Chciałem stąd wyjechać. Ale nie mogłem. Rekruter Lekarzy bez Granic zmusił mnie do zostania w domu i pracowania przez jakiś czas w kraju. Później byłem mu wdzięczny za taką decyzję. Potrzebowałem zwolnić, przepracować wszystko, żeby być naprawdę gotowym na wyjazd na kolejną misję. Byłem po trzydziestce, zastanawiałem się sam i razem z narzeczoną nad różnymi drogami kariery zawodowej. Czy mam zacząć pracę naukową? Jaką miałbym wybrać specjalizację? Czy będziemy starać się o dziecko? Ponieważ nie znałem odpowiedzi na żadne z tych pytań, schowałem głowę w piasek, poszedłem za głosem serca i znowu

zadzwoiłem do biura Lekarzy bez Granic. Rok po powrocie z Burundi
siedziałem w samolocie w drodze do jądra ciemności – Konga.

KONGO

Olbrzymie samoloty transportowe i wojskowe helikoptery stały rzędem wzdłuż pasa startowego w Bunii, we wschodniej prowincji Ituri Demokratycznej Republiki Konga. Większość z nich była biała z czarnymi literami UN: *United Nations*. Stacjonowały tutaj największe siły pokojowe ONZ-etu – MONUC (*Mission des Nations Unies en République Démocratique du Congo*). Ponieważ w tej części kraju toczono najcięższe walki, przybywali tu uchodźcy i poszkodowani w wyniku wojny, wybuchały epidemie różnych chorób zakaźnych, Lekarze bez Granic założyli tu szpital polowy nieopodal dużego obozu dla uchodźców, kilka kilometrów od lotniska.

Miałem za zadanie przez jakiś czas pracować jako lekarz w tym szpitalu. Byłem raczej słabo przygotowany, ale miałem silną motywację do misji. Poza tym zacząłem się zastanawiać nad wyborem chirurgii na specjalizację w Szwecji.

W brudnej białej terenówce Lekarzy bez Granic z wysoką na dwa metry anteną kołyszącą się na masce przekazano mi informacje o otoczeniu. Tym razem moim szefem okazał się Belg w średnim wieku, który nie był w domu od chyba dziesięciu lat. Potem usłyszałem, że ma „mały domek” nad jeziorem Kiwu. Z bandaną mocno owiniętą wokół łysiny i w koszuli w kratę rozpiętej do pępka przypominał raczej turystę z Bangkoku. Każdy wieczór kończył „małym jointem na spanko”, jak to określał.

Opuściliśmy halę przylotów nisko położonego lotniska i jechaliśmy powoli w stronę szpitala drogą pełną ceglanych kamieni. Gęsta trawa rosnąca po obu stronach sięgała prawie dachu terenówki. Ludzie jechali na rowerach albo szli poboczem.

Na drodze leżało ścierwo największego węża, jakiego kiedykolwiek widziałem. Sądząc po szerokich śladach, rozjechanego przez jakiś czołg.

– A to co? – zapytałem, pokazując palcem na wielkie pole z niebieskimi namiotami.

– Ten obóz dla uchodźców.

W formie określonej. Tak jakby był tam od zawsze.

– Kto w nim mieszka i dlaczego?

– Przede wszystkim Ugandyjczycy uciekający przed Armią Bożego Oporu, ale również Kongijczycy i Burundyjczycy.

Konflikty w regionie trudno było ogarnąć rozumem. Kiedy dwa lata wcześniej pracowałem w Burundi, dużo czytałem o najbardziej efektywnym ludobójstwie w historii, które rozpoczęło się 6 kwietnia 1994 roku i w którym zginęło od pół miliona do miliona ludzi. Większość z nich należała do plemienia Tutsi i została wymordowana maczetami przez własnych sąsiadów, Hutu. Wydarzenia w Rwandzie wpłynęły na Burundi i napięcie w regionie dawało się wyraźnie odczuć jeszcze dziesięć lat później.

– Od czego uciekają Kongijczycy?

Mój belgijski szef spojrzał na mnie ze zdziwieniem i nie odpowiedział. Może to było oczywiste. Albo całkiem niejasne. Uważnie przeczytałem książkę *Duch króla Leopolda* Adama Hochschilda, z której sporo się dowiedziałem o brutalnej kolonizacji Wolnego Państwa Konga przez Belgów pod koniec XIX wieku. Czytałem również fantastyczną książkę *In the footsteps of Mr Kurtz* (Śladami pana Kurtza) Micheli Wrong o późniejszym kongijskim dyktatorze Mobutu Sese Seko, który ograł własny kraj ze wszystkich bogactw. Według Hochschilda miliony Kongijczyków zostały zamordowane lub okaleczone przez Belgów w ich pogoni za kauczukiem do produkcji opon dla szybko rozwijającego się przemysłu motoryzacyjnego. Król Belgii Leopold II stał się krezusem i niepodzielnie władał całym Kongiem jak swym prywatnym majątkiem. Pieniądze zarobione na kauczuku przeznaczał na wzniesienie wielu gmachów i budowli w Brukseli. Historia Konga w XX wieku była brutalna. Kiedy w 1960 roku zakończyła się belgijska kolonizacja, władzę przejął okrutny dyktator Mobutu, który panował od 1965 aż do 1997 roku.

W czasach prezydentury Laurenta Kabilii, a następnie jego syna Josepha w Kongu wciąż panowały grupy wewnętrznych rebeliantów, dopuszczających się mordów i gwałtów w walce o wielkie bogactwa naturalne, które ten kraj posiada. Historia obozu dla uchodźców jest więc zarówno długa, jak i burzliwa.

Szpital polowy Lekarzy bez Granic mieścił się w starym budynku szkolnym. Wokół szkoły rozstawiono szereg plastikowych namiotów. Tam miałem się zajmować zgwałconymi kobietami, które zostały napadnięte w drodze z obozu do studni z wodą.

Już tego samego popołudnia poszedłem na pierwszy obchód oddziału chirurgicznego szpitala.

Cały oddział zajmował jedną dużą salę, w której na prostych drewnianych kozetkach leżało około siedemdziesięciu pacjentów. Wokół każdego chorego siedzieli członkowie ich rodzin – czasami po kilku – pomagający w myciu i opatrywaniu pacjentów oraz gotowaniu dla nich jedzenia. Długie liny z zawieszonymi moskitierami przecinały salę wzdłuż i wszerz, a między łózkami zwisały płachty kolorowych materiałów. Podchodziłem z pielęgniarkami i badałem chorych. Większość miała zainfekowane rany postrzałowe. Część pacjentów była po operacji i potrzebowała przede wszystkim zmiany opatrunku. Byłem tam wprawdzie w charakterze lekarza głównie medycyny zakaźnej, ale każdego dnia pomagałem przy operacjach, bo jedyny obecny na miejscu chirurg nie nadążał. Wykonywałem cesarskie cięcia, robiłem obchody pacjentów chirurgicznych, przeprowadzałem drobniejsze operacje i asystowałem przy większych.

W wielkiej sali, gdzie leżeli wszyscy pacjenci po operacjach, było z pewnością ponad siedemdziesiąt łóżek. Pod jedną ścianą leżały rzędem dzieci ze złamaniami kości udowych. Ponieważ nie mieliśmy dostępu do nowoczesnego sprzętu ortopedycznego, przy takim złamaniu można było jedynie umocować gwóźdź w kości tuż nad kolanem (*distalis femoris*), przyczepić linę ciągnącą się w górę do zaczepu i zawiesić na niej jakiś ciężar, na przykład kamień, który pociągnie złamaną kończynę do góry.

Niektóre dzieci ze złamaniem obu kości udowych całymi tygodniami leżały z nogami w gipsie na tych prowizorycznych wyciągach.

Zatrzymałem się przy jednej dziewczynce. Miała około dziesięciu lat i została postrzelona w podudzie. Kula przeszła przez nogę i w kości piszczelowej wdała się paskudna infekcja. Lekarze przede mną zaaplikowali dziecku antybiotyki i utrzymywali ranę w czystości. Mimo to kość nie chciała się goić. Minął już miesiąc, martwą tkankę usunięto, antybiotyki zmieniono. Między kością a skórą wytworzył się kanał, który się nie zasklepił. Codziennie podczas mojego obchodu dziewczynka siedziała smutna na łóżku. Spoglądała na kolegów, którzy bawili się na zewnątrz. Za bardzo bolała ją noga, żeby mogła się ruszać. Po kolejnych dwóch tygodniach powtórzyliśmy procedurę z czyszczeniem rany na sali operacyjnej. Tym razem udało nam się również przeświecić dziewczynce nogę w innym szpitalu kilka kilometrów stamtąd, na co zazwyczaj nie mogliśmy sobie pozwolić. Kość była wciąż zainfekowana, wdało się zapalenie. Siedliśmy z dziewczynką i jej mamą. Mój kolega, ortopeda z Kanady, bardzo przystępnie i w skupieniu wyjaśnił, że kość nigdy się nie zagoi, więc proponuje amputację podudzia. Dał im kilka dni na podjęcie decyzji. Gdy nadszedł wyznaczony dzień, spojrzałem na matkę i poprosiłem jedną z pielęgniarek o przetłumaczenie:

– Czy coś postanowiłyście?

Matka unikała mojego wzroku, ale w końcu odpowiedziała, a pielęgniarka przetłumaczyła:

– Zostawia decyzję w waszych rękach. Ufa wam. I Bogu.

Próbowałem znaleźć jakiś powód, by odroczyć decyzję choćby na jakiś czas, ale wiedziałem, że teraz wszystko zależy ode mnie. Mój kolega Kanadyjczyk musiał wrócić na salę operacyjną – która kiedyś była kuchnią – oddaloną o dwadzieścia metrów.

– Dobrze. Operacja odbędzie się dzisiaj po południu. – Spojrzałem na dziewczynkę, która leżała, nasłuchując. Zakładałem, że nie zna francuskiego, ale nagle zacząłem mieć wątpliwości.

Dzień się dłużył. Kiedy kilka godzin później wszedłem na salę, by

asystować przy amputacji, byłem pełen obaw. Na całe szczęście dziewczynka była już uśpiona, więc nie musiałem patrzeć jej w oczy.

Udało mi się przetrzymać operację.

Tydzień później po raz pierwszy zobaczyłem, jak dziewczynka się uśmiecha, kuśtykając o kulach przed szpitalem i bawiąc się z kolegami. Mam zdjęcie, na którym z szerokim uśmiechem patrzy w obiektyw. Oglądam je z mieszanymi uczuciami.

TRAUMATOLOGIA I SZTUKA ROZMAWIANIA ZE SOBĄ

W Kongu najczęstszym pacjentem był młody mężczyzna z raną postrzałową nogi. W Szwecji nigdy nie zdarzyło mi się leczyć żadnego pacjenta z raną postrzałową. Szwedzcy lekarze częściej zajmują się innym rodzajem urazów: po wypadkach drogowych.

Kiedy byłem na stażu w Örnköldsvik, pewnego wieczora przyjęto dwie osoby poszkodowane w wypadku drogowym. Jednym z pacjentów okazał się mój kolega, kardiolog z Göteborga, który dopiero co przyleciał na niewielkie lotnisko pod Örnköldsvik, wskoczył do wynajętego samochodu i wyjechał na pokrytą ubitym śniegiem drogę do miasta, gdzie zderzył się ze starszą kobietą w starym volvie. Zderzenie było dość przerażające, oba samochody zostały zgniecione i oboje pacjentów przywieziono jako nagły wypadek do szpitala, gdzie miałem dyżur.

Jako lekarz odbywający staż nie zdążyłem jeszcze zetknąć się z wieloma przypadkami, a co dopiero prowadzić je osobiście. Zajmowałem się kilkoma urazami, ale nigdy tak dramatycznymi. Na szczęście miałem dyżurnego zastępcę, który pomógł mi i zajął się jednym z pacjentów, naszym kolegą. Szczęśliwie miał on zapięty pas i jechał nowszym modelem kombi, z poduszką powietrzną. Bolał go kark, więc zleciliśmy tomografię całego ciała. Nic nie miał złamanego, ale zatrzymaliśmy go na obserwacji.

Gorzej było z drugą pacjentką, starszą kobietą. Krwawiła obficie z ran na twarzy, złamała też kość udową. Na drżących nogach poszedłem do gabinetu na oddziale ratunkowym i zbadalem pacjentkę. Stwierdziłem, że rany na twarzy były głównie powierzchowne i pochodziły od odłamków rozbitej przedniej szyby. Potrzebne było szycie, ale nic nie wskazywało, by pacjentka została poważnie zraniona. Najgorszy okazał się krwotok z nosa. Początkowo próbowałem włożyć do nosa zwykłą watę, ale gdy pacjentka oddychała, wciąż było słychać gulgotanie. Wydawało

się, że płuca są w porządku: krew była dobrze dotleniona, pacjentka miała normalny szmer oddechowy, gdy osłuchiwałem ją stetoskopem. Nie było też żadnych widocznych oznak uszkodzeń płucnych. Stwierdziłem więc, że krew musi pochodzić z głębi jamy nosowej.

Poszedłem do pokoju dla lekarzy, gdzie zazwyczaj nagrywałem wyniki badań na kasetach i gdzie na półce stało kilka podstawowych podręczników chirurgii. Znalazłem to, czego szukałem: praktyczna laryngologia, cienka ilustrowana książeczka opisująca podstawowe zabiegi, które mogą być potrzebne w okolicy uszu, nosa i gardła. Otworzyłem stronę dotyczącą krwawienia z nosa, przeczytałem zawarte tam informacje i pokrzepiony wróciłem do czekającej pielęgniarce, która próbowała uspokoić biedną staruszkę. Poprosiłem o cewnik, który następnie wprowadziłem do jednej z dziurek w jej nosie. Gdy napotkałem opór, nadmuchałem balonik znajdujący się kilka centymetrów od czubka cewnika. Potem ostrożnie wyciągnąłem cewnik. Wtedy balonik przywarł do tylnej ścianki jamy nosowej i zatrzymał tak zwany tylny krwotok z nosa. Ale dziwne gulgotanie nie ustało.

Przejrzałem podręcznik jeszcze raz, wziąłem kolejny cewnik i zrobiłem to samo z drugą dziurką.

Ku mojemu szczęściu po kilku minutach gulgotanie ucichło. Potencjalnie zagrażający życiu krwotok został powstrzymany.

Wysłałem pacjentkę na prześwietlenie płuc, szyjnego odcinka kręgosłupa i twarzy. Pół godziny później wpatrywałem się z przerażeniem w wyniki rentgena: „Le Fort 4”, czyli tak zwane *floating fracture*. Pacjentka miała złamania różnych kości twarzy, co sprawiało, że cały odcinek wokół nosa „pływał” luzem. Kiedy włożyłem jej do nosa cewnik, byłbym w stanie sięgnąć nim aż do mózgu, co mogło skończyć się fatalnie. Pacjentkę wysłano później do Umeå na chirurgię twarzy.

Wypadek samochodowy w Örnköldsvik był moim pierwszym spotkaniem z traumatologią. Postąpiłem w sposób w moim mniemaniu najlepszy, usiłując zatrzymać krwotok z nosa staruszki, ale jeżeli dziś zostałbym postawiony w takiej samej sytuacji, zachowałbym się

spokojniej. Być może poprosiłbym o pomoc bardziej doświadczonego lekarza.

Nieco później byłem na kursie pomocy w nagłych przypadkach, który miał raz na zawsze zmienić mój sposób pracy na oddziale ratunkowym. U podstaw kursu leżała osobista tragedia jego pomysłodawcy.

Siedemnastego lutego 1976 roku James K. Styner, chirurg ortopeda z Nebraski, leciał sześćosobowym samolotem z żoną Charlene i czwórką ich dzieci w wieku dziesięciu, ośmiu, siedmiu i trzech lat. Wracali z wesela w Los Angeles. Po pięciu godzinach lotu przez chmury Styner stracił orientację i rozbił się o drzewa. Charlene zginęła na miejscu. Troje najmłodszych dzieci straciło przytomność w wyniku urazów czaszki. Stynerowi wraz z najstarszym synem, Christopherem, udało się wyciągnąć je z wraku. Po ośmiu godzinach oczekiwania na zimnie Styner postanowił wyruszyć przez las i zatrzymał samochód, który podwiózł ich do najbliższego szpitala. Na oddziale ratunkowym zwrócił uwagę na to, jak źle zorganizowani byli lekarze zajmujący się jego dziećmi – nawet nie założyli im na szyje kołnierzy ortopedycznych, co jest podstawą w sytuacjach urazowych, ponieważ może dojść do złamania szyjnego odcinka kręgosłupa i jeżeli pacjent zostanie poruszony, istnieje ryzyko uszkodzenia rdzenia kręgowego, co zazwyczaj skutkuje paralizem.

Stynerowi udało się przetransportować swoje dzieci helikopterem do większego szpitala, w którym opieka nad pacjentem stała na wyższym poziomie. Po wszystkim założył organizację ATLS (Advanced Trauma Life Support), która opracowała procedury postępowania z ofiarami wypadków, stosowane dziś na każdym oddziale ratunkowym na świecie i wykładane wszystkim chirurgom, lekarzom specjalistom medycyny ratunkowej i ortopedom. Z tego trybu postępowania, nastawionego głównie na chirurgię, wyodrębniono również warianty dla interny i pediatrii.

Metoda ATLS polega na tym, że zaczyna się od najważniejszego, czyli udrożnienia dróg oddechowych i ustabilizowania szyjnego odcinka

kręgosłupa. Następnie ocenia się po kolei najważniejsze narządy, które mogły ulec uszkodzeniu – w takiej kolejności, w jakiej to uszkodzenie może stanowić zagrożenie dla życia pacjenta. Wydawać się to może oczywiste, ale w naszej pracy na oddziałach ratunkowych jest decydujące.

Traumatologia i ATLS pokazują, jak ważna jest odpowiednia komunikacja. Procedury ATLS zakładają, że zawsze i w każdej sytuacji powinna być osoba kierująca pracą traumatologiczną. Może ona przebywać na miejscu wypadku, na oddziale ratunkowym albo gdziekolwiek indziej, gdzie powstała sytuacja alarmowa. Nie musi to być osoba najstarsza ani z największym doświadczeniem czy osiągnięciami naukowymi. Ważne jest to, że ktoś ma przydzieloną rolę kierowania w tym konkretnym wypadku. Może się wydawać, że taki hierarchiczny sposób myślenia i wyznaczania przywódcy nosi cechy działania wojskowego, ale w rzeczywistości świadomość wagi odpowiedniej komunikacji zrodziła się w wyniku wypadku lotniczego.

Największa do tej pory pod względem liczby ofiar katastrofa lotnicza na świecie wydarzyła się w 1977 roku, gdy na Teneryfie zderzyły się dwa boeingi i 583 osoby straciły życie. W kołujący amerykański samolot linii Pan Am wbił się startujący samolot KLM. Analiza informacji z czarnych skrzynek pokazała, iż przyczyną zderzenia obu maszyn było to, że piloci KLM nie zrozumieli poprawnie wiadomości z wieży kontroli lotów. Kontroler powiedział: „clear for line-up”, czyli polecił, żeby samolot ustawił się w kolejce do startu, a piloci zrozumieli to jako: „clear for take-off”, czyli zezwolenie na start. Na nagraniu z czarnej skrzynki słychać, że drugi pilot ma wątpliwości, co kontroler miał na myśli, ale pierwszy pilot (pod presją, bo samolot był opóźniony) zignorował uwagi kolegi.

Dochodzenie wykazało wiele niedociągnięć na lotnisku: za dużo samolotów na pasie startowym, niewyraźne instrukcje z wieży, ponadto tamtego dnia panowała gęsta mgła. Największa wina leżała jednak po stronie pilota samolotu linii KLM.

Traumatologia nauczyła się od lotnictwa tego, jak ważna jest odpowiednia i wyraźna komunikacja, ale także tego, że – jak pokazał

wypadek na Teneryfie – hierarchiczne struktury mogą być wadliwe, jeżeli personel nie ma odwagi się wypowiedzieć. Po Teneryfie w lotnictwie wprowadzono zmiany polegające na tym, że każdy członek personelu samolotu, bez względu na rangę, może komunikować się bezpośrednio z pilotem, jeżeli w trakcie lotu będzie miał jakieś wątpliwości.

W wielu szwedzkich szpitalach kilka lat temu wprowadzono ustrukturyzowany system komunikacji, który zapożyczono z Anglii i nazwano SPAR: Sytuacja, Podstawa, Aktualność i Reakcja. Ponieważ wiadomo, że duża część pomyłek popełnianych w służbie zdrowia wynika ze złej komunikacji i nieporozumień, ważne jest, żeby przekaz informacji odbywał się w sposób możliwie najbardziej ustrukturyzowany. Ważnym aspektem systemu SPAR jest pozwolenie przekazującemu informacje na powiedzenie wszystkiego do końca, a także wymóg poświęcenia mu niepodzielnej uwagi ze strony odbiorcy. Może to wydawać się oczywiste, ale jest trudniejsze, niż można by pomyśleć, zwłaszcza na oddziale ratunkowym, gdzie pracuje dwadzieścia pięć osób, wykonując różne czynności. Tworzy się wtedy małe zamknięte grupy komunikacji, tak zwane *closed loop communications*, w ramach których informacja jest przekazywana, przyjmowana i potwierdzana. Wiele z tych narzędzi pochodzi właśnie z doświadczeń lotnictwa.

Kolejną rzeczą, której się nauczono przede wszystkim w medycynie ratunkowej, ale także w chirurgii, jest znaczenie ćwiczenia sytuacji ekstremalnych: nie można siedzieć i czekać, aż się wydarzą, by potem czerpać naukę z własnych pomyłek i doświadczeń. Można to porównać z pilotami, którzy regularnie ćwiczą odbiegające od normy sytuacje na symulatorach.

Ale dla lekarzy nie zawsze było to równie oczywiste. Zamiast tego bardziej doświadczeni lekarze często opowiadali swoim studentom lub będącym świeżo po dyplomie stażystom o trudnych zabiegach, jakie wykonali. Służba zdrowia zaczęła jednak się uczyć i dziś częściej spotyka się seminaria, na których studenci ćwiczą na sobie fikcyjne zabiegi. Ale najbardziej wartościowe są symulacje z profesjonalnymi prowadzącymi.

Wymaga to środków, jednak stawianie czoła różnym trudnym sytuacjom w małej grupie z manekinem, który mówi i reaguje na bieżąco, pod okiem doświadczonych instruktorów, a potem obejrzenie tego na filmie, daje niesamowicie dużo. Jak ja to zrobiłem? Co mogę następnym razem zrobić lepiej? Na spokojnie ocenia się każde działanie. I znowu ćwicz.

Kapitan Chesley Sullenberger w 2009 roku wylądował airbusem pełnym pasażerów na rzece Hudson, po tym, jak stado gęsi wleciało do obu silników, co spowodowało ich awarię. Sullenberg postępował zgodnie z obowiązującą checklistą dla lądowań awaryjnych i zdołał uratować wszystkich pasażerów, schodząc lotem ślizgowym i lądując na rzece tuż przy wieżowcach Manhattanu.

Także w służbie zdrowia wprowadzono wiele checklist, między innymi na intensywnej terapii w celu uniknięcia zakażeń personelu i innych pacjentów oraz na salach operacyjnych, by zapobiec różnym błędom (na przykład zostawieniu jakiegoś przedmiotu w ranie operacyjnej).

Odezwały się jednak również głosy krytyczne przeciwko coraz większej standaryzacji, twierdzące, że służba zdrowia jest zbyt złożona, sytuacje, w których się znajdujemy, ogromnie zróżnicowane, a liczby pacjentów olbrzymie. Potrafię tę krytykę zrozumieć. Jednocześnie uważam, że dzięki checklistom i odpowiednim procedurom o wiele więcej możemy zrobić w służbie zdrowia w celu uniknięcia pomyłek. A w sytuacjach nagłych, jak zatrzymanie akcji serca czy nóż w brzuchu pacjenta, jest bardzo ważne, żebyśmy mieli jednoznaczną, wręcz wojskową hierarchię działań. Żebyśmy wszyscy wiedzieli, co i jak mamy robić, bo przećwiczyliśmy to w sytuacjach symulowanych. Przede wszystkim zaś sądzę, że powinniśmy nadal pracować nad doskonaleniem naszego sposobu komunikacji. W dalszym ciągu w służbie zdrowia jest zbyt wielu autorytarnych lekarzy, których zdania młodszy lekarze i pozostały personel medyczny nie mają odwagi kwestionować.

Komunikacja może szwankować nie tylko między personelem. W warunkach kiepskiej organizacji pracy, kiedy lekarze i pielęgniarki ciągle są w biegu, żeby zdążyć ze wszystkim, czas dla pacjentów też się

kurczy. A pacjenci chcą informacji, której przekazanie zabiera czas. Czas, którego często brakuje.

Jak wygląda na przykład nasza komunikacja z pacjentami w takich trudnych sprawach, jak ograniczone możliwości leczenia i opieka paliatywna, oraz ile zapamiętają z udzielonej im informacji?

W ostatnim roku u dwóch osób z mojej rodziny zdiagnozowano raka. Są w różnym wieku i mają różną historię choroby. Jednak wspólnym mianownikiem jest to, że obie bardzo mało wiedzą o swojej chorobie i zastosowanym leczeniu. Czy stało się tak dlatego, że lekarz używał skomplikowanej terminologii? Czy też moi krewni nie są w stanie przyjąć informacji ze względu na stres, w jakim się znajdują, niezależnie od tego, jak dobrze jest ona sformułowana? Czy mają odwagę zadawać kolejne pytania, żeby lepiej zrozumieć? Na drodze wymiany informacji wciąż istnieje wiele barier.

Ilustracją tej tezy niech będzie jedno ze spotkań z pacjentem na moim oddziale.

Jest poniedziałek rano i przydzielono mi na oddziale dwa zespoły medyczne, za które mam odpowiadać jako lekarz naczelny. W skład każdego zespołu wchodzi co najmniej jedna pielęgniarka, często też druga, będąca w trakcie przyuczania, jedna młodsza pielęgniarka i druga, dopiero się ucząca, oraz młodszy lekarz (to może być każdy: od świeżo upieczonego absolwenta akademii tydzień po dyplomie, przez lekarza stażystę aż do doświadczonego lekarza ze specjalizacją). Taki zespół ma pod opieką sześciu chorych. Oznacza to, że ja sam biegam między dwoma takimi samymi zespołami, mając w sumie dwunastu pacjentów. Są to nagłe przypadki: zapalenie płuc, zawał serca, cukrzyca, niedoczynność wątroby albo świeżo wykryte choroby nowotworowe. Większość pacjentów jest wiekowa, ma ponad osiemdziesiąt lat i cierpi na wiele różnych chorób.

Odwiedzamy pacjentkę w sali numer dwadzieścia. To siedemdziesięcioośmioletnia kobieta z nadwagą, cukrzycą, niedoczynnością serca, lekką demencją i ranami na podudziach.

Pochodzi z Iraku, nie zna ani słowa po szwedzku i ma przy sobie dwoje bliskich: syna i jego żonę. Oboje mówią znośnie po szwedzku. Szpitalny tłumacz jest zajęty, próbujemy zatem zrobić obchód bez niego. Jest wpół do jedenastej przed południem i zdążyliśmy dopiero zobaczyć dwoje pacjentów z dwunastu. Jestem głodny, a po południu mam uczyć pielęgniarce.

Czy w tej sytuacji są warunki do owocnego spotkania z pacjentem? O wszystkim decyduje czas. Rozmowa i badanie zajmują go dużo. O wiele więcej niż zajęłoby analogiczne spotkanie z młodszym, mówiącym po szwedzku pacjentem. Albo wizyta w obecności dobrego tłumacza. Ale taka jest codzienność w służbie zdrowia.

Pacjenci podczas spotkania z lekarzem otrzymują dużo informacji i zaskakująco niewiele z nich pamiętają po fakcie, szczególnie osoby starsze. Dołożmy do tego trudności językowe i zestresowanego lekarza, a liczba informacji, które pacjent jest w stanie zapamiętać, spada do bardzo niskiego poziomu. Badania wykazują, że zadowolenie pacjenta pozostaje w silnym związku z tym, czy pamięta, co zostało powiedziane podczas spotkania z lekarzem.

Inne czynniki mające wpływ na to, czy pacjent pamięta, o czym była mowa, to poziom wykształcenia pacjenta, używanie przez lekarza terminologii medycznej oraz sposób przekazania informacji. Połączenie informacji ustnej z pisemną okazuje się najefektywniejszym sposobem na zapamiętanie jej przez pacjenta. Negatywnymi czynnikami są wiek i poziom stresu.

Każdy pacjent i każdy jego krewny są rzecz jasna wyjątkowi, z własnymi uwarunkowaniami, potrzebami i sposobem komunikacji. Ale również na tym polega wyzwanie i nasze zadanie w służbie zdrowia: dostosować się do każdej sytuacji i do każdego momentu. A to jest trudne. Trzeba być wrażliwym, empatycznym, a jednocześnie profesjonalnie traktować swój zawód. Pacjent czy bliski, mówiący na przykład „chcę wiedzieć wszystko”, oczywiście nie może się dowiedzieć o wszystkim, co dzieje się w każdej chwili, o każdym szczególe. Może się

nawet okazać, że lekarz czy pielęgniarka popełniają błąd, przekazując wyniki badań laboratoryjnych czy rentgenowskich właśnie w danym momencie i właśnie tej bliskiej osobie. Być może należało powiedzieć: „Wrócę i postaram się powiedzieć wszystko, co chce pan/pani wiedzieć, ale najpierw muszę się zająć pacjentem”.

GOTOWOŚĆ NA WYPADEK KATASTROFY

W piątkowych godzinach popołudniowego szczytu 7 kwietnia 2017 roku Rachmat Akiłow przejechał rozpędzoną ciężarówką przez ulicę Drottninggatan w Sztokholmie. Pięć osób zginęło, z czego trzy na miejscu, a dwie zmarły później w szpitalu.

Do czasu ataku na Drottninggatan nie dopuszczałem do siebie myśli, że atak terrorystyczny mógłby się wydarzyć w Szwecji. Ale dzisiaj terroryzm jest globalny i nie da się przed nim obronić. Kwestią tak naprawdę jest nie *czy*, ale *kiedy* coś takiego wydarzy się na ulicach Sztokholmu albo Malmö, co sprawia, że zastanawiam się, jak służba zdrowia będzie funkcjonować w razie takiej katastrofy. Czy jesteśmy w Szwecji gotowi na podjęcie odpowiednich działań w przypadku zdarzeń masowych, zwłaszcza poza obszarami dużych miast? Długo panowało naiwne przekonanie, że „u nas coś takiego nigdy się nie wydarzy”.

Pierwszy raz widziałem ranę postrzałową na żywo kilka miesięcy przed podjęciem studiów medycznych.

Miałem dwadzieścia dwa lata. Szwecja wciąż przeżywała traumę po zatonięciu promu Estonia na Bałtyku. Traumą narodową, bezprecedensową we współczesnych czasach, nawet na skalę międzynarodową. Studiowałem psychologię na uniwersytecie, grałem na instrumentach i poszukiwałem własnej tożsamości przez kilka lat zagubienia po maturze.

Była sobota na początku grudnia, a my poszliśmy dużą grupą przyjaciół z wyższej szkoły architektury na tańce. Po północy przenieśliśmy się do Stureplan, gdzie kilka lokali nadal było czynnych. Stałem na samym końcu długiej kolejki do klubu nocnego Sturecompagniet. Na dworze było bardzo zimno, ale jeszcze nie zaczął padać śnieg.

Nagle usłyszałem głośne wybuchy tuż obok kolejki. Brzmiało to jak petardy w sylwestra, tyle że o wiele głośniejsze. Pochyliłem się odruchowo, podobnie jak pozostali ludzie w kolejce, ale jeszcze nie dotarło do mnie, co się stało. Cofnąłem się kilka kroków, do bramy obok podświetlonej witryny sklepu jubilerskiego.

Dwadzieścia metrów od miejsca, w którym stałem, zapanowało zamieszanie. Ludzie krzyczeli, wielu stamtąd uciekało – między innymi kilka osób z mojego towarzystwa. Zaczynałem rozumieć, co się wydarzyło: ktoś strzelał do ludzi w kolejce.

Ludzie leżeli bez ruchu na ulicy, niektórzy kuśtykali, postrzeleni w nogi.

Jeden obraz będzie mnie prześladował do końca życia: na prowadzących do Sturecompagniet schodach pokrytych czerwonym dywanem leżały nieruchomo cztery osoby. Jedną z nich była młoda kobieta z długimi blond włosami. Krótka spódniczka podwinęła się do góry, odsłaniając jasne majtki. Dziewczyna wyglądała jak manekin. Troje pozostałych miało ciemne ubrania i byli bardziej anonimowi. Kiedy później media napisały o czterech osobach, które zginęły na miejscu, dowiedziałem się, że ta zabita blondynka była przyjaciółką mojej rodziny. Daniella Josberg miała dwadzieścia dwa lata, gdy zginęła od kul z karabinu maszynowego Tommy'ego Zethraeusa.

Na miękkich nogach przeszedłem na drugą stronę ulicy w stronę przystanku, gdzie na chodniku leżał jakiś mężczyzna, trzymając się za nogę. Dostał w kostkę i silnie krwawił. Kucnąłem i bez słowa podciągnąłem mu nogawkę. Rozejrzałem się i zapytałem młodego chłopaka obok, czy ma coś, czym można obwiązać nogę. Dał mi T-shirt, który zawiązałem tuż nad kostką rannego, a wtedy krwawienie ustało. Potem zostałem z tym mężczyzną. Jego dziewczyna płakała tak bardzo, że musiała położyć się na chodniku, żeby nie zemdleć.

Zaczęły się pojawiać karetki ratunkowe i policyjne radiowozy. Nie wiem, jak długo tam siedziałem – być może nie więcej niż dziesięć minut – aż w końcu przyszedł ratownik medyczny i położył rannego na

noszach. Nie wiem, czy udało się uratować jego stopę. Oprócz tych czworga, którzy zginęli, tamtego wieczora zostało poszkodowanych dwadzieścia osób. Dwie z nich były z nami na imprezie u architektów kilka godzin wcześniej.

Tych czworo ludzi, którzy zostali zastrzeleni na Stureplan, zmarło natychmiast w wyniku doznanych urazów. Ponad dwudziestu poszkodowanych przeżyło dzięki temu, że nie zostali trafieni w żadne kluczowe dla życia narządy i otrzymali pomoc od ludzi na miejscu w postaci prostych opatrunków uciskowych.

Prawie dziesięć lat później byłem obecny przy kolejnej masowej strzelaninie, tym razem ponad dziesięć tysięcy kilometrów na południe.

– Dlaczego ty żyjesz? Dlaczego cię nie zastrzelili? – zapytałem Charlesa, siedemnastoletniego chłopca.

Było piątkowe popołudnie w szpitalu urazowym Lekarzy bez Granic w Bużumburze.

– Zachciało im się sikać i zrobili sobie przerwę. Mój przyjaciel siedział między dwoma żołnierzami, którym ucięli głowy, a jego zastrzelili. Ja byłem już ranny od odłamków granatu i siedziałem w następnym rzędzie. Zaczęli się kłócić, sprawiali wrażenie zestresowanych. Wyglądali na zmęczonych po egzekucji żołnierzy przed autobusem. Wysiedli i stanęli do sikania, a wtedy pojawili się inni żołnierze. Na ich widok rebelianci uciekli do dżungli.

Charles leżał przede mną na kozetce i rzeczowo zdawał sprawozdanie ze śmierci przyjaciela. Zdarzenie to miało miejsce parę godzin wcześniej kilka kilometrów stąd, na drodze prowadzącej z północno-wschodniej części kraju do Bużumbury. Od czasu do czasu krzyczał, kiedy pielęgniarki czyściły rany na jego podudziu. Białe fragmenty kości prześwitywały z dużej rany, która powinna silniej krwawić. Może naczynia w nodze skurczyły się, więc chwilowo krwawienie było niewielkie. Może później się nasili. Zapytałem dyskretnie, czy nie mogłyby podać chłopcu trochę morfiny.

Charles więc żył dzięki temu, że również rebelianci mają podstawowe

potrzeby fizjologiczne.

Pół godziny wcześniej operowałem razem z Prosperem, uosobieniem spokoju. Był to Kongijczyk, który pracował w różnych miejscach, a w tamtym czasie był chirurgiem Lekarzy bez Granic w ośrodku dla poszkodowanych w wojnie pod Bużumburą.

Przeprowadzaliśmy operację usunięcia kuli z pleców młodego mężczyzny. Pocisk przeszedł przez klatkę piersiową i utkwił w żebrze. Mężczyzna został postrzelony kilka miesięcy wcześniej, ale dopiero teraz można było wyjąć kulę.

Zajrzała do nas pielęgniarka i spokojnie powiedziała, że mamy do opatrzenia dziewięć osób z ranami postrzałowymi. Niedaleko stąd był napad rebeliantów. Jej zdaniem nie spieszyło się z tym szczególnie, ale kiedy wyszedłem, zrozumiałem, że mieliśmy różne wyobrażenia o pośpiechu.

Cztery minibusy jechały w kierunku Bużumbury. Wtem rozległy się eksplozje granatów. Rebelianci zatrzymali pojazdy i zaczęli je rewidować. Kiedy wsiedli do minibusu, którym jechał Charles, zauważyli dwóch ukrywających się żołnierzy. Zabili ich. Jeden z nich miał stopień kapitana, co było dla rebeliantów dużym triumfem, więc wyciągnęli na zewnątrz swoje ofiary i obcięli im głowy. Na pomoc napadniętym przybyli inni żołnierze i przepędzili rebeliantów.

Siedem osób zabitych. Dziesięć poważnie rannych. Wszystkich przewieziono do szpitala Lekarzy bez Granic. Charles był jednym z tych, którzy przeżyli.

– Na razie zaczynajcie bez nas. Ustabilizujcie rannych i ustanówcie priorytety – powiedział Prosper – a my tymczasem tu skończymy.

Pociłem się lekko w betonowym pomieszczeniu skąpanym w ostrym świetle jarzeniówek. Przypominało mi to nieco amerykański serial M*A*S*H.

Całym tym chaosem rządziła jednak określona logika. Pielęgniarki działały według niesprecyzowanego, ale dla nich samych oczywistego

wzorca – to była ich codzienność. Sprawiały wrażenie spokojnych – nawet się roześmiały, kiedy ktoś zrobił coś niezdarnie. Prosper kołysał się z boku na bok, trzęsąc potężnym piwnym brzuchem, instruował je i wypisywał zlecenia na rentgena. Atmosfera była, szczerze mówiąc, nawet dość spokojna.

Staralem się pomóc tam, gdzie byłem potrzebny.

Dziesięcioletnia dziewczynka klęczała na czworaka. Wydawała się niespokojna. Była blada i mocno się pocila. Oddech miała szybki i płytki. Pojękiwała. Było to bardziej niż zrozumiałe, ponieważ całe krocze miała pełne odłamków granatu. Białka jej oczu były jak kreda, od niedoboru krwi. Najprawdopodobniej umarłaby, zanimbyśmy zdążyli przetransportować ją do dużego szpitala uniwersyteckiego.

Dziewczynka dostała morfinę, płyny i koc. Jej mama usiadła obok, spokojna. Prawdopodobnie była w szoku. Tata zginął w autobusie. Poczulem, jak coś mi się przewraca w żołądku, i nagle zakręciło mi się w głowie. Musiałem wyjść na świeże powietrze. Nie byłem w stanie znieść widoku tej dziewczynki.

Najcięższe obrażenia zdawała się mieć inna pacjentka, kobieta w wieku dwudziestu lat. Leżała na kozetce i krzyczała, ale kiedy ją badałem, uspokoiła się trochę. Wyglądało na to, że coś ją boli. Szukałem gorączkowo ran wlotowych czy jakichkolwiek obrażeń. Tętno miała już dobre. Żadnych ran postrzałowych. Żadnych otwartych złamań. Żadnych widocznych urazów.

Kobieta po prostu doznała szoku psychicznego. Kto by nie był w szoku, widząc, jak siedzącemu obok człowiekowi ucinają głowę? Może znała żołnierzy? Byli rodziną? Przyjaciółmi?

Pielęgniarki pospieszyły dalej.

Kiedy było już po wszystkim, a salę uprzątnięto, wyszliśmy przed budynek. Niektórzy zapalili papierosa. Pod bambusowym dachem powietrze było nieco chłodniejsze. Nieopodal ktoś przygotowywał prosty wieczorny posiłek.

W Europie w ostatnim dziesięcioleciu niestety z bliska odczuliśmy grozę ataków terrorystycznych. W Kopenhadze, Paryżu, Londynie, Madrycie, Brukseli, Oslo i Sztokholmie terroryści zebrali przerażające żniwo wśród cywilnych ofiar. W takich krajach jak Izrael, Algieria, Egipt, Meksyk, Irak, Jemen, Afganistan i Syria przemoc jest chlebem powszednim. Również w Stanach Zjednoczonych często zdarzają się akty terroryzmu, ale tam są to przede wszystkim strzelaniny. Chirurdzy ogólni, którzy przyjeżdżają do pracy do Szwecji z Iraku, często mają więcej doświadczenia w chirurgii urazowej niż szwedzki chirurg urazowy może zdobyć w ciągu całego życia. Skandynawscy chirurdzy nie mają – poza osobami pracującymi w kilku centralnych ośrodkach traumatologii w dużych miastach – dużego doświadczenia w leczeniu ran po broni palnej i bombach. W niektórych europejskich państwach, takich jak Anglia czy Francja, chirurgów wysyła się w teren z wojskiem, żeby nabrali doświadczenia w chirurgii urazowej.

Po atakach terrorystycznych w Paryżu w 2016 roku oceniono organizację służby zdrowia w mieście. Czy system komunikacji między służbami – od centrali numerów alarmowych do karet pogotowia i szpitali – działał efektywnie przez cały czas? Z trzystu dwóch osób poszkodowanych w Paryżu zmarły zaledwie cztery (nieco ponad jeden procent), co wskazuje na bardzo efektywną pierwszą pomoc medyczną w ekstremalnej sytuacji. Ofiary śmiertelne zginęły na miejscu od obrażeń, najczęściej bezpośrednich wewnętrznych krwotoków tętniczych lub urazów czaszki.

Czy Szwecja jest przygotowana na atak terrorystyczny? W naszym kraju za kwestie przygotowania do sytuacji kryzysowych odpowiada minister spraw wewnętrznych. Istnieje również Rada Postępowania Kryzysowego, która ma posiedzenia dwa razy do roku. Kieruje nią sekretarz stanu w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, a w jej skład wchodzi przedstawiciele policji, sił zbrojnych, Centralnego Urzędu Zdrowia i Polityki Społecznej, Urzędu Ochrony przed Promieniowaniem, Szwedzkich Sieni Energetycznych oraz Urzędu Ochrony Cywilnej.

Centralny Urząd Zdrowia i Polityki Społecznej opracowuje zalecenia i wytyczne dla służb medycznych na wypadek katastrofy, a każdy zarząd regionu i każdy szpital ma przygotowany plan działań na wypadek katastrofy, opracowany z uwzględnieniem lokalnych uwarunkowań.

Kiedy Akiłow wjechał ciężarówką w ludzi na Drottningatan, pięć osób zginęło, a piętnaście odniosło obrażenia, z czego niektórzy potrzebowali intensywnej opieki medycznej. Atak nastąpił niedaleko zespołu klinik CityAkuten, skąd wielu lekarzy wyszło prosto na ulicę w szpitalnych uniformach i zaczęło udzielać poszkodowanym pierwszej pomocy. W krótkim czasie na miejscu pojawiło się siedemnaście jednostek pogotowia ratunkowego, w tym kilka karet specjalistycznych z lekarzem, i wszystkich poszkodowanych szybko przewieziono do sztokholmskich szpitali. Był środek dnia, jasno, a atak terrorystyczny wydarzył się akurat w czasie między dwiema zmianami w szpitalach, dlatego też w pobliskich placówkach była podwójna liczba pracowników – czyli okoliczności były sprzyjające pod względem gotowości do działania w sytuacji katastrofy.

Pięć miesięcy po zamachu zarząd regionu zaprezentował ocenę funkcjonowania służby zdrowia w trakcie i po ataku na Drottningatan. Zarówno na miejscu, jak i na oddziałach ratunkowych w szpitalach służby działały relatywnie bez zarzutu. Właściwe zarządzanie, dobra współpraca pomiędzy różnymi jednostkami oraz sprawna komunikacja pomimo skąpych wstępnych informacji spowodowały, że gotowość na wypadek katastrofy w dużym stopniu się sprawdziła. Zarówno w opiece przedszpitalnej, jak i w szpitalach ćwiczone sytuacje katastrof, co również zostało wymienione jako okoliczność sprzyjająca. Przede wszystkim symulowano wypadki drogowe, a nie tak zwaną ciągłą śmiertelną przemoc, czyli w praktyce masowe strzelaniny. W podsumowaniu domagano się poprawy w kwestii jednolitych planów na wypadek katastrofy, lepszej współpracy i całościowego spojrzenia na zarządzanie.

Nieustannie jednak dręczy mnie pewna myśl: a co by było, gdyby

zostało poszkodowanych trzysta osób? Jak wtedy wyglądałaby sytuacja? Mimo wszystko istnieje poważna różnica między Paryżem a Sztokholmem. W Paryżu jest mnóstwo szpitali i doświadczonych, kompetentnych chirurgów urazowych oraz duża liczba miejsc na intensywnej terapii. A co by było, gdyby do zamachu doszło w centrum Malmö, powiedzmy w szkole, z setką zabitych i rannych? Czy poradziłibyśmy sobie w takiej sytuacji równie dobrze jak Norwedzy w przypadku tragedii na wyspie Utøya^[8]?

Co decyduje o tym, czy ludziom uda się przeżyć atak terrorystyczny jak ten na sztokholmskiej Drottninggatan?

Oczywiście znaczenie ma tu wiele aspektów, a najważniejszym z nich jest rodzaj ataku, z jakim mamy do czynienia. Rozpylenie trującego gazu, jak w tokijskim metrze w 1995 roku, różni się od ataku bombowego, który wydarzył się w metrze londyńskim w 2005 roku, albo od rozjeżdżającej ludzi ciężarówce. W tym rozdziale ograniczę się do opisu urazów na skutek przemocy.

Pierwsi na miejscu ataku rzadko znajdują się pracownicy służby zdrowia – są tam raczej przypadkowi ludzie, którzy byli w tym miejscu w chwili zamachu. Najważniejsze działania ratujące życie w takiej sytuacji to udrożnienie dróg oddechowych, zatrzymanie groźnego krwawienia opatrunkiem uciskowym i zapewnienie poszkodowanym ciepła.

Jeśli człowiek ma niedrożne drogi oddechowe, jest nieprzytomny lub leży na plecach i wymiotuje, to zawartość żołądka może się przedostać do płuc, co jest bezpośrednim i poważnym zagrożeniem. Zapewnienie swobodnego przepływu powietrza poprzez podniesienie poszkodowanego brody do góry albo położenie go w pozycji bocznej ustalonej może uratować mu życie. Wcześniej zwracano uwagę, że przy udrażnianiu dróg oddechowych istnieje niebezpieczeństwo uszkodzenia rdzenia kręgowego, dlatego należy najpierw unieruchomić odcinek szyjny kręgosłupa przed poruszeniem poszkodowanego. Od tego jednak coraz bardziej się odchodzi i według najnowszych zaleceń wersji ATLS

nie trzeba stabilizować szyi, chyba że nastąpiło ewidentne uszkodzenie czaszki albo pacjent skarży się na ból szyi.

Uszkodzone naczynie krwionośne może spowodować szybkie wykrwawienie się poszkodowanego. Najprościej jest w tym przypadku założyć opatrunek uciskowy. Przy niektórych cięższych urazach naczyń nie ma pewności, że taki opatrunek wystarczy – może zajść potrzeba odcięcia dopływu krwi za pomocą opaski uciskowej.

Kiedy na miejsce wypadku przybywają ratownicy medyczni, postępują według tych samych podstawowych reguł: najpierw udroźnić drogi oddechowe i ewentualnie ustabilizować szyję, następnie zatamować krwawienie, zapobiec wychłodzeniu i tak dalej. Dużą pomocą jest tak zwany triaż (od francuskiego *trier* – sortować), czyli system segregowania rannych i ustalania priorytetów, o którym pisałem wcześniej. Jego celem jest wykorzystanie dostępnych środków w optymalny sposób i zajęcie się w pierwszej kolejności najcięższymi lub najbardziej niecierpiącymi zwłoki przypadkami. Trudno może być na miejscu dokonać prawidłowej oceny, posegregować poprawnie – najciężej poszkodowani potrafią leżeć nieruchomo, nierzadko nieprzytomni. Dlatego korzysta się z zebranych informacji (anamneza) oraz oceny objawów i parametrów życiowych (ciśnienie krwi, tętno, oddech, saturacja i stan ogólny), żeby ustalić, kto w pierwszej kolejności potrzebuje pomocy. Ci, którzy krzyczą i ruszają się, rzadko mają najpoważniejsze obrażenia.

Metoda triażu stosowana przy katastrofach nosi nazwę Sieve. Polega na segregowaniu pacjentów według z góry określonej reguły: chodzących klasyfikuje się jako zielonych – tymi można zająć się później. Ci, którzy nie chodzą, dzielą się na dwie grupy: tych, którzy mogą oddychać (niższy priorytet), i tych, którzy mają problemy z oddychaniem. Tych z problemami oddechowymi dzieli się następnie na pacjentów z krążeniem stabilnym (ocenionym na podstawie tętna i oznak szoku, jak splątanie czy bladość) albo niewydolnym. W ten sposób można szybko i relatywnie pewnie posegregować duże grupy ludzi.

Przy zamachach często mamy do czynienia z ograniczoną liczbą ciężko

i wielostronnie poszkodowanych oraz dużo większą liczbą ofiar z umiarkowanymi obrażeniami, jak na wyspie Utøya w 2011 roku. Wtedy ważne jest, żeby na miejscu szybko rozpoznać poszkodowanych z najpoważniejszymi urazami, co najlepiej robi się za pomocą wypracowanego systemu triażu. Ale triaż jest trudny i wymaga wysokich kompetencji medycznych – czyli kogoś, kto nie zawsze jest łatwo dostępny przez całą dobę. Przy triażu ważna jest niepodważalność decyzji osoby segregującej rannych – jeżeli jakiś pacjent został zakwalifikowany jako „żółty”, to nikt nie może tego kwestionować, bo zapanuje chaos. Na ocenę całej sytuacji przyjdzie czas później.

Przyczyną najszybszych zgonów przy urazach – w ciągu kilku sekund do kilku minut – są najczęściej: niedrożność dróg oddechowych, poważne uszkodzenia mózgu albo górnego odcinka rdzenia kręgowego (co powoduje, że poszkodowany nie może oddychać) oraz bezpośrednie rany serca lub dużych naczyń krwionośnych.

W ciągu kilku minut do kilku godzin umierają ci, którzy doznali urazów naczyń krwionośnych w mózgu, wątroby, nerek, płuc, kończyn (rąk albo nóg) lub śledziony. Ci ludzie, dzięki szybkiej interwencji medycznej na miejscu, a następnie przetransportowaniu do szpitala, który zapewni im odpowiednią opiekę chirurgiczną i intensywną terapię, mają szansę na ratunek.

Po kilku dniach do kilku tygodni pacjenci umierają na skutek infekcji, krwotoków i niewydolności wielonarządowej. Dlatego tak ważna jest scentralizowana opieka medyczna dla najciężej poszkodowanych, ośrodki medyczne będące w stanie zapewnić szerokie spektrum zabiegów chirurgicznych oraz miejsca na oddziałach intensywnej opieki.

Podsumowując: ci, którzy giną na miejscu podczas ataku terrorystycznego (albo innego wypadku), umierają najczęściej na skutek uszkodzenia mózgu albo dużych naczyń krwionośnych. Życie tych ludzi z reguły jest nie do uratowania, bez względu na heroiczne wysiłki na miejscu zdarzenia. Osoby z urazami nóg, rąk, krwawieniem z wątroby,

śledziony, nerek czy płuc mogą ewentualnie zostać uratowane dzięki podstawowym zabiegom na miejscu i szybkiej opiece w szpitalu.

Wspólnym mianownikiem dla poszkodowanych przed Sturecompagniet i na Drottninggatan było to, że żaden z nich nie miał uszkodzonych ważnych dla życia narządów. Ludzie, którzy zginęli na miejscu, zmarli w ciągu kilku sekund lub minut. Pozostałym rannym udało się przeżyć dzięki podstawowym działaniom w miejscu wypadku, szybkiemu transportowi do szpitala i interwencji chirurgicznej.

Atak w Buzumburze wyglądał inaczej: zmarli zginęli na miejscu albo podczas dość długiego transportu do szpitala. Jeżeli chodzi o dziewczynkę z urazami po wybuchu granatu, to nie mogliśmy jej przewieźć do żadnego szpitala, który mógłby wykonać bardziej zaawansowaną operację chirurgiczną; nie było również dostępu do intensywnej opieki medycznej, która ewentualnie mogłaby ją uratować.

SÖDERTÄLJE: CHIRURGIA

Gdy tylko wróciłem z Konga nabuzowany adrenaliną i testosteronem, załatwiłem sobie zastępstwo w klinice chirurgii w Södertälje. Teraz zamierzałem kroić brzuchy pacjentów. Miałem mieć swoje pięć minut na sali operacyjnej, gdzie pacjent ze skrętem kiszek albo nożem w klatce piersiowej umiera, a ja, wielki chirurg, jestem jedynym człowiekiem na całym świecie, który jest w stanie uratować nieszczęśnika leżącego przede mną na stole. Widziałem oczami wyobraźni długą i oszałamiającą karierę lekarza w zielonym szpitalnym uniformie. Miałem być wyjątkowym chirurgiem, który potrafi operować każdego, gdziekolwiek i kiedykolwiek, pracując zarówno w Szwecji, jak i dla Lekarzy bez Granic na polach bitew całego świata. Miało się teraz spełnić moje kiepsko skrywane marzenie z czasów studenckich. W końcu wykonałem przecież samodzielnie około dwudziestu zabiegów cesarskiego cięcia w Burundi i operacji chirurgicznych na otwartej jamie brzusznej w Kongu. Cóż w tym trudnego? Potrzebny jest tylko nóż i trochę nici.

Jednego z pierwszych dni w Södertälje byłem w sali operacyjnej, asystując wybierającemu się niedługo na emeryturę chirurgowi przy urologicznej operacji powiększonej prostaty. Usłyszałem, że operacja wyjątkowo się dłuży.

– Zwykle nie sprawia to takich trudności.

Opierałem się pewnie o nogę pacjenta, który leżał przed chirurgiem na wznak, by ten mógł się dostać przez cewkę moczową mężczyzny do jego prostaty. Patrzyłem na wiszący przed chirurgiem ekran, na którym widziałem różne odcienie różu, mające przedstawiać prostatę i otaczające ją błony śluzowe. Stalowa pętelka powoli zeskrobywała skrawki prostaty, przypominając gumkę do ścierania. Bolały mnie plecy, a koszula przyklejała się do piersi. Bardzo chciałem wyjść z sali i myślałem głównie o tym, co moja narzeczona kupi na kolację, na którą

prawdopodobnie się spóźnię.

Kilka dni później pomagałem innej chirurg przy operacji jelita grubego. Pacjent miał guza, którego usunięto, ale jelito potrzebowało odpoczynku, więc z jamy brzusznej należało wyprowadzić czasową stomię. Stałem, patrząc pani chirurg na ręce, i nie miałem odwagi poruszyć hakiem nawet o milimetr. Dłoń zaczynała mi drętwieć.

– Niech się pan nie rusza! – warknęła i poszukała lepszej pozycji, by przyszyć jelito, które ciągle wymykało jej się z rąk. Sprawiała wrażenie niezwykle sfrustrowanej i niezdarnej. „Ile ona może mieć lat? – pomyślałem. – Powyżej pięćdziesięciu. Może pięćdziesiąt pięć? Prawdopodobnie pracuje jako chirurg ponad dwadzieścia lat. Nie opanowała lepiej techniki operacyjnej przez te wszystkie lata?”

Operacja się przedłużała. W końcu jelito znalazło się tam, gdzie powinno. Pani chirurg z trzaskiem rzuciła kleszczyki chirurgiczne i uchwyt do igieł na tackę i bez słowa opuściła salę. Ja zdjąłem rękawiczki ze spoconych dłoni i wsiałem do kolejki podmiejskiej, by pojechać do domu. Minał miesiąc od mojego powrotu z Konga i już byłem znudzony. Przez ten czas zdołałem ustalić kilka zasadniczych spraw: chirurgia utraciła dla mnie swój egzotyczny blask w momencie, gdy wysiadłem z samolotu z Konga. Inna sprawa, że chyba nie byłem ulepiony z odpowiedniej gliny: nie miałem pewnej ręki, cierpiałem na daltonizm i dość niezdarne posługiwałem się nożyczkami, skalpelem i nićmi.

A przede wszystkim miałem całkowicie błędne wyobrażenie o sobie jako chirurga. Po prostu nie miałem do tego smykałki.

Należało przełknąć gorycz porażki i zmienić tok myślenia. Moje myśli znowu pobiegły do Lekarzy bez Granic i Afryki. Ale przecież pragnęliśmy mieć dzieci, a ja nie chciałem zostawiać już więcej mojej narzeczonej. Przynajmniej nie na długo. Musiałem opanować swoją żądzę podróży i ciągoty do Lekarzy bez Granic, koncentrując się na innych rzeczach. Zaczęłem pisać kryminały, zatrudniłem się na zastępstwie w klinice chorób zakaźnych w Szpitalu Karolinska. Może moim powołaniem była praca naukowa? Czy nadszedł czas, żeby porozmawiać z moim dawnym

mentorem i idolem Hansem Roslingiem?

HIV I MOJA PRACA NAUKOWA

– To musi być gruźlica – powiedział czterdziestoletni nauczyciel gimnazjum ze znakomitym francuskim akcentem, kiedy robiłem obchód w szpitalu w Burundi.

W niewielkiej sali, gdzie gniotło się dwunastu pacjentów, panował półmrok. Na każdym łóżku siedziała co najmniej jedna bliska osoba, zajmująca się myciem i karmieniem swojego chorego oraz sprzątaniem. Upał przygniatał, powietrze stało nieruchomo. Na biodrach miałem saszetkę ze snickersem i butelką z wodą. Poranne zmiany trwały pięć godzin, a ja zawsze miałem problemy z gorącem i z niskim poziomem cukru.

Mężczyzna był chudawy i lekko podenerwowany, ale bardzo uprzejmy. Miał nawet nieco służalczy sposób bycia. Przyczyną hospitalizacji było podejrzenie gruźlicy. Kaszłał od ponad sześciu miesięcy i schudł około siedmiu kilo. Był przekonany, że cierpi na gruźlicę, i upierał się przy tym, mimo przedstawianych przeze mnie dowodów, że tak nie jest. Wyglądało na to, że nie przyjmował do wiadomości moich słów. Większość ludzi, których spotykałem w Burundi, była bardzo dumna i miała silną osobowość. Nie wiem, czy wynikało to z trwających od pół wieku konfliktów między grupami etnicznymi Hutu i Tutsi, czy też istniało jakieś inne wytłumaczenie, ale nawet silnie kaszlący pacjenci twardo trzymali się własnej wersji i mieli trudności z zaakceptowaniem moich wyjaśnień.

Zaczęliśmy podawać pacjentowi antybiotyki. Dwa cykle nie przyniosły zauważalnych rezultatów. Został porządnie przebadany, wykonaliśmy trzy testy płwocin na gruźlicę, które wyszły negatywnie. Czyli gruźlica najprawdopodobniej nie była przyczyną kaszlu. Minął kolejny tydzień i mężczyzna zaczął narzekać, że od kilku dni cierpi na ból głowy. Pojawiła się gorączka i w ostatniej dobie nawet kilkakrotnie wymiotował. Byłem

zdumiony – nie rozumiałem, co się dzieje. Podczas badania stwierdziłem nieznaczny sztywność karku; pomyślałem, że choroba może wpływać na opony mózgowo-rdzeniowe, i zleciłem badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Wynik, który dostarczył technik laboratoryjny na karteczce typu post-it, był następujący: *Cryptococcus neoformans*. Brzmiało to skomplikowanie, a ja nigdy o czymś takim nie słyszałem. Przekartkowałem oxfordzki kieszonkowy leksykon chorób zakaźnych i pojąłem, co było przyczyną wszystkich objawów. Sytuacja okazała się poważna, a choremu pozostało zaledwie kilka tygodni życia.

Kryptokoki to grzyb, który dla ludzi zdrowych jest całkowicie niegroźny. Dla tego czterdziestoletniego nauczyciela gimnazjum natomiast był śmiertelnie niebezpieczny, pacjent miał bowiem bardzo obniżoną odporność, gdyż chorował na AIDS. Prawdopodobnie miał wirusa HIV od ponad dziesięciu lat, nawet o tym nie wiedząc. Grzybica powoli toczyła jego mózg, ponieważ układ odpornościowy nie był w stanie stawić czoła infekcji, w innych okolicznościach absolutnie łagodnej. Kryptokoki przypuszczalnie zaatakowały również płuca, ale nie miałem możliwości tego sprawdzić.

Czy mogłem coś zrobić dla tego mężczyzny? Czy nie mógłbym wysłać samochodu do Buzumbury, stolicy, żeby kupić leki przeciwgrzybicze? Ich zakup na pewno by mnie nie zrujnował. Ale miałem zapłacić z własnej kieszeni? A jeżeli zrobiłbym to dla tego czterdziestoletniego nauczyciela, to czy w takim razie powinienem zrobić to samo dla wszystkich innych pacjentów, którzy trafiliby do nas z chorobami, na które nie mieliśmy leków? Czy Lekarze bez Granic mogli zapłacić?

„Nie” – usłyszałem w odpowiedzi, kiedy zebrałem się na odwagę i zapytałem pielęgniarkę odpowiedzialną za leki. Nie mieliśmy umowy z lekarzem prowincji na lekarstwa przeciwko kryptokokom.

„Być może taka umowa zostanie podpisana w tym roku” – wyjaśniła moja szefowa. Czyżby był to więc po prostu zły moment dla mojego pacjenta? Czy jeśli zachorowałby sześć miesięcy później, to wtedy dostałby leki? Być może. A jeżeli zachorowałby na to samo ktoś z Lekarzy

bez Granic, na przykład ja, to czy wtedy kupilibyśmy leki?

– Tak, oczywiście. – Szefowa miała zdziwiony wyraz twarzy.

Okazało się, że to nie podlega dyskusji.

Co miałem powiedzieć temu człowiekowi? Zapytałem pielęgniarza, który był szefem kliniki przyszpitalnej, mądrym i pragmatycznym człowiekiem. Zaproponował, że przy nadarzającej się okazji zapyta pacjenta, czy zechciałby zrobić test na HIV. Moglibyśmy mu wtedy powiedzieć, że ma tak zwane zakażenie oportunistyczne, czyli chorobę w końcowym stadium HIV, i jesteśmy w stanie zaproponować mu jedynie leczenie objawowe.

Uznałem to za najlepsze rozwiązanie – zresztą innego nie było. Z wdzięcznością przyjąłem radę doświadczonego pielęgniarza i odsunąłem od siebie tę nieprzyjemną misję. Nigdy się nie dowiedziałem, czy chory nauczyciel zrobił test na HIV, czy nie. Wiem jedynie, że zmarł. Jestem też niezbitnie przekonany, że gdyby nie wszystkie mądre miejscowe dyplomowane i młodsze pielęgniarki, to nie dałbym sobie rady na moich misjach w Afryce.

Ale to doświadczenie sporo mnie kosztowało. Nauczyciel gimnazjum był tylko jednym spośród wielu pacjentów spotkanych przeze mnie w Burundi, przy którym boleśnie zdałem sobie sprawę z tego, w jak różnych światach żyjemy. Leky i różne możliwości leczenia, które w Szwecji przyjmujemy za pewnik, nie są dostępne dla wielu ludzi na świecie, nawet jeżeli mają oni na nie pieniądze. Z początku narzekałem na te niesprawiedliwości. Jednak z czasem zrozumiałem, że frustracja niepotrzebnie pochłania moją energię. Trzeba było żyć, działać i nie dać się złamać. Musiałem się dostosować – niezależnie od tego, czy chciałem, czy nie.

Od czasu kiedy spotkałem nauczyciela gimnazjum z kryptokokami, Burundi też doczekało się narodowego programu zwalczania HIV/AIDS. Leky hamujące postęp choroby są dostępne dla wielu, choć oczywiście nie dla wszystkich mieszkańców Afryki. Na całym świecie 14,9 miliona osób spośród 36,9 miliona chorych – czyli około 40 procent – otrzymało w 2014

roku leki powstrzymujące rozwój tej choroby. W Afryce ich liczba sięga 41 procent. Dobrze, że tak wielu ludzi ma dziś dostęp do leków, ale nie zapominajmy, że te dane oznaczają, iż blisko 60 procent w ogóle ich nie dostaje.

Kaszlący mężczyzna z Burundi zapewne by przeżył, gdyby zachorował kilka lat, a może jedynie kilka miesięcy później. Natomiast jest bardzo mało prawdopodobne, żeby lekarz w Szwecji spotkał pacjenta z kryptokokami. Tak samo nieprawdopodobne jak kiła, wścieklizna, odra, różyczka czy wiele innych chorób, na które mamy dzisiaj szczepionki i lekarstwa.

Otworzyły mi się oczy na chorobę, która wcześniej, gdy pracowałem w swoim kraju, nie interesowała mnie specjalnie. Epidemia HIV i AIDS miała się stać obiektem moich badań, lecz wtedy tego nie wiedziałem. Wracałem do Szwecji z pierwszej misji z Lekarzami bez Granic i znów chciałem jechać w świat.

Po powrocie z wyprawy do Konga, krótkiej przygodzie z chirurgią w Södertälje i zaakceptowaniu, że jednak nie będę chirurgiem, zacząłem pracę w klinice chorób zakaźnych w Szpitalu Karolinska. Zainteresował mnie HIV, skierowałem zatem swe kroki do Instytutu Zdrowia Publicznego w Karolinska i Hansa Roslinga. Był bardzo zajęty i nie miał czasu prowadzić mnie osobiście, ale zgodził się zostać moim drugim promotorem. Przedstawił mnie młodej, bystrej pani naukowiec, która akurat organizowała własną grupę badawczą: doktor Annie Mii Ekström. Dostała fundusze na prowadzenie badań epidemiologicznych między innymi nad HIV w państwach o niskim PKB. Zasiadliśmy razem, by przedyskutować możliwe projekty. Hans zaglądał do nas między swoimi licznymi zajęciami, coraz więcej czasu spędzał jednak na różnych spotkaniach w Davos, Nowym Jorku i Delhi. Wyjaśniłem Annie Mii, że najchętniej podjąłbym badania na rzecz Lekarzy bez Granic. Organizacja ta prowadziła w tamtym czasie niewiele projektów badawczych, odbyłem więc kilka podróży do Brukseli, żeby nawiązać współpracę między Lekarzami bez Granic i Instytutem Karolinska. W końcu wyłonił się

problem kliniczny, w związku z którym potrzebowali pomocy.

Lekarze bez Granic mieli swoją klinikę w pobliżu dzielnicy slumsów o nazwie Kibera w Nairobi w Kenii. Obliczono tam, że około 55 procent pacjentów ze zdiagnozowanym AIDS, czyli ostatnim stadium HIV, nie uczestniczyło w programie leczenia hamującego postęp choroby. Lekarze bez Granic byli tym zaniepokojeni i chcieli się dowiedzieć, co jest tego przyczyną. Przedyskutowaliśmy z Hansem Roslingiem i Anną Mią Ekström, jak się do tego zabrać, i doszliśmy do wniosku, że najodpowiedniejszą metodą będą wywiady zebrane od pacjentów.

W końcu wyjechałem i zacząłem przygotowania do wywiadów. Była to jednak długa droga pod górkę, a w wielu przypadkach musiałem sam wynaleźć koło. Jakie pytania zadawać? Jak to wszystko przeprowadzić? Kto będzie tłumaczyć? Jak mamy dotrzeć do pacjentów, którzy nie pojawiali się w klinice? Czy było etycznie usprawiedliwione wyszukiwanie tych, którzy może nie chcieli mieć żadnego kontaktu z placówką opieki zdrowotnej?

Po testach pilotażowych i przygotowaniach rozpoczęliśmy projekt. Kiedy jednak razem z Hansem i Anną Mią omawialiśmy czekające nas zadanie, nawet w najśmielszych fantazjach nie mogłem domyślać się tego, jakie wyzwanie przede mną stoi.

Slumsy Kibery zajmują obszar wielkości dwóch pól golfowych. Wyobraźcie sobie kilkadziesiąt tysięcy lepianek z dachami pokrytymi blachą, a w nich milion ludzi. W samym centrum Nairobi. Oto Kibera.

Nieopodal znajduje się luksusowe pole golfowe porośnięte jasnozieloną trawą. Przez sam środek slumsów biegną tory kolejowe, po których kilka razy w tygodniu przejeżdża pociąg. Czytelnicy, którzy oglądali film *Wierny ogrodnik*, mogą przywołać w pamięci obraz pociągu przebijającego się przez morze błota i nieczystości. Kibera wygląda jak jeden wielki śmietnik. W niektórych miejscach smród jest nie do wytrzymania. Odchody i uryna na każdym kroku. Niewielkie rowy wodne i rzeczka, po której pływają miliony plastikowych torebek. A w całej tej nędzy żyją ludzie.

Pierwsze, co rzuciło mi się w oczy, kiedy brnąłem w ciężkich wojskowych buciorach przez Kiberę, było to, że pomimo wszechobecnego blocka wszyscy dorośli mieli czyste ubrania i błyszczące buty. Dzieci biegały dookoła, bawiąc się i śmiejąc. Między chatami ludzie sprzedawali pojedyncze pomidory, przez dziurę w ścianie można było kupić piwo, za niebieskimi drzwiami z krzyżem krył się minikościół, a w nieco solidniejszym domu ze ścianami z drewna szkoła. Kiedy szok minął, pokochałem slumsy. Uwielbiałem tam przebywać, ponieważ ludzie, których spotykałem, byli przyjaźni, ciepłi, a także kompetentni i bardzo ambitni. To był ich świat i starali się żyć w nim najlepiej jak potrafili. Rzadko zdarzało mi się tak często słyszeć tyle śmiechu. Dzieci bawiły się wszędzie. Życie zwyciężało tu wszelkie przeszkody.

Miałem jednak zakaz przebywania na terenie slumsów po zapadnięciu zmroku, ponieważ panowało przekonanie, że to niebezpieczne. Słyszałem opowieści o tym, jak ludzi napadano i mordowano dla telefonu komórkowego. A kiedy ktoś krzyknął: „Złodziej!”, tłum potrafił dogonić napastnika, zarzucić go starymi oponami i podpalić. Policja się tu nie zapuszczała, sprawiedliwość wymierzali sami mieszkańcy. Cała Kibera była jak jedna czarna plama na mapie – władze Nairobi pozostawiły ten obszar samemu sobie. Tak jakby nie istniał.

Slumsy to miejsce, dokąd większość ludzi nigdy nie zagląda, jeżeli nie zachodzi taka konieczność. Na całym świecie takie obszary rosną lawinowo. W 1970 roku 37 procent populacji Ziemi mieszkało w miastach, w 2007 roku liczba ta wzrosła do 50 procent. Proces urbanizacji cały czas przyspiesza, głównie w Afryce, a duża część ludzi migrujących do miast ląduje w slumsach. Według WHO w 2009 roku 651 milionów ludzi żyło w slumsach. Poziom życia wielu z nich jest drastycznie niski. Slumsy borykają się z przeludnieniem, ograniczonym dostępem do (złej jakości) wody i elektryczności – a często wręcz jego brakiem – wysoką przestępczością, bezrobociem, mocno ograniczonym dostępem do szkół i służby zdrowia. Nierzadko nie ma tu absolutnie żadnej opieki zdrowotnej. Pod wieloma względami slumsy na całym świecie są swego

rodzaju wstydliwą katastrofą.

Kibera jest jednym z takich właśnie zapomnianych obszarów, gdzie wprawdzie istnieje kilka przychodni, ale mają one małe moce przerobowe i wiele osób zamiast przyjść po pomoc medyczną tutaj, zwraca się do miejscowych znachorów czy znachorek.

Dzięki Leonardowi, fantastycznemu mężczyźnie, który sam miał HIV i mieszkał na terenie slumsów, wiedzieliśmy, jak docierać do tutejszych ludzi i co robić, by poczuli się traktowani delikatnie i z szacunkiem. Leonard został moim przewodnikiem, tłumaczem, przyjacielem i – czego wtedy jeszcze nie wiedziałem – moim ochroniarzem. Miał wszystkie cechy, które okazały się dla mnie bezcenne: porozumiewał się w kilku z czterdziestu dwóch języków, którymi mówiono w slumsach, znał bardzo dużo ludzi i umiał trafić do najbardziej oddalonych części Kibery. Był też człowiekiem niezwykle elastycznym i dyplomatycznym, potrafił rozmawiać z każdym. Nigdy nie zdołałbym przeprowadzić moich badań bez Leonarda w jego nieskazitelnie czystym srebrnoszarym garniturze. Jako oficjalnego tłumacza zatrudniłem dwudziestopięcioletnią studentkę ekonomii, która, jak się okazało, bardzo sprawnie spisywała wywiady i szybko nauczyła się metodyki prowadzenia badań naukowych. Przez pięć lat trwania projektu tworzyliśmy świetne trio badawcze.

Nasz dzień wyglądał następująco: od personelu Lekarzy bez Granic dostawaliśmy listę pacjentów. Pacjentom potrzebne były leki hamujące postęp choroby, ponieważ badania krwi wykazały u nich niski poziom białych krwinek i z definicji mieli AIDS. Z jakiegoś powodu miesiącami nie pojawiali się w klinice. Przy pomocy Leonarda przedzieraliśmy się przez slumsy. Były dni, gdy godzinę zajmowało nam kluczenie po zaułkach, pytanie o drogę, aż w końcu trafialiśmy do lepianki, w której mieszkał pacjent. Leonard przedstawiał nas jako grupę badaczy naukowych z zewnątrz i pytał, czy moglibyśmy zadać kilka pytań dotyczących choroby pacjenta. Pilnował się, żeby nic nie mówić o wynagrodzeniu za to, że się zgodzą. Jeśli okazywało się, że mamy wspólny język, najczęściej suahili, siadaliśmy na odwróconym wiadrze

albo stołku i rozpoczynaliśmy wywiad. W domach nie było elektryczności i musiało nam wystarczyć światło wpadające przez otwarte drzwi. W środku był półmrok i duchota. Blaszane dachy przyciągały promienie słoneczne, które nagrzewały powietrze wewnątrz, więc w lepiankach panował niemiłosierny upał. Ja pytałem, moja tłumaczka tłumaczyła. Nagrywaliśmy rozmowę na mały dyktafon, a ja robiłem notatki dotyczące okoliczności, w jakich przeprowadzaliśmy wywiad: kim był pytany, jak wyglądało wnętrze domu, jaka była mowa ciała pacjenta i tak dalej – wszystko po to, bym później mógł lepiej odtworzyć rozmowę i ją przeanalizować. Po upływie trzydziestu minut, czasem godziny, dziękowaliśmy i wręczaliśmy rozmówcy paczkę ryżu jako wyraz wdzięczności za poświęcony czas.

Wieczorem u mnie w hotelu odsłuchiwałem z tłumaczką wywiad, a ona od razu zaczynała spisywać nagranie na komputerze. Najpierw pisała w suahili, a potem tłumaczyła na angielski. Była to żmudna i wymagająca praca. Dopiero później zaczynało się moje zadanie, polegające na analizowaniu tekstu za pomocą różnych technik, dzięki czemu staraliśmy się dociec, co pacjent nam opowiedział.

Po dwudziestu sześciu pierwszych wywiadach doszliśmy do kilku ważnych wniosków, w pewnym sensie wyjaśniających, dlaczego pacjenci nie przychodzili po lekarstwa. Dla wielu ludzi HIV i AIDS wciąż były dużym stygmatem i pójście do kliniki Lekarzy bez Granic w przeludnionych slumsach, gdzie trudno było o jakąkolwiek prywatność, samo w sobie było demaskujące. Wielu pacjentów wolało chodzić do znachorów, ponieważ obiecywali oni wyleczenie z HIV, czego Lekarze bez Granic i nowoczesna medycyna obiecać nie mogli. Rozmawiałem między innymi z kobietą, która od roku codziennie rano piła własny mocz, bo znachor powiedział, że to wyleczy ją z choroby.

Kolejną przyczyną było to, że gdy pacjenci podejmowali leczenie środkami hamującymi rozwój choroby, zaczęli odczuwać większy głód, gdyż leki zwiększały ich metabolizm. A w Kiberze większość ludzi żyła na skraju ubóstwa i nie stać ich było na przyjmowanie leków, ponieważ nie

mogli sobie pozwolić na zaspokojenie zwiększonych potrzeb żywieniowych. Na koniec okazało się, że ulotki informacyjne rozdawane w klinice Lekarzy bez Granic były mało zrozumiałe, długie i źle przetłumaczone. W ogólnym rozrachunku badania zaowocowały tym, że Lekarze bez Granic wdrożyli specjalny program żywieniowy dla niektórych pacjentów, przeredagowali swoje ulotki, podjęli działania mające zapobiegać stygmatyzacji chorych i zaczęli rozmawiać z miejscowymi znachorami.

Nasze badania były stosunkowo tanie – koszty to głównie nasz wysiłek i czas. Użyliśmy metod niekonwencjonalnych dla lekarzy – wywiadów – co nie zaowocowało żadnymi statystykami czy liczbami, a jedynie ogólnymi interpretacjami. Ale to studium poskutkowało polepszeniem opieki nad chorymi na HIV pacjentami w slumsach Kibery.

Z biegiem lat przeprowadziliśmy więcej badań w Kiberze. Wszystkie założenia sprowadzały się do pytań, czemu ludzie nie przyjmują leków opóźniających rozwój AIDS i jak można na nich wpłynąć, żeby zaczęli je przyjmować.

MEDYCYNA TRADYCYJNA

Kiedy odsunąłem zasłonę, zobaczyłem na kozetce mężczyznę w wieku około dwudziestu pięciu lat. Jego twarz wyrażała niepokój. Zgłosił się na ostry dyżur do szpitala w Huddinge ze względu na ciągły, ćmiący ucisk w klatce piersiowej. Obawiał się, że to mogło być coś z sercem.

Zbadałem go. Był umięśniony i widać było, że dba o swój wygląd. Włosy perfekcyjnie podcięte. Pachniał dobrą wodą kolońską i chyba korzystał systematycznie z solarium. Był środek zimy, a on miał mocną opaleniznę.

Z sercem mężczyzny było wszystko w porządku, co łatwo mogłem stwierdzić na podstawie wyników badań krwi. Pokazałem mu prawidłowy zapis EKG i zrobiłem USG serca, głównie po to, by go uspokoić.

Wizyta zbliżała się do końca. Pacjent opowiedział mi o trybie życia, jaki prowadzi, o stresującej pracy w firmie elektronicznej, o codziennym treningu na siłowni i o tym, że stara się dobrze i racjonalnie odżywiać.

– Wydaję chyba ponad trzy stowy dziennie na soki – powiedział i zrobił zamyśloną minę, tak jakby właśnie pierwszy raz to sobie uzmysłowił.

Pokazał mi też całą torebkę witamin i suplementów diety, które przyjmował.

– Ze dwanaście codziennie, rano i wieczorem.

– Czy jest pan na jakiejś specjalnej diecie? Na przykład wegańskiej?

– Nie. Jem wszystko. Staram się kupować i przyrządzać żywność ekologiczną, ale nie zawsze mam na to czas.

Wyjaśniłem młodemu mężczyźnie, że jego serce jest zdrowe, a objawy w klatce piersiowej moim zdaniem są spowodowane stresem. Nadmieniałem też, że nie potrzebuje brać tych wszystkich witamin i suplementów, skoro, jak twierdzi, dobrze się odżywia.

Opuścił szpital, ale nie wiem, czy zastosował się do moich rad.

Spotkanie z tym młodym mężczyzną miało miejsce niedawno i nie było niczym wyjątkowym na pogotowiu. Wielu młodych ludzi przychodzi z powodu stanów związanych ze stresem, wielu też mocno koncentruje się na własnym ciele, trenując i przyjmując suplementy diety. Natomiast bardzo często w cieniu pozostaje zdrowie psychiczne. Młodzi ludzie pojawiają się na oddziale ratunkowym z objawami somatycznymi, cielesnymi, które wywodzą się z problemów mentalnych. Służba zdrowia zaś, działająca pod wieczną silną presją czasu, rzadko ma do zaproponowania rozwiązania całościowe. U młodego mężczyzny, który zgłasza się na pogotowie z bólem w piersiach, mogę jedynie wykluczyć stany zagrażające życiu i szybko powiedzieć, co mu nie jest. Nie mam natomiast możliwości, żeby ocenić całokształt, to znaczy, co się pod tym kryje – w postaci stresu albo aspektów związanych ze stylem życia.

Tym, co sprawiło, że zwróciłem uwagę na właśnie tego chłopaka z uciskiem w klatce piersiowej, była torebka z suplementami, którą miał przy sobie. Poza tym, że zapewne sporo go to kosztowało, jestem przekonany, że w żaden sposób nie pomogły mu one w zachowaniu dobrego stanu zdrowia, działając jedynie jako placebo. Pomyślałem też o pacjentach, których spotkałem w Kiberze w trakcie moich badań – pacjentach, którzy szli za radą znachorów i pili własny mocz albo jedli jakieś korzonki, żeby wyleczyć się z HIV.

Medycyna tradycyjna to według WHO suma wiedzy, umiejętności i praktyki oparta na teoriach, wierzeniach i doświadczeniach z różnych kultur, stosowana do propagowania fizycznego i mentalnego zdrowia w postaci zapobiegania, diagnostyki, usprawniania lub leczenia. Pojęcia takie jak medycyna naturalna, uzupełniająca, alternatywna czy ludowa używane są przez niektórych zamiennie z medycyną tradycyjną, podczas gdy inni wyraźnie rozróżniają te pojęcia.

Dla uproszczenia postanowiłem w tej książce skoncentrować się na pojęciu medycyna alternatywna. Można powiedzieć, że wszystkie powyższe pojęcia stanowią właśnie alternatywę dla klasycznej medycyny akademickiej, to znaczy tej tradycji medycznej, która opiera się na

wypróbowanej nauce. Metody medycyny alternatywnej nie okazały się zatem efektywne w porównaniu z placebo.

Czy powinniśmy więc odrzucić medycynę alternatywną albo tradycyjną, twierdząc, że nie działa i że tego rodzaju leczenie należy do przeszłości? Z perspektywy globalnej wręcz przeciwnie: miliony ludzi na świecie korzystają z medycyny tradycyjnej i w wielu krajach stanowi ona podstawę opieki zdrowotnej.

Medycyna tradycyjna w Afryce składa się z wielu różnych wariantów. Władze kolonialne przywiozły ze sobą swoją zachodnią medycynę i przekreśliły tysiące lat monopolu medycyny tradycyjnej, misjonarze wybudowali szpitale i punkty lekarskie na całym kontynencie, ale tradycyjna medycyna ciągle istniała, tuż obok zachodniej służby zdrowia. Dziś nadal 60 procent rodziców w Mali, Ghanie, Zambii i Nigerii zabiera swoje gorączkujące dzieci w pierwszej kolejności do znachora. W niektórych krajach afrykańskich aż 80 procent ludności korzysta z medycyny tradycyjnej.

W Szwecji medycyna alternatywna pozostaje raczej na uboczu. Jednocześnie jakiś czas temu pojawił się fenomen z pogranicza, którego popularność lawinowo rośnie: suplementy diety. Średnio w Szwecji wydaje się 106 koron na osobę miesięcznie na suplementację. Dochodzą do tego sumy, które wydajemy na leki naturalne – nie udało mi się ustalić, jak wysoka jest to kwota. Uważamy się za ludzi oświeconych, a mimo to pakujemy w siebie mnóstwo suplementów i preparatów naturalnych, choć zdaniem lekarzy większość z nich nie ma żadnego naukowo udowodnionego działania.

Lekarze w Szwecji często odwołują się do statystyki i doświadczeń naukowych. Najlepiej, żeby badania, na które się powołujemy, były obszerne i randomizowane. Ale argumentacja lekarzy wynika z zachodniej perspektywy. Ustaliliśmy reguły tego, co jest „uznaną” wiedzą, a co nią nie jest, i większość znanych mi lekarzy prychna na hasła: akupunktura, medycyna alternatywna, suplementy i preparaty naturalne. Ja również, choć sam nie do końca wiem, dlaczego. Kiedy w szpitalu

podczas przerwy na kawę rozmowa zejdzie na temat moich doświadczeń z akupunkturą w Chinach albo medycyną tradycyjną w Afryce, wyrażam się zazwyczaj na ten temat z dużo większą pokorą niż moi koledzy po fachu. Kim bowiem jestem, żeby lekceważąco odrzucać tysiące lat tradycyjnej medycyny chińskiej? Czy jestem całkowicie pewien, że ona „nie działa”? Jak sądzę, wszystko zależy od tego, jaką miarą się mierzy. Jeżeli rozmawiamy o badaniach z losowym doбором osób, to rzadko kiedy przynoszą one wyniki potwierdzające medycynę alternatywną. Długo trzeba szukać, by trafić na przykład na kogoś takiego jak Cherkin i jego koledzy, którzy udowodnili, że *mindfulness* – uważność – działa lepiej na bóle kręgosłupa niż terapia poznawcza. Akupunktura używana jest też jako technika uśmierzenia bólów porodowych, a tak zwana medycyna uzupełniająca zdobyła trwałe miejsce w opiece onkologicznej, przede wszystkim w medycynie paliatywnej. Ale wobec medycyny tradycyjnej ogólnie panuje duży sceptycyzm, przede wszystkim w środowisku lekarskim. Jeżeli moje dziecko dostałoby zapalenia wyrostka robaczkowego, nie zastosowałbym akupunktury, tylko zrobił operację.

W Szwecji Urząd Produktów Leczniczych jest organem podlegającym Ministerstwu Polityki Społecznej, mającym za zadanie pracować nad „dostępem pacjentów i służby zdrowia do bezpiecznych i efektywnych preparatów medycznych”. Urząd ten, wraz z Centralnym Urzędem Zdrowia i Opieki Społecznej, wydaje również zalecenia dotyczące tego, jak personel medyczny ma się odnosić do preparatów naturalnych. Stwierdza się, że personel powinien traktować takie preparaty jak „zwykłe” leki i informować o nich, polecać je oraz przepisywać pacjentom. Ale również zastrzega: „W przypadku grupy tradycyjnych preparatów na bazie roślinnej uprawniony personel medyczny powinien przyjąć bardziej restrykcyjną postawę. Naukowe dowody efektów tych leków są mocno ograniczone”.

Reasumując, leki na bazie preparatów naturalnych istnieją, ale nie ma wystarczającej wiedzy naukowej na temat ich działania, dlatego należy

zachować ostrożność w kwestii ich stosowania. W tym kontekście bywają czasem wymieniane też suplementy diety, ale nimi zajmuje się Urząd Ochrony Żywności.

*

Pierwszy raz zetknąłem się z medycyną tradycyjną w Chinach. Wraz z moją obecną narzeczoną byliśmy na trzecim semestrze studiów medycznych i mieliśmy tak zwany okres fakultatywny – kilka tygodni, w czasie których można było zgłębić jakiś przedmiot. Wielu studentów, uważając, że daje to możliwość prowadzenia badań, podejmowało starania o przyjęcie do jakiegoś laboratorium z nadzieją, że zostaną przydzieleni do grupy badawczej. My jednak przez całe studia byliśmy nastawieni na to, żeby zobaczyć tak dużo świata poza Szwecją, ile tylko się da. Może nie było to zbyt taktyczne podejście z punktu widzenia kariery lekarskiej, ale dla nas wybór był oczywisty: jeżeli pojawiają się możliwości studiowania za granicą, to z nich skorzystamy. Udało nam się dotrzeć do Paryża, Madrytu, Los Angeles, Tiencinu, Kopenhagi, Chile i Tajlandii.

Nasza pierwsza studencka zagraniczna wyprawa okazała się jedną z najbardziej fascynujących: pojechaliśmy do piętnastomilionowego Tiencinu, portowego miasta na północny wschód od Pekinu, gdzie mieliśmy się uczyć tradycyjnej medycyny chińskiej. Mieszkaliśmy na terenie uniwersytetu wraz z kilkoma innymi studentami Instytutu Karolinska, przedpołudniami studiowaliśmy akupunkturę i florystykę, po południu mieliśmy zajęcia praktyczne, a potem wsiadaliśmy na rowery, żeby zwiedzić targowiska, świątynie i centra handlowe miasta. Trzy miesiące spędzone w Chinach miały zostawić po sobie trwały ślad, zwłaszcza w kwestii podejścia do medycyny tradycyjnej. Przede wszystkim moja narzeczoną nigdy nie miała żadnych uprzedzeń do innych kultur, tradycji i idei. Nasze umysły jak gąbki chłoneły opowieści pełnych zapału nauczycieli o meridianach (kanałach energetycznych ciała), akupunkturze i przepływach qi (energii życiowej). Wieczorami

gotowaliśmy w akademiku igły i ćwiczyliśmy ich wkłuwanie na sobie nawzajem. Wydaje mi się, że prawie każdy z uczestników kursu wysłał do domu co najmniej pięć kilo igieł, lalek do akupunktury i chińskiej porcelany – przynajmniej u nas większość z tego stoi na strychu i pokrywa się kurzem.

Po kilku tygodniach moja narzeczona zachorowała. Dostała gorączki i rozboleła ją nerka. Wyglądało na to, że cierpi na jakąś infekcję dróg moczowych. Tabletki na zabicie gorączki nie pomagały, potrzebowała pomocy lekarskiej. Poszliśmy do pobliskiej przychodni – tradycyjnej, chińskiej przychodni, w której pachniało ziemią, mentolem i innymi nieokreślonymi zapachami. Tamtejszy lekarz, specjalista medycyny tradycyjnej, kazał jej usiąść na krześle i zbadał ją, w sumie zadając tylko kilka krótkich pytań łamaną angielszczyzną, po czym położył trzy palce na jej pulsie. Po dłuższej chwili padła diagnoza:

– *You have a kidney infection and qi-deficiency*^[9].

No dobrze, czyli niedobór energii. Brzmiało to rozsądnie. Pamiętam, że narzeczona dosłownie przelewała się przez szklaną ladę przychodni i obficie pociła, biorąc cztery duże plastikowe butelki wypełnione ciemną substancją.

W pokoju w akademiku zatkała nos i połknęła gęsty płyn, robiąc przy tym wszystko, by nie wymiotować. Następnego dnia nadal miała gorączkę, wypila więc zawartość drugiej butelki i zgłosiła się do zachodniej poradni zdrowia, gdzie przepisano jej antybiotyki przeciwko *pyelonephritis*, odmiedniczkowemu zapaleniu nerek. Gorączka minęła po dwóch dniach i narzeczona czuła się już dobrze.

Istnieje bardzo wiele obszarów, po których zachodnia medycyna wciąż porusza się po omacku. Weźmy na przykład ogólną problematykę bólu, zespół zmęczenia, zawroty głowy i tak dalej. Stosujemy dość toporne instrumenty: podajemy tabletki przeciwbólowe i koncentrujemy się na objawach, nie zawsze zaś na ukrytych przyczynach dolegliwości. Jeżeli coś wyniosłem z mojego pobytu w Chinach, to było to całościowe spojrzenie na człowieka. Tam traktowano organizm ludzki jako całość,

włącznie z procesami mentalnymi.

Później, w trakcie moich badań naukowych w Kiberze w drugiej połowie pierwszej dekady XXI wieku, spotykałem wielu pacjentów z ciężkimi doświadczeniami życiowymi, o których czasem trudno było nawet myśleć. Nierzadko było to powiązane z medycyną tradycyjną. Starłem się zachować neutralność badacza, ale niekiedy ściągałem akademickie okulary, by zatrzymać się i wyjść poza moją rolę. Myślę tu przede wszystkim o pewnej dziewczynce, którą spotkałem, kiedy odwiedzałem jej chorą na AIDS mamę.

Był wyjątkowo upalny dzień. Lepiankę kobiety znaleźliśmy na skraju slumsów wyłącznie dzięki zmysłowi detektywistycznemu mojego przewodnika. Na wyposażenie domu składało się proste drewniane łóżko, w którym spała kobieta z dwójką dzieci, stół, trzy plastikowe krzesła w krzykliwych kolorach, drewniana skrzynia, na której siadłem, i część kuchenna w rogu, czyli trochę dzbanów i wiader, jedna duża miska i parę prostych sztućców. Podłogę stanowiła udeptana ziemia. W chacie nie było prądu. Wodę przynosiło się w wiadrach.

Mrużyłem oczy w mroku – zawsze osobliwym uczuciem było dla mnie wchodzenie z prażącego słońca na zewnątrz do ciemnych wnętrz domów, w których najczęściej nie było okien. Światło sączyło się tylko przez szparę w drzwiach. Powietrze stało nieruchomo i po krótkiej chwili pot płynął mi z czoła i po czubku nosa ściekał na brudnożółty notatnik, który trzymałem w dłoniach. Kobieta opowiadała, dlaczego nie przychodziła do kliniki. Zgłosiła – jak wiele z wypytywanych przez nas osób – że lekarstwa przeciwko HIV wywoływały u niej poczucie głodu, co stanowiło spory problem, gdyż nie miała pieniędzy na jedzenie. Poza tym, żeby raz w tygodniu przebyć długą drogę do kliniki po odbiór leków, musiałaby zwalniać się z pracy w lokalnym barze, gdzie była zatrudniona jako sprzątaczką, a na to nie było jej stać. Czyli błędne koło kręcące się wokół pieniędzy, jedzenia i czasu. Zamiast tego kobieta kilka razy w roku kupowała tradycyjne zioła od miejscowej znachorki.

Podczas rozmowy z kobietą zerkałem co chwila na dziecko leżące obok

matki na podłodze. Dziewczynka przysłuchiwała się rozmowie i sprawiała wrażenie wystraszonej. Próbowałem się do niej uśmiechać, żeby poprawić jej humor. Była dość duża, choć nie umiałem powiedzieć, ile ma lat. Leżała na podłodze i wyglądało na to, że nie może poruszać dolną częścią ciała. Do tego była bardzo wychudzona. Zauważyłem, że trochę mi trudno dokończyć rozmowę z jej matką – może dlatego, że zacząłem odczuwać skutki odwodnienia w wyniku wzmożonego pocenia się? Poza tym z tą dziewczynką wyraźnie coś było nie tak, a ja nie potrafiłem przejść obok tego obojętnie. Była za duża na to, żeby leżeć na podłodze nieruchomo – nie była już niemowlęciem.

Zakończyliśmy rozmowę z matką i wtedy zapytałem:

– Czy ona nie umie chodzić? – Wskazałem głową w kierunku leżącej na ziemi dziewczynki.

Mama pokręciła głową, kiedy moja tłumaczka przełożyła pytanie.

– Czy nigdy nie chodziła? – zapytałem, myśląc, że to może być jakaś wada wrodzona.

– Chodziła, ale już od dwóch lat nie może ruszać nogami.

– A ile teraz ma lat? – pytałem dalej.

– Siedem.

Zapytałem matkę, czy była z córeczką u lekarza. Kobieta odwiedziła swojego znachora, który powiedział, że dziecku dolega coś od urodzenia. Byłem sceptyczny i zadawałem kolejne pytania. Okazało się, że dziewczynka dużo kaszlała we wczesnym dzieciństwie i mimo że mama dawała jej tyle jedzenia, ile tylko była w stanie zdobyć, dziecko nie przybierało na wadze. W głowie krystalizowały mi się jedna za drugą różne diagnozy. Dziewczynka mogła mieć AIDS, ale nie zgadzało mi się to z paraliżem nóg. Nie wyglądało też na charakterystyczne zmiany przy polio. Miałem pewne podejrzenie, ale potrzebowałem trochę czasu, by je sprawdzić. Powiedziałem, że jeszcze do nich wrócę.

Zacząłem się zastanawiać, czy dziewczynka nie ma gruźlicy rdzenia kręgowego – schorzenia zwanego chorobą Potta. Kaszel

w niemowlęctwie, niedożywienie i następnie paraliż mogły na to wskazywać. Może choroba zaatakowała jej rdzeń kręgowy, powodując paraliż? Po pewnych naciskach na klinikę Lekarzy bez Granic wróciłem do kobiety i poprosiłem, żeby przyprowadziła córeczkę do nas do przychodni, co też zrobiła.

Po dwóch miesiącach sprawdziłem ten przypadek i ku swojej radości dowiedziałem się, że dziewczynka chorowała na gruźlicę i brała obecnie udział w programie rehabilitacyjnym. Czy miała chorobę Potta? Tego nikt nigdy nie ustalił. Lekarze bez Granic nie mieli możliwości przeprowadzać tak zaawansowanej diagnostyki. A jeżeli tak było, to szansa, żeby znów mogła chodzić, była zapewne minimalna. Nie mogłem jednak przestać myśleć o tym, że matka wcześniej nie szukała pomocy ze względu na kaszel dziewczynki, choć przecież tak bardzo wyniszczał organizm małej.

Czy moje nastawienie do medycyny tradycyjnej zmieniło się w ciągu lat, które upłynęły od studiów medycznych do badań w slumsach Kibery? Czy lata spędzone w klinikach w Szwecji sprawiły, że stałem się bardziej sceptyczny wobec alternatywnych metod leczenia – innych niż „naukowo sprawdzone”, czyli takie, w których w wyniku poważnych badań naukowych stwierdzono, że ten sposób leczenia przynosi efekty? Nie wiem. Być może i tak, i nie. Z jednej strony nauczyłem się więcej o medycynie i nauce – mam nadzieję, że rozwinąłem w sobie bardziej krytyczne spojrzenie na to, co czytam i słyszę. Z drugiej zaś strony wiem, że dużo z tego, co dziś robi się w służbie zdrowia, nigdy nie było testowane w żadnych laboratoriach ani nie okazywało się skuteczne w randomizowanych badaniach. Dlaczego więc miałbym patrzeć z góry na medycynę tradycyjną tylko dlatego, że nie udowodniono jej efektywności, mierząc ją naszymi miarami i metodami?

Mimo wszystko jeżeli chodzi o preparaty naturalne, które zdrowi ludzie łykają całymi garściami, to jestem do nich nastawiony bardzo sceptycznie.

OSTATNIA ROZMOWA Z LEONARDEM

Siedzieliśmy na niebieskiej ławce przed barem w slumsach Kibery – ja z Leonardem, moim tłumaczem, przewodnikiem, negocjatorem i przyjacielem. Gorące powietrze jak zawsze było przesiąknięte duszącym zapachem spalin ze starych pojazdów, dymu z kopcących kupek węgla w lepiankach i płonących opon, które dzieci podpalały w niewiadomym mi celu. Leonard jak zwykle pił cytrynową fantę. Ja ciepłą colę.

Kiedy posiedzieliśmy tak w milczeniu przez pięć minut, przyglądając się mężczyznom wchodzącym do baru po napój czy piwo, wsunąłem w końcu rękę do kieszeni i wyciągnąłem plik banknotów, po czym podałem go Leonardowi.

Z początku nie zrozumiał, ale wyjaśniłem:

– Masz. Weź. To moje „dziękuję” za wszystko.

Leonard wziął zwitek banknotów, nie licząc, ile ich jest, i schował do kieszeni pobłyskujących srebrno spodni garnituru.

– Nie sprawdzisz, ile tam jest? – zapytałem.

Przecząco pokręcił głową.

– Po co?

– No... bo może jesteś ciekawy, ile ci daję w podzięcie.

– Dajesz tyle, ile uważasz za stosowne.

– Leonardzie... – Zamilkłem na chwilę. – Co zrobisz z tymi pieniędzmi?

Wypił swoją fantę.

– Dam mojej matce.

– Ale czy ty sam nie potrzebujesz pieniędzy? Dla siebie i swoich dzieci?

Uśmiechnął się tym swoim szerokim, przyjaznym uśmiechem, aż blizny na policzkach zniknęły.

– Dam sobie radę.

- Tak, wiem, ale życie w Kiberze jest ciężkie. Nieprawdaż?
- Tu jest mój dom. Nie znam innego.
- Ale gdybyś miał szansę opuścić Kiberę, to byś z niej nie skorzystał?
- Nie mogę opuścić Kibery – odpowiedział zdenerwowany.

Nie rozumiałem, co miał na myśli, ale czułem, że nie chce, bym go dalej wypytywał. Może bał się, że nie da sobie rady w Nairobi? A może Kibera była całym jego życiem – z przyjaciółmi, rodziną – i zdawał sobie sprawę, że nie będzie mógł ich wszystkich zabrać ze sobą ze slumsów?

- Czy masz jakieś marzenia, Leonardzie?
- Nie – zaśmiał się.
- Co to znaczy? – spytałem, jeszcze bardziej zdezorientowany.
- Nic. To tylko wy, *mzungos*, zawsze mówicie o marzeniach, o tym, co będziecie robić potem, o waszych karierach.

Poczułem się dotknięty.

- Nie miałem zamiaru...
- Ja żyję tu i teraz – uciał Leonard.

Zapanowała długa cisza.

- Chcesz jeszcze jedną fantę? – zapytałem.
- Tak.

Nazajutrz opuściłem Leonarda i Kiberę. Tamtego dnia widziałem go po raz ostatni. Postanowiłem, że wrócę i odwiedzę jego i jego rodzinę. Że wyślę mu pieniądze, żeby mógł sobie kupić jakieś lepsze lokum. Skoro nie chciał opuszczać slumsów, to były prawdziwe domy tuż za terytorium Kibery.

Nie dotrzymałem danych sobie obietnic. Nie miałem żadnego kontaktu z Leonardem. Nie wysłałem mu też żadnych pieniędzy. Moje myśli pochłonęła bez reszty moja prawie roczna córeczka. Myślałem o zbliżającym się terminie obrony pracy doktorskiej. Myślałem o tym, że chciałbym zrobić karierę tam, gdzie pracowałem – w klinice medycyny ratunkowej w szpitalu w Huddinge.

Trzy dni później wylądowałem w pokrytym białym puchem Sztokholmie.

Po pięciu latach od badań w Kiberze mieliśmy troje dzieci, w tym roczne bliźniaki. W końcu obroniłem pracę doktorską w Instytucie Karolinska w 2010 roku. Nosiła ona tytuł *Uptake, adherence and discontinuation of antiretroviral treatment in the Kibera slum, Nairobi, Kenya* (Podejmowanie, przestrzeganie i przerywanie leczenia antyretrowirusowego w slumsach Kibery, Nairobi, Kenia).

ETYKA BADAŃ NAUKOWYCH I OSZUSTWA

Jesienią 2010 roku Paolo Macchiarini został zatrudniony jako profesor wizytujący w Instytucie Karolinska do prowadzenia podstawowych badań w zakresie medycyny regeneracyjnej. Ten szwajcarski chirurg z Bazylei dorastał we włoskojęzycznej rodzinie. Studiował medycynę w Pizie, gdzie zrobił specjalizację z chirurgii klatki piersiowej (serce i płuca), a następnie doktoryzował się we Francji z przeszczepów narządów i tkanek. W 2008 roku Macchiarini wszczepił krtań od dawcy pacjentce Claudii Castillo. Operacja, według dostępnych publikacji, powiodła się. Dziewiątego czerwca 2011 roku chirurg wszczepił w Szpitalu Karolinska pierwszą sztuczną krtań (z plastiku) pacjentowi. Był nim Andemariam Teklesenbet Beyene. Andemariam zmarł w styczniu 2014 roku po zapadnięciu się krtani. Jedno z największych i najbardziej uznanych czasopism naukowych – „The Lancet” – opublikowało w 2011 roku kilka artykułów na temat sztucznych krtani Macchiariniego, a w latach 2011 – 2012 lekarz ten dokonał kolejnych dwóch zabiegów w Szpitalu Uniwersyteckim Karolinska. Szpital zatwierdził operacje na podstawie wskazań życiowych, czyli jako zabiegi ratujące życie.

Latem 2014 roku czterech chirurgów ze Szpitala Uniwersyteckiego Karolinska zgłosiło, że Macchiarini oszukiwał w swoich badaniach, i w listopadzie tego samego roku Instytut Karolinska zlecił profesorowi Bengtowi Gerdinowi z Uppsali rozpatrzenie oskarżeń o oszustwo naukowe. W sierpniu 2015 roku Instytut Karolinska stwierdził, że Macchiarini nie dopuścił się oszustwa naukowego. W styczniu 2016 roku przypadek Macchiariniego zyskał rozgłos w mediach, po tym jak szwedzka telewizja nadała trzyodcinkowy program dokumentalny *Eksperyment*, w którym przedstawiono, jak pacjenci cierpieli i umierali za sprawą krtani Macchiariniego. Wiosną 2016 roku rektor Instytutu Karolinska odszedł ze stanowiska, a w mediach opublikowano mnóstwo

artykułów na temat Macchiariniego.

Dlaczego Macchiarini oszukiwał? Dlaczego w ogóle badacze dopuszczają się oszustw? Aby spróbować odpowiedzieć na to pytanie, potrzebny jest najpierw krótki opis medycznych badań naukowych, etyki lekarskiej i zasad kierujących badaniami. Zaczniemy od podstawowych pojęć.

Istnieje wiele różnego rodzaju badań w naukach medycznych: studia laboratoryjne, badania na zwierzętach doświadczalnych, badania genetyczne, epidemiologiczne, na podstawie rejestrów – że wymienię zaledwie kilka przykładów. Ważnym rozróżnieniem jest podział na badania kliniczne i niekliniczne.

Pod pojęciem badań klinicznych rozumie się badania przy udziale pacjentów. Najczęstszą formą badań klinicznych jest próba kliniczna (*clinical trial*). Podstawowe jej założenie polega na wypróbowaniu określonego sposobu leczenia (leku, metody operacyjnej) na grupie ludzi i porównaniu tej grupy z inną, która nie była leczona tym sposobem, a następnie sprawdzeniu, czy między grupami zachodzi jakaś różnica pod względem wyników. Pierwsza w dziejach próba kliniczna opisana jest w Księdze Daniela w Biblii.

W 562 roku p.n.e. Nabuchodonozor, król Babilonii, rozkazał swoim poddanym jeść tylko mięso i pić wino. Dieta ta, jego zdaniem, miała uczynić ich zdrowymi i silnymi. Kilku mężów z królewskiej rodziny sprzeciwiło się temu, nie chcieli jeść mięsa, na co król przystał. Po dziesięciu dniach okazało się, że jarosze czuli się lepiej, Nabuchodonozor zatem zmienił zdanie i nakazał wszystkim stosować dietę wegetariańską (co może się zdawać wielkoduszne, jako że zaprzeczało jego własnej teorii).

W kontekście badań częściej bywa przytaczana inna, bardziej przemyślana próba kliniczna: studium nad skorbutem w XVIII wieku.

James Lind, który pracował jako chirurg na statku, był przerażony wysoką śmiertelnością na skorbut wśród marynarzy. Miał teorię, którą przetestował na dwunastu mężczyznach z objawami skorbutu. Podzielił

ich na sześć grup i każdej zalecił inną dietę: dwóch dostawało ocet, dwóch wodę morską, dwóch eliksir (mieszanek alkoholu, roztworu kwasu siarkowego, imbiru i cynamonu), dwóch piło cydr, dwóch jadło pomarańcze i cytryny, a dwóch dostawało „kwas dziaśłowy” (czosnek, ziarna gorczycy i rzodkiew). Już po kilku dniach Lind mógł stwierdzić wyraźnie pozytywny efekt u marynarzy jedzących owoce (witamina C) – objawy skorbutu w ich przypadku szybko się zmniejszały.

W 1863 roku inny lekarz w USA, Austin Flint, wprowadził ważny element w badaniach, a mianowicie placebo – środek z zamierzenia nieprzynoszący żadnego udowodnionego efektu w porównaniu z tym, co się bada. Porównał uznany lek na reumatyzm z wyciągiem roślinnym.

Na koniec tego krótkiego przeglądu historii medycznych badań naukowych trzeba też poruszyć pojęcie randomizacji. Jest to taki sposób przeprowadzania badań, w którym drogą losowania decyduje się o tym, kto otrzyma testowane leczenie, a kto placebo. Robi się to po to, by móc możliwie najdokładniej zbadać skutek działania jakiegoś środka (na przykład witaminy C) na jakiś stan chorobowy (na przykład skorbut) oraz po to, by żadne inne czynniki nie miały wpływu na wynik badania. Pierwsze randomizowane badanie przeprowadzono w 1946 roku, kiedy przeanalizowano wpływ streptomycyny (antybiotyku) na gruźlicę (okazało się, że streptomycyna jest skuteczna w leczeniu gruźlicy).

Wielu pacjentów chce brać udział w próbach klinicznych, podczas których testuje się nowe metody lub leki, ponieważ sądzą, że nowy sposób leczenia jest lepszy od starszych, co najczęściej nie jest prawdą. Zazwyczaj nie ma różnicy w wynikach leczenia albo okazuje się, że nowy sposób jest gorszy od poprzedniego. Ochotnicy zgłaszający się do udziału w próbach klinicznych mogą też kierować się innymi motywami – chęcią zarobku lub altruizmem.

Podczas drugiej wojny światowej niemieccy lekarze przeprowadzali eksperymenty na więźniach obozów koncentracyjnych. Na przykład w Dachau umieszczano więźniów w komorach próżniowych, aby odtworzyć wiernie warunki, w jakich znajdują się piloci po

katapultowaniu się z samolotów. Lekarze chcieli sprawdzić, jak niskie ciśnienie powietrza jest w stanie znieść człowiek. Czterdzieści procent więźniów zmarło podczas tych prób. W innym eksperymencie więźniów sadzano w dużych kadziach z lodem, żeby sprawdzić, jak długo mogą przeżyć w wodzie piloci, którzy zostaną zestrzeleni nad Morzem Północnym. Kolejny polegał na podawaniu więźniom różnych substancji zakaźnych, żeby zobaczyć, jak radzą sobie z tyfusem, malarią, żółtą febrą, zapaleniem wątroby czy żółtaczką.

Po wojnie problem, co zrobić z wiedzą, którą nazistowscy lekarze zdobyli dzięki nieludzkim eksperymentom na więźniach obozów koncentracyjnych, stanowił poważny dylemat dla środowiska medycznego. Wiele z tego, co wiemy na przykład o ostrym wychłodzeniu (hipotermia), pochodzi właśnie z tamtych doświadczeń. Niektórzy argumentowali, że tę wiedzę należy zignorować ze względu na sposób, w jaki została zdobyta i z szacunku dla ofiar. Inni dowodzili, że w takim wypadku ofiary zginęłyby daremnie, a wiedza sama w sobie nie jest niczym złym. Złoty środek wskazał Baruch Cohen w pracy *The Ethics of Using Medical Data From Nazi Experiments* (Etyczność korzystania z danych medycznych z eksperymentów nazistowskich). „Wartość danych z eksperymentów nazistowskich ma wielkie znaczenie dla ludzkości” – pisał, jednocześnie dodając, że „za każdym razem kiedy odwołujemy się do tych danych, należy pamiętać o ich pochodzeniu i warunkach, w jakich powstały”.

Po drugiej wojnie światowej nazistowscy zbrodniarze wojenni zostali pociągnięci do odpowiedzialności w wyniku procesów w Norymberdze. Dwudziestu lekarzy, którzy brali udział w eksperymentach na więźniach obozów koncentracyjnych, na swoją obronę podawało dwa główne argumenty warte uwagi – ponieważ niestety wciąż powracają, także w naszych czasach.

Pierwszy argument był utylitarny, dowodzono mianowicie, że eksperymenty ratowały więcej istnień ludzkich niż kosztowały. Nazistowscy lekarze utrzymywali, że niewielka liczba więźniów, którzy

zmarli podczas eksperymentów, usprawiedliwiała te doświadczenia, ponieważ osiągnięta dzięki nim wiedza mogła uratować o wiele więcej walczących niemieckich żołnierzy. Drugi przedstawiany argument był taki, że więźniowie obozów koncentracyjnych i tak byli skazani na śmierć, więc dlaczego nie użyć ich do doświadczeń medycznych? Powrócę do tych argumentów nieco później. Siedmiu z oskarżonych w procesach norymberskich lekarzy skazano na śmierć, dziewięciu – na karę więzienia. Pozostałych czterech uniewinniono.

Jako rezultat wyroków norymberskich z 1947 roku powstały i zostały spisane pierwsze zasady etyczne i reguły, jakich należy przestrzegać podczas medycznych badań naukowych. Wykaz ten jest bardzo jednoznaczny i rygorystyczny, nie ma tu miejsca na żadne wyjątki. W pierwszej kolejności położono nacisk na dobrowolną zgodę – jako warunek absolutnie kluczowy – kandydata do doświadczeń. Nie wolno również przeprowadzać doświadczeń na dzieciach. Kodeks norymberski był nowatorski i ważny, legł u podstaw nowoczesnej etyki medycznej obowiązującej przy przeprowadzaniu eksperymentów badawczych. Nie miał jednak niestety takiego wpływu, jaki chcieli uzyskać jego autorzy. Jednym z powodów było to, iż został stworzony przez amerykańskich sędziów, a nie jakąś organizację medyczną albo ONZ. Inny powód był taki, że wielu naukowców uważało, że zawarte w nim reguły są zbyt sztywne i przeszkadzają im w prowadzeniu badań. Zgodę pacjentów nadal ignorowano, jak w sławetnym przykładzie z lat 1946–1948, kiedy to amerykańscy żołnierze i pacjenci chorzy psychicznie zostali z premedytacją zarażeni kiłą w celu sprawdzenia, czy da się ją wyleczyć penicyliną.

Wojsko amerykańskie wykonało po wojnie masę doświadczeń, podczas których ludzi bez ich wiedzy poddawano promieniowaniu, gdyż chciano zbadać skutki użycia broni nuklearnej. O ironio, badacze podawali często taki sam argument jak naziści: ekstremalne warunki (zimna wojna) wymagają ekstremalnych środków (napromieniowywanie ludzi). Inny przykład (szczególnie wdzięczne są właśnie przykłady amerykańskie,

ponieważ to zwycięscy Amerykanie sporządzili Kodeks norymberski) pochodzi z lat 1956–1972, kiedy świadomie zakażono żółtaczką dzieci z zaburzeniami rozwoju ze szkoły Willowbrook State School w Nowym Jorku, żeby na ich przykładzie badać rozwój choroby. Te doświadczenia usprawiedliwiano nazistowskim argumentem numer dwa: dzieci i tak zaraziłyby się w końcu żółtaczką ze względu na fatalne warunki, w których żyły, więc dlaczego by nie zakazić ich i nie zbadać skutków?

Kodeks norymberski potrzebował zmiany treści i tym razem inicjatywę przejęła organizacja lekarska – zadania tego podjęło się powstałe w 1946 roku Światowe Towarzystwo Medyczne (WMA). Po wielu latach dyskusji w 1964 roku w Helsinkach przyjęto nowy kodeks medyczny WMA (stąd nazwa Deklaracja helsińska). Na przykład ważne sformułowanie Kodeksu norymberskiego o konieczności uzyskania zgody osoby badanej zostało zmienione w sposób następujący: „w miarę możliwości powinna zostać uzyskana, biorąc pod uwagę stan psychiczny pacjenta”. Według niektórych zwiększa to ryzyko powtarzania starych błędów. Większość uważa jednak, że teraz tekst jest bardziej przystępny, a zasady bardziej elastyczne.

Należy pamiętać, że ani Kodeks norymberski, ani Deklaracja helsińska nie są prawnie wiążące, ale w praktyce stanowią podstawę wszelkich dzisiejszych wytycznych z zakresu etyki medycznych badań naukowych. To właśnie te dokumenty w latach 1970–1980 doprowadziły do powstania komisji etycznych, które istnieją dzisiaj przy wszystkich większych uczelniach medycznych na świecie i które nadzorują praktycznie, czy osoby prowadzące badania medyczne stosują się do zasad etycznych – również w Szwecji.

Obecnie na świecie istnieje wiele dużych organizacji, które tworzą swoje zasady etyczne, jak na przykład WHO, FDA (Amerykańska Agencja Żywności i Leków), UNESCO i Rada Europy. W Szwecji w ślad za tym pojawiły się nowe ustawy, regulujące badania naukowe: ustawa o rozpatrywaniu kwestii etycznych, ustawa o banku biologicznym i ustawa o danych osobowych.

W jaki sposób te ustawy i reguły były przestrzegane w Szwecji?

Szwedzka chirurgia klatki piersiowej w latach 1950–1960 zajmowała czołowe miejsce w świecie. Jej pionierzy – torakochirurdzy Clarence Crafoord (1899–1984), Viking Olov Björk (1918–2009) oraz Åke Senning (1915–2000) – opracowali między innymi technikę operowania wrodzonych wad serca (*coarctatio aortae*), zastosowali drugie na świecie płuco-serce (po Amerykaninie Johnie Gibbonie) i sztuczną zastawkę mitralną, czyli zastawkę pomiędzy lewą komorą a przedsionkiem serca. Zastawkę tę, zwaną również zastawką Björka-Shileya, wynaleźli Viking Björk i amerykański inżynier Donald Shiley. Ze wszystkich wszczepionych zastawek około sześciuset okazało się wadliwych, w wyniku czego dwie trzecie (czterystu) pacjentów zmarło.

Problem polega na tym, że dla badań chirurgicznych nie ma równie wyraźnych zasad, jakie zostały opracowane w przypadku klinicznych badań nad lekami. Najczęściej z naturalnych przyczyn nie testuje się nowej techniki – trudno na przykład wyobrazić sobie przeprowadzanie chirurgicznych zabiegów na osobach zdrowych dla celów badawczych.

Trzeba jednak dodać, że rozwój nowych technik chirurgicznych odbywa się zazwyczaj według naturalnego schematu: nowa technika zostaje zaprezentowana jako raport ze studium przypadku (jeden lub kilku pacjentów, na których technikę tę wypróbowano), a następnie porównuje się ją ze swego rodzaju „złotym standardem”, co oznacza metodę ogólnie uznaną za najbardziej akceptowalną przy danym schorzeniu.

Jak więc testuje się nową technikę po raz pierwszy?

Wszystkie badania na ludziach muszą zostać zatwierdzone przez komisję etyczną. W Sztokholmie mieści się ona w Instytucie Karolinska. Wymagany tryb postępowania jest całkiem jasny dla wszystkich zajmujących się pracą naukową: pisze się wniosek dotyczący przeprowadzenia konkretnych badań i oczekuje na decyzję komisji etycznej, do której to decyzji należy się później zastosować. W przypadku Macchiariniego nigdy nie zostało wydane zezwolenie komisji etycznej na

badania poprzedzające operacje.

W każdym większym szpitalu od 1992 roku istnieją rady etyczne, które zostały powołane po to, by stanowiły pewnego rodzaju instancję dla konsultacji etycznych w delikatnych sprawach, pozwalając jednocześnie nadążyć za rozwojem technicznym. Według materiałów dostępnych w momencie, gdy piszę te słowa, nie ma pewności, czy rada etyczna szpitala naprawdę zatwierdziła operacje, które wykonał Paolo Macchiarini, choć on tak twierdzi. Utrzymuje, że rada etyczna zatwierdziła każdą operację jako usprawiedliwioną etycznie z medycznego punktu widzenia, a nie jako badania naukowe. Z artykułu Macchiariniego w „The Lancet” wynika też, że istnieje pisemna zgoda pacjenta na operację. Szpital Uniwersytecki Karolinska odsyła do opisu autorstwa samego Macchiariniego, który podaje, jakie kwestie etyczne dotyczące jego operacji były rozważane.

Są też tacy, którzy uważają, że w medycynie nie można być zbyt ostrożnym: należy dopuszczać innowacje, nowe sposoby myślenia, kiedy żadne inne metody leczenia nie są dostępne. Profesor Olle Ringdén z Instytutu Karolinska opisuje, jak wraz z kolegami na początku XXI wieku podał mezenchymalne komórki macierzyste uzyskane ze szpiku kostnego, których zachowanie nie było zbadane, dziewięcioletniemu chłopcu z leukemią, który nie reagował na żadne inne leczenie. Była to metoda nietestowana, ale pacjent po jej zastosowaniu wyzdrowiał. Ringdén oraz inni uważali, że lekarz kliniczny nie zawsze ma czas na pisanie podań do komisji etyki, kiedy pacjent umiera.

Jeszcze inna bardzo ważna rzecz dotyczy operacji Macchiariniego z wszczepianiem sztucznych krtani. Macchiarini podkreśla, że zostały one wykonane na podstawie tak zwanych wskazań życiowych. Większość lekarzy z mojej dziedziny, czyli medycyny ratunkowej, jest zgodna, że oznacza to sytuację, w której pacjent umiera, a śmierć może nastąpić w ciągu kilku minut do kilku godzin, w pojedynczych przypadkach do kilku dni.

Przykładem może być pacjent, któremu utknął w krtani kawałek mięsa

i pozbawił go możliwości oddychania. Jeżeli w ciągu kilku minut czegoś się z tym nie zrobi, pacjent umrze. W tej sytuacji można wykonać tak zwany manewr Heimlicha, czyli zastosować silny ucisk brzucha pacjenta, żeby wypchnąć mięso z dróg oddechowych. Jeżeli nie da się tego zrobić, to w ekstremalnych przypadkach trzeba chirurgicznie otworzyć szyję i wykonać tak zwaną konikotomię, by szybko zapewnić dopływ powietrza do płuc.

Nieco mniej nagłym przypadkiem jest pacjent po rozległym zawale serca, w wyniku którego spora część mięśnia sercowego obumarła i chory cierpi na silną niewydolność serca, której nie da się zaradzić farmakologicznie. W takiej sytuacji pacjentowi trzeba jak najszybciej – w ciągu kilku dni – przeszczepić serce, żeby uniknąć śmierci. Pacjent musi otrzymać nowe serce na podstawie wskazań życiowych. Czas jest zatem decydującym czynnikiem, gdy mówimy o wskazaniach życiowych. Nie ma jednak definicji długości tego czasu. Czy są to miesiące? Czy też chodzi o lata?

Macchiarini utrzymuje, że dokonywał przeszczepów krtani na podstawie wskazań życiowych. Ale czy pacjenci naprawdę byli umierający? I jak nagle musi być to umieranie, żeby można było je nazwać wskazaniem życiowym? A przede wszystkim: czy pacjenci byli właściwie poinformowani o tych wskazaniach?

*

Chociaż nie jestem światowej sławy naukowcem z aspiracjami do Nagrody Nobla, to zrobiłem doktorat i dobrze znam procedurę badań naukowych. Wiem też, jak frustrująca jest sytuacja, gdy siadasz nad uzyskanymi danymi i nagle dochodzisz do wniosku, że wcale nie pokazały tego, na co liczyłeś. Podczas pięciu lat pracy nad doktoratem ani razu nie przyszło mi do głowy, żeby oszukiwać i fałszować dane. Natomiast wiele razy nachodziła mnie refleksja, jak bardzo byłoby to łatwe. Kto i jak tak naprawdę kontroluje badania naukowe? Skąd wiemy, że eksperyment, o którym czytamy w gazecie albo czasopiśmie

naukowym, jest wiarygodny, że nie popełniono przy nim żadnego oszustwa?

Nigdy nie można być tego pewnym. Ale prawdopodobieństwo oszustwa jest bardzo małe – ja w każdym razie wierzę w to, ponieważ spotkałem w swoim życiu bardzo wielu sumiennych i uczciwych naukowców.

Jak zatem kontroluje się badania naukowe?

Badacz wchodzi zazwyczaj w skład grupy naukowców, ma prowadzącego i innych badaczy wokół siebie. Czyli już tu jest pierwszy swoisty mechanizm kontrolny: więcej osób musi oszukiwać, żeby na tym pierwszym etapie prześlizgnąć się przez sito samokontroli. Kiedy jednak samodzielnie przeprowadzasz doświadczenia w laboratorium albo zbierasz wywiad od pacjenta (jak w moich badaniach nad HIV), to kto kontroluje, czy już w tym momencie nie zmieniasz słów tej osoby? Odpowiedź można znaleźć w zebranych danych, które przecież nadal istnieją. Wciąż jest nagrany wywiad, wciąż jest krew w laboratorium. Jednak ten pierwszy odczyt danych, wpisywanych do tabel, faktycznie może zostać zmieniony przez badacza, aby zaś odkryć takie oszustwo, należy cofnąć się do danych przed obróbką i sprawdzić, jak zostały odczytane.

Następnie pojedynczy badacz lub grupa badawcza pisze artykuł, który zostaje wysłany do pisma naukowego. Weryfikuje go jeden lub więcej (zazwyczaj dwóch) recenzentów. Najczęściej są oni naukowcami z tej samej dziedziny, czyli kolegami lub – jeśli spojrzymy na to od innej strony – konkurentami. Czy ci recenzenci sięgają po oryginalne dane, na przykład moje zapisy wywiadów, które przeprowadziłem w Kenii z pacjentami z HIV? Bardzo rzadko. Oceniają artykuł i opiniują, czy nadaje się do czasopisma, do którego został wysłany.

Dlaczego więc badacze oszukują? Dlaczego oszukiwał Macchiarini?

Oczywiście mogę jedynie spekulować, ale w świecie naukowców istnieje niezwykle silna konkurencja. Badacze kierują się różnymi pobudkami; w większości przypadków jest to, moim zdaniem, ciekawość

i chęć czynienia dobra, to znaczy znalezienia remedium na choroby, ulepszenia technik chirurgicznych czy opracowania nowych, szybszych metod diagnostycznych. Lwia część naukowców ma dobre intencje. Ale niektórzy w bardzo dużym stopniu ulegają presji konkurencji – chodzi tu o walkę, o zdobycie sławy jako naukowiec i człowiek. Czy pieniądze są siłą napędową? Trudno się wzbogacić na nauce, przynajmniej w Szwecji. Na badaniach naukowych mogą wzbogacić się ci, którzy opatentują swoje wynalazki, ale tacy są w znikomej mniejszości. Natomiast prowadzenie badań kosztuje bardzo dużo i najczęściej to właśnie jest największym wyzwaniem dla naukowca: zdobyć środki na własne badania.

STRES A PODEJMOWANIE DECYZJI

Przez ostatnie siedem lat łączyłem pracę lekarza w klinice medycyny ratunkowej z pisaniami kryminałów. Jestem teraz specjalistą medycyny wewnętrznej i interesują mnie najciężej chorzy pacjenci, którzy zgłaszają się na oddział ratunkowy na przykład z niedoczynnością serca, zapaleniem płuc, niedoczynnością wątroby czy nerek lub z sepsą. Miałem swój udział w tworzeniu oddziału opieki przejściowej – jednostki, która plasuje się pomiędzy zwykłym oddziałem a oddziałem intensywnej opieki medycznej. Personel jest tam liczniejszy niż na zwykłym oddziale, a możliwości monitorowania większe. Opieka nad pacjentami tego oddziału wymaga wysokich kompetencji medycznych, współpraca z oddziałem intensywnej terapii jest ścisła. To praca ciekawa i czasami bardzo stresująca. Przytoczę tutaj jeden przypadek, który może rzucić światło na codzienność ratunkowej służby zdrowia ze wszystkim, co za tym idzie: zmaganiem się ze stresem i koniecznością podejmowania decyzji pod jego wpływem.

Przed południem na obchodzie odwiedziłem trzech pacjentów w stanie krytycznym, z poziomem cukru we krwi gdzieś w okolicy moich drewniaków poszedłem do stołówki na smażonego śledzia z puree ziemniaczanym polanym klarowanym masłem.

O godzinie wpół do pierwszej poziom glukozy w mojej krwi był już w normie, a ja siedziałem z kolegami, narzekając na beznadziejną styczną płuchę, gdy zaczął piszczeć mój pager. Na szczęście w tamtej chwili nie byłem akurat w toalecie, czego nigdy jeszcze nie doświadczyłem, ale zawsze się tego obawiam.

Ktoś przy stole powiedział:

– Oj tam, siedź. Niech asystent się trochę pomęczy.

Zignorowałem jego uwagę, wstałem, postawiłem tacę z naczyniami na

taśmie i podszedłem do mojego rowerka do szybkich przemieszczeń. Na pagerze wyczytałem, że chodzi o zatrzymanie akcji serca na oddziale geriatrycznym B83.

Trzy minuty później wjechałem na B83, a pielęgniarka skierowała mnie do sali numer 11.

Specjalista od narkozy powinien już tam być, ale nie widziałem jego rowerka. Wszystkie zmysły miałem wyęteżone, rozleniwienie po jedzeniu minęło. W pokoju panował kompletny chaos. Podszedłem szybko do pacjenta.

W niewielkiej sali były dwa łóżka przedzielone ruchomą ścianką. Na łóżku w głębi sali leżał inny pacjent – widziałem jedynie jego stopy. Przy drzwiach stała młoda pielęgniarka, oparta jednym kolanem o łóżko, i robiła masaż serca potężnie zbudowanemu pacjentowi. Lekarz z oddziału właśnie stanął przy wezglowiu i usiłował uruchomić ssawę, żeby odciągnąć zawartość żołądka, która bulgotała pacjentowi w krtani i przeszkadzała w oddychaniu. Jak to zazwyczaj bywa przy zatrzymaniu akcji serca, w pokoju było głośno, personel próbował się przekrzykiwać, by pomóc pacjentowi.

Zjawiała się moja asystentka – lekarka rejonowa, której jeszcze nie poznałem. Był to poniedziałek, jej pierwszy dzień w naszej klinice. Wślizgnęła się między dwoma studentami medycyny, którzy stali przyciśnięci do ściany. Anestezjologa wciąż nie było widać. Puls walił mi z szybkością stu dwudziestu uderzeń na minutę, oddychałem ciężko. Lekarz oddziałowy stojący przy wezglowiu łóżka podniósł na mnie oczy, w których widniała panika.

– Na co czekacie?

Spróbuję zatrzymać ten moment, te krótkie pięć minut i to, co potem nastąpi. Są w nich najbardziej nagłe i stresujące sytuacje, w jakich może znaleźć się lekarz.

Przybywamy na miejsce, gdzie umiera człowiek. Jego serce powstrzymuje przed zatrzymaniem jedynie masaż robiony przez pielęgniarkę. W sali jest kilkanaście osób: oprócz mnie, asystentki

i lekarza oddziałowego cztery pielęgniarki i trzy salowe z geriatrici, których nigdy nie widziałem, pielęgniarka anestezyjologiczna i trzech studentów z oddziału. Ja lub moja asystentka musimy teraz pokierować tymi ludźmi. Wszystkim musimy w kilka sekund przydzielić zadania i sprawić, by działali ściśle według naukowo potwierdzonych metod reanimacji. Brak akcji serca u pacjenta może mieć ukryte przyczyny, jak na przykład zawał, wysoki poziom potasu, zapadnięte płuco czy zakrzep płucny. Z każdą mijającą sekundą szanse pacjenta na przeżycie maleją. Wszystko, co w tej chwili i w tym miejscu robimy, ma ścisły związek z czasem. Czasem pełnym stresu. A czas decyduje o życiu i śmierci.

*

Co oznacza praca w stresie? Przytoczony wyżej przykład pracy pod presją jest ekstremalny: bardziej już spieszyć się nie można. W wielu sytuacjach mamy więcej czasu na podjęcie decyzji, ale praca w służbie zdrowia często wiąże się ze stresem w różnych postaciach. Często, niestety, nie funkcjonujemy racjonalnie w obliczu presji.

Zawsze uważałem siebie za człowieka racjonalnego. Patrząc na mojego ojca i dziadka i dostrzegam duże podobieństwa w naszych charakterach (nie zawsze całkiem pochlebne): wszyscy trzej jesteśmy racjonalni i logiczni, zawsze poszukujemy pragmatycznych rozwiązań problemów. Zapewne w moim przypadku to błędny obraz własnej osoby. Moja narzeczona od dwudziestu lat daje mi do zrozumienia coś innego – że kierują mną emocje i wcale nie jestem taki racjonalny, jak mi się wydaje. Mój brak zainteresowania matematyką, fizyką i chemią powinien przecież na to wskazywać.

Przytoczę jeden przykład: zanim mieliśmy dzieci, mieszkaliśmy w kawalerce w dzielnicy Södermalm w Sztokholmie, na piątym piętrze. Pewnej nocy obudziły nas głośne nawoływania na klatce schodowej. Narzeczona potrząsnęła mną, mówiąc:

– Czuć dym.

Wstałem i podszedłem do drzwi wejściowych. Od mizernie

izolowanych okien ciągnęło i w mieszkaniu było zimno jak w psiarni. Zdecydowanie pachniało spalenizną. Ostrożnie uchylilem drzwi i stwierdziłem, że całą klatkę wypełnia dym. Usłyszałem krzyki gdzieś z dołu i z ulicy, na której stali lokatorzy w szlafrokach. Był środek zimy i na zewnątrz panował kilkustopniowy mróz. Poczułem, jak ogarnia mnie panika, i natychmiast zacząłem szukać w szafie albumów ze zdjęciami.

– Gdzie one są? – zawołałem, grzebiąc w kolejnej szafie.

– Jakie one?

– Albumy! – krzyknąłem.

Narieczona podeszła do mnie i powiedziała spokojnie:

– Chodź.

Trzymała dwa mokre ręczniki.

– Ale muszę znaleźć albumy.

– Zostaw to teraz i po prostu chodź – odpowiedziała, wciąż spokojnie. – Załóż spodnie i kurtkę, wydostańmy się już stąd.

Po głowie chodziły mi niespokojne myśli: albumy, gitara, otworzyć okno czy nie? Nie potrafiłem ich opanować. Drżałem na całym ciele. Wiele razy później myślałem o tym, że wtedy nie mieliśmy przecież dzieci. A co by było teraz, z trójką?

W końcu narieczona rzuciła mi spodnie od dresu i wyprowadziła mnie do przedpokoju. Pokazała, jak należy się pochylać, żeby uniknąć najgorszego dymu, i jak zakrywać twarz ręcznikami. Potem otworzyła drzwi, a ja poszedłem za nią, przez gęsty dym, po schodach w dół, obok palącego się mieszkania na pierwszym piętrze, aż wyszliśmy na rześką, zimową noc.

Staliśmy tam, pokaszując, z innymi lokatorami, kiedy narieczona nagle się zaśmiała.

– Albumy ze zdjęciami. Jesteś szalony.

Teraz już wiedziałem, jak reaguję w prawdziwym stresie.

Tamten pożar mieszkania został mi w pamięci i zrodził we mnie niepewność: jak naprawdę zareagowałbym w sytuacji wzięcia

zakładników albo na tonącym statku? Jeżeli chodzi o zdrowie naszych dzieci, mam świadomość, że funkcjonuję irracjonalnie. To znowu moja narzeczona ze stoickim spokojem wynosiła naszych synów na balkon, kiedy mieli zapalenie krtani, żeby mogli poddychać zimnym powietrzem. A kiedy któreś z dzieci rozbiło sobie do krwi czoło czy kolano, to ona siadała obok i spokojnym głosem pocieszała, podczas gdy ja chodziłem w kółko z katastroficznymi myślami: czy to może być wylew krwi do mózgu? Złamanie kości? Musimy zadzwonić po karetkę. I nie chodzi tu o to, że moja narzeczona ma lepszą ode mnie wiedzę na temat chorób dziecięcych czy traumatologii. Jest to kwestia radzenia sobie ze stresem i zdrowego rozsądku. Kiedy sprawa dotyczy mojego własnego zdrowia lub zdrowia mojej rodziny, staję się irracjonalny i wpadam w panikę.

Według doktora Mike'a Mallina, autorytetu w kręgach medycyny ratunkowej w USA, twórcy *Ultrasound Podcast*, wszystko zależy od tego, w jakim stopniu jesteś przygotowany, kiedy znajdujesz się w stresującej sytuacji. W prelekcji pod tytułem *The day I didn't use the ultrasound* (W dniu, w którym nie skorzystałem z USG) rozwija on swoją koncepcję tego, co kieruje naszym postępowaniem w momentach, gdy działamy pod presją na oddziale ratunkowym. Opowiada o Walterze Bradfordzie Cannonie (1871–1945), który stworzył pojęcia *fight*, *flight* albo *freeze* – czyli „walka”, „ucieczka” albo „zamrożenie” – jako różne reakcje na stres.

W sytuacji stresu aktywuje się współczulny układ nerwowy poprzez adrenalinę, noradrenalinę, kortyzol, oksytocynę i wazopresynę, co powoduje przyspieszenie tętna i zwiększenie przepływu krwi do mięśni i mózgu. Działanie współczulnego układu nerwowego zwalczane jest przez układ przywspółczulny, który pracuje, żeby obniżyć puls, i powoduje, że odczuwamy zmęczenie, trochę jak po obfitym posiłku. Stres można podzielić na dwa rodzaje: psychologiczny i kognitywny. Stres psychologiczny w sytuacji, gdy stan pacjenta nagle się pogorszył, oznacza trudności w wykonywaniu zadań. Stres kognitywny łączy się bardziej z wyzwaniem przy samym procesie podejmowania decyzji, do czego powrócę.

Zacznijmy od stresu psychologicznego. W książce *On combat* (W walce) Dave Grossman, wojskowy i pisarz, który zgłębia tematykę radzenia sobie ze stresem, opisuje pięć poziomów stresu psychologicznego: biały, żółty, czerwony, szary i czarny. Biały to poziom, kiedy układ parasympatyczny (przywspółczulny) jest czynny najbardziej, czarny to jego przeciwieństwo – dominacja układu sympatycznego (współczulnego). Na poziomie białym odczuwamy rozleniwienie, nie jesteśmy przygotowani do stawienia czoła poważnej sytuacji. Żółty to poziom, na którym zawsze znajdują się koty – trochę czujności, gotowość do łowienia myszy. Na czerwonym poziomie nasze tętno przyjmuje wartości między 115 a 145, mamy najszybszy czas reakcji i najlepszą zdolność wykonywania złożonych czynności motorycznych. Zaczynamy jednak ztracać małą motorykę z powodu hormonów stresu. Nawleczenie igły sprawia nam już trudności. Zatem jeżeli na tym poziomie stresu musimy wykonywać czynności z zakresu małej motoryki, to na przykład można zacząć od wprowadzenie drenu do klatki piersiowej komuś, kto ma krew w opłucnej i nie może oddychać. Inny trik to zrobić głęboki wdech, a następnie wydech. Zrobić pauzę – dokładnie tak, jak skoczek wzwyż przed skokiem lub sprinter przed biegiem na 100 metrów.

Na poziomie szarym tętno wynosi około 150 i zaczynamy mieć widzenie tunelowe. W dalszym ciągu funkcjonujemy, ale teraz tracimy też część dużej motoryki.

W końcu czarny to poziom, na którym wolelibyśmy się nie znaleźć. Puls sięga 175 uderzeń na minutę, wszystkie naczynia są maksymalnie zwężone przez hormony stresu i jedyne, o czym myślimy, to biec do toalety.

A jak jest z podejmowaniem decyzji, z tą kognitywną częścią stresu? Inny autor, Laurence Gonzales, opisuje w książce *Deep survival* (Przeżycie do głębi), jak ludzie reagują w sytuacjach ekstremalnych, przede wszystkim związanych z doświadczeniami w dzikim terenie. Twierdzi on, że 90 procent ludzi nie jest w stanie myśleć jasno w sytuacji kryzysowej. Z pozostałych 10 procent połowa podejmuje błędne decyzje,

ponieważ nie są w pełni obecni mentalnie.

Gonzales opisuje coś, co nazywa *mental maps*, a co można porównać z mapą otoczenia. Kiedy wszedłem do sali, w której reanimowano mężczyznę z zatrzymaniem akcji serca, już miałem mentalną mapę tego, czego się spodziewałem. Na takiej mentalnej mapie figuruje anestezjolog kontrolujący drogi oddechowe pacjenta. Stykałem się z setkami przypadków zatrzymania akcji serca i zawsze konkurowałem z anestezjologami o przybycie na miejsce w pierwszej kolejności. Ich zadanie to zajęcie się drogami oddechowymi, w razie potrzeby intubacja pacjenta – rzeczy, których ja zrobić nie potrafię. Chodzi też o to, że najszybciej pacjenta zabija właśnie niedrożność dróg oddechowych. W sytuacji, o której mówię, na miejscu nie było anestezjologa, a pacjent nie miał drożnych dróg oddechowych. Przeszedłem natychmiast z poziomu żółtego na szary/czarny.

Największym błędem popełnianym przez ludzi w sytuacjach stresu jest próba zmiany rzeczywistości tak, żeby pasowała do ich mapy mentalnej, a nie odwrotnie. Czasem mapa mentalna się nie zgadza i wtedy trzeba ją dopasować do rzeczywistości.

Istnieje tragiczny przykład z Anglii, kiedy młoda kobieta miała zostać uśpiona przed rutynowym zabiegiem w obrębie nosa. Nie udało się dotlenić pacjentki za pomocą zwykłej maski na twarz i dlatego starano się ją zaintubować. Okazało się to jednak trudne. Trzech różnych lekarzy specjalistów usiłowało intubować, sytuacja przeciągała się w czasie i po dziesięciu minutach poziom dotlenienia pacjentki spadł poniżej 40 procent. Lekarze powinni byli w trybie pilnym wykonać zabieg tracheotomii, czyli otwarcia tchawicy, ale zamiast tego przez dwadzieścia pięć minut usiłowali zaintubować pacjentkę. W końcu intubacja się udała, ale pacjentka doznała już nieodwracalnych zmian w mózgu i w rezultacie zmarła.

Ci specjaliści, wchodząc do pacjentki, mieli mentalną mapę mówiącą: „To jest rutynowa operacja u młodej, zdrowej kobiety, więc to jasne, że będziemy mogli ją zaintubować”. Ale ona okazała się tym jednym na milion

pacjentem, którego nie daje się wentylować ani zaintubować. Błędem, jaki popełnili lekarze, było niedopasowanie swojej mentalnej mapy do rzeczywistości.

Według Gonzalesa w dziczy umierają ci ludzie, którzy nie odświeżają swojej mentalnej mapy adekwatnie do rzeczywistości i nie są mentalnie obecni w teraźniejszości, pozostając pod zbyt dużym (negatywnym) wpływem stresu. A to może się przytrafić najbardziej doświadczonemu lekarzowi, jak w tamtym przypadku w Anglii.

Jak więc temu zapobiegać?

Według Mike'a Mallina potrzebny jest prosty algorytm, ograniczony i wyraźnie zdefiniowany zestaw instrukcji działania w stresujących sytuacjach. Uczą się tego na przykład piloci ćwiczący w symulatorach.

Kolejnym krokiem jest ciągle przedefiniowywanie swojej sytuacji, to znaczy ocena tego, co się zrobiło. Kiedy uczę młodszych lekarzy czy studentów, jak postępować w sytuacjach nagłych, zawsze powracam do tego, jak ważna jest rewaluacja pacjenta, czyli wracanie cały czas do początku, żeby sprawdzić, czy wszystkie kroki wykonało się poprawnie.

Zaczyna się od A – *airways*: jaki jest stan dróg oddechowych, następnie przechodzi do B – *breathing*: jak pacjent oddycha, potem do C – *circulation*: czy serce pompuje odpowiednią ilość krwi do najważniejszych narządów, i tak dalej.

Po kilku minutach zaczyna się całe badanie od początku. Coś mogło zostać przeoczone. Coś mogło się zmienić od pierwszego przeglądu.

Ważne, żeby starać się „myśleć na głos”. Często w pomieszczeniu jest ktoś, kto pomyślał o czymś, co ty przeoczyłeś. Pozwól wszystkim uczestniczyć w badaniu i wyrażać swoje zdanie. Zawsze tak samo mnie cieszy, kiedy rutynowana pielęgniarka w końcu mówi do zagubionego młodszego lekarza (wiele razy sam nim byłem):

– W takich sytuacjach zazwyczaj podajemy pięć miligramów selokenu.

Kiedy po fakcie badano wspomniany przeze mnie przypadek młodej kobiety w Anglii, która miała zostać uśpiona, okazało się, że zarówno

pielęgniarki, jak i sanitariuszki obecne na sali miały pomysły, co można zrobić. Jedna z pielęgniarek nawet przyniosła sprzęt do tracheotomii, ale nie miała odwagi przeszkadzać lekarzom działającym przy pacjentce.

Wróćmy do zatrzymania akcji serca na oddziale B83, które wcześniej opisywałem.

Rozejrzałem się po sali i stwierdziłem, że kilka osób już wykonuje swoje zadania: dwie pielęgniarki starały się założyć mężczyźnie wenflon na grzbiecie dłoni, ponieważ poprzedni przestał działać. Poinstruowałem studentów, żeby ustawili się w kolejce i wymieniali przy masażu serca co dwie minuty. Poprosiłem pielęgniarkę o przyniesienie defibrylatora, żeby sprawdzić, czy występuje arytmia – nieregularny rytm serca – której moglibyśmy zaradzić dzięki impulsom elektrycznym. Kiedy zakładałem plastikowy fartuch, ręce mi się trzęsły, a tętno sięgało 150 uderzeń na minutę. Zaczynałem mieć widzenie tunelowe. Moje zdolności poznawcze według Mallina były na poziomie szarym – tylko jeden krok od paniki.

– Gdzie, do cholery, jest narkoza? – rzuciłem pytanie, ale nikt nie odpowiedział.

Ssawa była włączona i ktoś usiłował usunąć wymiociny z ust i tchawicy mężczyzny. Jednocześnie inna pielęgniarka próbowała podać tlen przez maskę, ale mężczyzna był już siny na twarzy.

– Czy są jakieś ograniczenia w leczeniu? – zapytałem, ponieważ nie wiedziałem nic o pacjentce.

– Żadnych – sapnął lekarz oddziałowy. – Ma sześćdziesiąt siedem lat, wcześniej jedynie nadciśnienie. Przyjęty ze względu na odwodnienie po przejściach z jamą brzuszną.

W moim pojęciu był to więc młody, zasadniczo zdrowy mężczyzna. Może miał zawał serca po obciążeniu spowodowanym przez odwodnienie? Wyraźnie miał dużą nadwagę. Być może występowało u niego więcej czynników ryzyka chorób serca i naczyń.

Widzenie tunelowe opanowało mnie już całkowicie. Dostrzegałem jedynie niedrożne drogi oddechowe. Zwróciłem się do jednej

z pielęgniarek:

- Czy macie wózek ratunkowy?
- Tak, stoi na zewnątrz.
- Proszę przynieść rzeczy do intubacji.

Jednocześnie okrążyłem łóżko i stanąłem u wezgłowia, po czym odchyliłem głowę mężczyzny kilka centymetrów do tyłu. Gardło było teraz odessane prawie do czysta.

Dostałem rurkę i laryngoskop – instrument, którego używa się do udrożnienia dróg oddechowych. Ręce mi się trzęsły, co nie mogło ująć niczyjej uwagi na sali. Zrobiłem głęboki wdech i powoli wypuściłem powietrze.

Włożyłem laryngoskop do tchawicy i wyjąłem prowadnicę. Potem poszukałem ręką worka, którym mógłbym wtłaczać powietrze do płuc przez rurkę wprowadzoną do tchawicy. Pielęgniarka przejęła instrumenty i rozpoczęła wentylację.

Dłonie tak mi dygotały, że ledwie mogłem wyjąć stetoskop z kieszeni. Ale usłyszałem szmery oddechowe po obu stronach płuc. Rurka została umieszczona poprawnie. Była w tchawicy.

Wtedy do sali wszedł anestezjolog.

- Co my tu mamy?

Zdjąłem stetoskop i odsunąłem się na bok.

Anestezjolog ze zdziwieniem przejął stanowisko u wezgłowia, stwierdził, że wszystko wygląda jak należy, i zabrał pacjenta na oddział intensywnej terapii. Poddano go leczeniu pozawałowemu. Jego płuca zostały jednak poważnie uszkodzone i stan pacjenta w ciągu nocy uległ pogorszeniu. W końcu odłączono respirator i pacjent zmarł.

Czy popełniłem błąd, intubując pacjenta przy tak wysokim poziomie stresu? Nie jestem anestezjologiem, intubowałem pacjentów jedynie na studiach, ponad piętnaście lat temu. Żadne prawo nie zabrania mi wykonywania intubacji – nie jest to zabieg, który mogą robić tylko lekarze anestezjolodzy. A z etycznego punktu widzenia? Co moje postępowanie

mówi o mojej ocenie sytuacji? Czy postąpiłem nieostrożnie?

Bezwzględnie tak. Rzekłbym, że ze względu na stres – poziom szary/czarny – nie wykazałem się dobrym rozeznaniem sytuacji, intubując pacjenta. Równie dobrze mogłem wejść na poziom czarny i spanikować, a w rezultacie bardziej zaszkodzić pacjentowi niż mu pomóc.

Jednocześnie według mojej oceny pacjent umierał. Anestezjolodzy nie zostali właściwie poinformowani, na którym oddziale jest alarm, wprawdzie w końcu trafili na miejsce, ale był to jeden z tych niewielu przypadków, kiedy pomoc nie pojawia się na czas.

Sama intubacja poszła dobrze, mimo że pacjent niestety nie przeżył. Gdzie zatem przebiega granica tego, co można, a czego nie można robić jako lekarz lub pielęgniarka?

Nie mam na to lepszej odpowiedzi niż taka, że należy kierować się intuicją, wytworzyć sobie dobre mentalne mapy nagłych sytuacji i je rewaluować.

BADANIA PRZESIEWOWE

Kilka lat temu byłem na kursie ultrasonografii, który, jak się okazało, wpłynął na mnie negatywnie w sposób, jakiego nigdy bym się nie spodziewał.

Podczas drugiego dnia kursu koncentrowaliśmy się na USG narządów jamy brzusznej. Prowadzący omówił krótko teorię, po czym podzielił nas na mniejsze grupy do ćwiczeń. Ultrasonografię uważa się za absolutnie bezpieczne badanie, nie ma żadnego udowodnionego ryzyka, żadne promieniowanie nie szkodzi badanemu.

Tak się złożyło, że w mojej grupie tego dnia brakowało osoby do testowania – grup było dużo, ktoś się nie zjawił. Musieliśmy więc zamieniać się i po kolei odgrywać rolę pacjenta. Kiedy nadeszła moja kolej, położyłem się na kozetce. Koleżanka z innego szpitala, pomrukując, jeździła głowicą ultrasonografu po moim brzuchu, aż zatrzymała się przy wątrobie.

– Co to jest? – zwróciła się z pytaniem do reszty grupy, ponieważ prowadzący kurs był akurat gdzie indziej.

– Nie mam pojęcia – odpowiedział ktoś. Tętno mi podskoczyło.

– Pokażcie – powiedziałem i nachyliłem się w stronę ekranu. Widziałem tylko białą mgielkę. Ktoś poszedł po prowadzącego, który przejął głowicę.

– Nie jestem pewien, niech ktoś przyprowadzi Jocke'a.

Świetny ekspert od USG, radiolog z innego szpitala, przyszedł po chwili i po wpatrywaniu się w moją wątrobę przez trzy minuty stwierdził:

– Ma pan kamienie żółciowe.

Odetchnąłem z ulgą. „Mogło być gorzej” – pomyślałem w pierwszej kolejności. Podniosłem się z kozetki. Inny uczestnik kursu zapytał radośnie:

– Nie wiedziałeś, że masz kamice?

– Pojęcia nie miałem.

– Miałeś jakieś objawy?

– Nigdy – odpowiedziałem.

Zwykle kamica żółciowa objawia się bólem w okolicy wątroby, gdzie umiejscowiony jest pęcherzyk żółciowy. Często ból pojawia się po zjedzeniu czegoś tłustego albo na przykład jabłek.

Ćwiczenia trwały dalej i nikogo nie interesowały już moje kamienie żółciowe – poza mną samym, bo ja nie mogłem myśleć o niczym innym. Kolejne ćwiczenie polegało na badaniu sobie wzajemnie aorty, ale przeprosiłem, mówiąc, że idę do toalety. W rzeczywistości poszedłem do mojego pokoju w hotelu i wyjąłem laptopa.

Jak groźna jest kamica żółciowa? Wiedziałem, że kamienie same w sobie są niegroźne, a atak kolki żółciowej tylko w pojedynczych przypadkach może wywołać zapalenie trzustki. Może to jednak być bardzo niebezpieczne i spowodować szok oraz potrzebę intensywnej terapii. W Szwecji 20 procent mężczyzn i 30 procent kobiet powyżej czterdziestego roku życia cierpi na kamienie żółciowe, zdecydowana większość jednak nie ma żadnych symptomów albo bardzo dyskretne. Od 10 do 30 procent tych ludzi w końcu przechodzi cholecystektomię, czyli zabieg usunięcia pęcherzyka żółciowego (bez którego da się żyć). „Jak na razie wszystko w porządku” – pomyślałem. Tym, czego naprawdę chciałem się dowiedzieć i o czym już miałem jakie takie pojęcie, było powiązanie z nowotworem pęcherzyka żółciowego – paskudny rak, z powodu którego większość chorych umiera pomimo leczenia. Czytałem dalej.

U sześciu do siedmiu osób na 100 000 mieszkańców Szwecji każdego roku stwierdza się raka pęcherzyka żółciowego, co czyni go piątym najczęściej spotykanym nowotworem w kraju. Kamienie żółciowe występują w około 90 procentach przypadków tego nowotworu. Można też spojrzeć na to z innej strony: spośród wszystkich osób cierpiących na kamice żółciową rak pęcherzyka żółciowego dotyka zaledwie jednego

procenta. Prognoza przy tym rodzaju raka zależy od tego, czy jest rozsiały, czy nie: robi się tak zwany przydział do stadium. Ale ogólnie prognozy są raczej złe. Podsumowując, można więc powiedzieć, że kamica żółciowa jest w Szwecji spotykana często, a rak pęcherzyka żółciowego występuje rzadko. Ale nie chcemy na tego raka zachorować, bo wiąże się z nim wysokie ryzyko śmierci.

Jak miałem interpretować te fakty? Zostałem w hotelu; poszedłem wprawdzie na obiad, ale nie miałem apetytu. Wróciłem do pokoju i czytałem dalej.

W Szwecji z reguły uważa się, że nie ma sensu usuwanie pęcherzyka żółciowego w przypadku znalezienia w nim kamieni. Operacja zawsze wiąże się z pewnym ryzykiem. Przewyższa ono korzyści z operacji.

Po kursie rozmawiałem na ten temat z kilkoma zaprzyjaźnionymi chirurgami – zaleta pracy w służbie zdrowia. Wszyscy powtórzyli to, co napisałem powyżej: nie warto usuwać pęcherzyka żółciowego w celu profilaktycznym, tylko z obawy przed rakiem.

Poczułem się nieco uspokojony, ale moje myśli wciąż zaprzętały dylemat: czy powinienem nalegać na operację? A jeśli umrę na stole operacyjnym? Rodzina nie uzna wtedy mojej decyzji za najtrafniejszą.

Dzisiaj coraz rzadziej myślę o moich kamieniach i nauczyłem się z nimi żyć. Być może kiedyś dostanę ataku kolki żółciowej i wtedy będę zmuszony stanąć przed kolejną decyzją: poddać się zabiegowi czy nie. Kamica przeszkadza mi nie tyle fizycznie, ile mentalnie. A najbardziej przeszkadza mi to, że czułbym się lepiej, nie wiedząc o niej.

Doświadczenie z kamieniami żółciowymi pozwoliło mi nabrać więcej pokory wobec mojej pracy w szpitalu. Gdy teraz sięgam po ultrasonograf – co robię kilka razy dziennie – zastanawiam się, czy to badanie jest konieczne. Co będzie, jeżeli znajdę coś innego niż to, czego szukam? Co mam wtedy zrobić?

Doprowadziło to nas do tematu badań przesiewowych.

Wraz z dostępem do coraz bardziej zaawansowanej opieki zdrowotnej

stajemy codziennie przed problemami podobnymi do mojej kamicy. Pobieramy krew do wielu badań, robimy prześwietlenia i obmacujemy guzy u pacjentów, którzy tak naprawdę zgłosili się z innego powodu niż guzek, ale znaleźliśmy go, bo rutynowo badamy wstępnie pacjenta od stóp do głów.

Jeżeli na przykład pacjent zgłasza się z powodu kołatania serca i robimy standardowy pakiet różnych badań krwi, które wykrywają zbyt niski poziom sodu, to co powinniśmy zrobić? Może się okazać, że kołatanie serca było wynikiem napadu paniki, która po badaniu zniknęła, a my zostaliśmy z problemem niskiego poziomu sodu, którego nie potrafimy wytłumaczyć. Prawdopodobnie to nic groźnego – istnieje wiele prostych, „łagodnych” przyczyn niskiego poziomu tego pierwiastka w organizmie, na przykład pacjent pił dużo wody albo przyjmuje lek wpływający na zawartość sodu w organizmie. A jeśli jest to coś groźnego? Jeśli to na przykład rak płuc, który produkuje hormon o nazwie ADH (hormon antydiuretyczny), zatrzymujący wodę w organizmie, co powoduje spadek poziomu sodu?

W służbie zdrowia mawiamy: „Jeśli słyszysz za oknem tętent kopyt, to jest to zapewne koń, nie zebra”. Czyli: zaczynaj od zwykłych rozwiązań, nie szukaj cały czas „zebrowatych” diagnoz. Powiedziałbym nawet, że w szwedzkiej służbie zdrowia mamy tradycję „konia”. Zakładamy i szukamy najzwyklejszych przyczyn objawów. Nie na odwrót, jak w USA, gdzie często lekarze działają w odmienny sposób – chcą przede wszystkim wyeliminować wszystkie „zebrowate” diagnozy. Może ze strachu przed podaniem do sądu? Albo tradycji? Nie wiem. Ale ogólnie uważam, że w szwedzkiej tradycji opieki zdrowotnej osiągnęliśmy dobrą równowagę: szukamy tego, co najczęściej spotykane, ale z reguły dodajemy jeszcze jeden element: jeżeli podejrzewamy, że może to być coś groźnego, pilnujemy, żeby pacjenta monitorować.

Pozostaje jednak problem „znalezisk” ujawnionych za pomocą badań obrazowych. Wykonujemy na naszych oddziałach ratunkowych mnóstwo zdjęć rentgenowskich płuc, tomografii i ultrasonografii. W wielu

przypadkach zwykle nieuzasadnionych. Kiedy analizuje się później sposób zajęcia się pacjentem, to nierzadko okazuje się, że można było ocenić sytuację na podstawie wywiadu (anamnezy), badania pacjenta i ewentualnie badania krwi. Co się więc stanie, jeżeli ktoś zgłosi się z podejrzeniem ataku kolki żółciowej, zostanie wykonana tomografia komputerowa jamy brzusznej i zamiast kamieni w pęcherzyku żółciowym radiolog odkryje zmianę w jednej z nerek? Podobne rzeczy zdarzają się codziennie.

*

Przytoczmy jeszcze częściej spotykany przypadek: większość pacjentów przychodzących na ostry dyżur przechodzi badanie EKG. Na EKG można znaleźć tysiące mniejszych i większych zmian. Które z nich są istotne, a które nie? Na podstawie tego, dlaczego pacjent się zgłosił, ile ma lat oraz jak poważna jest zmiana w EKG, dokonuje się oceny całościowej.

W tym kontekście ważne jest, żeby poinformować pacjenta o stanie jego zdrowia. Trzeba jednak zachować zdrowy rozsądek i wybrać to, co jest najistotniejsze. Na przykład na obrazie tomografii płuc jest dużo małych zmian, o których nie wiemy, czy są groźne. Mogą to być pozostałości po dawnym zapaleniu płuc albo wrodzone różnice w budowie tego organu. Na oddziale ratunkowym nie ma czasu, żeby omawiać każdy szczegół obrazu tomografii płuc. Trzeba przesiewać, wybierać, co ma jakieś znaczenie dla pacjenta, i starać się znaleźć to, co najważniejsze w nadmiarze informacji.

WYZWANIA DIAGNOSTYKI

Jakiś czas temu na oddziale, na którym pracuję, zajmowałem się gorączkującym mężczyzną. Cierpiał na chłoniaka, jedną z postaci raka krwi, ale dostał leki i wydawało się, że choroba jest pod kontrolą. Tym razem został przyjęty ze względu na podwyższone parametry świadczące o infekcji, gorączkę i ból całego ciała. Miał dość niski poziom hemoglobiny, spadła też mu liczba płytek krwi (trombocytów, dzięki którym krew krzepnie przy krwawieniu), na co nie miałem dobrego wytłumaczenia. Poprosiłem pielęgniarki o wykonanie posiewu z krwi, moczu i dróg oddechowych oraz włączyłem mężczyźnie antybiotyki o szerokim spektrum działania. Minęły dwa dni, a gorączka wciąż była wysoka. Poza tym pacjent czuł się dość dobrze, miał normalne ciśnienie i tętno. Badania krwi nie wykazały żadnych objawów niedotlenienia, jak przy sepsie, wydawało się zatem, że infekcja nie ma większego wpływu na jego organizm.

Trzeciego dnia pomyślałem, że to dziwne, że infekcja nie mija. Prześwietlenie płuc było w normie, badanie moczu nie wykazało przyrostu bakterii. Nie mogłem jednak zlokalizować źródła infekcji, ale to nie jest rzadkością. Poszedłem do domu, sądząc, że następnego dnia sytuacja na pewno ulegnie zmianie.

Wieczorem dyżur miał jeden z moich kolegów. Starszy ode mnie, z długoletnim doświadczeniem, ciągle się douczający. Czytał artykuły i wytyczne, podczas gdy reszta z nas wsadzała nos w poranną gazetę. Człowiek ten był jak chodząca encyklopedia.

Kolega zareagował dokładnie tak jak ja: coś było nie tak z pacjentem. Dlaczego poziom CRP nie opadał? Zbadał pacjenta i odkrył powiększenie śledziony, czego ja nie zauważyłem. Potem zlecił jeszcze kilka badań, między innymi na poziom ferrytyny i trójglicerydów, które mogły potwierdzić jego podejrzenia.

Następnego dnia rano przeczytałem w karcie: „Pacjent ma HLH. Włączony kortyzon”.

Słyszałem o HLH, ale nie wiedziałem, co to jest. Poszukałem zatem w Google’u i znalazłem: „zespół hemofagocytowy”.

Czytałem dalej: „HLH jest stanem hiperzapalnym, w którym układ odpornościowy jest nadaktywny. Występuje w różnych formach, przy czym odmiana nabyta często wywoływana jest przez choroby złośliwe krwi, jak chłoniak”. Ostatnia informacja mną wstrząsnęła: „Stan ten jest bardzo poważny i bez odpowiedniego leczenia najczęściej prowadzi do śmierci”.

Porozmawiałem z hematologami, którzy przyjęli pacjenta na swój oddział w celu wdrożenia odpowiedniego leczenia. Pacjent nie miał żadnej infekcji. Wysoki wskaźnik CRP był powiązany z agresywną aktywnością zapalną limfocytozy. Pacjent naprawdę mógł umrzeć, gdyby nie podano kortyzonu, a następnie innych leków.

Tłamsiłem to w sobie, aż w końcu przy kawie przyznałem się koledze:

– Szczerze mówiąc, nie wiedziałem nic o HLH.

Zaśmiał się i odpowiedział w ten swój łagodny sposób:

– Nic nie szkodzi, panie Unge. Uczy się pan z biegiem lat. Proszę tylko mieć oczy otwarte, a nabierze pan mądrości jak ja. Nic nie szkodzi.

Zniknął w korytarzu, uśmiechając się pod nosem.

„Nie” – pomyślałem. Nie wystarczy mieć otwarte oczy. Trzeba czytać. Trzeba cały czas poszerzać swoją wiedzę, żeby stać się dobrym lekarzem.

Ale dobra wiedza nie wystarcza przy wszystkich wyzwaniach, przed jakimi stajemy w służbie zdrowia. Wyzwania, jakie stawia przed nami diagnostyka, potrafią wymagać zarówno wyobraźni, jak i kreatywności oraz umiejętności oceny sytuacji. Za ilustrację niech posłużą dwa przykłady.

Piętnastoletni chłopak przewrócił się na stoku narciarskim i złamał kość udową. Na szpitalny oddział ratunkowy przywożą go na noszach, chłopak krzyczy z bólu, a przyjmujący go ortopeda zleca dożylnie

morfinę. Lekarz ostrożnie luzuje materac próżniowy, którego ratownicy medyczni użyli do stabilizacji paskudnego złamania. Ortopeda kręci głową, widząc, że odłamki złamanej kości przebiły skórę. Rana porządnie krwawi.

– Zadzwońcie na operacyjny, musimy go od razu zabrać.

Ortopeda podchodzi do młodego człowieka i informuje go:

– Musimy operować nogę. Zobaczymy się na bloku operacyjnym. Anestezjolog porozmawia z tobą przed podaniem narkozy. Okej?

Pacjent kiwa głową i wyciera nos ręką. Morfina zaczęła już działać.

Ten przypadek nie jest raczej szczególnie skomplikowany.

Mało kto sprzeciwiłby się temu, że chłopaka trzeba operować. Zdiagnozować to może ktokolwiek, nie jest potrzebne badanie rentgenowskie (choć prześwietlenie w większości przypadków zostanie wykonane, żeby zobaczyć, jak wygląda złamana kość). Ortopeda nie potrzebuje mieć żadnych zaawansowanych umiejętności do postawienia diagnozy, nie potrzebuje również szacować ryzyka kontra korzyści przy swojej ocenie: pacjenta trzeba operować, w przeciwnym razie nigdy już nie będzie miał sprawnej nogi, a w najgorszym wypadku wykrwawi się na śmierć.

Gorzej przedstawia się sprawa dla neurologa przyjmującego właśnie sześćdziesięciosiedmioletniego pacjenta, u którego od czterech dni utrzymuje się ból głowy z niejasnymi neurologicznie objawami zaburzeń czynności prawej dłoni. To może być w zasadzie niemal wszystko. Neurolog staje przed poważnym wyzwaniem: ryzyko i koszty badań trzeba przeciwstawić ewentualnej korzyści. Umiejętność oceny sytuacji przez tego neurologa zostaje wystawiona na próbę: czy jest w stanie dobrze rozważyć wszystkie informacje i dojść do ostatecznych wniosków, a potem na ich podstawie działać?

Mimo rozwoju nowoczesnych technologii, które służba zdrowia ma obecnie do swojej dyspozycji, a także doświadczenia i dużej wiedzy, w ostatecznym rozrachunku bardzo dużo zależy od rozważenia

wszystkich faktów przez konkretnego lekarza oraz dobrego wycucia sytuacji, kierującego naszym zachowaniem podczas spotkania z pacjentem sam na sam. Ocena sytuacji jest tu sprawą nadrzędną.

Zacznijmy więc od postawienia sobie pytania: jak dobrzy jesteśmy w ocenianiu własnego wycucia?

W badaniach przeprowadzonych w 1980 roku naukowiec Ola Svensson zadał kierowcom pytanie, czy – swoim zdaniem – mają wystarczające umiejętności kierowania samochodem i jak duże według siebie podejmują ryzyko na drodze. W przypadku amerykańskich kierowców 80 do 90 procent uważało, że prowadzi lepiej i bezpieczniej niż przeciętny kierowca. U Szwedów liczby te wyniosły od 70 do 80 procent. Ale, logicznie rzecz biorąc, większość nie może być lepsza od średniej.

Dla lekarza pogotowia, który w krótkim czasie ma przyjąć ogromną liczbę pacjentów, brak umiejętności dostrzeżenia własnych braków może być katastrofalny. Szczególnie niebezpieczny jest u lekarzy przeciętnych, niewyróżniających się szczególnymi zdolnościami.

Według tak zwanego efektu Dunninga-Krugera osoby niewykwalifikowane mają tendencję do przeceniania swoich umiejętności, podczas gdy osoby o wysokich kwalifikacjach wykazują skłonność do ich zaniżania. Ten drugi fenomen wynika z tego, że osoba kompetentna sądzi, iż to, co jest łatwe dla niej, jest również łatwe dla innych.

Uważam, że lekarze nie potrafią dobrze ocenić własnych możliwości. Oczywiście da się tu zaobserwować duże zróżnicowanie, niektórych lekarzy cechuje solidna doza pokory wobec trudności, jakie potrafi sprawiać ta praca. Być może jest to powiązane z charakterem zawodu – trudno dostać się na studia medyczne, profesja lekarza przyciąga osoby o wysokich aspiracjach i lubiące rywalizację. Pracuje się ciężko, zachowując pozory, że wszystko jest pod kontrolą – niezależnie od tego, czy rzeczywiście ma się tę kontrolę, czy też nie.

Nie wiem, jak wytłumaczyć to zjawisko. Z pewnością istnieje wiele możliwych odpowiedzi. Wydaje mi się jednak, że ważną cechą, którą ma

niewielu lekarzy – i to właśnie ci z reguły bywają najbardziej cenieni – jest to, że od czasu do czasu na porannym zebraniu wstają i mówią:

– Postąpiłem źle. Zrobiłem, co mogłem i najlepiej jak potrafiłem w warunkach, które były tamtego dnia. Ale teraz, z perspektywy czasu, wiem, że się pomyliłem. O tej pomyłce chcę wam opowiedzieć, żebyście nie popełnili tego samego błędu co ja.

Mówiąc prościej: następnym razem pomyśl na głos, jeżeli się wahasz i sądzisz, że najlepiej będzie przemilczeć swoje wątpliwości. Twoje myśli może nie są wcale takie naiwne, jak ci się wydaje.

Mówimy o wyzwaniach diagnostyki, o znaczeniu dobrej bazy w postaci wiedzy oraz o komunikacji z innymi, zwłaszcza gdy sami uważamy, że coś idzie w złym kierunku.

Następnym krokiem do postawienia diagnozy po rozmowie z pacjentem i jego zbadaniu są ewentualne badania krwi i zlecenie innych badań. Tutaj stajemy przed kolejnymi wyzwaniami.

Wszyscy pacjenci zgłaszający się na oddział ratunkowy z powodu bólu brzucha nie mogą zostać zbadani tomografem komputerowym. Badanie tomograficzne jest stosunkowo drogie, pacjent dostaje wprawdzie niewielką, ale potencjalnie szkodliwą dawkę promieniowania, a przede wszystkim tomograf nie wykryje każdej przyczyny bólu w jamie brzusznej. Kogo zatem powinniśmy kierować na badanie tomograficzne?

Odpowiedzialność spoczywa tu w głównej mierze na lekarzach rejonowych w lokalnych ośrodkach zdrowia. To oni muszą dokładnie wybierać, którego ze wszystkich pacjentów z bólem brzucha należy wysłać na SOR albo do przychodni, w której wykonuje się tomografię komputerową. To lekarz ogólny musi wychwycić groźną chorobę w morzu niegroźnych stanów, z którymi zgłasza się większość pacjentów.

Problem, który mają lekarze i pielęgniarki, polega na tym, że nasze narzędzia są niedoskonałe i często myślimy w skali całej populacji, grup pacjentów, a nie z perspektywy stojącej przed nami jednostki.

Jeśli na przykład zlecimy badanie poziomu d-dimerów we krwi, to

z prawdopodobieństwem 98 procent wykluczmy u pacjenta możliwość wystąpienia zatoru płucnego. Jeżeli zbadamy poziom d-dimerów stu pacjentom, którzy zgłosili się z podejrzeniem zakrzepicy płuc, to wyniki testu będą się zgadzać – gdy poziom d-dimerów jest w normie, to pacjenci nie mają zakrzepu w płucach – oprócz dwóch pacjentów, u których wynik testu nie będzie zgodny z rzeczywistością. To jest tak zwany wynik fałszywie negatywny. U tych pacjentów występuje zakrzepica, chociaż test wykazał normę. Wykrywalność na poziomie 98 procent brzmi znakomicie, większość osób twierdzi, że to dobry test, ale co z tymi dwoma pacjentami, którzy mieli zakrzep płucny, a test tego nie wykazał? W służbie zdrowia nieustannie wykorzystujemy liczby oraz statystyki z obszernych badań naukowych, podających określone prawdopodobieństwo poprawności naszych wyników. Staramy się więc korzystać z danych populacyjnych i stosować je w przypadku tego jednego pacjenta, którego mamy przed sobą.

Medyczne badania naukowe są dla nas bogatym źródłem wiedzy i z każdym mijającym dniem czynią nasze wysiłki coraz bardziej trafnymi, ale nie oznacza to, że nigdzie nie kryją się żadne pułapki albo że zniknęły wyzwania dla lekarza mającego do czynienia z konkretnym pacjentem na pogotowiu, oddziale albo w gabinecie. I odwrotnie: za każdym razem kiedy spotykamy się z pacjentem, musimy ustosunkować się do całej dostępnej nam wiedzy.

Dwie inne sprawy, które ściśle się z tym wiążą, to ocena sytuacji i jej wynik. Oto dwa przykłady.

Pięćdziesięcioletnia kobieta zgłosiła się na szpitalny oddział ratunkowy z bólem w klatce piersiowej utrzymującym się od czterech godzin. Młoda, niedoświadczona lekarka asystująca oceniła pacjentkę na pogotowiu, zrobiła EKG, które okazało się w normie, przeprowadziła wywiad, zbadała kobietę, a następnie odesłała ją do domu bez badań krwi. Asystentka przedstawiła mi ten przypadek po fakcie, zanim zdążyłem obejrzeć pacjentkę. Zdenerwowałem się, pouczyłem lekarkę, że musi referować mi przypadki, zanim odeśle pacjenta do domu.

Tydzień później spotkałem tę pacjentkę, która tym razem przyszła z innego powodu. Ból w klatce piersiowej ustał – okazało się, że były to zakwasy po forsujących ćwiczeniach gimnastycznych. Czyli ocena lekarza asystującego była dobra (żadnego zawału), ale rozeznanie kiepskie. Asystentka nie przeprowadziła odpowiednio skrupulatnie wywiadu z pacjentką, nie zrobiła badań krwi i ogólnie nie postąpiła według wytycznych dotyczących tego, jak należy działać w przypadku pacjenta w średnim wieku zgłaszającego się z bólami w klatce piersiowej. Ból w piersiach to objaw, który trzeba traktować poważnie – może być spowodowany niegroźnymi przyczynami (nieżyt żołądka, ból mięśni, zapalenie opłucnej), ale równie dobrze może być objawem zawału serca, pęknięcia aorty albo zakrzepu w płucach, czyli stanów potencjalnie zagrażających życiu. W przypadku tej pacjentki wszystko skończyło się dobrze. Ale lekarz nie może polegać na szczęściu. Powinien kierować się wytycznymi i doświadczeniem.

Przykład numer dwa: osiemdziesięcioletni mężczyzna zgłosił się ze spuchniętą stopą. Kierujący lekarz rodzinny pytał, czy może to być zakrzep w nodze. Lekarz asystujący rzetelnie zajął się pacjentem, sumiennie go zbadał, zlecił badania krwi, łącznie z poziomem d-dimerów, który okazał się w normie, zrobił też badanie USG podudzia. Wszystko było jak należy i pacjenta odesłano do domu bez leczenia.

Dwa dni później pacjent powrócił, tym razem z paskudną infekcją skórą, różą (*erysipelas*) na całej nodze, został hospitalizowany i wdrożono leczenie antybiotykami. Asystent wykazał się dobrym rozeznanem, postąpił dokładnie według wytycznych, ale wynik okazał się niewłaściwy. Diagnoza była błędna, a pacjent cierpiał.

Trudno jest więc mieć zarówno dobrą ocenę sytuacji, jak i stosowne wyniki postępowania.

Dalej napiszę o tym, jak trudno niekiedy postawić właściwą diagnozę.

Zator płucny, czyli skrzeplina w płucu, każdego roku dotyka w Szwecji jedną osobę na tysiąc, więc jest to stosunkowo często spotykany stan i jedna z przyczyn zgłaszania się na pogotowie. Około dziewięćdziesięciu

procent zakrzepów płucnych pochodzi od zakrzepów w nogach. Zator płucny może zagrażać życiu, jeżeli skrzepliny są duże, co powoduje, że płuca nie są w stanie dotlenić krwi w organizmie – jest zatem ważne, żeby taki stan wykryć. Zakrzepicę leczy się lekami rozrzedzającymi krew, które czasem pacjent musi przyjmować do końca życia. Problemem przy zatorze płucnym jest fakt, że bywa trudny do zdiagnozowania, jego objawy są podobne do wielu innych stanów. U pacjenta może występować duszność, kołatanie serca (tachykardia), ucisk w klatce piersiowej, omdlenie (*syncope*), niskie ciśnienie tętnicze i szok, kaszel oraz wiele innych mniej wyraźnych objawów.

Czyli wiemy, że jest trudno, ale jak mamy dojść do postawienia odpowiedniej diagnozy?

Diagnozę stawia się w większości przypadków na podstawie tomografii komputerowej (jeżeli nie ma do niej przeciwwskazań, jak niedoczynność nerek albo klaustrofobia). Nie można jednak robić tomografii każdemu pacjentowi, który się zgłasza z wymienionymi objawami. Musimy więc wybierać, a do pomocy mamy tak zwane algorytmy procesu decyzyjnego.

W praktyce te algorytmy to szereg pytań związanych z czynnikami ryzyka zatoru płucnego, które stawia się pacjentom, na przykład: „Czy chorował pan na raka w ciągu ostatnich sześciu miesięcy?”. Każda odpowiedź to przypisana jej liczba punktów, które zlicza się do ogólnej punktacji (*score*). Punktacja końcowa oznacza określony procent ryzyka, że pacjent ma zator płucny, co zostało wyliczone na podstawie obszernych studiów nad tysiącami przypadków. Obliczamy więc prawdopodobieństwo i na jego podstawie możemy stwierdzić, czy u naszego pacjenta występuje określony procent ryzyka zakrzepu w płucach – i na tym opieramy działania.

Algorytmy procesu decyzyjnego istnieją dla wielu stanów, korzysta się z nich w służbie zdrowia niemal codziennie. Ale czy jest to dobry system dla pacjenta?

A jaką mamy alternatywę? – zapyta miłośnik porządku. Jeżeli nie

korzysta się z żadnych reguł przy podejmowaniu decyzji i kieruje tylko swojego rodzaju intuicją, to nazywa się to *gestalt* (od niemieckiego *Gestalt* – forma/figura/kształt).

Gestalt to po prostu połączenie intuicji i całej zgromadzonej wiedzy o stanie/pacjencie. Brzmi to może mało przekonująco w porównaniu z badaniami na szeroką skalę i ustalonymi procentami. Jednak pewien badacz, Penazola, porównał właśnie *gestalt* z najczęściej używaną w procesie decyzyjnym dla zatoru płucnego skalą Wellsa w przypadku ponad tysiąca ocen dokonanych przez lekarzy i wykazał, że przy zatorze płucnym *gestalt* był w 81 procentach trafny w porównaniu z 71 procentami dla skali Wellsa. Ten sam naukowiec dowiódł, że nawet jeśli algorytm jest znany, to i tak tylko 50 procent lekarzy używa go w praktyce.

Czy zatem twierdzę, że nie należy korzystać z algorytmów procesu decyzyjnego? Nie, opisuję jedynie różne spojrzenia na naszą pracę, kiedy staramy się postawić pacjentom trudne diagnozy.

Kilka lat temu na oddział ratunkowy w Szpitalu Uniwersyteckim Karolinska zgłosił się dwudziestoosmioletni mężczyzna z powodu palpacji serca. Był już leczony psychiatrycznie, miał przepisanych kilka leków, między innymi na zaburzenia lękowe, czyli stan, który często objawia się wcześniej niewystępującym kołataniem serca. Lekarz badający pacjenta na SOR-ze obliczył sumę w skali Wellsa, która okazała się niska; wyróżniało się jedynie kołatanie serca. Zbadano poziom d-dimerów, który również okazał się niski, co wykluczyło niebezpieczeństwo wystąpienia u pacjenta zatoru płucnego. Lekarz ocenił, że pacjent miał atak lęku, i odesłał go do domu z zaleceniem dalszego leczenia u psychiatry.

Po wyjściu ze szpitala mężczyzna upadł. Stwierdzono zatrzymanie akcji serca. Szybko podjęto reanimację na parkingu, a następnie zabrano pacjenta do gabinetu na SOR-ze, gdzie po godzinnych próbach przywrócenia czynności życiowych zmarł.

Po wszystkim zauważono, że pacjent miał jeszcze jeden z objawów skrzepliny w płucach, a mianowicie zmiany w EKG, które mogą (ale nie

muszą) przemawiać za zatorem płucnym.

Idąc moim wcześniejszym tokiem myślenia, lekarz wykazał się dobrą oceną sytuacji (zastosował algorytm procesu decyzyjnego), ale rezultat okazał się zły (pacjent zmarł). Postąpiono według wytycznych. Odpowiednie badania krwi zostały wykonane. Pacjent był młody, istniało ponadto inne prawdopodobne wytłumaczenie problemu palpacji: zaburzenia lękowe. Ogólnie można by uznać, że decyzja o odesłaniu pacjenta do domu była dobrze uzasadniona.

A jednak – mimo doświadczalnie sprawdzonej wiedzy – pacjent zmarł.

SŁUŻBA ZDROWIA BEZ REZERW

Zacząłem dyżur w poniedziałek o czwartej po południu filiżanką kawy w świetlicy dla lekarzy. Kilka tygodni wcześniej Szwecją wstrząsnął brutalny atak terrorystyczny na ulicy Drottninggatan w Sztokholmie i cały kraj borykał się ze zrozumieniem tego, co zdawało się niepojęte. Jak zwykle miałem już za sobą cały dzień pracy na oddziale od ósmej do czwartej i czułem ciężkość w głowie i nogach. Kawa mnie orzeźwiała.

Zgodnie z przyzwyczajeniem zacząłem od zalogowania się na konto szpitalnego oddziału ratunkowego, żeby zobaczyć, ilu pacjentów czeka na pogotowiu. Wszystko wyglądało jak zwykle, skonstatowałem, mieliśmy trzydziestu jeden pacjentów, z czego dwunastu jeszcze nie zdążył obejrzeć żaden lekarz. Poniedziałki są zazwyczaj ciężkim dniem dla służby zdrowia – ludzie w weekend zwlekają do ostatniej chwili z bólem w klatce piersiowej, bolącym paluchem czy obolałym stawem, zanim w końcu w poniedziałek wybiorą się do któregoś z oddziałów ratunkowych. Po południu poczekalnia przed izbą przyjęć na pogotowiu zaczęła się wypełniać.

Pół godziny wcześniej dyżurni z różnych klinik wraz z koordynatorem zebrali się na wideokonferencji.

– Cóż – zaczęła z rozbijającym spokojem w głosie koordynatorka, rutynowana pielęgniarka. – Wygląda na to, że nieco się zapełniło. Szesnaście nieobejrzanych przypadków na pogotowiu. W sumie stu dwudziestu dziewięciu pacjentów na całym SOR-ze.

Wypiłem kawę i poczułem, że zaraz zaczniesz mnie boleć głowa.

– A jak sytuacja w Solnie?

– Tak samo. Zmniejszona liczba miejsc na dwóch oddziałach chirurgicznych ze względu na brak pielęgniarek.

– A u nas na kardiologii dziś w nocy mamy trzy braki w grafiku, chory

personel – dodał przedstawiciel kliniki kardiologicznej. – Nie możemy przyjąć nikogo nadprogramowo.

„Nie no, jasne” – pomyślałem. Niech to zrobi ktoś inny. Albo po prostu będziemy trochę szybciej biegać, cały wieczór będę wypisywał pacjentów, a jutro rano będzie tu jeszcze leżeć piętnastu chorych, którzy nocowali na SOR-ze.

– Czyli mamy jednak jedenaście wolnych miejsc – zakończyła koordynatorka i zamknęła laptopa. – Nie jest źle.

Myślałem dalej: dziwne. Tak samo było przez wszystkie lata, kiedy pełniłem dyżury. Zawsze od pięciu do dziesięciu wolnych łóżek wieczorem. Z ponad sześciuset miejsc ogółem. Czyli każdy dzień kończył się z najmniejszą możliwą rezerwą wolnych miejsc.

Na mnie jako dyżurnym medycznym spoczywała główna odpowiedzialność – nie tylko za to, żeby oddział ratunkowy funkcjonował należycie, a ewentualne zastępstwa za pracowników przebywających na zwolnieniu „się załatwiły”. Do mnie należała też kardiowersja, czyli zastosowanie impulsu elektrycznego w przypadku pacjentów z migotaniem przedsionków na naszym oddziale opieki doraźnej, razem z jedynym młodszym lekarzem wypisywanie do domu pacjentów na wszystkich trzech oddziałach medycznych, liczących w sumie ponad czterdzieści pięć łóżek, odbieranie telefonów od innych zestresowanych dyżurnych i lekarzy w całym szpitalu, laboratorium i poradniach, bieganie do alarmów o zatrzymaniu akcji serca, wraz z lekarzami z intensywnej terapii ocenianie pacjentów w złym stanie oraz zajmowanie się osobiście trzema pacjentami w ciężkim stanie – z sepsą i niewydolnością wątroby – u nas na przejściowym oddziale opieki medycznej. Krótko mówiąc, całkiem normalny dyżur, trwający do godziny dziewiątej. A potem miałem być jeszcze dostępny pod telefonem w domu.

Kiedy chwilę po ósmej wieczorem wszystko było już pod kontrolą, poszedłem na pogotowie, gdzie czterech lekarzy walczyło z rosnącą falą pacjentów oczekujących na badanie.

– Biorę babkę z dziewięć zero cztery – powiedziałem i kliknąłem jej

plik. Szybko przejrzałem kartę.

Siv, lat osiemdziesiąt sześć, mieszkająca w domu seniora na południu miasta. Zgłosiła się w porze obiadowej z trudnościami w oddychaniu i gorączką. Chodziła z balkonikiem, miała wcześniej zdiagnozowaną POChP – przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, efekt czterdziestu lat palenia, niedoczynność serca, powiększoną tarczycę, nadciśnienie, cukrzycę starczą leczoną insuliną oraz niewielki udar mózgu dziesięć lat temu. Na dalszych miejscach listy widniały operacje stawów biodrowych, niegroźny nowotwór skóry i różne inne przypadłości.

Żadnych informacji o demencji.

Na końcu zobaczyłem w karcie trójkąt ostrzegawczy: MRSA, gronkowiec złocisty oporny na metacylinę. Według szpitalnych zasad higieny wymagała zatem izolatki.

Poszedłem do Siv, żeby ją zbadać. Na kozetce leżała chudziutka starowinka z nieco zamglonym spojrzeniem – zastanawiałem się, czy może źle widzi – ale bez żadnych problemów ze słuchem.

– Czy to doktor?

– Tak. Dzień dobry, mam na imię Christian. Jestem tu lekarzem. Zbadam panią. Jak się pani czuje?

– Bywało lepiej. To płuca, to stało się tak szybko – powiedziała Siv dźwięcznym głosem.

Przypominała mi nieco moją dawną panią od szwedzkiego w gimnazjum. Zdecydowanie z głową Siv wszystko było w porządku. Zdała mi szczegółowe sprawozdanie o nasilających się w ostatnim tygodniu kaszlu i gorączce.

– Trzydzieści osiem koma cztery przedwczoraj. – Opowiedziała o bólu w całym ciele, braku apetytu, a także o tym, że jej córki nie miały odwagi przyprowadzać do niej w odwiedziny swoich nastoletnich dzieci. – Boją się zarażenia.

Wyglądało mi to na grypę. Albo zapalenie płuc.

Zbadałem Siv i powiedziałem, co podejrzewam. Saturacja spadła jej do

80 procent. Siv wymagała hospitalizacji w celu podania tlenu i ewentualnie antybiotyków.

– Znajdę tylko dla pani łóżko – zakończyłem rozmowę i zostawiłem pacjentkę, żeby zlecić badania krwi i rentgen.

Opowiedziałem o moich zamysłach pielęgniarce, która była odpowiedzialna za Siv, ale miała ją niedługo zmienić koleżanka z nocnego dyżuru. Zleciłem jej pobrać krew do badania i poinformować mnie o wyniku.

Przez kolejne dwie godziny próbowałem wraz z koordynatorką znaleźć izolatkę dla Siv, ale tego wieczora przyjęliśmy kilka osób z grypą, trzech pacjentów na naszym oddziale potrzebowało osobnych pokoi z innych powodów, a klinika chorób zakaźnych nie miała wolnych miejsc. Nie znaleźliśmy też jednoosobowej sali na żadnym z pozostałych oddziałów. Wyniki Siv pod kątem grypy były negatywne, ale prześwietlenie płuc wykazało nacieki, czyli zapalenie płuc. Zleciłem antybiotyki.

Około dziesiątej zajrzałem do Siv, która teraz spała. Zwiększyłem ilość podawanego tlenu z trzech do czterech litrów i upewniłem się, że gazometria jest w porządku. Teraz potrzebne jej było tylko miejsce na oddziale.

Przyjąłem jeszcze sześciu pacjentów i stwierdziłem, że sytuacja na pogotowiu nieco się unormowała. Było wpół do jedenastej. Dostałem kolejny alarm i popędziłem do kiosku, gdzie zemdłał jakiś mężczyzna. Chciałem już iść do domu. Wykończony wyczerpującym długim dniem, w biegu przekazałem pacjentów, których zacząłem leczyć – włącznie z Siv – zmianie nocnej, zmierzającej do gabinetu zabiegowego do mężczyzny, który odurzył się dużą ilością środków nasennych.

Zapomniałem im powiedzieć, że powinni jeszcze raz zrobić Siv gazometrię, badanie krwi tętniczej wykazujące poziom tlenu i dwutlenku węgla we krwi.

Następnego dnia miałem dzienny dyżur i zajrzałem na oddział ratunkowy przed porannym zebraniem o ósmej. Z niezadowoleniem stwierdziłem, że Siv wciąż leży na pogotowiu. Zagląając przez szparę

w drzwiach, zobaczyłem, że w pokoju siedzą dwie z jej córek. Postanowiłem nie przeszkadzać.

Dzień mijał, a ja nie myślałem więcej o Siv – była jedną z ośmiorga pacjentów, dla których w nocy zabrakło miejsca w szpitalu. Około trzeciej po jakimś zebraniu wróciłem na mój oddział i zobaczyłem, że Siv nareszcie dostała tam łóżko. Poszedłem przywitać się z nią i z jej rodziną.

Nie byłem w stanie dobudzić Siv. Poprosiłem lekarza asystującego o szybkie powtórzenie gazometrii i zobaczyłem, że wpadła w śpiączkę hiperkapniczną. Nikt nie powtórzył gazometrii w nocy ani rano, a przyjmowany przez nią tlen powoli przekształcił się w dwutlenek węgla, którego organizm nie potrafił się pozbyć.

– Czy są tu jakieś ograniczenia terapii? – zapytałem asystenta i przypomniałem sobie, że już podczas wcześniejszej hospitalizacji pacjentki zostało ustalone z nią i z córkami, że nie będzie poddawana intubacji. Zatem żadnej intensywnej terapii.

– Ale nie możemy zabrać jej na OIOM – westchnąłem. – Ma MRSA.

Musiała przecież być w izolatce, a tych wówczas na OIOM-ie nie było.

Zaczęliśmy wentylować pacjentkę bez przenoszenia jej z oddziału medycznego, ale było już za późno. Stan szybko się pogarszał i poinformowałem córki, że Siv nie przeżyje.

Zmarła tego dnia wieczorem, długo po tym, jak poszedłem do domu.

Przypadek Siv naświetla problemy, z którymi wielu pracowników służby zdrowia, zwłaszcza na oddziałach ratunkowych, spotyka się na każdej swojej zmianie.

Omówię teraz, co w przypadku Siv nie zadziało prawidłowo, i powiem parę słów o najważniejszych obecnie błędach systemowych w szwedzkiej służbie zdrowia. Zaczniemy od spraw ogólnych. Podstawowy problem nosi nazwę: brak pielęgniarek. Nie musi koniecznie tu chodzić o braki liczebne w całej Szwecji, ale niedobór pielęgniarek na niektórych oddziałach ratunkowych i oddziałach szpitalnych to jedno z głównych wyzwań opieki zdrowotnej od wielu lat.

Na drugim miejscu plasuje się brak miejsc w szpitalach, co jest ściśle związane z brakiem kadry pielęgniarskiej.

Te dwa czynniki powodują, że służba zdrowia nie ma żadnych rezerw. Ich brak powoduje różne konsekwencje: jesteśmy bardziej narażeni na stres, dłużej i trudniej regenerujemy siły, częściej zdarzają się nam nieporozumienia w komunikacji – a wszystko to powoduje, że popełniamy błędy. Może to prowadzić do tego, że umierają ludzie – jak w tragicznym przypadku Siv.

Według OECD w 2013 roku Szwecja miała 2,6 łóżka szpitalnego na tysiąc mieszkańców. To jeden z najniższych wskaźników w Unii Europejskiej, gdzie średnia wynosi 4,8. Według tego samego badania Szwed chodzi do lekarza około trzech razy w roku, a średnia krajów OECD to 6,5. Jednym z powodów może być fakt, że wieloma przychodzącymi na wizytę pacjentami zajmują się pielęgniarki. Szwedzki lekarz przyjmuje średnio 724 pacjentów rocznie. Odpowiednia liczba dla państw OECD to 2277 wizyt w roku. Tu także Szwecja jest na szarym końcu, wraz z Finlandią.

Jakie to ma konsekwencje?

Reforma „starcza” z 1992 roku oznaczała, że gminy miały przejąć główny ciężar opieki nad osobami starszymi. Wraz z rozwojem medycyny i techniki umożliwiła ograniczenie liczby miejsc szpitalnych w lecznictwie zamkniętym do tego stopnia, że obecnie *per capita* stanowi ona jedną z najniższych w Europie.

Podjęto również działania zmierzające do rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej, by zwiększyć możliwości opieki pozaszpitalnej. Ale jednocześnie społeczeństwo się starzeje i zapada na coraz więcej przewlekłych chorób. Niewielka – ale chora – część starszych osób regularnie powraca do służby zdrowia, kiedy ich stan gwałtownie się pogarsza. Wielu z nich zostaje wypisanych przedwcześnie i po kilku dniach wraca do ponownej hospitalizacji.

Są też jednak ludzie, którzy zaprzeczają temu, że mamy za mało miejsc. Twierdzą oni, że te miejsca, którymi dysponujemy, nie są

wykorzystywane w sposób efektywny, że lekarze powinni przyjrzeć się, jak zmienia się schemat zgłaszania się pacjentów do szpitala w ciągu doby, i do niego dostosować wypisy. Jest to robione na przykład w szpitalu Sankt Görän w Sztokholmie, gdzie udało się lepiej dopasować grafik dyżurów personelu i metody pracy do cyklu przyjęć i wypisów.

Ja jednak jestem przeciwny temu sposobowi myślenia, a przynajmniej generalizowaniu i twierdzeniu, że wszystkie szpitale mogą zrobić tak jak Sankt Görän. A gdzie rezerwy? Dlaczego musimy redukować naszą służbę zdrowia aż do tego stopnia, że w systemie nie będzie żadnej luki? Bo stojące puste łóżka kosztują? Bo do każdego łóżka musi być w gotowości personel, który kosztuje i którego nie ma skąd rekrutować? Być może tak jest.

A może jednak trochę przesadziliśmy, nie pozwalając sobie na puste łóżka od czasu do czasu? Ponadto niektóre rzeczy w zależności od szpitala zajmują mniej lub więcej czasu. Na przykład w Szpitalu Uniwersyteckim Karolinska jest dużo więcej studentów – przyszłych lekarzy, pielęgniarek i sanitariuszy – niż w szpitalu Sankt Görän. Wszystkich ich trzeba nadzorować, co wymaga czasu. Nie wspominał już o badaniach naukowych, które prowadzi szpital uniwersytecki.

Ogólnie w skali kraju nie ma liczebnego niedoboru pielęgniarek. Problem polega na tym, że pielęgniarki odchodzą z poradni, oddziałów szpitalnych czy pogotowia z powodu między innymi stresu, niewłaściwego środowiska pracy albo nieodpowiednich struktur kierowniczych.

Powodów do odejścia z pracy jest oczywiście wiele; są też „przyczyny naturalne”, jak emerytura, chęć dalszego kształcenia się albo urlop rodzicielski. Ale zdecydowanie najczęstszą przyczyną rezygnacji są niedociągnięcia w środowisku pracy, stres, brak czasu na przerwy, posiłki, wizytę w toalecie, a także fakt, że idzie się do pracy i z niej wraca ze ściśniętym żołądkiem.

W dużej mierze wiąże się to z efektywizacją. Każda pielęgniarka czy salowa ma zbyt wielu pacjentów, którymi powinna się zająć. Pacjenci są

coraz starsi, bardziej chorzy, a opieka nad nimi trudniejsza. Każdy z nich wymaga więcej starań, a to z kolei wymaga czasu. Czasu, którego ilość efektywizacja zredukowała do minimum. Pielęgniarka stawia pacjentów na pierwszym miejscu, bo przecież kształciła się po to, żeby właśnie nimi się zajmować, i dlatego na dalszym planie jest chwila dla siebie: na odpoczynek, śniadanie, obiad czy wizytę w toalecie.

Krótkowzroczne myślenie w końcowym rezultacie kosztuje więcej, niż efektywizacja w zamyśle miała zaoszczędzić. Każdą odchodzącą pielęgniarkę trzeba zastąpić. A to również kosztuje. Pieniądze na rekrutację i przede wszystkim czas – czyli też pieniądź – na przyuczenie i wdrożenie. Nie mówiąc już o obniżeniu kompetencji zespołu za każdym razem, gdy odchodzi doświadczona pielęgniarka.

Siv nie dostała izolatki, ponieważ brakowało miejsc w szpitalu... ponieważ brakowało pielęgniarek. Jeżeli znalazłaby się wcześniej na oddziale, była odpowiednio monitorowana i leczona, być może by przeżyła. Może. A może nie. Ale tak czy inaczej byłoby więcej godności w tej ostatniej dobie jej życia, gdyby nie musiała spędzić jej na twardej kozetce pogotowia w pomieszczeniu zalanym ostrym światłem jarzeniówek.

Inny efekt okrojonej liczby personelu jest taki, że na lekarzy i pielęgniarki spadają nowe zadania. Salowych już nie ma i pielęgniarki wraz z sanitariuszkami muszą wykonywać sporą część ich wcześniejszej pracy. Lekarzom przydzielane są zadania administracyjne, odbierające im czas na to, do czego byli kształceni: zajmowanie się pacjentami.

Ale rozwiązanie można znaleźć. Wspomniałem wcześniej o szpitalu w Ystad, gdzie sekretarka medyczna uczestniczy w obchodzie i ma pieczę nad sprawami administracyjnymi. Skracanie czasu, który lekarze i pielęgniarki spędzają przed komputerem, to droga we właściwym kierunku.

Opowiadając o moim dyżurze, opisałem, jak duża część tej pracy ma charakter organizacyjny: załatwianie miejsc w szpitalu, delegowanie lekarzy i dokumentacja. Spory odsetek kwestii medycznych jest spychany

na lekarzy dyżurujących na internie – a ci są na wymarciu. Lwia część lekarzy, przede wszystkim w dużych miastach, ma dzisiaj węższe specjalizacje. Ale pacjenci nie dostosowują się do sytuacji. Pacjenci cierpią na wiele chorób. Siv miała problemy endokrynologiczne, ortopedyczne i neurologiczne, problemy z płucami i z sercem. Jednak coraz mniej lekarzy potrafi zająć się pacjentem kompleksowo. Jednym z możliwych rozwiązań mogłoby być kształcenie większej liczby specjalistów medycyny ratunkowej.

W krajach anglosaskich medycyna ratunkowa rozwinęła się w ciągu ostatnich trzydziestu lat. W Szwecji jesteśmy dopiero w powijkach, chociaż i u nas coś zaczyna się dziać. Wciąż jednak panuje zdecydowany niedobór specjalistów w tej dziedzinie. Kliniki chirurgii oraz medycyny o szerokim spektrum trzeba utrzymywać i rozwijać w olbrzymich, wysoko wyspecjalizowanych szpitalach, jak na przykład Nowy Szpital Karolinska. Należy jednak również utrzymywać i rozwijać ogólną i szeroką specjalizację, jaką jest medycyna wewnętrzna. Paradoks superspecjalistycznych szpitali polega na tym, że lekarze mają coraz głębszą wiedzę w swojej dziedzinie, ale jednocześnie jest ona coraz bardziej zawężona. A pacjenci są coraz starsi i cierpią na wiele różnych chorób.

OGRANICZENIA TERAPII

Pewnej niedzieli spotkałem na oddziale Pera-Arnego. Był dziewięćdziesięcioletnim mężczyzną, który od ponad roku leżał w łóżku i w stosunkowo krótkim czasie rozwinęła się u niego demencja. Jego żona Stina była natomiast żwawa, choć też przekroczyła dziewięćdziesiątkę. Prowadziła samochód i zajmowała się domem przy pomocy przychodzącej dwa razy w tygodniu osoby sprzątającej, opłacanej przez gminę. Para pochodziła z Kiruny, gdzie została ich jedyna córka. Rok wcześniej Per-Arne też był w pełni sił i wspólnie obchodzili urodziny, jak zwykle zapraszając do siebie córkę z wnuczkami na kiszonego śledzia. Córka opowiedziała mi, że od tamtej pory była w Sztokholmie tylko raz, na Boże Narodzenie, a stan taty stopniowo się pogarszał.

– Wszystko się zaczęło, kiedy przewrócił się w łazience i złamał biodro – dodała. – Nigdy nie wrócił całkiem do siebie po operacji.

Siedzieliśmy w saloniku na oddziale. Córka była już chyba w wieku emerytalnym, ale wciąż pracowała, i dlatego rzadko mogła odwiedzać rodziców w Sztokholmie. Sprawiała wrażenie spokojnej i dobrze zorganizowanej. Podejrzywałem, że pracowała w służbie zdrowia, a być może nawet zajmowała się opieką nad starszymi ludźmi. Używała terminologii medycznej.

– Przyjechałam, kiedy tylko zrozumiałam, że z tatą jest tak źle. Jaki jest naprawdę jego stan?

– Ma poważne zapalenie płuc – odpowiedziałem, starając się mówić cicho. W pokoju siedzieli członkowie rodzin innych pacjentów, ale na naszym oddziale nie było pomieszczeń do rozmów z bliskimi. Każdy zakamarek został wykorzystany na sale chorych.

– Podejrzewamy u niego aspirację. – Celowo użyłem medycznego zwrotu „aspiracja”, czyli określenia stanu, kiedy zawartość żołądka trafia

do płuc przez zachłyśnięcie. Miałem rację: zrozumiała.

– To nie pierwszy raz. – Spojrzała w swój kubek z kawą. – Przeżyli razem siedemdziesiąt lat.

– Fantastycznie – odpowiedziałem. – Ma pani jakieś pojęcie, jak głęboka jest demencja taty?

– Nie. Głównie leży w łóżku, a poza tym i on, i mama bardzo źle słyszą.

– To jak się komunikują?

Spojrzała na mnie i uśmiechnęła się.

– Tego nikt nie wie.

Odczekałem chwilę, zastanawiając się, jak sformułować następne pytanie. W końcu powiedziałem:

– Czy wie pani, jaki on miał stosunek do własnego stanu zdrowia w ciągu ostatniego roku?

– Nie, ale przed upadkiem rok temu bardzo cieszył się życiem.

Wiedziałem, że Per-Arne ma nadciśnienie, powiększoną prostatę i że w ostatnim roku miał powracające zapalenie płuc. Tyle powiedziała mi jego karta pacjenta. Gdy dodałem do tego wiek i ewentualną demencję – która co prawda nie została w karcie wymieniona – uznałem, że obraz jest dla mnie jasny.

– Tata dostał antybiotyki i płyny. Opad się zmniejsza, co wskazuje na to, że infekcja jest prawdopodobnie pod kontrolą. Wodzi też wzrokiem i rozmawia, jak pani sama widziała. Kolor skóry jest prawidłowy, ciśnienie, tętno i oddech w porządku. Ale jest stary i niezwykle kruchy... Jeżeli jego serce przestanie bić na oddziale, będziemy go jedynie wspierać i podawać leki uspokajające. Nie podłączymy go do respiratora na oddziale intensywnej terapii.

Poczekaliśmy na reakcję córki.

– Brzmi rozsądnie.

Zakończyliśmy rozmowę i córka wróciła do ojca.

Per-Arne przyjechał na pogotowie trzy dni wcześniej. Przyjęto go,

ponieważ miał problemy z oddychaniem. Wykonano posiew z krwi, gardła i moczu, rozpoczęto leczenie antybiotykami o szerokim spektrum. CRP wynosiło wtedy dwieście osiemdziesiąt, co wskazuje na to, że infekcja utrzymywała się od co najmniej doby, a prawdopodobnie dłużej. Lekarz oddziału ratunkowego zlecił też prześwietlenie płuc, którego wynik brzmiał: „Liczne nacieki w płucach, głównie po prawej stronie. Obraz jak przy aspiracyjnym zapaleniu płuc”.

Z Perem-Arnem praktycznie nie było kontaktu. Wymagał podania kilku litrów tlenu przez rurkę do nosa.

Dwa dni później, w sobotę, stan Pera-Arnego niewiele się polepszył, ale stężenie CRP spadło, wydawało się więc, że infekcja jest pod kontrolą. Lekarz specjalista, który robił obchód na oddziale, zanotował w karcie pacjenta: „Pacjent *moribundus*”.

Termin *moribundus* pochodzi z łaciny i oznacza dosłownie „umierający”. A jeśli pacjent jest umierający, stosuje się paliację, to znaczy leczenie jedynie łagodzące objawy. Mogą to być środki uśmierzające ból, płyny, leki przeciwko mdłościom i zatwardzeniu.

W niedzielę kolejny specjalista robił obchód wraz z młodszym asystentem. Jak zawsze w weekend było co robić, zwłaszcza że jest wtedy mniej personelu niż w dni powszednie. Czasu jest mało, a lekarz dyżurujący jest ciągle wzywany na oddział albo pogotowie w celu obejrzenia nagłych przypadków.

Tego dnia Per-Arne siedział na łóżku i rozmawiał.

Mimo to lekarz postanowił odstawić antybiotyki. W jego opinii więc Per-Arne miał nie przeżyć zapalenia płuc, które co prawda było pod kontrolą, ale z całą pewnością nie zostało wyleczone. Zgaduję, że tej niedzieli lekarz oparł swoją decyzję w bardzo dużym stopniu na ocenie lekarza z dnia poprzedniego, który opisał pacjenta jako umierającego – *moribundus*.

Po południu tego dnia lekarz asystujący odszukał mnie, kiedy przełożony poszedł do domu. Asystentowi nie podobała się decyzja o odstawieniu antybiotyków. Zapoznałem się z przypadkiem pacjenta,

przeprowadziłem rozmowę z córką, którą wcześniej opisałem, i podjąłem decyzję: nie zgadzałem się z kolegą lekarzem, że pacjent był umierający, i ponownie włączyłem antybiotyki. Być może dzień wcześniej był umierający, ale nie znalazłem nigdzie notatki o tym, że skontaktowano się z córką w Kirunie. Z żoną również nie, ale, jak później zrozumiałem, prawie całkiem ogłuchła, więc rozmowa z nią byłaby utrudniona. Nie odwiedzała też męża na oddziale. Nie można się również było dowiedzieć, co Per-Arne sam sądził o swoim stanie zdrowia. Jestem przekonany, że wśród lekarzy, którzy czytają historię Pera-Arnego, połowa postąpiłaby tak jak ja, a połowa jak starszy lekarz, który odstawił antybiotyki. Decyzje medyczne często są bardzo trudne.

Zgodnie z wytycznymi Głównego Zarządu Zdrowia i Opieki Społecznej w szwedzkiej służbie zdrowia lekarz ma nakaz wydania jednoznacznej opinii, czy istnieją jakieś granice w leczeniu pacjenta, jeśli pacjent znajdzie się w stanie zagrażającym życiu. Do karty wpisujemy ograniczenie terapii.

Przykład: pulmonolog ma do czynienia z siedemdziesięcioletnim pacjentem z nieuleczalnym rakiem płuc i omawia różne metody leczenia w celu przedłużenia życia, ale bez szans na poprawę. Lekarz spotyka się z pacjentem na wizycie przed podjęciem zaplanowanej radioterapii. Pacjent czuje się w miarę nieźle, ale odczuwa zmęczenie i dobrze rozumie, że nie ma remedium na raka. Lekarz spokojnie opowiada, co mogłoby się stać, gdyby serce pacjenta nagle przestało pracować. Kiedy serce staje, w większości przypadków trzeba pacjenta zaintubować i podłączyć do respiratora. Przy rozsianym, zaawansowanym i nieuleczalnym raku płuc szanse przeżycia takiej terapii na oddziale intensywnej opieki medycznej są minimalne. Jeśli nawet pacjent by przeżył, istnieje wysokie ryzyko, że mózg ulegnie nieodwracalnemu uszkodzeniu.

Pulmonolog może to pacjentowi opowiedzieć i pomóc mu zająć stanowisko w kwestii ograniczenia terapii, gdyby podobna sytuacja zaistniała. Lekarz na wszelki wypadek wpisuje informację do karty

pacjenta. Od tej pory wszyscy, którzy mają do czynienia z tym pacjentem, wiedzą, że została podjęta decyzja DNR, czyli żadnej reanimacji i żadnego respiratora.

W Szwecji istnieją wyraźne wytyczne dotyczące reanimacji, opracowane przez Szwedzkie Towarzystwo Lekarskie, Szwedzki Związek Pielęgniarek i Szwedzką Radę Reanimacji, które Główny Zarząd Zdrowia i Opieki Społecznej przywołuje w swoim dokumencie o ograniczeniach terapii. Reanimacja jest jednym z elementów, które można ograniczyć. Warto też poruszyć inne ważne rzeczy, na przykład to, czy pacjent ma być dializowany (przy niedoczynności nerek), otrzymywać chemioterapię (przy raku) czy ogólnie intensywną terapię.

Problem polega na tym, że na oddziałach ratunkowych nie mamy tyle samo czasu co pulmonolog u siebie w klinice.

W 2015 roku 160 000 dorosłych pacjentów zostało przyjętych na oddziały ratunkowe w Szpitalach Uniwersyteckich Karolinska w Huddinge i w Solnie. Średnia wieku zgłaszających się wyniosła 49 lat, a wśród przyjmowanych do szpitala – 61. Ze wszystkich zgłaszających się na pogotowie osób umiera około 0,6 procenta. Obserwuje się olbrzymi wzrost liczby pacjentów w coraz starszym wieku i w nierzadko poważnym stanie. Komunikacja z pacjentem najczęściej jest utrudniona lub wręcz niemożliwa. Dlatego tak ważny jest udział bliskich w tych czasem trudnych rozmowach.

Każdy region i każdy szpital mają własne wskazania do ograniczenia terapii, ale wszystkie opierają się na tych samych zasadach etycznych, o których wspominałem wcześniej.

Dokument, którego używamy w Szpitalu Karolinska, ma dwie strony i zawiera piętnaście punktów, do których należy się ustosunkować. Trzeba go wypełnić dla każdego krytycznie chorego pacjenta. Nie jest więc powiedziane, że dokument należy wypełnić dla pewnej grupy wiekowej czy szczególnej grupy chorób. Natomiast jeżeli nie został on wypełniony, to stosuje się „pełne środki”, co oznacza, że jeśli pacjent na przykład dozna zatrzymania akcji serca, trzeba rozpocząć reanimację,

dopóki lekarz nie zadecyduje o jej przerwaniu.

Ograniczenia terapii stawiają jednak wiele wyzwań.

W naszych wytycznych napisane jest między innymi: „Decyzję należy w miarę możliwości podjąć w porozumieniu z pacjentem, a jeśli to niemożliwe, z rodziną/osobą bliską”.

Wielu pacjentów, u których ograniczenie terapii w jakiejś formie może stać się aktualne – jak Per-Arne na pogotowiu – nie jest w stanie się komunikować. Mają obniżony stopień świadomości, demencję albo są oszołomieni na skutek nagłej lub przewlekłej choroby. Niektórzy pacjenci nie mają bliskich, a jeśli mają, to ci nie zawsze są obecni na SOR-ze albo na oddziale.

W sytuacji nagłej lekarz prowadzący musi skontaktować się z rodziną, czasami w środku nocy, i przez telefon przeprowadzić wywiad w kwestii stosunku pacjenta do zabiegów przywracających życie w przypadku zatrzymania akcji serca. Jest to rozmowa, którą należałoby przeprowadzić osobiście, a nie przez telefon.

Następnie nasze wytyczne mówią: „Lekarz podejmujący decyzję winien mieć odpowiednie kompetencje i wystarczającą wiedzę o pacjencie”.

Rozumie się samo przez się, że lekarz pogotowia – w środku nocy, spotykający pacjenta po raz pierwszy w gabinecie zabiegowym – nie ma takiej wiedzy. Dlatego trzeba działać jak najlepiej, szybko wyrobić sobie zdanie o życiu pacjenta na podstawie zapisów w jego karcie albo, jeżeli ma kogoś bliskiego, porozmawiać z rodziną. Na koniec wytyczne głoszą: „Decyzję powinno się podejmować w porozumieniu z kolegami lekarzami”.

Na szczęście na miejscu są zazwyczaj inni lekarze, z którymi można skonsultować swoją diagnozę – można mieć nadzieję, że znajdzie się ktoś z większym doświadczeniem, ale nie zawsze tak bywa, zwłaszcza w środku nocy.

W przypadku Pera-Arnego była osoba bliska do rozmowy, córka, ale

w ostatnim roku widywała ona ojca sporadycznie. Ktoś powinien był zadzwonić do córki i choćby spróbować dowiedzieć się czegoś więcej o życiu Pera-Arnego w ostatnim roku i o tym, jakiego leczenia mógłby sobie życzyć, a jakiego nie. Można oczywiście argumentować, że jego zaawansowany wiek i zły stan zdrowia w ostatnim roku były wystarczającą informacją do przyjęcia procedury DNR. Jednak ani pacjent, ani bliscy nie zostali o tym poinformowani. A jak z jego nastawieniem do życia? Z jego chęcią do życia?

Kiedy w końcu mogłem porozmawiać z córką, miałem poczucie, że pacjent z żoną żyli razem długo i szczęśliwie i że jeszcze rok temu Per-Arne był radosnym i rześkim mężczyzną.

Odejście we śnie w wyniku zapalenia płuc nie było może złą opcją. Ale kto to mógł wiedzieć? Per-Arne nie mógł nam tego powiedzieć osobiście.

Prowadziłem dyskusję z sobą samym i z lekarzem asystującym. To, że nie podłączymy Pera-Arnego do respiratora w razie pogorszenia się jego stanu, było moim zdaniem oczywiste. Mogliśmy więc z czystym sumieniem zaznaczyć opcję: „żadnej intensywnej terapii”, wiedząc, że mało kto podważyłby taką decyzję, biorąc pod uwagę wiek i liczne choroby, na które cierpiał pacjent.

Ale dlaczego nie można było jeszcze przez kilka dni dać podziałać antybiotykowi? Jeżeli pacjent przeżyłby to zapalenie płuc, może mógłby wrócić do domu i pożyć jeszcze pół roku? Może żona chciała walczyć o jego życie za wszelką cenę? Niestety, nie mogłem jej o to zapytać. Ale w czasie tamtej rozmowy przy kawie córka powiedziała coś, co zapadło mi w pamięć.

„W czasie świąt słyszałam, jak się razem śmieją i planują przyjęcie ze śledzikiem w nadchodzącym roku. Cieszyli się chyba na myśl o lecie...”.

Na swój delikatny sposób córka mi przekazała, że rodzice wciąż myśleli o przyszłości. Potrafili też dobrze się bawić razem.

Im dłużej pracuję, im więcej pacjentów spotykam, tym bardziej nabieram pokory wobec życia. Spotykałem dziewięćdziesięcioletnich pacjentów, którzy walczyli z całych sił, by

pozostać przy życiu, które kochali. Leczyłem ludzi, którzy przeżyli obozy koncentracyjne i którzy, patrząc mi prosto w oczy, mówili, że chyba zwariowałem, skoro pytam ich, czy sobie życzą leczenia, czy też nie. Niektórzy uważają, że warto za wszelką cenę walczyć o każdy dodatkowy dzień życia. Spotykam bliskich pacjentów, którzy patrzą mi w oczy, mówiąc: „Proszę zrobić wszystko, co trzeba, żeby mama przeżyła”.

Dla niektórych z nich może być też sprawą kluczową, żeby mama przeżyła jeszcze pół roku. Są niewyjaśnione konflikty, które trzeba rozwiązać. Ważne rozmowy, na które nigdy nie było czasu. Relacje podjęte na późnym etapie życia, które właśnie się rozwijają.

Kim ja zatem jestem, żeby bawić się w Pana Boga? Kim jestem, żeby odstawić antybiotyki Perowi-Arnemu, który ma uleczalną chorobę, zapalenie płuc – zwłaszcza że spadek stężenia CRP i polepszenie ogólnego stanu zdrowia świadczą o tym, że rzeczywiście reaguje na leczenie?

Takie dylematy są niezwykle trudne, szczególnie gdy – jak w przypadku Pera-Arnego – tak mało wiemy. Z tego, co nam wiadomo, nigdy nie powiedział nikomu, jak wyobrażał sobie opiekę nad sobą na końcowym etapie życia.

Nie jest w tym odosobniony. Z mojego doświadczenia wiem, że większość starszych pacjentów, z którymi się stykam, nie rozmawiała z bliskimi o śmierci. Jeszcze mniej spisało ostatnią wolę w postaci testamentu – przynajmniej my w służbie zdrowia wyjątkowo rzadko widzimy taki dokument.

Jednak ważne też jest, żeby nie mieszać prywatnych uczuć z rolą lekarza czy pielęgniarki, żeby nie dostrzegać własnej babki czy dziadka w pacjentce czy pacjencie, którego z tego powodu z całych sił pragniemy uratować. Trzeba zachować profesjonalizm i obiektywność. Zebrać tyle informacji, ile tylko możliwe, i podjąć rzetelnie ugruntowaną decyzję.

Jednocześnie w tłumie przyjmowanych codziennie pacjentów nie wolno zatracić zaangażowania i zdolności do empatii. Nie można patrzeć tylko na wiek w karcie i myśleć: „Aha, urodzony w 1927 roku,

dziewięćdziesiąt lat. Może już czas umrzeć. Nie róbmy za dużo”. Musimy dostrzec człowieka. Jakiego pacjenta mam przed sobą? Dziewięćdziesięciolatek, duchem i ciałem rzeński niczym siedemdziesięciopięciolatek, dotknięty teraz nieskomplikowaną chorobą, którą mogę leczyć. Może właśnie ten dziewięćdziesięciolatek dożyje stu czterech lat? Może ma czternaście dobrych lat życia przed sobą? Jednak na dostrzeżenie pełnego obrazu potrzeba czasu.

Podejmowanie decyzji o ograniczeniu terapii moim zdaniem powinno trwać zdecydowanie dłużej i mieć szerszy zakres niż dziś w ratunkowej służbie zdrowia. Wielu rozmów o ostatniej fazie życia nie można po prostu odłożyć na później. Pracujemy na pogotowiu ratunkowym, w pełnej do ostatniej wizyty klinice albo na przepelnionym oddziale. Jesteśmy zestresowani i uważamy, że na pierwszym miejscu powinniśmy stawiać inne sprawy niż rozmowa z bliskimi. Ale musimy próbować znaleźć na to czas. Musimy zwracać na to uwagę naszych przełożonych i starać się wpłynąć na system.

Gdy rozważałem, czy Per-Arne powinien w dalszym ciągu przyjmować antybiotyki, czy nie, decyzję pomogło mi podjąć to, co jego córka dała mi do zrozumienia podczas naszej rozmowy przy kawie, a co, przynajmniej jej zdaniem, odzwierciedlało stosunek ojca do życia: cieszył się na myśl o choćby jeszcze jednym przyjęciu przy śledziu.

Czasami w naszym zapale postępowania według przysięgi Hipokratesa sądzimy, że zdrowie i przeżycie pacjenta to dla nas, personelu medycznego, jedyne cele. Ale słuchać pacjentów i naprawdę słyszeć to, czego oni chcą, to niekiedy słuchać śmierci i pozwalać jej nadejść.

KIEDY POZWOLIĆ ODEJŚĆ

Sixten żył spokojnym życiem w kawalerce we Flemingsbergu. Gminna opieka domowa pomagała mu dwa razy w tygodniu przy zakupach, a w poniedziałki przychodziła pielęgniarka rejonowa i uzupełniała jego dozownik z lekarstwami. Sixten miał długą na dziesięć metrów plastikową rurkę, wiszącą za nim, kiedy kuśtykał z balkonikiem po mieszkaniu bez progów: pobierał dodatkowe dwa litry tlenu przez nos ze względu na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, która rozwinęła się u niego w wyniku palenia paczki papierosów dziennie przez ponad czterdzieści lat.

W poniedziałek, cztery dni wcześniej nim Sixten wezwał karetkę, pojawiły się u niego kaszel i gorączka. Zadzwoił do przychodni, skąd przyszedł lekarz i zlecił penicylinę przeciwko zapaleniu płuc, które podejrzewał. Stan Sixtena nie poprawił się – przeciwnie, mężczyzna miał uczucie, że coraz ciężiej mu oddychać.

W piątek obudził się i wpadł w panikę. Kaszel nie pozwalał mu spać przez prawie całą noc, zadzwonił więc pod 112. Ledwie miał siłę wstać z łóżka i otworzyć ratownikom medycznym, którzy w swoim raporcie napisali: „Osiemdziesięciojednoletni mężczyzna z tlenem w domu, obecnie silna duszność. Świsty w całym obszarze płucnym. Sine usta, saturacja 75 procent z powietrza. W karetce podano dziesięć litrów tlenu i leki na poszerzenie dróg oddechowych”.

O 9.25 karetka przyjechała na oddział ratunkowy szpitala w Huddinge, gdzie pacjentem zajął się lekarz. W karcie można było przeczytać: „Ciężko dobudzić, ból. Oddech powierzchowny, częstotliwość trzydzieści pięć na minutę. Saturacja 90 procent po dziesięciu litrach tlenu przez maskę. Ciśnienie sto na sześćdziesiąt, tętno sto dziesięć, ledwo wyczuwalne”.

Lekarz pogotowia wykonał gazometrię, która wykazała, że poziom

dwutlenku węgla we krwi Sixtena sięgał jedenastu kilopaskali (kPa), podczas gdy w normalnych przypadkach wynosi poniżej sześciu.

Sixten miał zapalenie płuc, a w nich pełno bakterii, komórek zapalnych i płynu, co powodowało, że płuca nie były w stanie pobierać tlenu z powietrza do znajdujących się wewnątrz nich milionów pęcherzyków płucnych. Cierpiał na niedotlenienie organizmu. Stwierdzili to już ratownicy medyczni, kiedy przybyli do jego mieszkania, i dlatego w karetce podali mu tlen. Ale z powodu choroby płuc, POChP, Sixten nie był w stanie wydalić dwutlenku węgla, który produkował jego organizm. Gaz zadziałał jak środek narkotyczny i Sixten zaczął tracić przytomność. Teraz jedynie minuty dzieliły go od stanu śpiączki, co w końcu spowoduje zatrzymanie akcji serca.

Specjalista na oddziale ratunkowym zrozumiał sytuację i w gabinecie pogotowia podjął wentylację, która pomogła Sixtenowi wydychać dwutlenek węgla. Założono mu maskę, a ponieważ pacjenta nie trzeba było intubować, umieszczono go na naszym oddziale opieki przejściowej. Zajmował się nim lekarz specjalista medycyny wewnętrznej – i tak się złożyło, że w tamten piątek byłem nim ja.

Założyłem wenflon na przegubie Sixtena, żebyśmy mogli powtarzać gazometrię i kontrolować poziom dwutlenku węgla w organizmie. Zadzwoiłem do jego jedyne go syna i powiedziałem, że stan ojca jest poważny. Syn podziękował za wiadomość, powiedział, że przyjdzie po południu, a ja po odłożeniu słuchawki zorientowałem się, że powinienem być poruszyć kwestię ograniczenia terapii. Nie zadzwoniłem jednak ponownie. Co by się stało, gdyby Sixtenowi stanęło serce? Czy powinniśmy go reanimować i dzwonić po kolegów z intensywnej terapii, żeby go zaintubowali? Przejrzałem informację medyczną Sixtena i stwierdziłem, że jest po dwóch zawałach – ostatni był zaledwie rok temu. Miał również migotanie przedsionków i był na warfarynie, leku silnie rozrzedzającym krew, zwiększającym między innymi ryzyko wylewu krwi do mózgu. Brał siedemnaście tabletek dziennie. Poszedłem do jego łóżka i stwierdziłem, że wygląda na więcej niż swój faktyczny

wiek, czyli osiemdziesiąt jeden lat.

Z Sixtenem było źle. Zrobiłem USG płuc i zobaczyłem płyn w obu jamach opłucnowych, a także coś, co wyglądało na nacieki (najczęściej oznaka infekcji) w środku prawego płuca. Jego serce nie biło prawidłowo, parametry nerkowe podniosły się dwukrotnie, z 80 do 160, w porównaniu do badań zrobionych miesiąc wcześniej. Był odwodniony i potrzebował kroplówki. CRP wynosiło 220, co wskazywało na infekcję bakteryjną. Lekarz pogotowia już zlecił posiew z krwi, a następnie zaordynował dożylnie antybiotyk o szerokim spektrum (cefotaksym).

Około trzeciej po południu przyszedł syn Sixtena, sam wyglądający na wiek emerytalny. Nie pytałem, czy pracuje. Staliśmy w korytarzyku oddziału, podczas gdy pielęgniarki zmieniały pościel innemu pacjentowi w zdecydowanie zbyt ciasnej sali, w której w tamtym momencie zajmowaliśmy się równocześnie trzema bardzo chorymi pacjentami.

– Pański ojciec jest poważnie chory.

Mężczyzna spojrział na salę, gdzie leżał jego ojciec podłączony do mnóstwa rurek i przewodów.

Spróbowałem jeszcze raz.

– Wie pan o jego chorobach... mam na myśli: już od jakiegoś czasu?

– Tak.

Mężczyzna wciąż unikał mojego wzroku.

– Ale, jak zrozumiałem z jego karty, jest dość sprawny to znaczy jak na swój wiek. Korzysta z pomocy tylko dwa razy w tygodniu.

Zawołała mnie pielęgniarka. Zwróciła uwagę, że czeka na mnie inny pacjent, któremu miałem odprowadzić płyn z jamy brzusznej.

Syn Sixtena włożył ręce do kieszeni granatowej zimowej kurtki. Miał na sobie watowaną czapkę z daszkiem i nausznikami oraz toporne bucior.

Nie doczekałem się odpowiedzi. Mężczyzna stał i spoglądał w kierunku sali.

– Czy dobrze się pan czuje? – spytałem.

Kiwnął głową i poszedł do ojca.

Dwie godziny później poszedłem do domu, ale następnego dnia miałem dyżur i do moich obowiązków należało zrobienie obchodu na naszym i jeszcze jednym oddziale. Dowiedziałem się, że w nocy Sixten był niespokojny i próbował zerwać maskę. Wentylację odłączono i podano tylko tlen, ale wtedy poziom dwutlenku węgla we krwi znowu się podniósł. Nocny dyżurny zlecił dexdor, lek uspokajający używany w intensywnej terapii. Nie zakłóca oddechu pacjenta, ale działa usypiająco. Sixten przestał odrzucać maskę, a poziom dwutlenku węgla opadł. Ale zaczęło również spadać mu ciśnienie, a poziom kwasu mlekowego (laktatu) we krwi się podwyższył, co oznaczało, że narządy nie otrzymywały wystarczająco dużo tlenu. Zbierająca się do domu nocna zmiana zdała mi raport.

W sobotę walczyłem o utrzymanie Sixtena przy życiu. Był w stanie szoku, wszystkie podawane płyny zaczęły trafiać do płuc z powodu słabego serca, które nie miało siły pompować krwi. Założyłem dren do płuca i spuściłem dwa litry płynu. Podaliśmy też furosemid – lek moczopędny – ale ciśnienie spadło jeszcze bardziej. Wtedy zleciłem noradrenalinę, lek zwężający naczynia krwionośne, w wyniku czego ciśnienie krwi wzrasta. Przyniosło to efekt, a nerki Sixtena powoli podjęły pracę. Pojawił się mocz w worku podłączonym do cewnika, założonego na oddziale ratunkowym.

Kiedy po południu ponownie zajrzałem do Sixtena, miał zimne palce u rąk i nóg, ciśnienie znowu mu spadło. Włączyłem kolejny zaawansowany i drogi lek – simdax – powodujący, że serce bije mocniej. Serce Sixtena miało blizny po przebytych zawałach.

Ostatnią rzeczą, którą tego dnia zrobiłem, było zapisanie ograniczenia terapii.

Porozmawiałem znowu z synem Sixtena i poinformowałem go, że nie sądzę, by jego ojciec przeżył intubację i leczenie pod respiratorem na oddziale intensywnej terapii. W odpowiedzi mruknął „tak”.

– Robimy, co możemy na intensywnej opiece medycznej, ale nie

włożymy mu rurki do tchawicy, bo on tego nie przeżyje.

Biorąc pod uwagę dość zaawansowany wiek pacjenta, poważną chorobę płuc i kilka zawałów serca, nie była to moim zdaniem decyzja szczególnie trudna do podjęcia.

Sixten trzymał się przy życiu. Nie było z nim kontaktu, patrzył czasem tylko, kiedy personel zmieniał mu pościel albo pobierał krew do badań. Poszedłem do domu. Niedzielę miałem wolną, ale gdy wróciłem w poniedziałek rano, zdziwiłem się, że Sixten ciągle żyje. Pomyślałem, że jest wojownikiem, i poczułem dumę, że udało nam się przeprowadzić szereg skutecznych zabiegów, ale też frustrację: co teraz?

Minęły trzy dni i nic się w sumie nie zmieniło. Sixten żył dzięki podawanym przez nas lekom. W ciągu dnia poziom dwutlenku węgla we krwi pacjenta znowu się podniósł, jego nerki produkowały coraz mniej moczu. Po dyskusji z personelem doszliśmy do wniosku, że Sixten prawdopodobnie nie przeżyje. Przygotowaliśmy izolatkę, do której o trzeciej po południu przenieśliśmy Sixtena. Jego syn został poinformowany i był w drodze do szpitala.

Dwadzieścia minut po przeniesieniu go do izolatki Sixten wydał ostatnie tchnienie. Personel wezwał mnie, bym stwierdził zgon, co niezwłocznie uczyniłem.

W korytarzu zobaczyłem, że jego syn idzie w moim kierunku, i poczułem znajomy skurcz w żołądku, który pojawia się zawsze, niezależnie od tego, czy umiera stary, czy młody pacjent. Spotkanie z członkami rodziny jest trudne – nigdy nie wiadomo, jak zareagują na wiadomość o śmierci bliskiej osoby.

Zatrzymałem się. Byliśmy blisko wyjścia, sami w tej części korytarza.

– Przykro mi, pański ojciec zmarł.

Syn spojrzał na mnie i po raz pierwszy zobaczyłem reakcję, którą mogłem odczytać.

Uśmiechał się.

– To dobrze.

Zaskoczył mnie. Tego się nie spodziewałem.

– Dokładnie tego chciał – ciągnął dalej syn.

– Co pan ma na myśli? – zapytałem zdezorientowany.

– Dwa tygodnie temu powiedział, że nie chce żyć. Już po poprzednim zawale, zeszłej jesieni, uważał, że wystarczy. Nie miał najmniejszej ochoty leżeć w szpitalu.

– Ale...

Mężczyzna spojrział ponad moim ramieniem.

– Czy mogę teraz do niego pójść?

Zaprowadziłem go. Potem powoli poszedłem do saloniku dla personelu, usiłując zrozumieć to, co zaszło. Czułem się kretyńsko. Dlaczego nie zapytałem? Dlaczego syn nic nie powiedział? Może nie zadałem właściwych pytań. Nie poczekałem na jego odpowiedź.

Łatwo zapatrzeć się ślepo w czysto medyczne aspekty, jak w przypadku Sixtena. Po prostu nie przyszło mi do głowy, że Sixten nie chciał żyć. Z perspektywy może się to wydać naiwne oraz nieprofesjonalne: przy każdym starszym pacjencie, którego przyjmujemy do szpitala, mamy obowiązek podejmować decyzję o ograniczeniach terapii. Jako lekarze prowadzący mamy zgromadzić informacje o przebytych chorobach pacjenta, jego stosunku do intensywnej terapii, obecnym stanie zdrowia, możliwościach przeżycia, by móc podjąć jak najlepiej ugruntowaną decyzję o tym, jaki stopień opieki medycznej jest dla pacjenta najlepszy.

Ale jako lekarze jesteśmy szkoleni przede wszystkim – i słusznie – do ratowania życia.

Często pobudzają nas trudne wyzwania, rozpoznawanie rzadkich chorób, podejmowanie leczenia, które ratuje ciężko chorych pacjentów.

W Szwecji mamy wszystkie środki, o jakich moglibyśmy marzyć – różnica szans czterdziestoletniego nauczyciela gimnazjum z kryptokokami kilka lat temu w Burundi i mojego dziadka w Szwecji w 1902 roku jest kolosalna.

Dlatego też kiedy spotkałem Sixtena, w głowie miałem tylko jedną

myśl: żeby go uratować. Zapewnić mu najlepszą z możliwych opiekę.

Ale zapomniałem spojrzeć całościowo.

Trzeba komunikować się z pacjentami i ich bliskimi, poświęcać czas i dostrzec całego człowieka, a nie tylko czysto medyczne aspekty. Jeżeli miałbym odwagę zapytać wcześniej syna Sixtena, czego ojciec naprawdę chciał, to nie leczyłbym go przez te kilka ostatnich dni – jak widać, wbrew jego woli.

Dostrzec całego człowieka. Korzystać z całej swojej wiedzy i doświadczenia, ale jednocześnie zachować pokorę wobec wszystkiego, czego nie wiemy o ludzkim ciele, o chorobach, o psychice. Zrozumieć, że każdy człowiek jest indywidualny i ma indywidualne życzenia i potrzeby.

O to chodzi w zawodzie lekarza.

POSŁOWIE

Personel oddziału właśnie skończył śniadanie i salonik opustoszał. Zostałem ja i studentka piątego semestru. Kilka dni przepracowaliśmy razem na oddziale i już teraz było widać, że jest dobra. Lepsza niż większość jej kolegów z roku. Zauważyłem też, że była niezwykle ciekawa. Wszystkiego. Podczas rozmowy zdałem sobie sprawę, że rozmawiam z dwadzieścia lat młodszą, lepszą wersją mnie samego.

– To jak będzie? – zapytałem. – Zła czy dobra strona?

– Ma pan na myśli zielone czy białe ubrania?

– Tak.

– Chyba szala przechyla się w stronę interny. Chociaż jeszcze nie przeprowadziłam żadnej operacji. Na razie wszystko jest megainteresujące. Na każdym kursie czuję: „O, w tym chcę pracować”. Rozumie pan?

– Rozumiem. Właśnie tak czułem przez cały czas moich studiów.

– To czemu wybrał pan internę?

– Przypadek. Czy raczej metoda wykluczania. Próbowałem wszystkiego. Pracowałem na chirurgii, internie, zakaźnym, wyjechałem do Afryki... zanim znalazłem się na oddziale ratunkowym dziesięć lat temu. Musiałem przetestować wszystko, żeby dojść do tego, co chcę robić.

– Prawda? Tak trudno jest wybrać. Wszystko jest takie fajne. Ale czy nie można odpuścić sobie próbowania wszystkiego? To zajmie tak dużo czasu.

Pobiegłem myślami dwadzieścia lat wstecz.

– To chyba kwestia osobowości. Albo trzeba wszystkiego spróbować, albo się wie bez próbowania.

– Ale wiedział pan w głębi ducha, że nie chce pan być chirurgiem?

Uśmiechnąłem się sam do siebie.

– Chyba podejrzewałem, że nie mogę, ale chciałem móc. Miałem niskie poczucie własnej wartości i sądziłem, że chirurgia jest najbardziej ekstra z tego, co można robić.

– Ale pan wiedział, że tak naprawdę wcale nie jest ekstra?

– Coś w tym stylu.

Studentka pokiwała ze zrozumieniem głową i uśmiechnęła się.

– Jeżeli miałbym zgadywać, to pani ma lepsze poczucie własnej wartości, niż ja miałem – ciągnąłem.

– Dlaczego pan tak myśli?

– Tak mi się wydaje. Po pierwsze, dużo się zmieniło przez dwadzieścia lat, zmuszają was do wcześniejszego dojrzewania, szybszego podejmowania wielu wyborów życiowych. Po drugie, jest pani kobietą... a kobiety, moim zdaniem, lepiej znają siebie.

– Może.

– Ale w końcu to się samo wyjaśni. Jeżeli pani nie wybierze specjalności, to ona wybierze panią. A ofert będzie pani miała wiele.

– Tak pan sądzi?

– Tak. Jest pani bardzo zdolna, wiedziałem to już po dziesięciu minutach w poniedziałek.

Zamilkła. Rzuciła spojrzenie na kogoś, kto przechodził korytarzem. Wypiła trochę kawy.

– Jest trudno, trzeba się tyle nauczyć...

– To prawda. Ale zauważyłem, że jest pani bardzo odcytana. Nie mogę niestety powiedzieć, że to wystarczy. Trzeba ciągle czytać. Całe życie. To jak z chodzeniem na siłownię – nie wystarczy rok ciężkiego treningu i potem relaks, bo mięśnie szybko zanikną.

Westchnęła ciężko.

– A co pani sądzi o naszej klinice? – zapytałem. – O medycynie wewnętrznej?

Zauważyłem, że zawahała się lekko. Pewnie obawiała się być zbyt szczerą. Mimo wszystko pod koniec tygodnia miałem podpisać jej papiery.

– Spokojnie, może pani mówić otwarcie. Wiem już, że jest pani świetną studentką i że wszystko pójdzie pani doskonale. Już teraz mogę pani zaproponować, żeby wróciła pani do nas na zastępstwo. To byłby dla nas zaszczyt.

Jej twarz rozjaśnił zaraźliwy uśmiech, przeciągnęła dwoma palcami po długich ciemnych włosach.

– Jest różnie. – Otworzyła szeroko oczy. – To znaczy jest bardzo różnie. Jednego dnia chodzę po szpitalu z zaangażowanym lekarzem, który opowiada o wszystkim, wracam do domu i mam ochotę jeszcze więcej czytać. Więcej się uczyć. A kiedy indziej snuję się z jakimś zmęczonym doktorem, który prawie nic nie mówi i interesuje go jedynie wysyłanie pacjentów do domu. Potrafi tylko dużo gadać o miejscach szpitalnych i tak dalej. Po prostu mnóstwo gadaniny o sprawach administracyjnych. Wtedy motywacja spada.

Pokręciłem głową, wzdychając nad tym, że tak mało się zmieniło przez dwadzieścia lat.

Podsumowała to dobrze sama.

– Więc po prostu ode mnie zależy, czy będę dobrym lekarzem. Ale taki mam zamiar. To najlepszy zawód na świecie.

– Cieszę się, że tak pani czuje. Na szczęście większość pani kolegów z roku jest prawie tak samo dobra i ma pozytywne nastawienie. Mamy więc nadzieję na przyszłość.

– Tak pan uważa?

Po raz pierwszy wyglądała na zaniepokojoną.

– Tak – powiedziałem uspokajająco.

– Miejmy nadzieję – odpowiedziała i znów się rozjaśniła. Potem przyszło jej na myśl coś jeszcze. – Najdziwniejsze jest to, że komunikujemy się na tak różne sposoby.

- Co pani ma na myśli? – spytałem.
- W piśmie używamy w miarę podobnego języka – chodzi mi na przykład o uzupełnianie karty pacjenta. Ale potem, podczas obchodu czy rozmowy o pacjentach, tak bardzo się różnimy.
- Tak, jesteśmy przecież indywidualni. Różni.
- Ale tak nie może być. Powinniśmy być bardziej... ustrukturyzowani. Uśmiechnąłem się.
- Jest pani świetna. Mówiłem. Daleko pani zajdzie.
- Dziękuję. Jeśli wytrzymam. Jestem przekonana, że z pacjentami jest ciekawie. Że czysto medyczne rzeczy są fajne. Ale ta cała reszta, te wszystkie sprawy administracyjne u wielu osób zabijają zapał do pracy. Mam nadzieję, że wszystko już będzie dobrze, jak zacznę pracować.
- To zależy od pani i pani kolegów.
- Do tego trzeba zostać politykiem.
- Nie. Proszę trzymać się medycyny. Będzie pani świetnym lekarzem.

PODZIĘKOWANIA

Za pomoc przy powstaniu tej książki dziękuję Andersowi Ternhagowi, Annice Hermele, Andreasowi Wladisowi, Bo Rydqvistowi, Emilii Titelman, Ericowi Sörlingowi, Finnowi Filénowi, Gustafowi Bonde, Johanowi Frostegårdowi, Josefin Landin, Knutowi Meidellowi, Larsowi Molinowi, Linie Schollin, Lindzie Altrov Berg, Malin Lindgren, Oli Danielssonowi, Stefanowi Hildingowi i Suzanne Unge Sörling.

BIBLIOGRAFIA

Książki

- Dunant H., *Europas bortglömda blodbad: minnen från Solferino*, Lind & Co., 2005.
- Gonzales L., *Deep survival: who lives, who dies, and why*, W.W. Norton & Company, 2004.
- Gourevith P., *Vi vill uppläsa er om att vi kommer att dödas i morgon tillsammans med våra familjer: berättelser från Rwanda*, Atlas, 2009.
- Grossman D. & Christensen L.W., *On combat: the psychology and physiology of deadly conflict in war and in peace*, Warrior Science Pub, 2008.
- Hochschild A., *Kung Leopolds vålnad: om girighet, terror och hjältemod i det koloniala Afrika*, Ordfront, 2000.
- Irani A.M. & Akl E.G., *Management and prevention of anaphylaxis*, F1000Res, 2015, 4.
- Jennings C., *Across the red river: Rwanda, Burundi & the heart of darkness*, Gollancz, 2000.
- Oxford Handbook of tropical medicine*, Davidson R., Brent A. & Seale A. (eds.), Oxford University Press, 2014.
- Pittman R.N., *Regulation of tissue oxygenation*, Morgan & Claypool, 2011.
- Wrong M., *In the footsteps of mr Kurtz: living on the brink of disaster in the Congo*, Fourth Estate, 2000.

Artykuły

- Aminov R.I., *A brief history of the antibiotic era: lessons learned and challenges for the future*, „Frontiers in Microbiology”, 1:134, 2010.
- Angel M., *Medical research: the dangers to the human subjects*, „The New York Review of Books”, 19 November 2015; <http://www.nybooks.com/articles/2015/11/19/medical-research-dangershuman-subjects/>.
- Beckman I., *Här är sekreteraren med under rondan*, „Dagens Medicin”; <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2016/03/09/harar-sekreteraren-med-under-ronden/>.
- Bhatt A., *Evolution of clinical research: a history before and beyond James Lind*, „Perspectives in Clinical Research”, 1(1):6–10, 2010.
- Borgström A., *Sverige har lägst antal vårdplatser i Europa*, „Läkartidningen”, 104(6):396–97, 2007.
- Bowen J., *Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning*, „The New England Journal of Medicine”, 355(21):2217–25, 2006.
- Brown T.M. & Fee E., *Walter Bradford Cannon pioneer physiologist of human emotions*, „American

- Journal of Public Health”, 92:1594–95, 2002.
- Cohen B., *Nazi medical experimentation: the ethics of using medical data from nazi experiments*, „Jewish Virtual Library”, 2014; <http://www.jewishvirtuallibrary.org/the-ethics-of-using-medical-data-from-nazi-experiments>.
- Edvardsson J., Arnholdt-Olsson A. & Jeppsson B., *Mer tid för patienten hos läkare i England*, „Läkartidningen”, 111:CUWE, 2014.
- Ehrlinger J., Johnson K., Banner M., Dunning D. & Kruger J., *Why the unskilled are unaware: further explorations of (absent) self-insight among the incompetent*, „Organizational Behaviour and Human Decision Processes”, 105(1):98–121.283, 2008.
- Green S.M., *When do clinical decision rules improve patient care?*, „Annals of Emergency Medicine”, 62(2):132–35, 2013.
- Haregu T.N., Setswe G., Elliott J. & Oldenburg B., *National responses to HIV/AIDS and non-communicable diseases in developing countries: analysis of strategic parallels and differences*, „Journal of Public Health Research”, 3(1):99.
- Harjutsalo V., Sund R., Knip M. & Groop P.H., *Incidence of type 1 diabetes in Finland*, „Jama”, 310(4):427–28, 2013.
- Huo L., Harding J.L., Peeters A., Shaw J.E. & Magliano D.J., *Life expectancy of type 1 diabetic patients during 1997–2010: a national Australian registry-based cohort study*, „Diabetologia”, 59(6):1177–85, 2016.
- Hurt R.T., Kulisek C., Buchanan L.A. & McClave S.A., *The obesity epidemic: challenges, health initiatives, and implications for gastroenterologists*, „Gastroenterology & Hepatology”, 6(12):780–92, 2010.
- Khatib R.A., Selemani M., Mrisho G.A. et al., *Access to artemisinin-based anti-malarial treatment and its related factors in rural Tanzania*, „Malaria Journal”, 12:155, 2013.
- Kravet S.J., Howell E. & Wright S.M., *Morbidity and mortality conference, grand rounds, and the ACGME’s core competencies*, „Journal of General Internal Medicine”, 21(11):1192–94, 2006.
- Krey J., *Oklart om de andra operationerna föregicks av en etisk diskussion*, „Dagens Medicin”, 2016; <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2016/02/04/oklart-om-de-andra-operationerna-foregicksav-en-etisk-diskussion/>.
- Kruger J. & Dunning D., *Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one’s own incompetence lead to inflated self-assessments*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 77(6):1121–34, 1999.
- Leach R.M. & Treacher D.F., *Oxygen transport-2. Tissue hypoxia*, „British Medical Journal”, 317(7169):1370–73, 1998.
- Lövtrup M., *Ur nazismens grymheter föddes forskningsetiken*, „Läkartidningen”, 37(111):1494–98.284, 2014.
- Macchiarini P., *Tracheobronchial transplantation*, „Lancet”, 387(10016):339, 2016.
- McCorry L.K., *Physiology of the autonomic nervous system*, „American Journal of Pharmaceutical Education”, 71(4):78, 2007.

- McCulloch P., *Developing appropriate methodology for the study of surgical techniques*, „Journal of the Royal Society of Medicine”, 102(2):51–5, 2009.
- Neuhauser D., *Ernest Amory Codman MD*, „Quality & Safety in Health Care”, 11(1):104–5, 2002.
- Penaloza A., Verschuren F., Meyer G., Quentin-Georget S., Soulie C., Thys F. et al., *Comparison of the unstructured clinician gestalt, the Wells score, and the revised Geneva score to estimate pretest probability for suspected pulmonary embolism*, „Annals of Emergency Medicine”, 62(2):117–24, 2013.
- Persson I., Granath F., Askling J., Ludvigsson J.F., Olsson T. & Feltelius N., *Risks of neurological and immune-related diseases, including narcolepsy, after vaccination with Pandemrix: a population- and registry-based cohort study with over 2 years of follow-up*, „Journal of Internal Medicine”, 275(2):172–90, 2014.
- Poinar G., *Plasmodium dominicana n. sp. (plasmodiidae: haemospororida) from tertiary dominican amber*, „Systematic Parasitology”, 61(1):47–52, 2005.
- Ramesh A.C. & Kumar S., *Triage, monitoring, and treatment of mass casualty events involving chemical, biological, radiological, or nuclear agents*, „Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences”, 2(3):239–47, 2010.
- Ramesha K.N., Kate M.P., Kesavadas C., Radhakrishnan V.V., Nair S. & Thomas S.V., *Fungal infections of the central nervous system in HIV-negative patients: experience from a tertiary referral center of South India*, „Annals of Indian Academy of Neurology”, 13(2):112–16, 2010.
- Riddez L., *Efter Utøya... svensk katastrofberedskap behöver skärpas*, „Läkartidningen”, 109(29–31):1339.285, 2012.
- Ringdén O., *Viktigt att Sverige tillåter nya behandlingar på vitalindikation*, „Läkartidningen”, Läkartidningen.se 2016-01-18.
- Runyon M.S., Webb W.B., Jones A.E. & Kline J.A., *Comparison of the unstructured clinician estimate of pretest probability for pulmonary embolism to the Canadian score and the Charlotte rule: a prospective observational study*, „Academic Emergency Medicine”, 12(7):587–93, 2005.
- Selic P., Svab I., Repolusk M. & Gucek N.K., *What factors affect patients' recall of general practitioners' advice?*, „BMC Family Practice”, 12:141, 2011.
- Swanson A., *A horrifying reminder of what life without vaccines was really like*, „Washington Post”; https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/05/04/a-horrifyingreminder-of-what-life-without-vaccines-was-really-like/?utm_term=.3e7aa86c8899.
- Svensson O., *Are we all less risky and more skillful than our fellow drivers*, „Acta Psychologica”, 47(2):143–48, 1981.
- Unge C., Ragnarsson A., Ekstrom A.M., Indalo D., Belita A., Carter J. et al., *The influence of traditional medicine and religion on discontinuation of ART in an urban informal settlement in Nairobi, Kenya*, „AIDS Care”, 23(7):851–8, 2011.
- Unge C., Sodergard B., Ekstrom A.M., Carter J., Waweru M., Ilako F. et al., *Challenges for scaling up ART in a resource-limited setting: a retrospective study in Kibera, Kenya*, „Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome”, 50(4):397–402, 2009.
- Unge C., Sodergard B., Ekstrom A.M., Carter J., Waweru M., Ilako F. et al., *Comparing clinic retention*

- between residents and nonresidents of Kibera, Kenya, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 53(3):283–84, 2010.
- Unge C., Sodergard B., Marrone G., Thorson A., Lukhwaro A., Carter J. et al., *Long-term adherence to antiretroviral treatment and program drop-out in a high-risk urban setting in sub-Saharan Africa: a prospective cohort study*, „PLoS One”, 5(10):e13613.286, 2010.
- Unge C., Sodergard B., Thorson A., Ragnarsson A., Carter J., Ilako F. et al., *HIV treatment in times of civil strife: serious threats to antiretroviral drug access in the Kibera slum following the Kenyan elections*, „AIDS”, 22(13):1693–94, 2008.
- Unger A. & Riley L.W., *Slum health: from understanding to action*, „PLoS Medicine”, 4(10):1561–6, 2007.
- Wallin C.J. & Thor J., *SBAR – model for better communication between health personnel. Inefficient communication contributes to the majority of injuries in health care*, „Läkartidningen”, 105(26–27):1922–25, 2008.
- Watson P.W. & McKinstry B., *A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultation*, „Journal of the Royal Society of Medicine”, 102(6):235–43, 2009.
- Weilenmann L., *Terrordådet på Drottninggatan – så fungerade vården*, „Vårdfokus”, <https://www.vardfok-us.se/webbnyheter/2017/september/terrordadet-pa-drottninggatan-sa-fungeradevardden/>.
- Ågård A., *Nya etiska riktlinjer för hjärt–lungräddning väl förankrade i svensk vård*, „Läkartidningen”, 111(3–4):82–85, 2014.

Inne źródła

- Behandlingsbegränsning – EJ HLR*, <http://www.aim.pm/behandlingsbegransning-ej-hlr/>.
- Founding of MSF*, <http://www.doctorswithoutborders.org/founding-msf>.
- Frågor och svar om mässling, påssjuka och röda hund (MPR)*, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittykydd-beredskap/vaccinationer/fragor-och-svar/massling-passjuka-och-roda-hund/>.
- Hälso- och sjukvårdslagen (1982)*, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-ochsjukvardslag_sfs-2017-30.
- International federation of Red Cross and Red Crescent Societies*, <http://www.ifrc.org/en/who-we-are/history/>.
- Mallin M. (2015), *The day I didn't use ultrasound* [podcast], <http://emcrit.org/podcasts/day-i-didnt-use-ultrasound/>.
- Medical milestones* (2007), „BMJ”, <http://www.bmj.com/content/medical-milestones>.
- Nickson C. (2016), *Dealing with D-dimer debacles* [blogg], <http://lifeinthefastlane.com/hematology-hoodwinker-001/>.
- OECD (2015), *Health at a glance*, <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>.

- Regler och riktlinjer för forskning 2016, <http://codex.vr.se/index.shtml>.
- Rosling H. (2014), *Hur man undviker att vara okunnig om världen*, "TED talk",
https://www.ted.com/talks/hans_and_ola_rosling_how_not_to_be_ignorant_about_the_world?language=sv.
- Socialstyrelsen (2001), *Riktlinjer – Medicinsk katastrofberedskap*,
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11290/2001-102-3.pdf>.
- Statens Medicinsk-etiska råd (2008), *Etik – en introduktion*, <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2012/05/Etik-en-introduktion1.pdf>.
- The History of Malaria, an Ancient Disease*, <https://www.cdc.gov/malaria/about/history/>.
- UN Habitat (2003), *The challenge of slums – global report on human settlements*;
<http://mirror.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=1156>.
- Weingart S. (2015), *The new Elaine Bromiley* [podcast], <http://emcrit.org/misc/the-new-elaine-bromiley-videos/>.
- WHO (2010), *Background paper: non-communicable diseases in low- and middle-income countries*,
http://www.who.int/nmh/events/2010/Tehran_Background_Paper.pdf.
- WHO (2011), *The use of DDT in malaria vector control*,
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69945/1/WHO_HTM_GMP_2011_eng.pdf.
- WHO (2012, 2017), *Keeping health workers and facilities safe in war 2012*,
<http://www.who.int/bulletin/volumes/90/1/12-030112/en/>.
- WHO (2013), *WHO traditional medicine strategy 2014–2023*,
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1.
- WHO (2015), *Obesity and overweight 2015*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- WHO (2016), *Malaria. Fact sheet*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/>.
- WHO (2016), *Meningitis A nearly eliminated in Africa through vaccination, reaching more than 235 million people*, <http://www.afro.who.int/news/meningitis-nearly-eliminated-africa-throughvaccination-reaching-more-235-million-people>.
- WHO (2017), *Global Health: today's challenges*, <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/en/>.
- WHO (2017), *1 in 5 children in Africa do not have access to lifesaving vaccines*,
<http://www.afro.who.int/news/1-5-childrenafrica-do-not-have-access-life-saving-vaccines>.
- WHO (2017), *Overview of malaria treatment*,
<http://www.who.int/malaria/areas/treatment/overview/en/>.
- WHO (2017), *Responding to antimalarial drug resistance*,
http://www.who.int/malaria/areas/drug_resistance/overview/en.

Przypisy

- [1] Odpowiednik polskiego sanepidu (przyp. red.).
- [2] Kościół zielonoświątkowców, udzielający wnętrza do uroczystych spotkań (przyp. red.).
- [3] W zrozumiałym dla Szwedów języku norweskim *husk Midas* znaczy „pamiętaj Midasa” (przyp. red.).
- [4] SIDA (Swedish International Development Cooperation Agency) – Szwedzka Agencja ds. Rozwoju Współpracy Międzynarodowej.
- [5] Cykl kwasu cytrynowego lub cykl Krebsa – cykliczny szereg reakcji biochemicznych stanowiący końcowy etap metabolizmu organizmów oddychających tlenem. Mechanizm cyklu zbadał w latach 30. XX wieku sir Hans Krebs, a kluczowe elementy cyklu przedstawił w 1937 roku, za co w 1953 roku otrzymał Nagrodę Nobla (przyp. red.).
- [6] Kwashiorkor – choroba powodowana niedoborem ilościowym i jakościowym pożywienia, dotycząca najczęściej dzieci w ubogich krajach.
- [7] CRP (ang. *C-reactive protein*) – białko reaktywne produkowane przez wątrobę w celu odpowiedzi układu immunologicznego na infekcję. Wysoki poziom CRP we krwi (powyżej 10 mg/l) świadczy o stanie zapalnym w organizmie.
- [8] 22 lipca 2011 roku na norweskiej wyspie Utøya norweski ekstremista Anders Breivik otworzył ogień do przebywającej na obozie młodzieży, zabijając 69 osób i raniąc ponad 200 (przyp. red.).
- [9] Masz infekcję nerek i niedobory qi (z ang.).

Spis treści

Od Autora

Wstęp

Jak wszystko się zaczęło

Psycholog

Hans Rosling i rozwój medycyny

Staż: metoda prób i błędów

Stażysta i jego opiekun

Praca za granicą: pierwszy szok

Lekarze bez Granic a własne bezpieczeństwo

Praca za granicą: dostosowanie

Znaczenie wiedzy

Granice medycyny: Laura

Prawa medycyny

Rozmowa z Gabrielem

Malaria: Cerissa

Pierwsza połowa

Alexis z cukrzycą

Cesarskie cięcie

Handlarz z Burundi

Przyjęcie

SOR w Szpitalu Południowym

Kongo

Traumatologia i sztuka rozmawiania ze sobą

Gotowość na wypadek katastrofy

Södertälje: chirurgia

HIV i moja praca naukowa

Medycyna tradycyjna

Ostatnia rozmowa z Leonardem

Etyka badań naukowych i oszustwa

Stres a podejmowanie decyzji

Badania przesiewowe

Wyzwania diagnostyki

Służba zdrowia bez rezerw

Ograniczenia terapii

Kiedy pozwolić odejść

Posłowie

Podziękowania

Bibliografia

Przypisy

Spis treści

Karta redakcyjna

Tytuł oryginału
HAR JAG EN DÅLIG DAG KANSKE NÅGON DÖR

Projekt okładki
Karolina Żelazińska

Redakcja
Anna Kędziorek

Korekt
Bożena Leszkowicz
Teresa Zielińska

Copyright © Christian Unge,
first published by Norstedts, Sweden, in 2018.
Published by agreement with Norstedts Agency, Sweden, and BookLab Literary Agency, Poland
Copyright © for the Polish translation by Urszula Pacanowska Skogqvist, 2019
Copyright © by Wielka Litera Sp. z o.o., Warszawa 2019

ISBN 978-83-8032-325-4



Wielka Litera Sp. z o.o.
ul. Kosiarzy 37/53
02-953 Warszawa

Odwiedź
nas na 

POBIERZ NA TELEFON APLIKACJĘ WIELKA LITERA AR

Aplikacja WielkaLitera wykorzystuje technologię rozszerzonej rzeczywistości (AR) i umożliwia odtwarzanie wideo, audio oraz e-booków, a także przekierowuje na wybrane strony www. Aplikacja WielkaLitera jest dostępna w wersjach na [Android](#) oraz [iOS](#). Pobierz ją za darmo i zobacz więcej.



Konwersja: [eLitera s.c.](#)