

YANEK

ŚWITAŁA

POLSKI SOR

UWAGA, BĘDZIE BOLAŁO

Niewiele jest osób, które o systemie ochrony zdrowia opowiadają z tak bezwzględną szczerością. Będzie szorstko, gorzko, ale prawdziwie.

RAFAŁ GĘBURA
twórca „7 metrów pod ziemią”

RATOWNIK

MANDA

YANEK
Ś W I T A Ł A
POLSKI SOR
UWAGA, BĘDZIE BOLAŁO

MANDO 



Wstęp

Nad głową latały gołębie. Jeden z nich, jakby od niechcienia, dwoma ruchami skrzydeł znalazł się centymetry od moich butów. Nic nie robił sobie z bezpośredniej bliskości czarnych, skórzanych wojskowych butów. Zawiązałem je sobie jak zawsze – na sztywno. Centymetr luzu pomiędzy cholewką a kostką, sekunda nieuwagi, nieopatrzenie postawiona stopa, a usłyszysz chrupnięcie. Poczujesz ból. Nie dasz rady iść dalej. Zdążyłem się już wcześniej nauczyć, że w ratownictwie medycznym, jeśli coś może „się zesrać” w złym momencie, to z całą pewnością „zesra się” w tym najgorszym ze wszystkich. Po co więc ryzykować?

Wiosenne słońce muskało moje włosy. Była niedziela, mój drugi albo trzeci dyżur w pogotowiu ratunkowym. Gdzieś w Polsce, miasto raczej bez znaczenia – bo takich niedziel, takich miast i miasteczek, nawet takich zagubionych gdzieś pomiędzy blokami stacji wyczekiwania jak ta, były setki, jeśli nie tysiące – siedziałem na schodach i pozwalałem słońcu razem z wiatrem bawić się moimi włosami. Patrzyłem na gołębia, który z uporem godnym lepszej sprawy szukał pomiędzy pokruszonym betonem czegoś nadającego się do zjedzenia. Zaciągnąłem się trzecim papierosem, poczułem dym wnikaający głęboko we mnie. Gołąb nic mi nie zrobił, starałem się więc strzepywać popiół tak, aby go nie spłoszyć. Zza moich pleców wyszedł Gruby – koordynator stacji, na której siedziałem. Odpalił papierosa, zaciągnął się. Spokojnym, ale bardzo donośnym, niskim, przenikającym wszystko i wszystkich (taki jest Gruby) głosem powiedział:

– Co? Nudzi ci się? Wiem, widzę. Pojechałbyś na wyjazd?

– Po to tu jestem. Od siódmej leżę na ławce w kuchni, trochę słabo...

– Wiem, młody, wiem. Ale uwierz mi, leż, póki możesz, kiedyś zatęsknisz za takimi dniami jak dziś. Jak wypalisz, to wstaw, proszę, wodę dla wszystkich na kawę, napijemy się.

To zdanie, coś pomiędzy prośbą a poleceniem, nie miało nic wspólnego ze znanymi większości młodych ludzi sytuacjami z bezsensownych studenckich praktyk. Było czymś w rodzaju dowodu zaufania: „Jesteś ratol, chociaż student, jesteś jednym z nas, możesz jeść razem z nami, pić razem z nami, żyć, tak jak my żyjemy”. W ratownictwie pełno jest zresztą takich rytuałów i momentów przejścia, dla kogoś z zewnątrz całkowicie niezrozumiałych, często pozornie banalnych. Na poprzednim dyżurze zapisałem sobie w telefonie, kto jaką kawę pije. Gruby mocną, czarną, z dużą ilością cukru. Podobno potrafił nawet słodzić sobie kawę kupioną na stacji glukozą z ampulek, jeśli ktoś przyniósł mu za mało słodkich papierowych saszetek, a trzeba było jechać dalej. Wąsu – jedyny lekarz na stacji, którego poznałem na egzaminie z KPP kilka tygodni wcześniej, pił kawę z dużą ilością mleka. Pianka często zostawała mu na wąsach, zlizywał ją czasem dopiero po chwili. Bawiło mnie to mleko pod wąsem Wąsa. Na stacji był jeszcze Szczypior – wysoki, chudy i łysy typ, mamroczący coś cały czas jakby do siebie. Pamiętałem, że jemu wszystko jedno, ważne, żeby była kawa. Nieważne, która z kolei. Kiedyś nawet wylądował w szpitalu z bólem w klatce piersiowej. Przyznał się wtedy pielęgniarce na SOR-ze, że skończył właśnie 36-godzinny dyżur, podczas którego wypił 33 kawy. Wtedy, na drugim roku studiów, nie uwierzyłbym, że można tyle wypić. Wtedy.





Na stacji wyczekiwania znajdowały się trzy zespoły ratownictwa medycznego. Dwa podstawowe, złożone z dwóch ratowników medycznych, i jeden zespół specjalistyczny – poza ratolami w jego skład wchodził lekarz – Wąsu. Razem siedmiu ludzi i ja na doczepkę. Wstawiłem wodę i przygotowałem osiem kubków. Dopytałem o kawowe preferencje tych, których jeszcze nie znałem. Dźwięk wesoło bulgoczącego czajnika zbiegł się co do sekundy z przeraźliwym „DYNG, DYNG, DYNG” oznaczającym wyjazd. Zespół, z którym miałem dziś jeździć, był pierwszy w kolejce – to znaczy, że mieliśmy minutę, żeby znaleźć się w karetce. Wybiegłem z kuchni, zostawiając osiem

kubków, osiem niedokończonych kaw, chwyciłem tylko kamizelkę taktyczną. W tym czasie Gruby wychodził z tabletem na podjazd, a kierowca karetki, którego imienia za nic nie mogłem sobie przypomnieć, odpiął już kabel ładujący akumulator pojazdu i jednym skokiem znalazł się na fotelu. Wskoczyłem jako ostatni. Moje miejsce znajdowało się w przedziale medycznym, nazywanym przez wszystkich „paką”. Gruby odwrócił się w moją stronę, zobaczył, że zapinam pasy i ręką dał znak kierowcy, że możemy ruszać. Jednocześnie zaczął odczytywać to, co wysłał do nas dyspozytor – kartę zlecenia wyjazdu. Wyjące syreny (gwizdki, bombki, lasery – jak zwał, tak zwał) nie były w stanie zagłuszyć jego spokojnego głosu.

– Mężczyzna około 40 lat. Oddycha. Uraz nogi, widoczna krew. Zgłaszająca boi się podejść, mężczyzna nie reaguje na jej krzyki.

Nie słuchałem go. To znaczy słuchałem, ale nie docierało do mnie to, co mówił. Byłem bardziej zajęty sobą – sylaby zanikały w szumie rozszerzających się oskrzeli. Serce waliło mi jak bęben wystukujący wojenny rytm. Spocone dłonie zostawiły mokrą plamę na pomarańczowych odblaskowych spodniach. Kiedy chciałem chwycić słupek przed sobą, żeby czegoś się trzymać, moje dłonie ześlizgnęły się z powrotem na kolana. Dałem sobie spokój, próbowałem uspokoić oddech. Tak właśnie czuje się świeżak, kiedy po raz pierwszy naprawdę jedzie „na gwizdkach”. Nie wiem, ile jechaliśmy – minęło może 5, a może i 20 minut. Nie pamiętam. Pamiętam tylko, jak mną rzucało, gdy trzeszczące pasy trzymały mnie w fotelu. Pamiętam niebieskie światła odbijające się w witrynach

sklepów i sygnały, które paraliżowały ruch aut obok nas. I nagle stop, szarpnięcie – jesteśmy.

„Torba, weź torbę!” – krzyczałem do siebie w głowie. „I nie wyjeb się o własne nogi” – prawa Murphy’ego działają w moim życiu szczególnie bezlitośnie, więc ubezpieczam się zawczasu. Ratownicy nie biegają. Bo jak biegiesz, nie dość, że się zasapiesz, to jeszcze możesz potknąć się o własne nogi, poślizgnąć na kupie albo wywrócić o próg karetki. Wskoczyliśmy z wozu na trawę. Brudna trawa, pełno psich kup. Obok trzepaka mężczyzna, leżący na ziemi i podpierający się ręką. Nie jestem w stanie sobie przypomnieć, czy bardziej jęczał z bólu, czy bulgotał coś w języku zrozumiałym tylko dla równie pijanych jak on. Z tego, co kilkanaście minut wcześniej było nogą – działającą i zapakowaną pod skórą – teraz bardzo mocno lała się krew. Dopiero po chwili zrozumiałem, że tej krwi było dużo więcej niż powinno, ale powiedzenie „jak krew w piach” nie wzięło się, jak widać, znikąd. Piaskowobordowa plama była całkiem spora. I trudno się dziwić – przy cięciu spodni ukazało się nam całkiem duże złamanie otwarte. Najwyraźniej krzywo stanął, może spadł. Miał pecha i na oko ze 3 albo 4 promile. W to otwarte złamanie ktoś włożył mu gazę, ktoś założył wenflon. Udało się na chwilę zatamować krwawienie, przerzuciliśmy go na nosze i wjechaliśmy do karetki.

W pojeździe pierwszy strzał adrenaliny minął. Szybka stabilizacja kończyny, pomiar parametrów i odpalamy wrotki – jedziemy na najbliższy SOR. Jakies 15-20 kilometrów autostradą. Syreny wyją, buda się trzęsie, ja w końcu robię coś, czego jestem pewien – siedząc z tyłu, nabieram kolejną dawkę

morfiny do strzykawki. Odpinam pasy, nachylam się nad pacjentem i uderza mnie – wtedy dziwny, dziś już znajomy – zapach krwi wymieszanej z potem i alkoholem. W momencie, w którym trafiam końcem strzykawki do wenflonu, słyszę, jak kierownik obraca się i krzyczy:

– ZAPNIJ PASY!

– CO?! – Nie słyszę, próbuję przekrzyczeć warkot silnika i wycie syren.

– SIADAJ NA DUPIE, KURWA, NIE MAMY HAMULCÓW!

Nie mam prawa jazdy. Serio, skończyłem nawet kurs praktyczny, ale nigdy nie podszedłem do egzaminów. Z różnych powodów. Ale nawet ja wiedziałem, co to oznacza. Myślałem więc, że się jakoś zatrzymamy. Kierowca stwierdził jednak, że dowiezie pacjenta. Dowiózł, jadąc 140 kilometrów na godzinę, przy aplauzie syren, mając na pokładzie swojego kumpla, mnie i pacjenta.

Przekazaliśmy go bezpośrednio na strefę czerwoną tamtejszego SOR-u. Był już mocno wstrząsowy, czekała go operacja. Chłopaki zostały, by uzupełnić dokumentację. Korzystając z przywileju studentów, wziąłem ze sobą nosze i pojechałem zmywać z nich krew. Schowałem się w przedziale medycznym. Wtedy zadzwonił mój telefon. Dzwoniła mama. Nie pamiętam całej naszej rozmowy, trwała może 40 sekund. Pamiętam tylko, że zapytała:

– Hej, jak się czujesz?

– Jestem na praktykach, wszystko w porządku. Nie mogę teraz rozmawiać, zadzwonię wieczorem.

I musiałem się rozłączyć. Tylko tyle potrafiłem wytrzymać, udając, że wszystko gra. Kiedy ratownicy wrócili do karetki,

było już czysto. Mieliśmy wracać na bazę, ale przypomniał mi się o kawie. Ja do tej pory pamiętam (o ile jeszcze pracuję), jaką każdy z nich pije.

Na SOR wjechała 102-letnia pacjentka (urodzona jeszcze przed I wojną światową, jako poddana cara Mikołaja I) z pierwszym w życiu zawałem serca. Szybka akcja, parametry, wkłucie, ekg. Decyzja: leci na hemodynamikę. Przygotowujemy ją do transportu, przecinamy jej ubranie, próbuję rozpiąć bluzkę i jeb... dostałem liścia prosto w twarz. Wielce czcigodna dama mówi: „Halo, ja mam 102 lata, gdzie te ręce?!”.
Przeżyła.



1

Po co mi to było? Jak
zostałem ratownikiem

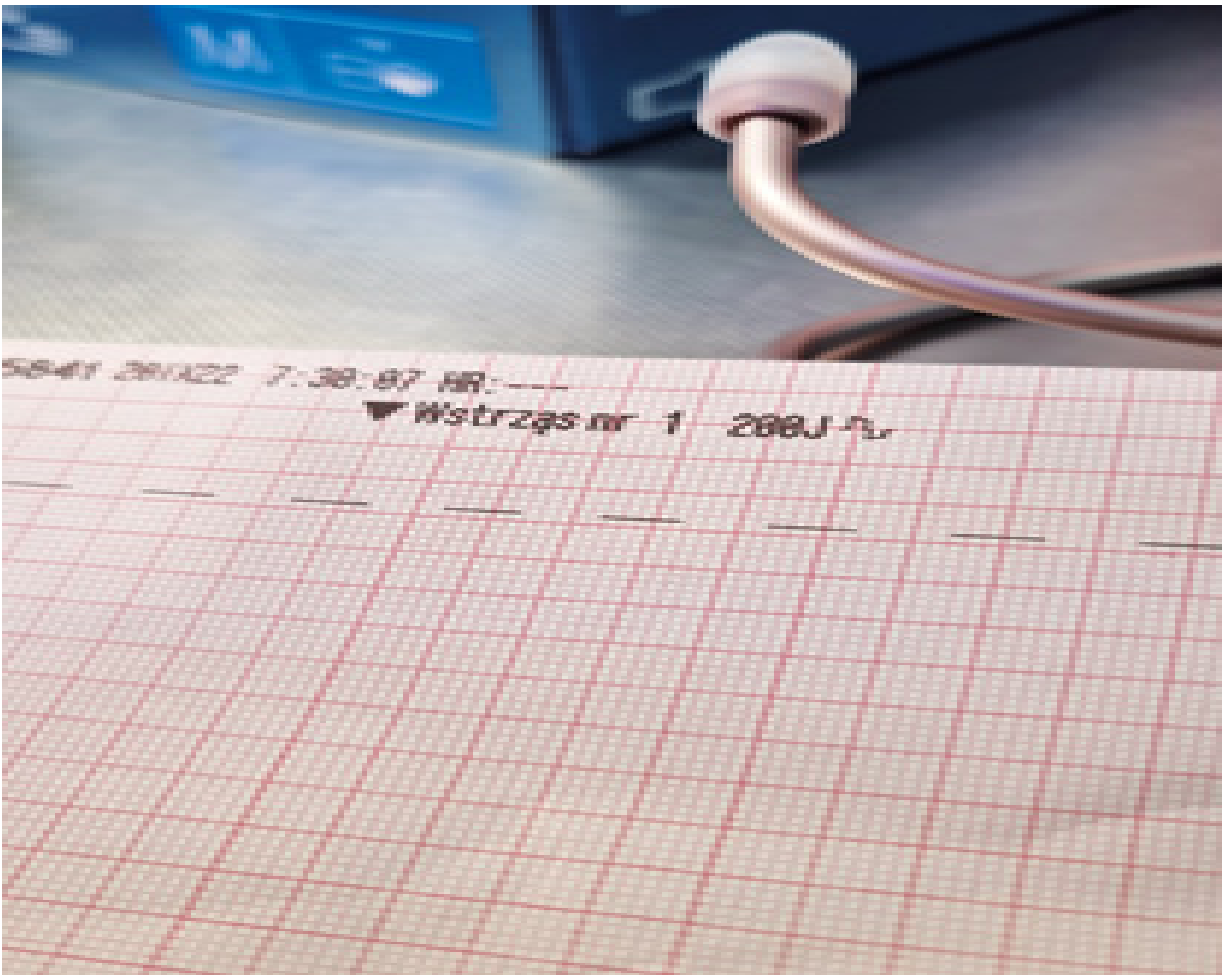
Do pracy w ratownictwie medycznym nie doprowadziła mnie fascynacja karetkami czy inna wkrętka z dzieciństwa. Długo szukałem swojej drogi w życiu. Kiedy byłem młodszy, wydawało mi się, że mogę zmienić cały świat, a potem to bardzo szybko zostało zweryfikowane. Ale bunt wobec tego, czego nie rozumiałem, wobec zasad, których nikt ze mną nie ustalał, ale kazał mi ich przestrzegać, był we mnie od zawsze. Chodziłem swoimi ścieżkami i trudno było mnie zmusić do rzeczy, które w mojej ocenie nie miały sensu. Jeśli trzeba było coś głośno powiedzieć, zawsze byłem pierwszym, który to robił. Szkoda mi było czasu na czekanie, aż ruszy się ktoś inny, i nie widziałem powodów, dla których miałbym siedzieć cicho. Ale poczucie odpowiedzialności szybko stało się też toksyczne, autodestrukcyjne. Często zapominałem o swoich potrzebach, nie umiałem odmówić, przekładałem swoje plany. To nie był czysty altruizm. Pomagając innym, czułem się ważny. Wybierając pracę w ochronie zdrowia, nie myślałem o pacjentach, a o tym, że to ja chcę mieć ciekawe zajęcie i zajmować się rzeczami, które mają sens. Chciałem być tym, który wie, co ma robić zawsze i wszędzie. Tym, który jest zdecydowany i działa, kiedy inni wpadają w panikę. Ta robota właśnie tego uczy, ale często też zostajesz z poczuciem, że ktoś inny postąpiłby lepiej albo byłby miłszy. Na szczęście z czasem to mija.

Moja dziewczyna zawsze czepiała się moich bojówek, później od terapeutki usłyszałem, że to są spodnie do wszystkiego. Na moje myślenie prawdopodobnie miały też wpływ czasy dzieciństwa, kiedy nic nie było pewne. Zacząłem powoli nad tym pracować i coraz częściej wychodzić na miasto bez

przygotowania na apokalipsę. Wtedy właśnie zaczął się kryzys na granicy polsko-białoruskiej i ja w tych samych bojówkach leżałem w krzakach, ukrywając się przed strażą graniczną, i szukałem dzieci, które potrzebowały pomocy. Bojówki jednak się przydały.

Zaczynałem w harcerstwie. Byłem drużynowym, bardzo mocno się w to angażowałem. Imponowała mi wtedy zaradność, a tego właśnie uczyli mnie w ZHP. Jak nie możesz wejść drzwiami, to wchodzisz oknem. Już wtedy ratownicy medyczni to byli w moich oczach tacy goście, którzy zawsze wiedzą, co robić, chociaż nie załapałem się na żaden kurs harcerskiej szkoły ratownictwa. Na początku to właśnie harcerstwo dawało mi poczucie, że działam w grupie, która ma sensowny cel. W ogólniaku porzuciłem harcerski mundur na rzecz wizerunku punkowca z długimi włosami i w glanach. Na pewno kierowała mną też potrzeba przeżywania przygód – Piła to jednak nudne miasto. Ciekawe były tylko protesty, kiedy mieli wprowadzić ACTA 2. Pierwszy raz zobaczyłem wtedy, jak policja bije ludzi i jak ludzie nie dają się bić. Buntowaliśmy się przeciwko nauczycielom, którzy przychodzili do pracy i nie wiedzieli, co mają z nami robić. Wtedy też – w pierwszej pracy – zobaczyłem, jak to jest być pracownikiem bez żadnych praw. Pracujesz na czarno, szef mówi, że ci nie zapłaci, a ty masz swoje zobowiązania i czujesz się w tym całym systemie jak ściera do podłogi. W domu również nie było najlepiej, na studia wyprowadzałem się więc z nabytą odpornością na nieoczekiwane.





Dwa razy zaczynałem socjologię: najpierw w Poznaniu, później w Warszawie. Do tej pory się tym interesuję i czytam książki socjologiczne, uwielbiam też reportaże. Zawsze fascynował mnie punkt widzenia drugiego człowieka, ale o rzeczach wielkich możesz pogadać, jak nie jesteś głodny, a żeby nie być głodnym, musiałem znaleźć pracę. Pracowałem przy koncertach i eventach jako techniczny. Miałem doświadczenie, bo za małolata w Pile dorabiałem sobie w firmie nagłośnieniowej, gdzie dostawałem zawrotne 50 złotych za dobę. Przychodziłem wtedy do szkoły w poniedziałki skacowany i zasypiałem na zajęciach.

Nauczycielki nie dowierzały moim tłumaczeniom, ale przynajmniej koleżanki z równoległych klas szalały, kiedy pokazywałem im zdjęcia z kimś znanym.

Na studiach początkowo byłem zadowolony z tej roboty, wydawała się ciekawa, prestiżowa i niestandardowa. Ale też bardzo szybko pojawiło się poczucie, że to nie jest coś, co można robić całe życie. W pełni zdałem sobie z tego sprawę, kiedy byliśmy z Pidżamą Porno w Londynie na jakimś polskim festiwalu. Reszta technicznych to byli ludzie w wieku moich rodziców. Zrozumiałem, że jeśli nie zacznę działać, jeśli czegoś w życiu nie zmienię, to już zawsze zostanę na tym etapie. Czara goryczy przelała się, kiedy miałem wypadek na scenie – uderzyłem całkiem mocno barkiem, głową i szyją o głośniki. W ułamku sekundy uświadomiłem sobie, że nie mogę dłużej pracować bez ubezpieczenia. Zapisalem się wtedy na archeologię, ale tylko po to, żeby mieć ubezpieczenie. Poszedłem z ciekawości na jeden wykład, ale gdy zobaczyłem siedzących tam ludzi, od razu zrobiłem w tył zwrot. Jeszcze chwilę popracowałem w branży muzycznej – koncerty i festiwale w Stanach, Wielkiej Brytanii, Irlandii. Wiele mnie to nauczyło, choć z perspektywy czasu wiem, że to nie jest dobre miejsce pracy dla 20-lątka – za dużo pokus. Ale dzięki temu nie miałbym teraz problemu wystąpić przed 30 tysiącami osób. Wychodziłem i dawałem publiczności znać, żeby nie rozmawiała, albo na potrzeby jednego kawałka płaśmłem po scenie w stroju więźnia.

Później przez rok nie studiowałem i postanowiłem zrobić użytek z mojego paszportu. Z rodziną nigdy nie podróżowaliśmy, bo w domu się nie przelewało, a ja byłem

bardzo ciekawy świata. Zwiedziłem Ukrainę, Gruzję, Armenię i Iran – wszystko na stopa. W Iranie się zgubiłem, nikt nie mówił po angielsku i nikt nie miał internetu, a nawet jeśli, to nie tyle, aby wystarczyło na tłumacza online. Stwierdziłem wtedy, że jeżeli przeżyję ten dzień, to będę niezniszczalny. Że nic mnie już nie złamie. Udało się, a ja uwierzyłem w siebie. Wróciłem do Polski i pożegnałem się z chłopakami z zespołu. Byłem wtedy w związku z ratowniczką. Ona nie pracowała w zawodzie, ale ja interesowałem się już tym tematem i zazdrościłem jej wiedzy, którą też chciałem osiąść. Oczywiście odradzała mi to, ale nie rozumiałem. Kiedyś kolega zabrał mnie na wykład ratownika, który opowiadał o swojej robocie w Afganistanie. Zresztą wciąż chodzę na jego wykłady. Wyszedłem stamtąd z koparą przy ziemi i pozbawiony wszelkich wątpliwości.

Studia z ratownictwa medycznego udało mi się połączyć z pracą, chociaż początki nie były łatwe z powodu ogromu materiału teoretycznego. Na pierwszych wykładach czuliśmy się jak bohaterowie seriali medycznych obdarzeni dodatkowo supermocami postaci z kreskówek. A wykładowca tę naszą dumę od razu wyciszył, mówiąc: „Skończycie rozwiedzeni, z depresją, będziecie podkradać dragi z sejfu, walić po kablach albo zapijać się do nieprzytomności”. Nikt go wtedy nie rozumiał, ale po czasie uważam, że on jako pierwszy zachował się wobec nas fair. Każdy nas zniechęcał i wydawało nam się, że przesadzają. Przestaliśmy brać ich groźby na serio. Potem jednak, gdy zaczęliśmy chodzić na imprezy z ratownikami, okazało się, że spora ich część to faktycznie rozwodnicy z uzależnieniami. Obecnie mężczyźni to chyba mniejszość

na studiach ratowniczych. Kobiety radzą sobie świetnie, ja nie widzę specjalnej różnicy między ratownikiem a ratowniczką. I na nic się zdadzą argumenty, że przecież kobieta nie podniesie 150-kilogramowego pacjenta, bo ja też sam go nie podniosę. Ratowniczkę ewentualne utrudnienia w sferze fizycznej nadrabiają merytoryką, nie panikują i często łagodzą obyczaje.

Każde studia medyczne są trochę inne. Studenci pielęgniarstwa mają wiedzę szerszą, ale płytszą. Lekarze, niezależnie od wybranej później specjalizacji, muszą nauczyć się wszystkiego. Nas od pierwszego dnia uczono samodzielności i podejmowania decyzji. Oczywiście nasze zawody mają wiele wspólnych cech, możemy się częściowo zastępować i wspierać. Pampersa potrafi zmienić każdy z nas, ale czas lekarza jest o wiele bardziej cenny niż ratownika. Ratownictwo uczy radzenia sobie z sytuacjami nowymi i dziwnymi. Na egzaminie praktycznym można wylosować: pobite dziecko, zatrzymanie krążenia w DPS-ie albo przyjmowanie porodu, i w tym wszystkim trzeba umieć się odnaleźć. Z całym szacunkiem do biologów czy naukowców zajmujących się genetyką, ale w rozpoznaniu zapalenia płuc nie jest potrzebny cykl Krebsa – musisz mieć pojęcie, gdzie przyłożyć słuchawkę, rozróżniać, czym się różni trzeszczenie od rżenia, i wiedzieć, dlaczego raz trzeszczy, a raz rżęzi. Tak samo nie uczono nas odróżniania rodzajów sepsy, a jedynie rozpoznawania jej. Oczywiście z czasem zyskujesz wiedzę o tym, czym jest reumatoidalne zapalenie stawów i dlaczego nie można go do końca życia leczyć ketonalem, ale to nie jest zajęcie ratownika. Pewien profesor zawsze powtarzał, że nie mamy być małymi

lekarzami, tylko wielkimi ratownikami. Mamy swoją działkę i tego trzeba się trzymać.

Były również zagadnienia, które doceniłem dopiero po czasie. Nie przepadałem za dziećmi, więc nie przykładałem się za bardzo do pediatrii. Potem jednak szybko musiałem nadrabiać te zaległości w pracy, bo dzieci trafiają się bardzo często. Raz zdobyta wiedza z ratownictwa zostaje na całe życie. Pewnie nie będę jeździł całe życie w zespole ratownictwa medycznego, ale jeśli będę miał dziecko i dojdzie do zakrztuszenia, nie będę bezradnie patrzył, jak się dusi, czekając na przyjazd pogotowia. Chociaż znajdą się też takie rzeczy, które się nie sprawdziły. Uczyli nas na przykład języka migowego, żebyśmy mogli dogadać się z osobą głuchą, ale do tej pory umiem wymigać tylko, że nazywam się Janek i jestem ratownikiem. No może jeszcze przeliterować wyraz „ruchanko” i znak zapytania. Ale to wiem akurat z imprezy ratowniczej, bo tam dowcipy krążą tylko wokół seksu, umierania i martwych płodów. Zresztą łatwiej jest dogadać się za pomocą kartki i flamastra. Myślę, że w ciągu trzech lat odpadła 1/3 studentów. Widocznie skumali, że to nie są studia dla nich. Zresztą w moim roczniku większość osób to były stare pryki po 40. Wielu miało swoje firmy i poukładane życie, ale w ramach kryzysu wieku średniego postanowili ratować ludzi.

W ekipie ze studiów mieliśmy świetne relacje, do tej pory z większością utrzymuję ciepły kontakt – jeździmy razem na Woodstock, działaliśmy na granicy polsko-białoruskiej i wiem, że gdybym zadzwonił do któregoś z problemem, to znalazłby dla mnie rozwiązanie. I ja też zawsze im pomagałem. Kiedyś zadzwonił do mnie kumpel,

zawodowy żołnierz, i mówi: „Musimy uratować pewne małżeństwo”. W skrócie: facet bzyknął żonę swojego przełożonego i pękła im guma – potrzebował tabletki „dzień po”, wtedy były na receptę. Zadzwońm do pani doktor, z którą w tamtym czasie bardzo dobrze się znałem, a ona bez problemu wystawiła mi receptę na siebie. Zrobiliśmy z tym kumplem nocny rajd po wszystkich aptekach w Warszawie, oczywiście ja wchodziłem do środka, bo on był obsrany. Dopiero w ósmej tabletka się znalazła. Ale to są właśnie takie przyjaźnie, taki typ zażyłości.

Na moich studiach organizowano jeszcze obozy: zimowe – do jednostki GOPR, i letnie – do WOPR-u. Nie jeździliśmy na akcje, ale mogliśmy skorzystać z noszy francuskich, zobaczyć akcję ewakuacyjną i podpatrzeć ich triki. Oprócz tych kursów przewidziane były dwa tygodnie w straży pożarnej. Straszny beton. Niczego nie mogłem robić bez nadzoru behapowca, bo jeszcze bym sobie kostkę skrzył, wchodząc po schodach. Później odbył się kurs składający się z 45-minutowego filmu i kilku pytań, a resztę czasu spędziłem, segregując ich zakurzone dokumenty. Załapałem się tylko na kilka wyjazdów krajoznawczych. Miałem robić rozpoznanie – cykać zdjęcia ich aparatem – tuż po kilku głośnych pożarach starych drewnianych kościołów. Tu jest plac, na którym można postawić wóz bojowy, tam hydrant, tamtego murku nie było na planach. Zajebiście wymagające zajęcie. W trakcie okazało się, że lepszą jakość mają zdjęcia zrobione przeze mnie telefonem niż ich aparatem, musiałem tylko później kombinować, jak to zgrać, bo wejścia USB próżno było u nich szukać.

W trakcie studiów, żeby mieć z czego żyć, zatrudniłem się w szpitalu na SOR-ze jako sanitariusz. Przynieś, podaj, pozamiataj, a w wolnych chwilach przebierz pampersa, załatw, zanieś – tak zaczynałem się uczyć. Nauki było pod dostatkiem, pieniądze takie, że szkoda gadać. Początki były szokujące – zderzenie z frustracją personelu i pacjentów, doświadczenie na własnej skórze całego syfu tego systemu przeorało mi głowę. Doświadczałem tego, o czym moi koledzy dopiero czytali na studiach. Zdarzali się tacy pielęgniarze i ratownicy, którzy na wiele mi pozwalali. Organizowali mi kontrolowane skoki na głęboką wodę. To paradoks, że zgodnie z prawem student przy pacjencie nie może zrobić kompletnie nic, nawet kiedy ryzyko powikłań jest minimalne. Pierwszy wenflon zakładałem pod nadzorem dwóch pielęgniarzy u gościa tak upojonego alkoholem, że miał w dupie, kto go kłuje. Klatkę piersiową pierwszy raz uciskałem w sytuacji zupełnie niespodziewanej. Pchaliśmy z lekarzem pacjenta na wózku na oddział i zatrzymał się nam w windzie, tam zaczęliśmy go uciskać, a winda się zepsuła. Innym razem doświadczyłem, jak to jest, kiedy dostajesz w mordę tylko dlatego, że ktoś jest pijany i ma ochotę komuś wpierdolić, a ty stoisz najbliżej. A kiedy wszyscy znajomi jadą do domu na święta, ty zostajesz na dyżurze, bo najkrócej pracujesz. Nie można było liczyć na dzień wolny, żeby zaliczyć sesję – trzeba było załatwiać lewe L4. Nie wytrzymałem tego mobbingu, zwolniłem się po roku.



Ale długo bez oddziału i tej adrenaliny też nie wytrzymałem. Po kilku miesiącach znowu przychodziłem w wolnym czasie na inny SOR jako wolontariusz. Tam spotkałem się z zupełnie innym podejściem ze strony przełożonych, trafiłem na ludzi, którzy cieszyli się, że ktoś im pomaga, i bardzo chcieli mnie uczyć. Pierwszego dnia przyszedłem przerażony, przebrany w swoje śmieszne niebieskie ciuszki, a ordynator wziął mnie pod rękę i wszystko mi pokazał. W pewnym momencie odchylił prześcieradło z fizeliny, a tam stał stojak na kroplówki i dwa pudełka. Wtedy nie miałem pojęcia, co to jest. Pokazał mi jedyną maszynę do szybkiego przetaczania krwi w Polsce –

taką, która w ciągu minuty jest w stanie podać 4 jednostki krwi ogrzanej do 40 stopni – i powiedział: „To jest w Polsce nielegalne, ale mam to w dupie, wolę ratować ludzi, łamiąc prawo, niż pozwalać im umierać zgodnie z prawem”. Tam tak naprawdę się rozwinąłem, nauczyłem się machać głowicą USG i badać pacjentów, a jak podałem pierwszy raz lek bez pytania, bo uznałem, że trzeba, to dostałem pochwałę. Rzucali mnie na głęboką wodę, ale teraz uważam, że to było bardzo sensowne.





Kiedyś miałem pomagać przy odbarczeniu wodobrzusza. Najpierw kazali mi przygotować sprzęt, więc szukam po szafkach i widzę zestaw do cewnikowania, drenażu, ale do odbarczenia wodobrzusza nie ma. Chirurg się zaśmiał, kazał mi wziąć największy wenflon, worek od cewnika na mocz, dren od kroplówki, nożyczki i plaster. Zamontował to wszystko i zostawił mnie z wenflonem w brzuchu pacjentki w jednej ręce i workiem na osocze w drugiej, mówiąc: „Za jakiś czas poczujesz takie pyk, pyk, pyk, to znaczy, że wenflon przykleił się do jelit. Wyciągnij go na 1/3, pomasuj brzuch i wsadź pod innym kątem. Dobra, ja już muszę iść do poradni, trzymaj się”.

Stałem jak debil przez trzy godziny, czekając na to „pyk, pyk, pyk”, zestresowany na maksa, czy to już. Szyć uczyłem się na kibicach, bo jednocześnie przyjechało dziesięciu pobitych. W takiej sytuacji szyje ten, kto umie. Ja nie umiałem, ale chciałem się nauczyć. Chirurg pewnie zszyłby ich lepiej, ale myślę, że im i tak było wszystko jedno. Pierwszą intubację przeprowadziłem z kolei na zwłokach po nieudanej reanimacji. Przygotowywaliśmy się do pakowania zwłok, a profesor powiedział: „Wiem, że pan studiuje, pani też na praktykach, zapraszam, proszę się przygotować, póki jeszcze ciało jest w miarę ciepłe”. W tym czasie otwarto tam centrum symulacji medycznej. Mieliśmy kursy symulacji na fantomach, które gadały i tryskały sztuczną krwią. Musieliśmy zająć się takim manekinem jak człowiekiem i w ten sposób uczyliśmy się procedur.

Studia skończyłem, broniąc pracę licencjacką na temat leczenia ostrego bólu. Koniec studiów powinien być początkiem owocnej drogi zawodowej, ale zamiast tego mieszkałem sam w Warszawie, nie miałem kasy i zmagalem się z depresją, o czym jeszcze wtedy nie wiedziałem. Problemy z psychiką nie wzięły się tylko z tej pracy, ale przez nią były intensywniejsze i trudniejsze do wyleczenia. Pewnego wieczoru spakowałem wszystkie swoje rzeczy i wróciłem do domu, do Piły, pokazując stolicy środkowy palec. Planowałem jechać do Meksyku, ale trafił chciół, że kiedy byłem w Pile, zadzwonił do mnie kumpel z zespołu, u którego kiedyś pracowałem przy koncertach, i powiedział: „Dawaj, mordo, jedziemy do Gołdapi”. Pojechaliśmy dzień przed koncertem i w drodze porobiliśmy się jak szmaty. Coś mnie tknęło, żeby odpalić tam Tindera. Dobrze

wyszło, bo z Natalią jesteśmy już razem trzy lata. Studiowała wtedy we Wrocławiu, przeprowadziłem się tam dla niej, bo Warszawy nie mogłem już znieść. Od razu zacząłem szukać pracy. Mieli takie braki, że powinni brać każdego, a ja zanosilem CV i nie było odpowiedzi, bo, nie wiedzieć czemu, jakoś im nie pasowałem. Pomógł mi trochę jeden z wykładowców, który był z Wrocławia. Poręczył za mnie i wreszcie dostałem robotę na tamtejszym SOR-ze.

We Wrocławiu załapałem się akurat na wybuch pandemii – burzy, której nikt się nie spodziewał. Przychodziliśmy do roboty, gdzie cały czas mówiono nam, że w każdej chwili mogą zamknąć szpital, że możemy być odcięci od miasta przez kordon wojska i mamy być przygotowani na spędzenie dwóch tygodni w izolacji. Doświadczony w harcerstwie spakowałem dwie butelki wina dla koneserów z kardiologii, trochę zioła, tytoń, bletki, fajki. Wszyscy się śmiali, jak przyszedłem z tym plecakiem. Tydzień później nikt się już nie śmiał i wszyscy byli spakowani.

Poza pracą na SOR-ze zacząłem na pół etatu pracować w szpitalu wojskowym na OIOM-ie kardiologicznym. Pierwszego dnia w nowej pracy do szpitala przylecieli polscy pacjenci z Wuhan. Tam nauczyłem się obsługi *high flow*, czyli tego, co podczas pandemii ratowało życie. Na ostatnie kilka tygodni umowy przenieśli mnie na SOR. Mieli tam przepotężne braki i personel starszej daty. Zdarzało się, że byłem 48 godzin na nogach, w dwóch szpitalach. A jak przyszedłem spóźniony o pięć minut, bo nie miałem nawet czasu, żeby się umyć, to wyskakiwali na mnie z mordą, że co ja sobie wyobrażam. Byłem wykończony psychicznie, zmieniałem wtedy dawkę

leków psychiatrycznych, a jednym z działań niepożądanych było drżenie mięśniowe. Trudno powierzyć swoje zdrowie komuś, komu tak latają łapy. Uciekałem w używki, bo tylko nietrzeźwy potrafiłem zasnąć. Dostałem od psychiatry leki nasenne, bardzo silne, z ostrzeżeniem, że wzięcie ich ma być ostatnią czynnością dnia, bo przez kolejne osiem godzin będę nieprzytomny. Pomyślałem sobie: „Gościu, nie takie rzeczy na studiach braliśmy”. Ale szybko zmieniłem zdanie, kiedy obudziłem się z odgniotkami od kołdry na twarzy i pierwszy raz od dwóch lat czułem się wyspany. Oczywiście pierwsze, co zrobiłem, to na porannej fajce na SOR-ze powiedziałem o tym w kółeczku, a reszta patrzyła na mnie jak na psychola. Pod koniec pandemii jakieś 15% kadry przyznawało się do tego, że leci na tym samym albo czymś silniejszym. Medycy powinni wiedzieć, że depresja to choroba jak każda inna. A większość milczała, nie przyznawała się do niej. W tym czasie w zespole były trzy próby samobójcze.

Nie dziwię się, że na początku pandemii zamykano wszystko, łącznie z lasami i chodnikami, bo nikt nie wiedział, co robić. Wszyscy byliśmy spanikowani. Z jednej strony czekaliśmy, komu trafi się pierwszy pacjent z covidem, a z drugiej, kiedy już się trafił, to wywoływał chaos i zgrzytanie zębami. Pielęgniarka epidemiologiczna zniknęła. Była nam najbardziej potrzebna, a w ogóle nie pojawiała się na oddziale. Zaczęło się kombinowanie sprzętu ochronnego. Rozpłakałem się jak dziecko, kiedy mój kolega handlujący takim sprzętem wysłał mi ostatnią maskę, którą przerabialiśmy potem tak, żeby pasowała do filtrów do respiratorów. Bardzo się bałem zarażenia, że wypadnie akurat na mnie. Moja praca polega

na oswajaniu strachu. On musi motywować, ale nigdy nie można stracić nad nim kontroli. Udało mi się do tego nie dopuścić, chociaż ciągle trzęsły mi się ręce, przed pracą miewałem stany lękowe, a w trakcie wychodziłem i ryczałem z bezsilności. Ale strach nie dotyczył tylko covidu.

Równie mocno dobijają psychicznie sytuacje, kiedy dowiadujesz się, że za chwilę będziesz musiał zająć się potraconą 4-latką albo porażonym prądem 12-latkiem. Boisz się, bo nigdy wcześniej czegoś takiego nie widziałeś. Zresztą przy pierwszej fali pandemii tych pacjentów i tak nie dało się podzielić, odizolować. Przyjeżdża koleś z covidem i zawałem, a do wyleczenia zawału mięśnia sercowego w szpitalu zakaźnym nie ma sprzętu. Wszystkie te procedury pisane na kolanie nie miały prawa działać w praktyce. W pierwszych miesiącach tego piekła siedzieliśmy na dyżurze i modliliśmy się, żeby się tylko nie zarazić. To był czas, w którym robiono nam wymaz co tydzień, mi chyba 17 razy z rzędu – nos bolał mnie jak po grubym melanżu. Później, kiedy wszyscy byliśmy już wykończeni psychicznie i fizycznie, modliliśmy się o pozytywny wynik testu, żeby móc chwilę odpocząć na kwarantannie bez poczucia, że stchórzyliśmy.

Akcja z dodatkami covidowymi to też był kompletny cyrk. Wychodzi minister i mówi, że będziemy mieć 50% więcej. Ale czego 50%? Mojej podstawy z umowy o pracę czy mojego całego netto, brutto? Nikt nic nie wie, jakaś kasa jest wrzucona w szpitala, dyrektorzy wyliczają. Do tej pory ludzie sądzą się o te pieniądze. To 50% było przez jakieś dwa miesiące, potem było 100%. I znowu – 100% czego? Przepisy mówiły o tym, że po prostu 100%, a dyrektorzy szpitali zwęszyli, że jest gruba kasa

do wzięcia, której nikt nie kontroluje, więc brali. Nagle nam kazali jakieś godziny przy covidzie wyliczać, my wpisywaliśmy całe 12-godzinne dyżury i były awantury. Poza pracą słyszałem, i na ulicy, i w telewizji, że medycy teraz się nachapia, a przychodziłem do roboty i tej kasy nie było. Za cały ten okres dodatkowo dostałem 23 tysiące złotych, a moja terapia do tej pory kosztowała spokojnie ponad 25 tysięcy. Myślę, że i tak w tym całym interesie jestem mocno w plecy.

Nieustannie byliśmy przez wszystkich oskarżani, że albo robimy za mało, albo za dużo i niestaranie. Zdarzały się sytuacje, kiedy osoby prywatne, właściciele restauracji przywozili nam posiłki, ktoś inny przywoził wodę, napoje. To było miłe, doceniam, ale po czasie myślę, że nie chcę już tych obiadów i lodów, bo sam mogę je sobie kupić – ja chcę normalnych odruchów w pracy, których nie było ani przed pandemią, ani w jej trakcie, a i pewnie jeszcze długo nie będzie. Na początku w jednej z sieciówek mieliśmy kasy ekspresowe, skorzystałem z tego może ze trzy razy, kiedy padałem na morde i nie miałem siły, żeby chociaż minutę dłużej stać w kolejce.

Bardzo szybko zniknęła jednak ludzka życzliwość, i zaczęliśmy doświadczać wielkiej nienawiści. Komuś zniszczyli auto, komuś nie pozwolili wsiąść do windy, a komuś napisali na drzwiach, że ma wypierdalać z bloku, bo przyniesie zarazę. A stawaliśmy na rzęsach, żeby tych samych ludzi utrzymać przy życiu. Cały czas żyjesz w takim dysonansie – z jednej strony widzisz ludzi, którzy umierają, a z drugiej antyszczepionkowców, którzy twierdzą, że maseczki to spisek i zło. Musisz tłumaczyć dorosłym ludziom, że coś nie daje 100% gwarancji skuteczności, ale znacznie ogranicza ryzyko. I nagle

okazuje się, że żyjesz w społeczeństwie, w którym wystarczy odrobina strachu, żeby drugi człowiek przestał się liczyć. Dla mnie to były dwa lata pełne wściekłości na cały świat, na siebie, na pacjentów, na kolegów. Przez dwa lata chodziłem po prostu wkurwiony, mojej dziewczynie musiało być z tym trudno. Ale wytłumacz osobie, którą kochasz, przez co przechodzisz i że masz wszystkiego dość, kiedy codziennie jesteś nie do zniesienia. Ona zaczyna tę sytuację lepiej rozumieć, bo sama pracuje jako lekarka weterynarii i spotyka się z podobną bezsilnością.

Jestem dowodem na to, że bezkrytyczne stosowanie maseczek działa – zachorowałem dopiero w trakcie piątej fali. W szpitalu, nawet kiedy spaliśmy w pokoju socjalnym, wszyscy mieliśmy założone maski. Byłem bardzo ostrożny, bo wiele widziałem. Trudno patrzeć na gościa, który dostaje 80 litrów tlenu prosto w płuca i się dusi. Zdarzały się dyżury, podczas których umierało po siedem osób i brakowało miejsc na ciała. Nie kładliśmy ich na sobie, ale gdyby umarły jeszcze dwie osoby, to musielibyśmy te zwłoki układać jak drewno, bo się nie mieściły. Czasami pod SOR-em stało 17 karetek, a my z kolegą regulowaliśmy ruch pod szpitalem i z innymi zespołami kontaktowaliśmy się przez krótkofalówki. Jeśli ktoś mówił, że pacjentowi się pogarsza, to biegliśmy po butlę z tlenem, a potem szybko odnosiłem zużytą, żeby tleniarz ją napełnił. Kiedy zwalniało się miejsce na sali, to szybko się je dezynfekowało i kładło kolejnego pacjenta. Nawet nie czekaliśmy, aż łóżko wyschnie, bo nie było na to czasu. Działaliśmy taśmowo – ktoś umarł, ciało do worka, mycie łóżka, ocena stanu, respirator, OIOM albo transport, jak nie doczekał,

to stwierdzenie zgonu i następny wjeżdża. Przed szczepieniami pracowaliśmy jak maszyny – nikt nie myślał o tym, że chłopakom z karetki chce się sikać, albo czy mają cokolwiek do jedzenia.

Kiedy pojawiły się szczepionki, okazało się, że najgorsze co nam grozi, to silna grypa, więc trochę wyluzowaliśmy. Umieralność w kolejnych falach zmieniała się – umierało więcej ludzi, ale znaczna ich część była osłabiona dodatkowymi schorzeniami i najczęściej byli to ludzie niezaszczepieni. Pamiętam ten moment: przywieźli do Polski wakcynę 27 grudnia, a już 28 byłem szczepiony i myślałem, że popłaczę się ze szczęścia. Martwiłem się o bliskich i byłem wściekły, kiedy słyszałem, że jakaś raszpla szczepi się poza kolejnością, bo gra w serialu czy prowadzi teatr. Pchałem się do wszystkiego – byłem w karetce wymazowej, jeździłem po domach pracowników szpitala, którzy przechodzili covid bezobjawowo i robiłem im wymazy, żeby jak najszybciej mogli wrócić do roboty. Więc z jednej strony narażałem się dla dobrej sprawy, a z drugiej żyłem w ciągłym strachu. Wydrukowałem sobie wypowiedzenie *in blanco*, bo bałem się sytuacji, w której ktoś będzie próbował mnie wepchnąć w coś zbyt niebezpiecznego. A sytuacje graniczne zdarzały się cały czas. Kiedy w szpitalu wojskowym mieliśmy pacjenta z objawami infekcyjnymi, to dostałem kombinezon malarski, a na buty nałożyłem worki i zakleiłem taśmą. Na szczęście miałem maskę, a maska to już 90% sukcesu, bo kombinezony chronią tylko przed wtórnym zarażeniem się. Wychodzisz ze środowiska niebezpiecznego, masz na sobie ten syf i ściągasz go do środka tak, żeby został w worku. Może nie wiecie, ale 70% personelu

w Chinach zarażało się przez nieumiejętne zdejmowanie środków ochrony indywidualnej.

Od pandemii na Instagramie mówię głośno o tym, jak sytuacja wygląda w rzeczywistości. System wali się z minuty na minutę coraz bardziej. Im dalej w las, tym większe zmęczenie materiału odczuwaliśmy, wszyscy byliśmy już po niezłych przejściach. Nie chcę udawać nieustraszonego frontowca, ale po kilku falach takiego syfu boisz się mniej i widzisz, że nie ma w dyskursie publicznym żadnej merytoryki – tylko polityka i emocje, a one nie mają nic wspólnego z rzeczywistością. Teraz mamy narrację prodystansową – nikogo nie dziwią kolejne zera przy liczbach zgonów, a przecież kilka pierwszych przypadków śmiertelnych przeżywał cały naród. Dwieście tysięcy osób poszło do piachu, a my żyjemy jak gdyby nigdy nic.







Wraz z pogarszaniem się sytuacji epidemicznej wszyscy medycy byli nią coraz bardziej wyczerpani, co doprowadziło później do organizowania komitetów strajkowych, protestacyjnych. Nie mogliśmy liczyć na rozmowę i dojście do porozumienia, bo rządzący, szczególnie ci odpowiedzialni za ochronę zdrowia, rozumieją tylko perspektywę buta na mordę. Pokazały to protesty rezydentów i nasze – jeśli w tym kraju chcesz coś wywalczyć, to musisz jebnąć drzwiami. Akurat we Wrocławiu z powodu braków kadrowych padł najpierw jeden SOR, a potem drugi. Pacjenci walili do nas drzwiami i oknami, my nie mieliśmy żadnego wzmocnienia, bo to

wszystko nie tworzy żadnego systemu, każdy szpital to osobna firma. Co obchodzi prezesa szpitala X, że w szpitalu Y jest problem? Ma to w dupie. W ogóle pacjentów to wszyscy mają w dupie. Zaczęło się pojawiać coraz więcej konfliktów interpersonalnych, bo ja też w pewnym momencie przestałem dawać sobie w kaszę dmuchać. Mam wiele za uszami, mam swój cmentarzyk jak każdy medyk, mam swoje porażki, ale mam też sukcesy i najzwyczajniej w świecie zacząłem dochodzić do ściany.

Dzięki terapii zacząłem wychodzić z tego pierdolnika. Z sesji na sesję było ze mną coraz lepiej – byłem spokojniejszy, lepiej rozumiałem świat, ale też zacząłem bardziej doceniać siebie i swoje potrzeby. Nauczyłem się, że dla własnego dobra powinienem czasami komuś odmówić, bo nawet jeśli w tej chwili oznacza to awanturę, w dłuższej perspektywie przyniesie mi spokój. Asertywność nie ma nic wspólnego z egoizmem, a niestety bardzo dużo ludzi wciąż myli te pojęcia. Wiele zawdzięczam swojej terapeutce, przede wszystkim uporządkowanie swoich myśli albo to, że nauczyłem się głośno nazywać rzeczy, o których do tej pory tylko myślałem. Przez pierwsze pół roku mojej terapii przychodziłem i opowiadałem jej o dyżurze, o tym, co działo się danego dnia, o ludzkich reakcjach i o swoim zachowaniu w różnych sytuacjach. Nie czułem się już ofiarą mobbingu, bo po dłuższym czasie pracy w tym bagnie nie da się nas zranić. Zresztą nikt już nie próbował, bo natknąłby się na to samo. Dzięki terapii byłem coraz bardziej świadomy i dokładnie analizowałem wpływ tej roboty na moją psychikę.

Stwierdziłem, że czas odejść, podczas dyżuru, kiedy byłem na triażu i segregowałem pacjentów, którzy zgłaszali się samodzielnie. Wyłowiłem wtedy trzech pomarańczowych, a czwartego przegapiłem w tłumie, ale na szczęście nie miało to konsekwencji. Dotarło do mnie, że muszę zmienić miejsce pracy. Na pewno podjąłem tę decyzję również w ramach grupowego buntu. Ledwo wywalczyłem wtedy urlop – oddziałowa nie zgodziła się na urlop na żądanie, ale jako osobie leczącej się na depresję na dzień dobry przysługuje mi zwolnienie lekarskie. Polecieliśmy z dziewczyną na te wywalczone cztery dni na Sardinie. Położyłem się na plaży, czułem ciepły piasek i zimną wodę i myślałem, że przecież ludzie dookoła tak żyją i nie zastanawiają się w drodze do pracy, czy to się spierdoli dzisiaj czy jutro.



To też był okres, kiedy w naszym szpitalu mieliśmy dużo krzywych akcji. Na przykład sprawa ze starszą kobietą, która po covidzie miała chorobę powodującą sraczkę nie do opanowania – to nie jest biegunka, tylko fontanna kupy, która doprowadza do odwodnienia i zaburzeń wodno-elektrolitowych. Leczy się ją w szpitalach zakaźnych, więc pacjentka czekała u nas w izolatce na transport, ale nie z pogotowia ratunkowego, tylko z prywatnej firmy transportu sanitarnego. Przyjechali po nią, zabrali ją do karetki i pojechali do szpitala, ale nie wzięli jej dokumentów. Mieli po nie od razu wrócić, ale pojawili się dopiero po kilku godzinach, a następnie

znowu zniknęli na długo i zanim dojechali do zakaźnego, okazało się, że pacjentka zmarła. Nikt nie miał pojęcia, co oni robili przez tyle czasu. I znowu mieli wrócić do nas, żeby wypełnić kartę zgonu, ale zamiast tego próbowali opchnąć zwłoki na innej izbie tego samego szpitala. Tam lekarz zorientował się, że coś jest nie tak, i wezwał policję, a ten debil sanitariusz nie wpadł na to, że trzymanie 18 woreczków z amfetaminą w miejscu, w którym za chwilę będzie prokurator, nie jest dobrym pomysłem. Jego kolega, który jeździł po prawej stronie, to był jakiś maturzysta, który chwilę po kursie pierwszej pomocy zaczął swoją pierwszą pracę w ochronie zdrowia. A teraz siedział skuty kajdankami. Miałem mieć wtedy dniówkę i siedzieć na triażu, który jest odpowiedzialny za zamawianie tych karetek. Na szczęście trafiła mi się jednak nocka i załapałem się tylko na finał tej historii. To tylko jeden z przykładów potencjalnie niebezpiecznych prawnie sytuacji, z którymi możesz spotkać się w tej robocie na co dzień.

Złożyłem wypowiedzenie, ale terapia nauczyła mnie, że bym nie palił za sobą mostów, więc postanowiłem zostać jeszcze na 12 dyżurów, które miałem w grafiku. Dorabiałem też wtedy w hospicjum dla dzieci – zajmowałem się mediami społecznościowymi. W czerwcu pojechaliśmy na urodziny jednego z podopiecznych – Emila, śmiertelnie chorego, którego życie było cudem. Sponsor kupił mu trzykołowy czerwony rowerek, a jego lekarz poprosił mnie, że bym nagrał mu jakiś zajebisty filmik urodzinowy. Przez pierwsze dwa tygodnie nic nie zrobiłem, bo gonila mnie praca, a nagle okazało się, że Emilowi znowu się pogorszyło, że znowu ma białaczkę i nie

może długo czekać. Wziąłem laptopa do pracy, miałem dyżur na stronie reanimacyjnej, i stwierdziłem, że jak będzie luz, to o 4 rano zmontuję film. Nie było luzu, w bitewnym szale spadł mi laptop, wszystko się wygięło, połamało, komputer przestał działać. Tego samego dnia znalazłem jakiegoś magika we Wrocławiu, który mógł go poskładać. Stwierdził, że zajmie mu to co najmniej tydzień. Czas uciekał, miesiąc też. Gdy zadzwonił, że już działa, spojrzałem w kalendarz – był piątek, w sobotę miałem dyżur, a w niedzielę jechałem na Woodstock. Miałem do wyboru iść na dyżur i nie spalić za sobą mostów albo zacisnąć zęby, iść na L4, spalić za sobą mosty, ale zmontować film dla Emila. Stwierdziłem, że wybór jest prosty. Rzuciłem L4, zmontowałem film – 400 czy 500 osób, których ten dzieciak na oczy nie widział, złożyło mu życzenia urodzinowe. Cieszył się jak głupi, dwa tygodnie później umarł. Mosty w tamtym szpitalu spalone, ale nie żałuję.

Po raz kolejny w życiu zostałem bez żadnego konkretnego planu na siebie, ale stwierdziłem, że to dobra okazja, żeby wykorzystać jeden z tych trzech tysięcy awaryjnych. Miałem oszczędności, Natalia kończyła studia i zaczęliśmy planować przeprowadzkę do Warszawy. Pojechaliśmy na Woodstock, wakacje spędziliśmy w Gołdapi u rodziców mojej dziewczyny i tam już widziałem sceny z Usnarza. We wrześniu zaczęła się zawiązywać inicjatywa Jakuba Sieczko, czyli Medycy na Granicy i w październiku padło hasło, że jedziemy. W tym czasie odbył się kongres ratowników medycznych w Krakowie – cykliczna impreza, na którą jeździmy się edukować, a przy okazji dobrze bawić. Tydzień później pojechaliśmy na Podlasie, przy granicy spędziłem pięć dyżurów. Na Podlasiu poczułem,

że brakuje mi tej roboty, wenflonu, stetoskopu, pacjentów i przygód. Nie chciałem wracać na SOR, ale czułem, że tęsknię, bo niestety lubię wchodzić tam, skąd wszyscy uciekają. Będąc przy granicy czuliśmy, że żyjemy, a ogromny trud zbliżał nas do siebie. Znalazło się też kilku takich, którzy z początku byli sceptyczni, ale kiedy na własne oczy zobaczyli uchodźców w lesie, od razu zmienili zdanie i pomagali w każdej wolnej chwili. Była w nas ogromna determinacja, ale nie zawsze udawało nam się pomóc.

Przy granicy polsko-białoruskiej przekonałem się o mojej niezgodzie na świat – świat, w którym ktoś skazuje ludzi na śmierć z głodu i zimna w lesie tylko dlatego, żeby nie przegrać wyborów, a cały naród uznaje, że jeśli to są „ciapaci”, to można mieć ich w dupie. Podpisaliśmy list do ministra spraw wewnętrznych i administracji; podpisały go 44 osoby, bo reszta się bała. Nabijaliśmy się wtedy na imprezie, że może kiedyś w książkach do historii będą uczyć o PiS-ie i o tych czarnych czasach, o liście i o 44 podpisach. Nikomu nie zarzucam braku odwagi, bo gdybym sam miał dziecko i kredyt na pół bańki, to może też bym nie pyskował. Ale wychodzę z założenia, że skoro tego kredytu nie mam, to mogę sobie pozwolić na nieco więcej. Przy okazji udzielałem szkoleń z pierwszej pomocy i działałem w internecie. W styczniu przeprowadziliśmy się do Warszawy, a w lutym wybuchła wojna. Nie umiem siedzieć bezczynnie i dlatego tak często ryzykuję. Jadąc w pierwszym tygodniu wojny na granicę, bardzo się bałem i ryczałem w pociągu, bo akurat przyjechał mój ojciec, którego nie widziałem parę lat. Ktoś to musiał

zrobić, a ja doszedłem do wniosku, że skoro tak długo się nie widzieliśmy, to wytrzymamy jeszcze tydzień.

To były miesiące pracy aktywistycznej, bo razem ze znajomymi bardzo zaangażowaliśmy się w pomoc i jeździliśmy zawsze, kiedy byliśmy potrzebni. W pierwszym tygodniu pojechaliśmy do Budomierza, tam w pasie do 20 kilometrów w głąb Ukrainy tworzyliśmy punkty pomocy humanitarnej dla uchodźców. To było pospolite ruszenie medyków z całej Polski, bo każdy dawał coś od siebie, a że każdy ratownik ma w swoim domu mały OIOM, to jeden dostarczył defibrylator, a inny rurki intubacyjne. Zrobiliśmy tyle, ile się dało, kilka osób wyciągnęliśmy z objęć śmierci, kilkudziesięciu – przynieśliśmy ulgę. O tym, ilu ludziom daliśmy nadzieję, mówiąc: *Я польський фельдшер**, nie mam pojęcia.

Od marca pracuję na pół etatu w pogotowiu. Jeżdżę w zespole specjalistycznym, czyli teoretycznie z lekarzem, ale w praktyce zazwyczaj jeździ trzech ratowników. Jest kierowca, kierownik zespołu ratownictwa medycznego i ja, tzw. plecak, czyli szef przedziału medycznego – siedzę z tyłu z pacjentem. Dzień w pracy rozpoczynam od sprawdzenia, czy w karetce wszystko jest na swoim miejscu, a następnie uzupełniam ewentualne braki i kładę śpiwór na łóżku. Na mojej głowie jest to, żebyśmy nie tracili czasu na przygotowania do wyjazdu, i dlatego wszystko musi być zrobione z wyprzedzeniem. Czasami mamy dwa wyjazdy, a czasem mogę w spokoju dopić kawę – nie ma reguły.

Różnica między pogotowiem a SOR-em może nie być zbyt wyraźna dla laika, ale w skrócie: na SOR przywożą pacjentów, a pogotowie jeździ i weryfikuje. Zdarzają się takie dyżury, kiedy

każdy nasz wyjazd jest ratowniczy, od upadku z wysokości, przez zawał, po przemoc domową. Ale bywa i tak, że w ciągu dyżuru mamy sześć wyjazdów – jeden ratowniczy, do chłopca z zapaleniem krtani, a pozostałe to rozwiązywanie problemów czy leczenie starczej samotności. Na SOR-ze jest o tyle łatwiej, że istnieje zaplecze i jeśli zabraknie wenflonów, to można je zabrać z innej sali. Poza tym nie jesteś sam, zawsze gdzieś w pobliżu znajduje się lekarz specjalista, natomiast kiedy jeździ się w pogotowiu, trzeba mądrze wykorzystywać zarówno sprzęt, jak i siły pozostałych ratowników. Wszystko musisz zrobić sam, ale to też ma swoje plusy, bo nie mają znaczenia układy ordynatorsko-profesorskie – twoja robota zależy tylko od ciebie.

Mnie praca w pogotowiu bardzo odpowiada, cenię sobie to, że mogę mieć 16 pacjentów w ciągu doby, a nie 16 pacjentów naraz, jak to czasami bywało. Jeszcze nie zdążyłem zatęsknić za SOR-em, ale znam siebie i wiem, że kiedyś zabraknie mi tego pierdolnięcia, a wtedy wrócę. Mam jednak nadzieję, że do tego czasu zdążę naładować baterie, bo nie chcę znowu stać się babą z NFZ-etu, która mówi tylko: „Nie ma, nie będzie, nie da się”. Trzeba mieć w sobie bardzo dużo siły i cierpliwości, żeby przyjmować po 240 osób dziennie i nie mieć do każdego pretensji. Teraz, kiedy pracuję w pogotowiu i mam do pięciu dyżurów miesięcznie, jestem dużo spokojniejszy i jak ktoś mnie wkurwia, to tylko się uśmiecham, a w ekstremalnych sytuacjach wychodzę z karetki, żeby wziąć głęboki oddech. Uważam, że SOR jest genialnym poligonem dla młodego ratownika, bo musisz założyć te 100 wenflonów dziennie, nie masz innego wyjścia. Ale w tej chwili pogotowie jest dla mnie

dużo ciekawsze. Nie ma dwóch takich samych pacjentów, jest adrenalina, bo zawsze możesz pojechać do nadciśnienia, które okaże się wyjazdem do katastrofy. Dużo się zwiedza, również miejsca, do których jako zwykły śmiertelnik nie miałbyś wstępu. Poznajesz całe miasto, komendy policji, urzędy, osiedla, kamienice i zakamarki, gdzie sam byś się nie zapuścił, ale kiedy wchodzisz z asystą policji, jest w miarę bezpiecznie.

Poza pracą w pogotowiu zajmuję się głównie szkoleniami dotyczącymi pierwszej pomocy. To trochę jak szczepienia – nie masz 100% pewności, że kurs zadziała, a jego uczestnicy zawsze będą wiedzieli, jak się zachować w sytuacji zagrożenia życia. Ale edukując, zarówno na Instagramie, jak i na żywo, puszczasz tę wiedzę w świat i dajesz ludziom szansę skorzystania z niej. Może to zabrzmieć egoistycznie, ale im więcej osób czegoś nauczy, tym mniej ludzi będzie nam później zawracać głowę. Wiedza Polaków jest nikła, pozostajemy daleko w tyle za krajami zachodnimi. Mam wrażenie, że u nas robi się wszystko w oczekiwaniu na wielką katastrofę, nie zwracając uwagi na codzienne sytuacje. Na żadnym etapie edukacji nikt nie poświęcił wystarczająco dużo czasu, żeby raz, a porządnie nauczyć ludzi uciskać klatkę piersiową tak, żeby byli w stanie wyznaczyć środek i nie uciskali za nisko, za wysoko lub za słabo. A nawet jeśli pojawiają się zajęcia, takie jak przysposobienie obronne czy edukacja dla bezpieczeństwa, jest to raczej spełnianie minimum i nikt tej wiedzy uczciwie nie weryfikuje. Nic więc dziwnego, że ludzie umierają, jeśli mało kto potrafi udzielić pierwszej pomocy.







Lubię dzielić się tą wiedzą, to, że rocznie wypuszczam od 300 do 500 osób, które są w stanie uratować życie, daje mi satysfakcję. Zapotrzebowanie na kursy wzrosło w ostatnim czasie, ludzie chyba nareszcie zdali sobie sprawę z tego, że w sytuacji zatrzymania akcji serca najważniejszy jest czas i nie można sobie pozwolić na bezczynność w oczekiwaniu na karetkę. Myślę jednak, że to może wynikać też ze słabnącego zaufania do ochrony zdrowia – każdy zaczyna polegać na sobie. Zależy mi na tym, aby moje kursy dawały uczestnikom bardzo realistyczne doświadczenia, dlatego mamy sztuczną krew, race, petardy i staramy się przygotować tych ludzi na każdą możliwą

sytuację. Lubię myśleć, że życie uratowane przez mojego kursanta też liczy się jako punkt na moje konto. Umiejętność udzielenia pierwszej pomocy może również uratować od poczucia winy. Niedawno dostałem taką wiadomość: „Uciskałem swoją babcię. Nie udało się, ale dzięki Tobie wiem, że zrobiliśmy, co należy. Po prostu to był jej czas. Dziękuję”. Ale wiadomo, że najbardziej cieszą te udane akcje; ktoś kiedyś napisał: „Zatrzymał się sąsiad, uciskaliśmy go ze 40 minut, przyjechało pogotowie, dwa razy strzelili defibrylatorem. Za tydzień wychodzi ze szpitala”.





Zgromadzenie tylu ludzi na kursach pewnie zajęłoby mi sporo czasu, gdyby nie Instagram. Założyłem go, kiedy jechałem do Iranu – wtedy tylko dla znajomych, tak żeby mogli podejrzeć, co u mnie. Moje podejście do tego tematu zaczęło się zmieniać, kiedy poznałem Ewę Bujacz. Na Instagramie publikowała wtedy jako Chujowa Pani Doktor, a jej słowa naprawdę miały moc. Zobaczyłem, że ludzie łakną wiedzy, więc jako osoba, która od początku była szczerze podjarana ratownictwem i nowinkami technicznymi, postanowiłem wypełnić swoją internetową lukę. Nieodzownym elementem moich postów jest czarny humor, bardzo lubię mieszać treści edukacyjne

z rozrywkowymi, a jak się później okazało, moi obserwatorzy również. To się szybko nakręcało przez efekt kuli śnieżnej – ktoś coś udostępnił, jakaś moja śmieszna historia z dyżuru stała się wiralem i liczba obserwujących rosła. Staram się używać języka zrozumiałego dla wszystkich, co nie jest takie oczywiste, bo medycy po studiach przestają mówić jak normalni ludzie i słyszysz tylko: „Boli pana w dolnym kwadrancie jamy brzusznej? A ból jest rozpierający, czy kłujący?”. A ja pytam młodego Sebastiana z kołczanem poprawności: „Napierdala, czy nie napierdala?”. Napierdala, czyli ja sobie wpisuję w karcie silny ból. Największy przyrost obserwujących miałem w trakcie pandemii – ludzie szukali informacji z pierwszej ręki, prawdziwych. Doceniali odwagę, bo ja jak zawsze nie umiałem siedzieć cicho – jednego dnia rząd mówił jedno, a ja następnego dnia mówiłem: „Nie, gówna prawda”. Zrobiliśmy z OKO.press** akcję – trzy filmiki nagrane pod losowym szpitalem, na których ja odbijam słowa polityków i mówię prawdę o braku maseczek, kombinezonów i szkoleń. Szpital, pod którym wtedy stałem, chciał mnie za to pozwać, ale później okazało się, że to bluff. Szkoda tylko, że widziałem, jak jego pracownicy błagają o jakikolwiek sprzęt ochronny.





Z czasem nauczyłem się, że trzeba być ostrożnym przy wyborze zdjęć. Pamiętam, jak wściekałem się na system za to, że dostałem bana po poście ze zdjęciem zszytego nadgarstka i podpisem, że chłopiec próbował popełnić samobójstwo. Dziś wiem, że reakcja Instagrama była słuszna – takie treści mogą u niektórych osób wyzwać myśli prowadzące do autoagresji. Mój profil powoduje w ludziach permanentny dyskomfort, bo ja zawsze pokazuję, jak jest naprawdę. Nawet kiedy udaje się uratować jakiegoś starszego pana, to wnioski i tak są z reguły przykre. Myślę, że wartość mojego kontentu polega na tym, że on się nie dezaktualizuje. Czasami trudno jest zrozumieć

miłej pani z agencji reklamowej, że moje posty nie zdobywają 60 tysięcy polubień w pierwszej dobie, że to proces, bo ludzie wracają i przychodzą nowi, którzy z reguły chcą od razu dowiedzieć się wszystkiego.

Cieszę się, że moi obserwujący nie pozwalają mi oderwać się od ziemi, bo jeśli przesadzę, to od razu dają mi taki feedback. Łatwo wpaść w samozachwyt, kiedy dziennie tyle osób mówi ci, że jesteś zajebisty i robisz świetną robotę. Ale trzeba zdecydować – czy wybierasz życie kolejnej gwiazdki z Instagrama i może udział w *Tańcu z gwiazdami*, czy dalej robisz swoje. Chociaż nie da się ukryć, że zasięgi pomagają, bo łatwiej byłoby mi w tej chwili zorganizować zbiórkę, gdybym tego potrzebował – są przy mnie świetni ludzie. Ale moja działalność na Instagramie wiąże się też z tym, że przychodziłem do roboty i każdy patrzył mi na ręce, słyszałem, że jestem influencerem, oczywiście jako docinki. To wynika z przekonania, że ja na pewno będę gwiazdorzył, zamiast pracować, i że zawsze mogę nagrać jakąś krzywą akcję i ją upublicznić. Niesłuszny osąd, bo moja praca wymaga ode mnie dbania o dobre imię firmy, więc zawsze mówię ogólnie i trudno na podstawie moich postów powiązać jedną sytuację z konkretnym miejscem. Pogodziłem się z tym, że często początkowo jestem negatywnie odbierany, zwykle zyskuję jednak przy bliższym poznaniu i wtedy stosunek współpracowników do mnie się zmienia.

Instagram dał mi również możliwość skonfrontowania mojej perspektywy spaczanej pracą w ochronie zdrowia z punktem widzenia potencjalnych pacjentów. Zdarza się, że śmieję się z jakiejś sytuacji, a ludzie nie do końca rozumieją, co się stało.

Kiedys napisałem o gościu, który nie wiedział, że istnieje coś takiego jak nocna i świąteczna pomoc lekarska, przyszedł na SOR i darł na mnie mordę, że czekał osiem godzin. Reakcje ludzi wtedy bywają głównie takie: „Ale ja też nie wiem...”. I nagle musisz wyjść ze swojej bańki i spojrzeć na daną sytuację oczami kogoś, kto nie ma pojęcia o pracy na SOR-ze. Dzięki temu jestem też spokojniejszy i chętniej tłumaczę pacjentom procedury, bo wiem, że nie można od nich oczekiwać tej wiedzy. Czasami trzeba się wystawić na krytykę zarówno środowiska, jak i ludzi spoza niego, którym wydaje się, że mają coś do powiedzenia, ale myślę, że warto. Wielu influencerów w trakcie pandemii straciło autorytet, bo okazali się nieodpowiedzialni, nudni, nieprzygotowani na tę sytuację. Ja urosłem, działam i spełniam się w karetce, na kursach i w internecie, szerząc wiedzę, która ratuje życie. Wierzę, że ta książka będzie kolejnym małym kamyczkiem do dzieła.

Raz w życiu widziałem, jak dentyści dosłownie uratowali życie pacjentowi. 55-latek z nowotworem, o którym dowiedział się w poniedziałek, we wtorek trafił do centrum stomatologicznego. Wygnali wszystkich innych pacjentów, przez 4 godziny rwali zęby, potem jeszcze szyli. A w czwartek pacjent dostał pierwszą chemię.
Żyje do dziś.

– Siedź na dupie i nie odpinaj pasów – mówi po raz piąty ratowniczka do Sebastiana, rycerza ortalionu, lokalnego księcia dzielnicowego, pana na klatkach, ławkach i trzepakach.

Sebastian miał inne plany – odpiął pasy, wstał...

Nagłe hamowanie, pisk opon. Niedoszły uciekinier przeleciał przez cały przedział medyczny i zatrzymał się twarzą na szafce z lekami.

– Czarny kot wybiegł mi przed koła, co za pech – powiedział kierowca Wiesław, widząc w lusterku wstecznym, jak Sebastian zapina pasy.

– Nie wzięłam okularów – oznajmia na początku dyżuru 75-letnia lekarka, z którą przez najbliższą dobę będę jeździł karetką.

– Spokojnie, jak będzie trzeba, to pożyczę Pani swoje – odpowiada 60-letni ratownik kierowca.

– Zajeście. Albo kierowca widzi, gdzie jedziemy, albo ona widzi, co robimy – myślę.



2

**W kodzie 1,
czyli w karetce pogotowia
ratunkowego**

We współczesnej medycynie ratunkowej ambulans i jego załoga są forpocztą całego systemu. Na papierze są to ludzie i sprzęt, których zadaniem jest zapewnienie każdej osobie znajdującej się na terenie Rzeczypospolitej w maksymalnie krótkim czasie dostępu do świadczeń ratujących życie i zdrowie. Zazwyczaj zespół ratownictwa medycznego stanowią dwie osoby i niemedyczny kierowca, ale czasami kierowcą jest ratownik – wtedy jest nas tylko dwóch. W idealnej konfiguracji mamy trzech ratowników medycznych, z których jeden prowadzi samochód. Czyli jeszcze raz, żeby złośliwie zamotać. Mamy zespoły dwuosobowe, w których skład wchodzi ratownik kierowca i ratownik kierownik zespołu ratownictwa medycznego. Ale czasem mamy do czynienia z konfiguracją, w której są trzy osoby: jedna z nich jest ratownikiem kierowcą, druga – kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego, a trzecia – ratownikiem medycznym jadącym z tyłu na pace. A może zdarzyć się też sytuacja, w której jest kierowca niemedyczny i dwóch ratowników medycznych. Już sam fakt, że jest tyle możliwych konfiguracji, dość dobrze mówi o tym, jaki pierdolnik panuje w tym systemie. Ale po kolei.

Czas dojazdu do zdarzenia, w którym występuje zagrożenie życia, zależy od rejonu. I tak, w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców mamy na to 8 minut, na wsi – 15. Oczywiście to są czasy średnie, liczone w skali miesiąca. Tak to powinno wyglądać po przeliczeniu wszystkich interwencji, które są brane pod uwagę od przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora. I może zatrzymajmy się na chwilę w tym miejscu, bo to najlepszy moment, żeby opowiedzieć coś więcej o ludziach, od których wszystko się zaczyna. Na początku jest zawsze

odważny ochotnik, który wybierze znany wszystkim dzieciom numer, i osoba po drugiej stronie. Zresztą możesz wybrać zarówno 999, jak i 112, a to, czy dodzwonisz się do Centrum Powiadamiania Ratunkowego, czy prosto do dyspozytora, zależy od regionu Polski, w którym się znajdujesz. Jeśli połączysz się z Centrum Powiadamiania Ratunkowego, to dopiero po rozmowie z operatorem numeru alarmowego wszystko trafi do dyspozytorni medycznej. Zatem ten system z góry zakłada, że Polacy są zbyt głupi, aby wiedzieć, czy w danej sytuacji powinni zadzwonić na policję, na straż pożarną, czy na pogotowie. Pozornie to brzmi dobrze – wszystko jest pod jednym numerem, ale w praktyce oznacza, że wydłuża się czas zbierania wywiadu, a co za tym idzie – zespół ratownictwa medycznego wyjedzie później. Operator numeru alarmowego wklepie formatkę, ale dyspozytor może mu nie uwierzyć, może mieć wątpliwości i wtedy zgłaszający opowiada wszystko od nowa kolejnej osobie, z którą rozmawia, a bezcenne minuty uciekają. Wystarczyłoby to rozwiązać w taki sposób (skoro już musi być jeden numer), żeby zawsze odbierał medyk i ewentualnie to on kierował ludzi nie do swoich, tylko na policję czy straż pożarną (albo równolegle także w inne miejsca).





Dyspozytor jest pierwszym medykiem, z którym masz kontakt. To może być ratownik lub pielęgniarz z odpowiednimi uprawnieniami – kiedyś trzeba było mieć pięć lat doświadczenia, teraz nie jest to już wymagane. Za chwilę wiele z tych regulacji będzie już pewnie nieaktualnych. Ale wracając, to dyspozytor medyczny zbiera najważniejsze informacje i na podstawie swojej wiedzy i doświadczenia decyduje, czy zgłoszenie w ogóle zostanie przyjęte, a jeśli tak, to w jakim kodzie pilności. Przekazuje wtedy plik z odpowiednimi danymi do dyspozytorów wysyłających, którzy, jak sama nazwa wskazuje, kierują nasze zespoły w konkretne miejsca.

W środowisku krąży taki dowcip o pracy dyspozytora medycznego: o drugiej w nocy dzwoni kobieta, bo jej 2-letnie dziecko gorączkuje, i pyta, co może mu podać, żeby ją zbić. A dyspozytor medyczny odpowiada mechanicznie: „Adres, proszę podać adres, wysyłam zespół”. Żarty żartami, ale wystarczy raz pokręcić się chwilę po dyspozytorni, żeby zobaczyć, że trzeba mieć łeb na karku, tytanowe jaja i dużo odwagi przy tych rozmowach. To zawsze zależy też od człowieka, bo są osoby, które nie filtrują zgłoszeń, tylko łykają wszystko jak pelikany i wysyłają zespoły do pierdół. I wtedy my przyjeżdżamy i słyszymy od zgłaszającego, że on przecież wcale nie wzywał karetki, tylko chciał się czegoś dowiedzieć albo o coś zapytać. A chwilę później dochodzi do zatrzymania krążenia u dziecka i słyszysz przez radio dramatyczne: „Wolne zespoły, wolne zespoły! Czy ktokolwiek może podjechać do przedszkola? dziecko się dusi!”. I nagle okazuje się, że nie ma wolnych zespołów, bo wszyscy zajmujemy się sraczką i katarami. Na szczęście duża część dyspozytorów stara się trzymać cały ten burdel krótko, bo wiedzą, że nie sztuka zacząć pracę o 8 rano, przyjmując wszystkie wezwania i o godzinie 8:15 wyjechać się ze wszystkich karetek w mieście, a co za tym idzie – nie mieć nic w rezerwie.

Są i tacy, którzy przeginają w drugą stronę, ale to zdarza się jeszcze rzadziej, bo z punktu widzenia dyspozytora lepiej wysłać jedną karetkę za dużo niż jedną za mało. Mam kumpla, który jest szefem jednej z dyspozytorni i miał niemiłą sprawę o lekceważący stosunek do pracy swojego podwładnego. To były pierwsze dni wojny na Ukrainie, zadzwoniła ciężarna kobieta z dworca Warszawa Wschodnia, przez który przetaczały się

wówczas tłumy uchodźców. Skarżyła się na ostry ból brzucha, a odebrał jakiś gówniarz i rzucił do niej tekstem, że ciąża to nie choroba i że teraz może ją boli, ale jak sobie to dziecko robiła, to nie narzekała. Na całe jego szczęście kobieta zadzwoniła ponownie, tym razem odebrał ktoś kumaty i od razu wysłał do niej zespół, bo miał świadomość powagi sytuacji. Okazało się, że odkleiło się łożysko. Ta kobieta na pewno nie dotarłaby sama do szpitala, jak jej poradził ten polski rycerzyk. Chłopak dostał naganę i wpis do akt z zaznaczeniem, że jeszcze jedna taka akcja i wyleci. Dla mnie to i tak skandal, że nie wyjebali go na zbity pysk od razu. W cywilizowanym systemie takie sytuacje byłyby nie do pomyślenia, bo dyspozytorem nie mogłaby zostać osoba z brakiem podstawowych kompetencji. Ale po pandemii zabrakło ludzi i do tej pracy, zmieniono więc przepisy i dziś wystarczy być pracownikiem medycznym po studiach, żeby dostać taką fuchę.

W trakcie pandemii obserwatorzy na Instagramie pytali mnie często, czy może dojść do sytuacji, w której ktoś będzie potrzebował pomocy, a karetki nie będzie. Wtedy, niestety, było to nagminne – domyślasz się pewnie z jakiego powodu (a jeśli nie, to spokojnie, wyjaśnię to później). W normalnej sytuacji (czyli bez covidu albo rozjebanego pociągu z kilkudziesięcioma ofiarami) praktycznie nie ma możliwości, żeby zabrakło karetek. Po prostu zespół jadący do jakiejś pierdoły dostanie inne zlecenie i skieruje się najpierw do stanu zagrożenia życia. Zadanie, żeby jakiś zespół zawsze był wolny, należy do dyspozytorów. Choć to nie oznacza, że będzie to zespół, który ma najbliżej, tylko będziemy na przykład jechać 40 minut z drugiego końca miasta, a to już może zrobić różnicę. Każda

karetka w Polsce ma system GPS, dzięki któremu na mapie widać kropeczkę, która pokazuje, w jakim miejscu jesteście, gdzie jedziemy i do jakiego wezwania. Od tej strony to jest zorganizowane całkiem sensownie. Czasem, chociaż bardzo rzadko, logika wydarzeń jest taka, że w mieście będzie 200 karetek, a i tak dojdziemy do momentu, w którym w danym miejscu, w danym momencie i w danej sytuacji jednego zespołu akurat zabraknie. Pandemia pokazała to niestety bardzo dobitnie.

Warto podkreślić, że do zatrzymania krążenia dyspozytor może wysłać też awaryjnie jednostkę straży pożarnej czy policji, bo w pierwszych minutach naprawdę nie ma znaczenia, kto będzie uciskał klatkę piersiową – najważniejsze, żeby znalazł się tam automatyczny defibrylator zewnętrzny i ktoś, kto nie będzie bał się go użyć. Podkreślam: może, ale to jeszcze nie znaczy, że to robi. Nie wiem dlaczego, jak Polska długa i szeroka, lokalne niepisane protokoły, przekazywane na przerwach papierosowo-kawowych, różnią się od siebie i nigdy nie wiadomo, jak to zadziała w konkretnym przypadku. Ale zapamiętajcie na zawsze – są cztery ogniwa w tym łańcuchu przeżycia: wczesne rozpoznanie zatrzymania krążenia i powiadomienie służb, wczesne rozpoczęcie wysokiej jakości uciśnieć klatki piersiowej, wczesna defibrylacja i dopiero na końcu zaawansowane zabiegi resuscytacyjne. A zatem 3/4 roboty, tej najważniejszej, może wykonać każdy, w tym ty, drogi czytelniku!

Z przepisami sprawa wygląda tak, że na 30 tysięcy mieszkańców powinna być jedna karetka. Ale mówimy tutaj oczywiście o osobach zameldowanych czy deklarujących

zamieszkanie i na przykład w Warszawie nikt nie bierze pod uwagę ludzi, którzy codziennie przyjeżdżają do miasta – studentów, turystów itd. Moim zdaniem ratowników i zespołów w wielu miejscach w kraju jest zwyczajnie za mało, ale w papierach wszystko się zgadza. Czasem porównujemy się do straży, w której jest kilka tysięcy strażaków w gotowości bojowej w każdej dobie (czyli na dyżurze, nie w ogóle!) i setki tysięcy chłopaków z Ochotniczej Straży Pożarnej pod telefonem. Żeby ci to lepiej uzmysłwić, dodam, że w Polsce mamy 5300 samochodów ratowniczo-gaśniczych i 1600 zespołów ratownictwa medycznego. A ilu jest w sumie w Polsce ratowników? To zabrzmiałoby nieprawdopodobnie, ale tego naprawdę nikt nie wie. Możesz być ratownikiem medycznym na pół etatu, tak jak ja, możesz pracować na cały etat w pogotowiu ratunkowym i mieć pojedyncze dyżury na SOR-ze. Możesz pracować też prywatnie i znajdować się całkiem poza systemem. Gdyby nagle w Polsce wybuchła wojna i minister obrony narodowej czy minister spraw wewnętrznych zażądał informacji, ile ratowników możemy zmobilizować, to odpowiedź brzmiałaby podobnie jak u Barei: „A któż to może wiedzieć, panie ministrze”^{***}. Nie ma żadnego centralnego rejestru ratowników. Od 2006 roku studia skończyło 30 tysięcy osób, ale ile z nich zdążyło się ulotnić z systemu i na przykład wyjechać na Zachód? Pewnie połowa. Szacuje się więc, że w tym naszym pierdolniku pracuje kilkanaście tysięcy osób – w różnym wymiarze czasowym i w różnych miejscach.



Prowokacyjnie powiem, że moim zdaniem jesteśmy przede wszystkim pomocą socjalną i społeczną, tylko dodatkowo mamy supermoce, dzięki którym jesteśmy przygotowani także do prowadzenia reanimacji albo ratowania jakiegoś ciężkiego urazu. Ale to tylko raz na jakiś czas. Najczęściej jeździmy do sraczek, rzygaczek, bólu dupy, bólu oka, bólu nogi, bólu zęba, dużo rzadziej do zawału, a jeszcze rzadziej do wypadku. Oczywiście są takie zespoły, które pracują gdzieś blisko zatłoczonej drogi krajowej i tam zdarza się, że w ciągu jednego dyżuru wyjeżdżają cztery razy do poważnych dzwonów komunikacyjnych. Ale ja, pracując w Warszawie przez pół roku,

w niepełnym wymiarze czasu, byłem wzywany z zespołem raptem do dwóch wypadków samochodowych. Mam nadzieję, że może to wynika też trochę z faktu, że na polskich drogach jest trochę bezpieczniej niż na przykład 10 lat temu. Jeśli miałbym szacować, większość naszych wyjazdów, może nawet 2/3 z nich, to są bzdety – pacjent powinien poradzić sobie sam, względnie trafić gdzie indziej. Ale nie patrzymy na to w ten sposób, bo w gruncie rzeczy nie ma czegoś takiego jak nieuzasadniony wyjazd. Jeśli ktoś zadzwonił, a dyspozytor, który – założmy optymistycznie – zna się na swojej robocie, podjął decyzję, że trzeba wysłać karetkę, ma to jakiś sens, po prostu trzeba coś sprawdzić. Nie ma tak naprawdę żadnych wytycznych, kiedy wysłać karetkę, a kiedy nie. Wszystko to opiera się na dobrych praktykach i doświadczeniu dyspozytora. Ale – tak jak już pisałem – czasem lepiej, żebyśmy pojechali nawet do kataru, przesadnie dmuchali na zimne, niż żebyśmy wpakowali się w prokuratora przez to, że coś zlekceważyliśmy.

Poza wyjazdami typu „sraczka” są wyjazdy typu „kutas”, w przypadku których medycyny ratunkowej jest mało albo w ogóle jej nie ma. Dobrego rozwiązania też. Żadne wytyczne nie opisują postępowania z półnagim Nadżulianem w ostrej psychozie, który na głównej ulicy miasta smaruje się ekskrementami. Nie wiem, czy własnymi – nigdy się nie zastanawiałem. Ale nieważne, co zrobisz, i tak albo ktoś cię nagra i wrzuci film na YouTube’a, albo znajdzie się samarytanin, który pacjenta sam do domu nie weźmie, ale przeszkadza mu, że nie przyjechaliśmy z bombonierką.

Po moich doświadczeniach na SOR-ze bardzo mocno pilnuję, żeby nie przesadzić z ilością pracy i nie pracuję już po 300 godzin miesięcznie, tylko 100-120. Przy takim obciążeniu da się wytrzymać nawet bałagan w naszej ochronie zdrowia i wszystko wziąć na klatę. Mam też inne źródła utrzymania. Moje komercyjne szkolenia z pierwszej pomocy i pół etatu w karetce to dla mnie również swego rodzaju gwarancja, że nie stracę kontaktu z prawdziwym pacjentem. Zresztą dobrzy ratownicy na pewno nie pracują po 300 godzin, na to decydują się tylko ci najbardziej zdesperowani finansowo. Przy takich przebiegach nie ma szans, żeby organizm kompensował takie przeciążenia. Co z tego, że ktoś będzie mistrzem intensywnej terapii, skoro zostanie obudzony o czwartej nad ranem, po godzinie snu, która i tak była tylko odpoczynkiem od środy? W takim przypadku ktoś zaraz po studiach, ale wypoczęty, może poradzić sobie lepiej. Ci, którzy pracują za dużo, szybciej się też wypalają, są bardziej zgorzkniali, wpadają w myślenie tunelowe i w rutynę. A z drugiej strony trudno przestać, nie zawsze tylko z powodów finansowych, ale też dlatego, że ta praca jest jak narkotyk. Jak raz na jakiś czas uratujesz komuś życie – nawet nie dlatego, że nikt inny by tego nie zrobił, tylko dlatego że akurat ty pierwszy znalazłeś się obok tego człowieka i strzeliłeś mu w serducho prądem – to jest takie uczucie, którego nie da się porównać chyba z żadnym innym. Takie „wow”, że ja coś potrafię, poradziłem sobie, zrobiłem to, dzięki mnie (czy dzięki nam) ten człowiek nie tylko żyje, ale na przykład będzie też chodził. To bardzo podnosi na duchu, sprawia, że unosisz się trzy centymetry nad chodnikiem – idziesz w piątek wieczorem przez Warszawę i czujesz się jak

Zeus, władca piorunów. W tym, co piszę, pobrzmiwa może lekki patos, a ja tak naprawdę nie lubię słowa „ratować” – wolę mówić, że „przytrzymałem kogoś po tej stronie” lub „ułatwiłem mu przeżycie”.

Jak to się wszystko zaczyna u nas w bazie? Kierownik zespołu dostaje na tablet informację, że jest zgłoszenie. Urządzenie wydaje taki odgłos, że naprawdę byłby w stanie obudzić nawet trupa, więc nie ma opcji, żebyśmy się nie ocknęli, nawet jeśli odsypiamy coś snem sprawiedliwego. To jest tak znienawidzony dźwięk wśród ratowników medycznych, że gdy mój kolega ustawił go sobie jako sygnał SMS i przyszła do niego wiadomość na Woodstocku, to poleciały w jego stronę buty i menażki. Zmusiliśmy go, żeby to zmienił. Na tablecie wyświetla się informacja, do jakiego zdarzenia jedziemy, i tu kluczowe jest, czy to wezwanie w kodzie 1, czy w kodzie 2. W pierwszym przypadku mamy 60 sekund, żeby się ubrać i wyjść, w drugim 120. Do jedyńki jedziemy na bombach, cali na niebiesko i z sygnałami dźwiękowymi. Ludzie mieszkający obok szpitali narzekają na karetki, bo nie mogą spać, i ja to rozumiem, ale zgodnie z polskim prawem tylko pojazd z sygnałami świetlnymi i dźwiękowymi jest uprzywilejowany. Premier Beata Szydło na pewno to wyjaśni. Jeżeli wezwanie jest w kodzie 2, to jedziemy na spokojnie. Jedyńka to na przykład dziecko, które się dusi, ale też napad padaczki, pod warunkiem że jest w miejscu publicznym. Nigdzie tego nie znajdziesz, w żadnym rozporządzeniu – pogotowie ma też malować trawę na zielono i pokazywać, jak „władza dba o lud” – więc zapierdzielasz na sygnale, bo jeszcze jakaś niewiasta będzie musiała dłużej niż minutę patrzeć, jak zgubne skutki picia wódki miotają kimś jak

szatan. Jak zaczynałem, to byłem bardzo podekscytowany, gdy zdarzała się „jedyńka”, potem stało się to dla mnie normalne, a teraz odczuwam nawet pewien dyskomfort. Bo w takich przypadkach ryzykujemy własnym życiem. Oczywiście im lepszy kierowca, tym szybciej hamuje do zera, więcej widzi na skrzyżowaniu, ale zawsze jest ryzyko, że ktoś nas nie zauważy, nie usłyszy, coś się nie uda. Wypadki karetek zdarzają się co roku i to prawie zawsze są te pojazdy, które jechały na niebiesko, w kodzie 1, a ich skutki są opłakane. W Szczecinie zdarzyła się taka sytuacja, że ekipa jechała do głupiego zasłabnięcia, ale w miejscu publicznym, więc został przypisany kod 1. Wjechali na skrzyżowanie, tam uderzył w nich inny samochód, karetka się odbiła i na przystanku potrąciła kobietę, która czekała na autobus. Okazało się, że to była ciotka jednego z tamtejszych ratowników...





W karetce jeżdżę zazwyczaj na tzw. pace, tyłem do kierunku jazdy. Kiedy wracamy z pacjentem, to jestem razem z nim i działam w trakcie. Ale zdarza mi się oczywiście jeździć też z kierowcami z przodu. I mogę szczerze powiedzieć, że ludzie głupieją. Bardzo wyraźnie widać, że brakuje takich elementów w trakcie nauki jazdy w naszym kraju. Już nie mówię w ogóle o automatycznym tworzeniu korytarza życia, gdy jest korek na autostradzie, bo jak zdarzy się taka sytuacja, że kierowcy wcześniej pomyśleli, to trąbią o tym wszystkie media. A to powinna być norma. W mieście kierowcy zatrzymują się, zamiast jechać, robią jakieś dziwne manewry, bo nie mogą się

zdecydować, czy zjechać w lewo, czy w prawo, a my tracimy bezcenny czas. Generalnie lepiej reagują ci, którzy jadą z naprzeciwka, niż ci, którzy widzą karetkę za sobą. Trudno w to uwierzyć, ale wciąż zdarzają się palanci, którzy podpinają się pod nas i próbują jechać za ambulansem. A to jest bardzo niebezpieczne, bo w miastach ludzie zamykają korytarz natychmiast, jak przejedziemy, i wtedy kolejny wypadek gotowy. Podczas jazdy często zdarzają się sytuacje, w których mijamy się o centymetry. I co z tego, że ja wiem, że akurat nasz kierowca jest świetnym fachowcem i zna się na swojej robocie, skoro po drugiej stronie sytuacja może kogoś przerosnąć albo zabraknie minimalnych umiejętności. Chwalę kierowców z naszej bazy, bo mam do nich pełne zaufanie, ale tutaj też bywa tak, że możesz trafić na kogoś świetnego, a możesz wyjechać z kompletnym żółtodziobem. Chcesz prowadzić karetkę? W naszym pięknym kraju wystarczy obecnie zrobić tzw. wkładkę na błyski i gotowe. Takie szkolenie zajmuje dwa dni...

Oczywiście zdarza się (ale to naprawdę nie u nas), że ekipa jedzie na sygnale, żeby szybciej wrócić na bazę, chociaż nie mają wtedy takiego prawa. Był taki wypadek w Warszawie, w którym pusta karetka zderzyła się z Uberem, ale dla policjantów istotniejszy był fakt, że to kierowca taksówki nie miał prawa jazdy, i na tym się skupiono. Często tego przywileju nadużywają karetki prywatnych firm medycznych, bo chcą zrobić więcej kursów, a co za tym idzie – więcej zarobić. Laikowi naprawdę trudno wytłumaczyć, w jaki sposób może odróżnić karetkę systemu ratownictwa medycznego od karetki prywatnej, bo ta ostatnia może akurat realizować zadania

na rzecz systemu, na przykład transportując pacjenta z jednego szpitala do drugiego. Ale my, patrząc na to, kto jedzie w karetce, co ma napisane na plecach i w jakim stanie jest pacjent w środku, doskonale wiemy, kto uczciwie robi swoją robotę i nie nadużywa kodu 1, a kto leci w chuja.

Mieliśmy przypadek 5-letniej dziewczynki potrąconej przez kierowcę karetki z prywatnej firmy, który po prostu przewoził pacjentów na dializy i śpieszyło mu się, żeby zrobić jeszcze jeden kurs. A przez ten cały burdel może zdarzyć się tak, że ty jako pacjent poczujesz się bezpiecznie, bo zobaczysz, że dotarła do ciebie karetka, a to będzie pojazd z prywatnej firmy, który znalazł się w tym miejscu przypadkowo. W środku z wyposażenia może być torba opatrunkowa albo tylko rękawiczki, bo na co dzień ten pojazd wozi pacjentów z jednego Dupamedu do innego Dupamedu. Tacy sanitariusze zaczną coś robić, ale i tak będą musieli wezwać system i kolejny zespół. A może ci się trafić również prywatna karetka, która będzie wyposażona jak mały szpital na kółkach. Nigdy nie możesz być tego pewien, po prostu trzeba mieć szczęście. Generalnie ratownictwo prywatnym firmom medycznym się nie opłaca, najczęściej to jest tylko zysk PR-owy – napiszą na fanpage'u o wspaniałej ekipie Dupamedu, która przejeżdżała obok i uratowała życie jakiemuś staruszkowi. Fajnie, fajnie, ale nie za często, sam rozumiesz.

Karetka jako pojazd powinna być wymieniana po kilku latach, ale wciąż jeżdżą u nas takie, które pamiętają rządy Leszka Millera i mają najebane 1,5 miliona kilometrów na liczniku. O tym, czy trzeba kupić karetkę i czy jest za co, decyduje dysponent – więc u jednego będzie to wóz z elektrycznymi

noszami i sprzętem jak z *Gwiezdnych wojen*, a u drugiego wrak, w którym latem nie potrzeba wentylacji, bo ma w karoserii dziury wielkości pięciozłotówek. Jeździłem na podobnym cudeńku podczas praktyk – drzwi naprawdę trzymały się na plaster i czasem otwierały się na zakrętach. Potem wpadliśmy na lepszy patent z bandażem, który je trzymał, tylko zawsze przed wyjściem musieliśmy ten bandaż odwiązywać, przez co traciliśmy kolejne sekundy. Nawet z nowymi autami często był problem, bo były rejestrowane jako karetka, ważone, czy na pewno mają do 3,5 tony, a potem jechały na przebudowę i po niej już na pewno nie miały 3,5 tony, a silniczek fabryczny był nadal ten sam, najsłabszy, więc chodziły jak muły. Wszyscy o tym wiedzieli, ale nikt tego auta nie zatrzymywał i nie sprawdzał. Kiedy już ktoś się wkurwił, napisał pismo, wysłał w kilka miejsc, to na bazę wjeżdżała Inspekcja Transportu Drogowego i nagle dziesięć karetek wyłączano z użytku, bo były przeważały w dokumentacji. A kto na tym traci? Pacjenci.

Z minimalnym wyposażeniem karetki jest taki sam burdel – teoretycznie określają to jakieś rozporządzenia, a w praktyce na przykład dyrektorka pogotowia w Kielcach zabrała z karetek morfinę. Więc jak ktoś mieszkał w świętokrzyskim i miał otwarte złamanie kości udowej, to mógł liczyć maksymalnie na ketonal i pyralginę po drodze. Ale gdyby ten głupi upadek zdarzył się czterysta metrów dalej, to przyjechałoby pogotowie łódzkie, które jest tak wyposażone, że tylko przyklasnąć (i nie chodzi tu akurat o pavulon). Po protestach kieleckich ratowników w wigilię wywalono z pracy. Sprawa otarła się o telewizję i dopiero wtedy mogli wrócić – i morfina też. Akurat tam, gdzie ja pracuję, teraz wszystko jest, ale naprawdę nie

wiem, w jakim miejscu będę pracował za dwa lata, więc na przykład trzymam w domu pewne sprzęty, które uważam za niezbędne w różnych awaryjnych sytuacjach. I wiem, że w razie potrzeby jakoś się z tego zawsze wytłumaczę: „Wysoki Sądzie, sam sobie kupiłem na Allegro. Nikt nie może mi zabronić używania tego sprzętu, skoro go mam i uznałem, że w tej sytuacji było to konieczne”. Ale o czym świadczy to, że ratownicy sami kombinują sprzęt, który powinien być na wyposażeniu każdej karetki? Jak bardzo dziki jest ten kraj? To przecież komedia, że gdzieś w Polsce wzywasz pogotowie ratunkowe i przyjeżdżają do ciebie trzy jednoosobowe działalności gospodarcze i auto w leasingu.

Pieniądze na ratownictwo medyczne teoretycznie powinny być w całym kraju takie same, ale w praktyce różnice między poszczególnymi rejonami są olbrzymie. Powstały całe udzielne księstwa, w których rządzi dobry albo zły król. Są dyrektorzy szpitali, którzy nie mają żadnego pojęcia o medycynie i uważają, że skoro w karetkach udzielamy pierwszej pomocy, to po chuj nam na przykład bezpieczne wenflony na wyposażeniu, skoro to generuje koszty. W jednym z dużych miast polskich w grupie na WhatsAppie kierownik przypominał, że nie mają leczyć pacjentów w domach, tylko wszystkich przywozić do szpitala, bo to się bardziej opłaca. Są oczywiście i takie miejsca, w których dyrektorom naprawdę zależy albo przynajmniej wychodzą z założenia, że nie będą ratownikom przeszkadzać i jak przychodzi jeden, drugi, trzeci chłopak i mówi: „Dyrektorze, kupmy to i to, to tu będzie drożej, ale to się potem zwróci w ciągu roku”, to odpowiada: „Jasne, nie ma problemu”.

Teraz znowu pogotowie na poziomie dysponentów zostało całkowicie upaństwowione, bo przed 2019 rokiem każda firma medyczna, prywatna też, mogła wystartować w przetargu i realizować świadczenia na rzecz Państwowego Ratownictwa Medycznego. Po prostu firma Janusz&Marian brała pod skrzydła fragment powiatu czy województwa i dostawała dokładnie taką samą kasę jak państwowy podmiot, ale w ich gestii było, ile ci ratownicy zarabiają, na jakich warunkach pracują itd. Karetka ma być tylko w pełni zgodna z wytycznymi z przetargu i jeździć do wezwań, nic więcej nikogo nie interesuje. Kryterium przetargu? Oczywiście najniższa cena, tak jest w 95% przypadków. Ma pracować chłopak z wykształceniem, ale czy będzie miał 12 godzin doświadczenia, czy też będzie to staruszek z mentalnością i świadomością medyczną jak za czasów Gierka, to już nieistotne. Straż pożarna jest służbą, policja jest służbą, a my, ratownictwo, jesteśmy pospolitym ruszeniem cygańsko-medycznym, które z plastrem w dłoni i rurką intubacyjną w plecaku trzyma ten kraj do kupy i ratuje Polaków od śmierci w nagłych sytuacjach. Dziś, żeby wystartować w przetargu na taką obsługę, podmiot medyczny musi przynajmniej w 51% należeć do skarbu państwa. Podmiot, z którym mam podpisany tzw. kontrakt, jest podwykonawcą większego pogotowia ratunkowego, a ja jestem podwykonawcą podwykonawcy. Za dobę takiej karetki mój zleceniodawca otrzymuje bodajże 4600 złotych, więc jeśli chodzi o system i NFZ, to jest niezła kasa. Może się okazać, że karetka wyjedzie dwa razy w ciągu doby, a pieniądze i tak się należą, i można z tego potem finansować deficytowe oddziały. Gdzieś w Małopolsce hajs z karetek szedł już wprost na ratowanie

szpitala przed bankructwem, a żeby wszystko się zgadzało, to ten sam respirator był wykazany zarówno na wyposażeniu karetki, jak i na wyposażeniu SOR.

Systemowo nikomu odpowiedzialnemu za ratownictwo medyczne na danym obszarze nie zależy na jakości, bo jakość to pieniądze, a tych nigdy nie ma. Dopóki wszystko działa, jest dobrze, ale jak coś się spierdoli, to winny jest oczywiście ratownik. Gdybym wsiadł do karetki, w której coś nie działa, i to potem skutkowałoby na przykład śmiercią pacjenta, winny nie będzie pan Zbyszek z działu technicznego, który odpowiada za konserwację pompy infuzyjnej. To do mnie zostanie skierowane pytanie: „Dlaczego zgodził się pan na dyżur z niedziałającą pompą infuzyjną?”. A gdybym się nie zgodził, to ja będę tym, który robi problemy, któremu obetnie się dyżury, bo przecież Staszek, Krzysiek i Mietek nie narzekają, jeżdżą nawet bez hamulców i plastrów. A jeżeli masz 52 złote na godzinę (co brzmi nawet spoko, ale musisz z tego opłacić też ZUS, podatki i swoje ubezpieczenie zdrowotne), to nie masz za bardzo wyjścia, co?

Pracowałem przez chwilę w miejscu (wtedy były niższe stawki), gdzie w jednym miesiącu dostałem 96 godzin, w drugim znowu 96 godzin, a później nagle kierownik powiedział mi, że nie mam ani jednej, bo się stawiam. Dziś mam ten komfort, że mógłbym mieć taką sytuację gdzieś, ale wyobraź sobie, że na tym opiera się całe życie rodziny, kredyt, dzieci itd. Masz dziewięć dób w miesiącu, do tego ogranicza się twój budżet, i nagle przychodzi nowy kierownik i mówi, że od jutra nie masz już ani jednej, bo teraz będzie jeździł jego kuzyn. A co będzie, jak pojedziesz do wypadku samochodowego, w którym

auto leży w rowie, a żeby tam dojść, musisz ześlizgnąć się po stromym zboczu, i skrećisz kostkę? Wtedy nie zarabiasz w ogóle, dostajesz tylko jakiś żałosny zasiłek z ZUS-u. Zresztą wszyscy, którzy pracują na tych śmieciówkach i JDG, wiedzą, o czym mówię. Tylko czy ratownik medyczny to jest zawód, który powinien być wykonywany w takich realiach? Zdarzają się w pogotowiu osoby, które mają umowę o pracę, ale tylko dlatego, że pracują tam 30 lat i nigdy nie zgodziły się na zmianę.

Ratownicy nigdy nie biegają, ale to akurat nie dlatego, że mamy psychozę skreconej kostki i braku dochodów. Najważniejsze jest po prostu nasze bezpieczeństwo. Podjeżdżamy zawsze jak najbliżej zdarzenia, ale nigdy nie biegamy, bo po prostu można się wyjechać, a wtedy nie damy rady nikomu pomóc. Poza tym zawsze potrzebujemy wziąć głęboki oddech i ocenić sytuację na trzeźwo, zanim wpadniemy w te wszystkie pułapki myślenia tunelowego. Trzeba się rozejrzeć w lewo, w prawo, rzucić okiem, co się w ogóle stało, zastanowić się, gdzie jesteś, odpowiedzieć sobie na kilka ważnych pytań. Najlepiej taką ocenę zrobić jeszcze przez przednią szybę karetki, tu też chodzi o nasze bezpieczeństwo. Załóżmy, że mamy zimą wezwanie do kamienicy, do trzyosobowej rodziny, gdzie wszyscy nagle stracili przytomność – to od razu sugeruje czad, a czad zabija błyskawicznie. I jak przebiegniesz te trzy piętra, to będziesz zasapany, będziesz oddychał bardzo szybko, otworzysz drzwi do tego mieszkania, czujnik nie zdąży nawet zawyć, a ty już padniesz na glebę nieprzytomny. Czasami to są kwestie bardzo prozaiczne. Nawet jak przyjeżdżamy do normalnego domu, w którym nie ma żadnej patologii, pierwsze, co robię,

to wkładam rękę do kieszeni i chwytam gaz, a potem pytam, czy są tu jakieś zwierzęta. Ukochany Burek może być najłagodniejszym owczarkiem niemieckim na świecie, ale to jest pies, który kocha swojego pana i ma go bronić, a tu przyjeżdżają ludzie ubrani w jakieś pojebane kolory, którzy dziwnie pachną i dziwnie się zachowują wobec członków rodziny. Kocham zwierzęta, ale naprawdę nie mam problemu z tym, żeby w sytuacji krytycznej użyć gazu wobec psa. Bo jak taki Burek mnie pogryzie, to nie dość, że jestem wyłączony na ileś tygodni z pracy i nikt mi za to nie płaci, to jeszcze osoba, do której wezwano pomoc, ma mniejsze szanse na przeżycie, bo zespół działa w osłabionym składzie. Tak samo wtedy, gdy ludzie się napierdalają. Jak jest bijatyka, to nie wchodzimy, czekamy na policję, chyba że widzimy, że to takie chuderlaki, że na 100% w razie potrzeby poradzimy sobie sami. Ale jeżeli jest grubo, jeżeli latają noże, siekiery, to przepraszamy, ale to nie nasza sprawa. Kiedy występuje inne zagrożenie, na przykład ogień albo możliwość porażenia prądem, to również nie wchodzimy, bo od tego są strażacy – inaczej wyposażeni, inaczej wyszkoleni, właśnie do takich sytuacji.



Inna kategoria wyjazdów, która zawsze wzbudza duże emocje, to wypadki samochodowe. Jak już wspominałem, wciąż mam tych doświadczeń stosunkowo niewiele, nigdy nie byłem przy katastrofie komunikacyjnej, ale przecież jutro mam dyżur, wszystko może się zmienić, zwłaszcza patrząc na to, jaka jest pogoda. Otrzymując zgłoszenie do ciężkiego dzwonu, możesz spodziewać się w zasadzie wszystkiego. Mam kumpla, który do dzisiaj ma traumę, bo kobieta spłonęła na jego oczach w samochodzie żywcem i dosłownie nic nie mógł zrobić. To, co ważne przy takich zdarzeniach, to nigdy ich nie lekceważyć. Nie wiesz, czego się spodziewać po obrażeniach, bo nikt nie

ma w oczach rentgena i USG. Ryzyko, że ktoś wygląda dobrze, ale w organizmie dzieje się coś bardzo złego, jest duże. Dlatego my zawsze, jeżeli tylko są wskazania, wieziemy takich pacjentów na SOR, nie tylko na dalszą diagnostykę obrazową, ale i na obserwację. Zachęcam, żeby nigdy nie lekceważyć konsekwencji wypadku czy nawet głupiej kolizji. W pierwszej chwili możesz czuć się dobrze, bo trzyma cię jeszcze adrenalina, ale potem mogą zacząć się prawdziwe kłopoty, bo na przykład za trzy godziny krwiak w głowie urośnie i doprowadzi do utraty przytomności.

Najlepiej, jeśli nie dojeżdżamy jako pierwsi, a na miejscu są już strażacy i to oni udzielają kwalifikowanej pierwszej pomocy – te chłopaki naprawdę świetnie to ogarniają. Tak jest zresztą najczęściej, bo tych strażaków, jak już pisałem, jest dużo więcej niż nas. Chodzi też o to, że jak trzeba będzie wyciąć część samochodu, żeby kogoś z niego wyciągnąć i dopiero wtedy udzielić mu pomocy, to my i tak nie damy sobie bez nich rady. A do tego zabezpieczą miejsce wypadku, dzięki czemu podczas udzielania pierwszej pomocy nie grozi nam potrącenie przez kolejny samochód. Strażacy są dla nas niezbędni również w wielu innych sytuacjach. Kilka dni temu byłem u starszej pani, która się przewróciła – dała radę zadzwonić, ale nie mogła wstać. Ja nie dam rady wyważyć drzwi, więc przyjechała straż pożarna, która ma specjalny sprzęt do tego, żeby bezpiecznie je usunąć. Jeśli będzie płonęło mieszkanie, założmy nawet, że na parterze, to ja mogę wybić okno, wsadzić w nie łeb i zobaczyć, czy nie ma kogoś, kogo mógłbym wyciągnąć z miejsca, w którym stoję, ale sam tam przecież nie wejść. Strażacy składają przysięgę, że będą pomagać ludziom nawet

z narażeniem własnego życia. My takich wymogów nie mamy, bo nie jesteśmy od tego – jeżeli nas zabraknie, to nikt na miejscu nie pomoże rannym, wręcz nie wolno nam ryzykować. Poza tym strażacy mają odpowiedni sprzęt i doświadczenie, żeby zrobić to najbezpieczniej. Są przecież specjalnie szkoleni do tego, żeby działać w bardzo trudnych sytuacjach. My, ratownicy, jesteśmy od tego, żeby poszkodowanym pomagać medycznie.



Ważne, żeby nie bać się wzywać pogotowia. Do odpowiedzialności za fatygowanie nas nadaremnie (a i to

bardzo teoretycznie) można pociągnąć tylko osobę, która kłamie w żywe oczy, na przykład wzywa do zatrzymania krążenia, a na miejscu okazuje się, że pomocy potrzebuje pieseczek, albo do masywnego krwotoku, który tak naprawdę jest złamanym paznokciem. Możemy oczywiście w takiej sytuacji wezwać policję, czekać na ich przyjazd godzinę (jak dobrze pójdzie), składać zeznania, a potem włączyć się po sądach. No to już wiesz, jak byś się zachował sam w takiej sytuacji. Ale jeśli dzwonisz, bo masz nieprzytomnego wujka, to masz prawo nie wiedzieć, czy on jest bez świadomości z powodu choroby, czy po prostu nalewka na spirytusie wjechała za mocno. My to stwierdzimy, bo wiemy, w jakie miejsce go uszczypnąć, żeby zabolą trochę mocniej niż zwykle i żeby w ten sposób go obudzić. Nikt nie wyciągnie konsekwencji wobec ciebie. Ty zrobiłeś to, co miałeś zrobić, rozpoznałeś osobę z potencjalnym zagrożeniem zdrowia i życia, koniec kropka, reszta jest poza tobą. Tego uczę na moich kursach.

Mieliśmy ostatnio wezwanie do osoby, która leży i nie oddycha, więc goniliśmy jak szaleni, gotowi do resuscytacji, a okazało się, że wchodzimy do mieszkania, które wygląda jak wysypisko śmieci i na tych śmieciach leży starszy pan, który jest po prostu pijany jak szpadel. Wezwała nas jego córka, z nieco tylko lepszymi perspektywami, która doskonale wiedziała, że jej ojciec jest alkusem i że wcześniej czy później znajdzie go martwego, gdy tatuś puści pawia nie w tę stronę, co trzeba. Ale to wezwanie nie było przecież bez sensu, bo on może być nachlany do nieprzytomności, a mimo to wciąż potrzebować pomocy. Więc oczywiście zbadaliśmy go i jak trochę doszedł

do siebie, to zaproponowaliśmy, że sami zawieziemy go do psychiatryka. Ale powiedział, że nie chce się leczyć, chce się zapić na śmierć i ma do tego prawo... To miejsce było tak zapuszczone, że nie wiedziałem, gdzie położyć mój plecak reanimacyjny – taki, który jest zawsze bardzo brudny, bo przecież targamy go wszędzie ze sobą. Wyjazdy do tzw. zbieraczy to norma. Dzwoni starsza pani, wezwanie brzmi w miarę sensownie, dojeżdżamy, wchodzimy do dobrze utrzymanego bloku, nie widać żadnej patologii i dopiero po otwarciu drzwi do mieszkania tej pani zaczynamy się przedzierać przez hałdy śmieci, a przed naszymi butami spieprzają robaki, oczywiście oprócz tych, które są zbyt tłuste, żeby się ruszyć – te za to pękają nam pod podeszwami. Moja supermoc w takich sytuacjach jest taka, że po covidzie praktycznie straciłem węch, więc wszystko czuję, jakbym wąchał przez szmatkę, jakby to działo się w pokoju obok – dzięki temu zawsze jest trochę łatwiej.

Jeżdżąc karetką pogotowia, niestety często poznaję świat, o którym politycy woleliby nie pamiętać. Ostatnio razem z policją byliśmy przy zgłoszeniu o przemocy domowej w hostelu dla patusów. Tam jeden z pokoiów wynajmowała kobieta, która z dwojgiem dzieci przyjechała z Ukrainy, bo jej dom w Winnicy został zbombardowany. Próbowала ułożyć sobie życie w Polsce, ale zaczęła pić i znęcać się nad dziećmi. Policję wezwali inni Ukraińcy, bo zobaczyli, że dziewczynka wyskoczyła z pierwszego piętra. To była właśnie jej 11-letnia córka, uciekała przez okno od matki, która dusiła ją tak, że dziecko miało ślady paznokci na szyi i krtani. To, co tam zobaczyliśmy, to był koszmar. Bieda aż piszczy, w pokoju taki

syf, że brzydzisz się usiąść na łóżku, na którym te dzieci musiały spać. Dzieci brudne, wychudzone i smutne. Dziewczynka na szczęście nie skakała z bardzo dużej wysokości i szczęśliwie wpadła w krzaki, więc po upadku tylko kulą. Ale w trakcie badania ściągnąłem jej skarpetkę i zobaczyłem dużą, zabrudzoną ranę – okazało się, że tydzień wcześniej matka oblała ją wrzątkiem za karę. Później powiedziała nam jeszcze, że trzy dni przed naszym przyjazdem matka cięła sobie skórę na ręce żyłką na oczach dzieci, krzycząc, że to ich winą. Zajęliśmy się nimi, umyliśmy je i zaczęliśmy szukać dla nich schronienia. Jak im powiedziałem, że jedziemy na wycieczkę (do szpitala), to całowały mnie po rękach z radości. Dosłownie. Na drogę kupiliśmy im słodycze i puściliśmy bajki po ukraińsku na Netfliksie. Co chwilę zaczynały płakać i mówiły, że chcą do mamy, ale ona w tym czasie kopła tak mocno w siedzenia radiowozu, że cały podskakiwał. Taka interwencja na pewno nie ma *stricte* medycznego charakteru, ale wciąż sprawia, że czujesz się potrzebny. A po chwili przychodzi gorzka refleksja, że takim dzieciakom możesz pomóc tylko na chwilę, bo system opieki społecznej w tym kraju nie przewiduje już dla nich żadnej pomocy.

Osoby wzywające pogotowie też nie zdają sobie często sprawy, że na tym trzecim piętrze bez windy ja ich jestem w stanie zbadać tylko tym, co jestem w stanie tam przynieść, a więc mam przy sobie defibrylator z możliwością robienia EKG, ciśnieniomierz i pulsoksymetr. Ewentualnie mogę donieść jeszcze respirator, głowicę USG czy urządzenia do natychmiastowej kompresji klatki piersiowej, ale nie będę miał tomografu komputerowego i całego laboratorium. Mogę

wychwycić tylko rzeczy poważne, które mogą zabić tu i teraz albo za minutę. Nie jestem w stanie na przykład rozpoznać niedrożności w USG, jestem na to za słaby i nikt ode mnie tego nie wymaga. Mam tylko odróżnić człowieka, któremu potrzebny jest szpital, od człowieka, któremu ten szpital nie jest potrzebny. Rozpoznaję rzeczy, które mogę i muszę zrobić natychmiast, te, które muszą być zrobione szybko, ale w szpitalu, no i sytuacje, w których nie jestem w stanie pomóc wcale, na przykład kiedy kogoś kolano boli od 20 lat. Na miejscu wdramy tylko interwencje krytyczne, czyli zabezpieczamy człowieka przed tym, co może go zabić od razu. To może być niedrożność dróg oddechowych, masywne krwotoki, zatrzymanie krążenia, odma opłucnowa. Zaczynamy oczywiście od prób nawiązania kontaktu, dobudzenia, jeśli jest nieprzytomny. Gdy pacjent nie reaguje, to dostaje tlen przez maskę i szykujemy się do przyrządowego zabezpieczenia dróg oddechowych. Dopiero kiedy one są drożne, to jedziemy dalej – sprawdzam na klatce piersiowej, czy ma oddech, jeżeli tak, to trzeba odbarczyć. Wbijasz igłę w klatkę piersiową, słychać syk i możemy iść dalej. A więc brzuch – jeżeli są flaki na wierzchu, to trzeba je zaopatrzyć. Dalej kończyny – stabilizacja złamań, ale tylko w taki sposób, aby nie pogorszyć stanu pacjenta.





Dopiero po tych wszystkich interwencjach podejmujemy decyzję o ewakuacji, próbujemy wziąć pacjenta za bety i przenieść do karetki. Oczywiście jeżeli ktoś jest nieprzytomny, bezwładny, waży 150 kilogramów, a my jesteśmy na trzecim piętrze wąskiej klatki schodowej bez windy, to jest problem. Wtedy prosimy o pomoc członków rodziny albo sąsiadów. Tu prośba: jeżeli będziesz kiedyś w takiej sytuacji, że pogotowie o trzeciej nad ranem zapuka do ciebie i powie, że potrzebuje pomocy, to załóż te cholerne kaptcie czy szlafrok i wyjdź pomóc, a nie ściemniaj, że rano musisz iść do roboty i jesteś zaspany. W końcu chodzi o twojego sąsiada, a mogło o ciebie. Jak będzie

bardzo źle, to zawsze możemy wezwać strażaków czy policjantów na pomoc, ale z tym też różnie bywa w Polsce. Są miejsca, do których strażacy zawsze przyjadą, a są takie, gdzie stawiają opór, bo nie są od tego, żeby pomagać pogotowiu w znoszeniu pacjentów. Możemy wezwać też kolejny zespół ratownictwa medycznego, tylko – jak sam pewnie przypuszczasz – to jest wszystko kwestia tego, ile mamy czasu. Bo jeżeli wiemy, że mamy gościa, którego nie jesteśmy w stanie znieść, a sytuacja wymaga tego, aby jak najszybciej znalazł się w szpitalu, to wzywamy helikopter i to naprawdę nie jest *science fiction*. Wtedy zmuszamy kore nadnerczy do jeszcze większego wyrzutu adrenaliny, licząc na to, że nie zabraknie siły i utargamy takiego kolosa te trzy piętra w dół we dwóch, bo wiemy, że zaraz będzie śmigłowiec, tam zostanie błyskawicznie zaintubowany i szybko trafi do specjalistycznego ośrodka. Chodzi przecież o ludzkie życie. A że później mnie będą przez trzy tygodnie bolały plecy albo kompletnie rozsypią mi się stawy na starość – to kolejny urok tego zawodu. Jeżeli można poczekać dwie–trzy minuty, to lepiej poczekać, żeby przyszło więcej osób, i wtedy zrobić to razem, na spokojnie i bezpieczniej – dla nas i dla tego chorego też.

Wskakujemy do karetki i wszystko teraz zależy od tego, jaki mamy czas do szpitala, bo jeśli realnie pięć minut, to nie ma sensu niektórych czynności nawet zaczynać, trzeba skupić się na interwencjach krytycznych i nie opóźniać szybkiego transportu. Większe możliwości terapeutyczne i szersza diagnostyka zostają wdrożone już na SOR-ze, w lepszych warunkach. Ale jeśli dłużej jedziemy, to w pełni monitorujemy pacjenta (a nie tylko parametry krytyczne), podpinamy

mu pulsoksymetr, kapnometr, mierzymy mu wydechowe stężenie dwutlenku węgla, dokonujemy ekspozycji, czyli przecinamy ciuchy do naga, żeby tego człowieka dokładnie obejrzeć, sprawdzamy wszystkie jego reakcje. Pewne rzeczy muszę zrobić w karetce, zanim wystartujemy, na przykład ustabilizować otwarte złamanie, ale jeśli większym problemem jest krwotok do brzucha, to kij z tą złamaną nogą. Dostanie więcej opioidów, oddychamy za niego, najwyżej nie będzie już nigdy klękał w kościele, ale najważniejsze jest, żeby ten nieszczęsny brzuch został jak najszybciej otwarty na bloku operacyjnym, bo od tego zależy jego życie. Reasumując, mamy dwa podejścia do pacjenta: przy tych w stanie zagrożenia życia i poważnego zagrożenia zdrowia obowiązuje reguła *load&go*, a przy pierdołach *stay&play*. To my musimy wiedzieć najlepiej, co wybrać, ale dobry ratownik zawsze wyłowi z dziesiątków rutynowych sytuacji tę jedną, kiedy to minuta opóźnienia może decydować o tym, czy człowiek będzie żył, czy nie.

Pacjenta powinniśmy zawieźć na najbliższy SOR, ale on może być zawałony ludźmi albo mieć na przykład dwa inne stany nagłe, które absorbują cały personel. Dlatego zawsze kontaktujemy się z dyspozytorem przez radio i wtedy zapada decyzja, gdzie jedziemy. Tylko w tym przypadku znowu w Polsce mamy do czynienia z jedną wielką improwizacją. Bo w tym kraju nie ma systemu, który dostarczałby informacji w czasie rzeczywistym, że na przykład szpital X ma zepsuty jedyny tomograf komputerowy. O tym od 8 rano wie dyspozytor, ale my dowiemy się dopiero, jadąc z pacjentem i szukając dla niego miejsca. Niewątpliwie mogłoby to być lepiej zorganizowane. Kiedyś mieliśmy pacjenta po upadku z dużej

wysokości. Chcieliśmy zawieźć go do najbliższego szpitala, ale ten był zamknięty z powodu przeładowania. W drugim było to samo, więc rzuciliśmy się do trzeciego, ale to już daleko, korki i ostatecznie zabrał go śmigłowiec, żeby było szybciej. Ale to są wszystko telefony, improwizacje i kwestia dostępności zasobów, ludzkiego poświęcenia, a nie systemu, który w ciągu minuty powinien ci powiedzieć, co robić i gdzie jechać.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, o którym w tym miejscu wspominam, to jest jeden z najlepiej funkcjonujących elementów ratownictwa medycznego w Polsce. Jeśli tylko pogoda jest lotna, kursów śmigłowcem jest naprawdę sporo – oni latają nie tylko do nagłych wypadków, ale też realizują na przykład pilne transporty międzyszpitalne. Kiedy na studiach pracowałem jako wolontariusz w centrum urazowym w Warszawie, to zdarzały się sytuacje, że lądowało pięć śmigłowców i jeden przywoził uraz narządowy, drugi udar, a trzeci akurat pacjenta ze sraczką, bo tak wyszło. Ratownicy medyczni z LPR-u przede wszystkim śledzą prognozy meteorologiczne, bo w przypadku takiego transportu wszystko od tego zależy. Na pokładzie najważniejszy jest zawsze pilot – to on decyduje, i nawet jeśli śmigłowiec jest już w drodze po pacjenta, a nagle zmieniają się warunki pogodowe, to zawraca i nie ma dyskusji. Drugi po pilocie jest ratownik medyczny, który leci z przodu – jest on jednocześnie nawigatorem, a więc także członkiem załogi helikoptera. A dopiero za nimi w tej hierarchii ważności jest lekarz, który leci z tyłu, z pacjentem. LPR to naprawdę świetni ratownicy, uchodzą ze elitę naszego zawodu. To po prostu lotnictwo, procedury generalnie są przestrzegane, wszystko trzyma się

w ryzach. To jest zupełnie inny model pracy niż w tym naszym pierdolniku na ziemi. Ja w tym momencie czuję się za cienki w uszach, żeby coś takiego robić, ale za kilka lat na pewno chciałbym zdobyć również takie doświadczenie. Na początku kariery ratownika to jest marzenie wszystkich, z czasem jednak zaczynasz się orientować, że są też inne możliwości, ciekawe miejsca i trochę mniej stresu. A w LPR-ze możesz zacząć robotę w Warszawie, a za trzy dni dowiesz się, że pracujesz w Białymstoku, a jeśli ci się nie podoba, to trudno, bo jest pięciu chętnych na twoje miejsce. Niemniej – podkreślam to jeszcze raz – ratownictwo medyczne w Polsce bardzo dużo im zawdzięcza.





Ale wróćmy do naszej akcji ratunkowej. Dojeżdżamy do szpitala z pacjentem. Zawsze dobrze jest dać znać wcześniej, że jedziemy i jaka jest sytuacja – to są kolejne bezcenne sekundy. Wszystko pięknie przy założeniu, że ktoś akurat nasłuchuje radia na miejscu. Bardzo rzadko, ale może zdarzyć się sytuacja, że podjeżdża karetka, otwierają się drzwi, pacjent powinien być pędem wieziony na stół operacyjny, a nikt nic nie wie, bo ktoś poszedł do toalety, a ten, który miał go zastąpić, na fajkę. Ale w lwiej części przypadków pacjent w nagłym zagrożeniu życia i zdrowia trafia błyskawicznie do sali reanimacyjnej, prawie tak jak w serialach. My zdajemy tylko

krótką relację i nawet papierologię – czyli to, co jest w Polsce święte – wypełnia się po przekazaniu.

Po zarejestrowaniu pacjenta na SOR-ze idziemy sprzątać karetkę i szykować się do kolejnego wyjazdu. I tu kolejna paranoja – nawet po ciężkim wyjeździe nie mamy żadnej przerwy. Więc dzwonic do dyspozytora, że mamy (zgodnie z prawdą) całą karetkę uwaloną krwią i nie mamy wenflonów, ale nie będziemy wracać na bazę, tylko pożyczymy od kumpla z tego szpitala, w którym stoimy. Zadowolony dyspozytor mówi: „Macie 20 minut, bo czekają kolejne wezwania”. Więc przez 10 minut myjesz karetkę, drugie 10 wykorzystujesz na fajkę, a w idealnej sytuacji na złapanie w biegu czegośkolwiek do jedzenia. Nie ma takiej pozycji w systemie jak „przerwa obiadowa” albo „możliwość wyjścia do toalety” – to jest kolejna patologia, bo wiadomo, że musimy jeść i musimy się odlać, więc ten czas musimy „kraść” gdzie indziej.

Gorące przyjęcie na oddziale czeka oczywiście tylko tych pacjentów, którzy są w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. W innym przypadku może się zdarzyć, że dajemy znać, że jesteśmy z pacjentem w takim a takim stanie, a odpowiedź brzmi: „Okej, to jesteście piątą karetką”. I czekamy, czasem 20 minut, a czasem 2 godziny. To jest kwestia tego, że ja tego pacjenta muszę formalnie przekazać, a co szpital to inne rozwiązanie – czasami przekazujesz ratownikowi, czasami pielęgniarce na triażu, a są też takie oddziały, w których musisz czekać, aż przyjmie go lekarz i dopiero on zdecyduje, co dalej. Dlatego rzadko, bo rzadko, ale zdarzają się takie historie gdzieś w Polsce, że zespół podrzuci kogoś na SOR i zostawi albo wręcz porzuci na podjeździe. To może stanowić duży problem później,

zarówno dla zespołu z karetki, jak i dla szpitala. Czasami, jak jest zapieprz i dużo się dzieje na mieście, to kiedy przywozimy 19-letniego dzieciaka po meczu ze skreconą kostką, zabezpieczonego przeciwbólowo, to my im drukujemy kartę, oni przybijają pieczętę i się rozstajemy. Zespół ratownictwa medycznego jedzie do kolejnego poszkodowanego, a w szpitalu tym delikwentem zajmą się już później. O czasie przyjęcia przez lekarza na SOR nie decyduje to, czy przyjechałeś sam, czy przyleciałeś śmigłowcem LPR-u, tylko to, ile możesz czekać ze względu na swój stan. To czekanie karetek na podjazdach z pacjentami to był koszmar w trakcie pandemii. Wtedy tych zespołów ratownictwa medycznego naprawdę brakowało, bo wszyscy stali w korku przed szpitalami. Na Dolnym Śląsku syn resuscytował ojca, który się zatrzymał, dyspozytor z nim rozmawiał, instruował, jak uciskać, a wszystko trwało 57 minut, dopiero wtedy dotarła pierwsza wolna karetka... Ale to był koszmar, szalony czas, który – mam nadzieję – już nigdy nie wróci.

Często w tym rozdziale wspominam o współpracy między służbami – policjantami, strażakami i nami, ratownikami. To są najczęściej ludzie, z którymi rozumiemy się bez słów ze względu na wspólne doświadczenia. Wszędzie są pojeby; trafi się policjant gestapowiec, strażak z wąsem Florian i felczer Janusz z kolumny transportu sanitarnego, który wszystko wie najlepiej, bo woził pacjentów jeszcze w stanie wojennym dużym fiatem kombi. Ja o żadnym strażaku czy policjancie, z którym miałem okazję współpracować na SOR lub w pogotowiu ratunkowym, nie powiem ani jednego złego słowa. Mam wielu kolegów policjantów, takich, z którymi

chodzę na blanta i na dyskoteki. Oni wyciągają mnie na strzelnicę, a ja uczę ich czegoś z ratownictwa medycznego. Razem pracujemy, jeździmy razem do tych samych awantur domowych, do wypadków z pijanymi kierowcami. I jeśli na jednego z nas ktoś się rzuci, to zawsze może liczyć na pomoc drugiego.

To jest tak, że gdy jesteśmy wzywani do awantury domowej, oboje szanowni małżonkowie są najebani, to rozumiemy się bez słowa. Po minucie widać, kto kogo krzywdzi albo że krzywdzą się nawzajem. Jak cię poniesie, rzucisz dwa słowa za dużo, to na przykład policjant zrzuci kubek ze stołu. Popatrzyysz w jego stronę, a on ci pokazuje, że ma kamerę i wszystko się rejestruje. A co ja mam powiedzieć policjantom, którzy podczas próby obezwładniania młodego łebka po dopalaczach w trakcie szamotaniny na podłodze przeciorali mu twarz przez rozbite szkło i szorstki beton? No zdarza się. I odwrotnie – jeśli rzuci się na mnie pacjent z nożem, a ja będę się bronił, to bagieta nie napisze w tym swoim tomiku poezji, że tamte otarcia są efektem interwencji policji, a siniaki na rękach to sprawka ratowników, tylko że do urazu doszło w trakcie stawiania oporu policjantom. Trzymamy sztamę z nimi i oni z nami, ale to nie oznacza tuszowania żadnych patologii. Chłopaki z 998 opowiadają taki dowcip, że ratownika medycznego i strażaka łączy to, że obaj chcieli zostać strażakiem. Czasem się odgryzamy, że to ratownik medyczny jest po studiach. Docinamy sobie, nabijamy się z siebie, ale to wszystko w granicach życzliwości. Jeśli pojawiają się jakieś interpersonalne konflikty, to z konkretną osobą, jakimś „ciasnym kaskiem”, a nie całą formacją.



Lubię pracę w karetce, ale brakuje mi SOR-u – nie będę tego ukrywał. Na oddziale miałem o wiele więcej styczności z medycyną ratunkową, bo kiedy jest osiem stacji pogotowia, które przysyłają nieszczęśników z całej dzielnicy, to zawsze trafi się coś „ciekawego”. A jak jeździsz w pogotowiu, to jednak, nie oszukujmy się, głównie do pierdół. Za to w pogotowiu jesteś na miejscu sam, nie masz nikogo do pomocy. Na SOR-ze są trudniejsze wypadki, jest medycznie trudniejsza robota, ale też większa grupa. Jeżeli nie uda mi się założyć wenflonu, to są cztery inne osoby i któreś z nich się uda albo wenflon założą cztery osoby naraz. A jeżeli wciąż się nie uda, to zaraz przyjdzie

anestezjolog, który zrobi wkłucie centralne. W pogotowiu nie ma też aż takiej pieczętkoży, tej cholernej choroby, która zatruwa nasze państwo. Na razie pracuję w pogotowiu i to jest dla mnie optymalne miejsce w tym momencie, a co będzie dalej – zobaczymy. Dzięki temu, że coś tam tworzę w internecie, że mam inne zlecenia, mam teraz ten komfort, że nie muszę się męczyć w żadnym chujowym miejscu. Nie muszę szarpać się o dyżury, o fatalny sprzęt czy fatalne zarządzanie. Ale muszę też bardzo uważać. Jako ten – ha tfu – „influencer” nie jestem może na świeczniku, ale wszyscy patrzą mi na ręce. I abstrahując od mojej alergii na chujnię, marazm i „niedasizm”, naprawdę nie mogę sobie pozwolić na to, żeby brać dyżury w miejscu, w którym nic nie działa, bo jeśli coś się stanie, to wszystko pójdzie na moje konto, a jest sporo osób, które chętnie by ze mnie zrobiły kozła ofiarnego. Ale nie zawsze tak było i o tym szerzej opowiem w kolejnym rozdziale.

– Ile waży inkubator?

– Co?

– No słyszałeś, ile waży inkubator LPR-u?

– Nie wiem! Dlaczego?

– Leci do nas na SOR pacjent ze Szczecina, wcześniak, ale na spokojnie, bo to planowe przekazanie, prosto na oddział.

– Jak planowe, to co się przejmujesz? Transporty robią samolotem, na lotnisku będzie czekała karetka z przygotowaną lawetą i wjadą prosto na oddział.

– Jakby nie było czym, to bym się nie przejmował. Samolot jest w remoncie, transport realizuje zapasowy śmigłowiec z Płocka, który poleciał do Szczecina i za 2 godziny będzie lądować u nas. Nie wiem, ile waży ten inkubator, nie mamy noszy, nie mam pojęcia, jak dzieciaka przewieziemy na oddział. Sprawdziłem na stronie LPR-u – nie ma żadnych informacji. Centrum operacyjne też nie wie, bo do nich dzwoniłem. Myślałem, że ty możesz wiedzieć.

– Kurwa...

Szybki telefon do kumpla, co lata „na śmigle” i wszystko jasne – 130 kilogramów.

– Mam, poradziłem sobie, 130 kilogramów. Leżanka ma udźwignąć 135. Weźmiemy łóżko reanimacyjne, ściągniemy materac, resztę przeciwności losu będziemy ogarniać na bieżąco.

Ładują, podjeżdżamy, zaraz za ratownikiem, jak nigdy, wyskakuje lekarz.

– Mam pasy, mam pasy!

– Co masz?

– No pasy mam, wziąłem od jednego z ratowników ze Szczecina, ze swojego auta mi wyciągnął i dał – pokazuje na dwa pomarańczowe pasy do spinania rowerów, mebli czy co tam się na dachu auta wozi. – Wiedzieli, że nie będziecie mieć, to mi dał. Przypniemy inkubator do łóżka, to się nie wypierdoli.

– Uff. Dzięki ci, pomarańczowa mordo, kimkolwiek jesteś i gdziekolwiek teraz pracujesz – pomyślałem.

Wcześniak wyszedł ze szpitala w stanie ogólnym dobrym.

Tuż po obronie od zaprzyjaźnionych pielęgniarek dostałem pieczętę. Zastanawiałem się, komu dam pierwszą kartę medycznych czynności ratunkowych podbitą przeze mnie.

Anafilaksja? Zaostrzenie astmy? Może uraz wielonarządowy?

Chuja tam! Łukasz, 28 lat, padaczka alkoholowa, nie zdążył wypić, zadrgał, a z kieszeni wysypały mu się kradzione portfele i telefony, z którymi uciekał przez teren festiwalu Woodstock.

Przekazany patrolowi policji.

Najgorsze tatuaże to te z imionami albo podobiznami dzieci. Wytatuuj sobie na przedramieniu swojego ukochanego bąbelka. Będzie uroczo wyglądać podczas reanimacji z wenflonem w oku i stróżką twojej krwi ściekającej z pośpiesznie przykręcanego korka.

Gorsza od tych chujowych tatuaży jest tylko możliwość spotkania się z bąbelkiem na żywo i bycie świadkiem, jak ktoś mu przekazuje, że tata zmarł pomimo naszych wszelkich starań.

„Za trzy miesiące masz 17 urodziny. Wiem, bo widziałem tatuaż na przedramieniu twojego ojca. Naprawdę mi przykro”.

Podjeżdżamy pod SOR. Na podjeździe stoi mój „ulubiony” lekarz.

„Miał być ostry dyżur, a jest tępy chuj” – myślę.



3

**SOR –
miejsce, które przyciąga ćmy**

Szpitalny oddział ratunkowy powinien być miejscem, do którego trafiają ludzie w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia, czyli z urwanymi rękoma czy zatrzymaniem krążenia. W ostateczności, jeśli w okolicy nie ma porodówki, możemy przyjąć na świat nowego obywatela. W założeniu chodzi więc o opiekę nad ludźmi, którzy są już jedną nogą po drugiej stronie, względnie obiema nogami, ale mamy jeszcze jakiekolwiek szanse ich stamtąd wyciągnąć. I – owszem – raz na jakiś czas zdarzał się dyżur, kiedy miałem samych takich pacjentów. Byłem wtedy naprawdę zadowolony, mimo że były to zazwyczaj bardzo ciężkie zmiany. System ochrony zdrowia powinien działać jak lejek, który ma odpowiednie filtry. Jesteś przeziębiony, to w pierwszej kolejności powinieneś trafić do lekarza rodzinnego (a najlepiej wyleczyć się sam). Boli cię kolano – to również idziesz do lekarza rodzinnego i tam dostajesz skierowanie do ortopedy (termin za kilka miesięcy, ale dostajesz). My, jako SOR, jesteśmy na samym dole, mamy łapać pacjentów, którzy wymknęli się całej reszcie.

To oczywiście tylko teoria – według raportu Najwyższej Izby Kontroli 60% pacjentów SOR-u nigdy nie powinno do nas trafić. Nie jest to wyłącznie polska specyfika, ale u nas to problem systemu. Załóżmy, że jesteś lekarzem rodzinnym i masz pacjenta, który potrzebuje szybkiej diagnostyki, na przykład tomografii w ciągu maksymalnie dwóch dni. Nie ma w naszym systemie ochrony zdrowia takiego miejsca, więc wysyłasz go na SOR, bo wolny termin w poradniach czy przychodniach jest dopiero za pół roku. Żaden lekarz nie będzie ryzykował zdrowiem pacjenta i postępował zgodnie z teoretycznymi założeniami systemu, bo system ma gdzieś zarówno lekarza, jak

i chorego. Większość pacjentów nigdy nie powinna dostać skierowania na SOR, ale dostaje i nikt nie ma pomysłu, co z tym zrobić. Jeszcze gorzej, gdy ktoś swoje nagłe zagrożenie zdrowia czy życia diagnozuje sam. Czytałem niedawno opinię na Google o jednym ze szpitali, w którym kiedyś pracowałem. Napisała ją pani z zerwanym czy złamanym paznokciem. Oceniała szpital na jedną gwiazdkę i dodała dosadny komentarz: „Chuje, odesłali mnie do kosmetyczki”. A przecież z medycznego punktu widzenia, kosmetyczka w takim przypadku jest naprawdę najlepszym wyborem... Kiedyś na moim dyżurze pacjent chciał złożyć skargę, że czekał 20 godzin, a sytuacja była poważna, bo podrapał go kotek, Luna, „zrobiła się pręga i idzie do serca”. Jak to mówimy: „Czy masz sraczkę, czy zaparcie, to na SOR-ze znajdziesz wsparcie”.

Jesteśmy jak latarnia, która zawsze świeci, więc różne ćmy – chore, zdrowe, znudzone, najebane – do nas lgną. Nieważne, jaki dzień tygodnia, która godzina, czy południe, czy noc, czy błądy świt – ktoś będzie się musiał tym delikwentem zająć. A dla lekarzy rodzinnych, za wyjątkiem sytuacji, w których naprawdę chodzi o dobro pacjenta, to często jest po prostu fantastyczny dupochron – miejsce, gdzie możesz wysłać pacjenta czy nawet zlecić, żeby go tam zabrali, a dalej niczym się już nie przejmować. Najważniejsze, że twoja pieczęć w dokumentacji medycznej nie będzie ostatnia. Wielu lekarzy medycyny rodzinnej, ratowników czy nawet lekarzy prowadzących prywatną praktykę w przypadku jakichkolwiek problemów, czyli czegokolwiek bardziej skomplikowanego niż grypa, wysyła pacjenta na SOR w ramach protokołu RWD – „Ratuj Własną Dupę”. Jesteśmy takim pisuarem, do którego

każdy może się odlać, a my z każdą ilością tego płynu musimy sobie poradzić.



Objaw obecnie występujący	Od kiedy
KOTĘK LUNA MNIE	OD
PODRAPAC RAMY I	
WZERUJONY PASEK	
IDZIEĆ OD KCIUKA	
DO PACHY, A 838	
KAZAĆO MI TU	
NATYCHMIAST PRZYJŚĆ	
Czy był istotny uraz w ciągu ostatniego miesiąca?	
☐ tak ☒ nie	
Czy <u>kiedykolwiek</u> w przeszłości wystąpiły	
☐ tak ☒ nie Utraty świadomości	
liczba.....	
☐ tak ☒ nie na widok krwi, przy zastrzyku,	
ciężu	

Jestem może trochę niesprawiedliwy, bo zdarzają się przypadki, że nadmiar ostrożności był pożądany i na przykład coś, co wyglądało jak zwykła sraczka na kacu, okazało się sepsą, a taki dociekliwy czy – nazwijmy go może ładniej – ostrożny lekarz uratował swojemu podopiecznemu życie. Tylko to są tak rzadkie sytuacje, że potem powstają o nich niezwykle ciekawe doktoraty, cytowane na całym świecie. Co z punktu widzenia takiego lekarza rodzinnego jest ważne – SOR to oddział, który ma tak szerokie zaplecze diagnostyczne, że w wielu przypadkach naprawdę nie ma innego takiego miejsca w systemie, do którego można kogoś wysłać, żeby został

kompleksowo przebadany. I dochodzi do takich dziwactw, że mamy pacjenta z podejrzeniem zapalenia wyrostka robaczkowego, który na podstawie oceny jego stanu mógłby spokojnie poczekać w domu na wyniki krwi i za kilka godzin dostać telefon z poradni: „Wystawiono skierowanie, proszę udać się jutro rano do szpitala, a jeśli w nocy coś będzie się działo, to wzywać pogotowie”. Ale nikt tak nie zrobi, bo dużo bezpieczniej wysłać kogoś na SOR, żeby tam zrobili komplet badań i potwierdzili: „Rzeczywiście, ma pan zapalenie wyrostka robaczkowego, bierzemy pana na oddział, zoperujemy pojutrze”. Leży więc dwa dni na oddziale i zapycha system, w przeciwnym razie NFZ nie zapłaci, bo inaczej się tego nie da rozliczyć.

Proszę mnie źle nie zrozumieć, ale SOR z założenia nie ma być miłym miejscem. My, czyli personel, i cały dostępny sprzęt medyczny – to wszystko powinno być skoncentrowane wyłącznie na ratowaniu życia i zdrowia w ciężkich, nagłych przypadkach. A wygląda to zupełnie inaczej – codziennie w pracy mamy do czynienia z absolutną patologią systemu, co jest efektem wszechobecnej katastrofy w ochronie zdrowia. Istnieje taka dziedzina jak medycyna katastrof – dotyczy wojny, kataklizmu czy klęski żywiołowej albo wypadku komunikacyjnego, w którym mamy dziesiątki ofiar. Tam z góry zakłada się wiele kompromisów, począwszy od tego, że nie uda się wszystkich uratować. O katastrofie mówimy wtedy, kiedy mamy zbyt wielu „ciężkich” pacjentów i zbyt niewielu medyków, żeby realnie można im było pomóc w krótkim czasie. Z góry zakładamy, że sytuacja nas przerasta i kluczowa jest

segregacja na tych, których można uratować, którzy rokują, i na tych, których *de facto* skreślamy.

Problem w tym, że to w Polsce dzieje się na co dzień – taką tezę postawiłem publicznie już kilka lat temu, a kryzys tylko się pogłębia i nie ma żadnej nadziei, że cokolwiek za naszego życia się zmieni, chyba że dojdzie do jakichś poważnych rozruchów społecznych. Dajmy na to, że na jedyny oddział ratunkowy w mieście, z niepełnym personelem, przyjeżdżają dwie osoby z zatrzymaniem krążenia. Resuscytację robimy wtedy jednocześnie, ale jak już wjedzie trzeci taki delikwent, to już brakuje ludzi. Ktoś musi wziąć głęboki oddech i szybko zdecydować, jak to ugryźć. I wtedy na przykład o tych dwóch najbardziej rokujących biją się doświadczone, trzyosobowe zespoły, a do ratowania osoby z rozsianym procesem nowotworowym woła się jako trzeciego studenta, żeby się uczył. Kiedy zdarzą się trzy udary w tym samym czasie, to przychodzi lekarz neurolog i na podstawie swojej wiedzy, doświadczenia oraz wytycznych decyduje, kto na diagnostykę pojedzie pierwszy, kto drugi, a kto ostatni. To znowu zależy od dostępnego personelu i sprzętu. Mówimy tu o opóźnieniu rzędu 20 minut, pozornie niewiele, ale dla tej osoby to może stanowić ogromną różnicę – na przykład będzie miał później tylko niedowład ręki albo nie będzie już nigdy samodzielnie chodził.

Nasz system ochrony zdrowia dramatycznie trzeszczy i te trzaski słyszą bardzo wyraźnie nawet osoby zupełnie niezwiązane z branżą. Potem dochodzi do takich bulwersujących sytuacji, o których słyszymy w mediach – pacjenci zmarli na izbie przyjęć po wielu godzinach

oczekiwania na badanie. Oczywiście każdy przypadek jest inny, ale znając specyfikę systemu, jestem w stanie sobie wyobrazić, że lekarz miał dziesięciu bardzo potrzebujących i do tego jednego niezdecydowanego, lekceważącego swoje zdrowie i nadużywającego – nie tylko spożywczych – trunków, który chce się leczyć, a za 5 minut już nie chce. W gazetach taki pacjent to zawsze dobry chłopak – przeprowadzał staruszki przez ulicę i nawet do mszy służył. A na SOR-ze widać agresywnego, kompletnie pijanego człowieka, który samodzielnie oddycha i wszystko na niebie, ziemi i kardiomonitorze wskazuje, że personel może zajmować się innymi ludźmi, a potem okazuje się, że jednak miał sepsę.

Inna sprawa, że w ciągu każdego dnia mają miejsce tysiące wyjazdów pogotowia ratownictwa medycznego w Polsce i tam wszystko się udaje, ale o tym nikt nie napisze. Ten system jest naprawdę zjebany, a my to łątamy taśmą klejącą, żeby jeszcze jednego człowieka udało się dowieźć do szpitala i przytrzymać po dobrej stronie rzeki. A ta taśma klejąca, na której się to wszystko trzyma, to są przede wszystkim nasze kręgosłupy – te moralne i te kostne, dosłownie. SOR naprawdę powinien być spokojnym miejscem, na zasadzie: czekasz, aż coś się odpiardoli, na przykład wypadek samochodowy. Siedzisz, uczysz się i przygotowujesz na tego jedyne prawdziwego pacjenta w trakcie dyżuru, któremu masz uratować życie. Tak powinno być, tak byśmy chcieli, o tym marzymy. A w rzeczywistości jest zupełnie inaczej.

Jako ratownik zajmowałem się na SOR-ze segregacją ludzi pod kątem pilności ich przypadków, byłem odpowiedzialny za to, żeby mój oddział mógł uratować jak najwięcej ludzi w jak

najkrótszym czasie, dając nadzieję przeżycia wszystkim. Pomagał mi w tym wewnętrzny system triage, oparty na tzw. wytycznych Manchester. Pacjenta zawsze oceniamy biorąc pod uwagę trzy najważniejsze układy – oddechowy, nerwowy i sercowo-naczyniowy wraz z mechanizmem urazu lub zachorowania. Do tego dochodzi ocena bólu i gotowe – pacjent zostaje przydzielony do jednej z pięciu grup. Grupa czerwona to pacjenci w stanie bezpośredniego zagrożenia życia – dostaną natychmiastową pomoc albo przepadło. Pomarańczowi to tacy, którzy wymagają pomocy pilnej, na jej udzielenie mamy 10 minut – z otwartym złamaniem albo poważnym urazem. Żółty pacjent to na przykład taki z bólem w klatce piersiowej od trzech godzin albo ubytkami neurologicznymi – może czekać do godziny. Masz silny ból brzucha, miejscowy obrzęk, ranę do szycia – jesteś zielony i pomoc powinieneś otrzymać w ciągu dwóch godzin. I wreszcie status niebieski – to właśnie wtedy, gdy jesteś smutny, boli cię dupa od tygodnia albo noga po niemieckim postrzale z 1943 roku. O kolejności przyjęcia do lekarza decyduje stan kliniczny, a nie to, kto pierwszy do nas przyjechał, w jaki sposób (karetką czy prywatnie) i w jakich okolicznościach doszło do urazu. Może więc się zdarzyć, że kibice Legii po „ustawce” z fanami Widzewa albo pijany w sztok kierowca, sprawca śmiertelnego wypadku, będą dla nas priorytetem.







Jeżeli przyjeżdżasz na SOR samodzielnie, najpierw dostrzegasz rejestratorkę – to pierwsza zaporą, mającą zatrzymać ludzi, zawracających nam dupę. Musisz się zarejestrować, bo każda wizyta musi zostać zapisana w systemie, a żeby nie robili tego ratownicy – robią to właśnie te panie. Oczywiście jeśli wejdiesz na oddział z własną ręką pod pachą, to będziesz rejestrowany niejako w locie, czyli w trakcie akcji ratunkowej. Ale jeżeli masz obie ręce, to siedzisz i czekasz. Gdy w końcu trafisz do mnie, na podstawie twoich parametrów, stanu zdrowia, twoich obciążeń, ale też korzystając z własnego doświadczenia i poniekąd trochę

intuicji, szóstego zmysłu, ustalam, czy możesz dalej czekać kilka godzin, czy nie. W idealnym świecie powinieneś zostać zbadany od stóp do głów, w praktyce zmierzone zostaną tylko parametry krytyczne (których jest relatywnie niewiele), aby wykluczyć stan bezpośredniego zagrożenia życia. Po selekcji czekasz dalej na wizytę u lekarza, ale ja, oprócz tego, że oceniam stan zdrowia kolejnych pacjentów, powinienem cały czas monitorować zarówno ciebie, jak i wszystkich innych pacjentów znajdujących się na korytarzu, czy nie dzieje się coś niepokojącego. Bo gdy przychodzi do mnie młody łepiek i mówi, że go lekko kłuje w klatce piersiowej, to najczęściej będzie zgaga. Ale może się okazać, że ten chłopak nie zdradzi, że jest po kilku ciągach amfetaminowych i dostanie nagle zawału serca, który nie wyszedł jeszcze w EKG, straci przytomność i zejdzie w tej poczekalni – i to ja mam wtedy problemy.

Długi czas oczekiwania rodzi oczywiście kolejne konflikty. Przyszedł kiedyś do nas koleś z opłkiem w oku. Zajrzałem, ale niczego tam nie znalazłem, więc musiał poczekać na okulistę. Darł japę jak opętany, że czeka sześć godzin, a ci, którzy przyszli po nim (ale z innymi problemami!), zostali już przyjęci. Próbowałem mu wytłumaczyć, że okulista w tej chwili operuje, a zgodnie z segregacją pacjentów on znajduje się w tej kategorii, która może poczekać dłużej. Wydzierał się na mnie i wszystkich dookoła, że segregacja to była w Auschwitz i że napisze na mnie skargę. Wziąłem więc kartkę, przybiłem swoją pieczętę i dałem mu, mówiąc: „Proszę, niech pan podpisze, tylko wyraźnie, żebyśmy wiedzieli, z kim mamy później rozmawiać”. Nie podpisał. Z jednej strony rozumiałem go – bolało, a musiał

czekać. Ale ani ja, ani inni, którzy przyszli i potrzebowali pomocy, nie byliśmy temu winni.

Jak już odczekasz swoje, to w teorii powinieneś trafić do właściwego lekarza. Jeśli po prostu złamałeś kostkę, to nawet średnio ogarnięty internista stwierdzi, czy potrzebujesz prześwietlenia, czy nie, i cię zaopatrzy. Jeżeli masz nasilenie objawów choroby Leśniowskiego-Crohna i dosłownie srasz krwią, to wtedy internista, a nawet lekarz medycyny ratunkowej wezwie na konsultację gastroenterologa, dostaniesz płyny, które delikatnie cię nawodnią, oraz leki przeciwbólowe, a potem zejdzie do ciebie lekarz, konsultant z oddziału, żeby podjąć decyzję, czy wymagasz dalszej hospitalizacji, czy nie. Jeżeli masz urwaną nogę, potrącił cię pociąg albo jesteś kierowcą koparki, w którą pierdolnął pociąg (miałem taki przypadek!), to zbiera się tzw. *trauma team* – konsylium, w skład którego wchodzi anestezjolog, neurochirurg, chirurg i ortopeda. Oni razem podejmują decyzję odnośnie do tego, co będzie dla ciebie najlepsze. Tak to wygląda w teorii, w praktyce panuje istny festiwal psychologii. Najpierw zawsze obrazuje się głowę na tomografii komputerowej i jak tylko są pierwsze skany, to neurochirurdzy mówią albo „uff”, albo „o ja pierdolę”. Potem zaczyna się przepychanka i pierwszy lekarz mówi: „Dobrze, może on ma obrzęk rdzenia kręgowego, ale większym zagrożeniem jest krwawiąca śledziona”. A chirurg na to: „Śledzionę mu wytniemy i za 15 minut będzie mógł trafić na neurochirurgię”. Ortopeda mówi: „No, może już nie będzie nigdy klęczał, bo ma złamane kolano, ale tym też nie ma się co przejmować, bo jeżeli dojdzie do przerwania albo

permanentnego ucisku na rdzeń kręgowy, to i tak nie będzie chodził, nie?”. I tak to działa w większości miejsc.





To wszystko niestety przypomina burdel, bo na SOR-ze powinni pracować przede wszystkim lekarze medycyny ratunkowej, chirurdzy z ratowniczą żyłką i anestezjolodzy. W związku z tym, że SOR, chcąc nie chcąc, jest teraz też poradnią, to pracują tu także interniści, pediatrzy, a zdarzają się nawet psychiatrzy czy gastroenterolodzy. W idealnym świecie powinni tam być tylko lekarze medycyny ratunkowej, którzy szybko decydują: jest zawał – wywalamy gościa na kardiologię inwazyjną, jest sepsa to go tutaj sedujemy, intubujemy i wysyłamy z anestezjologiem na OIOM. Tak to powinno wyglądać. Ale tak nie jest i nigdy nie będzie.

Idąc na dyżur na SOR, naprawdę nigdy nie wiem, co może się wydarzyć. Nikt z nas nie spodziewa się sytuacji, że autobus spadnie z mostu albo gdzieś wybuchnie bomba czy gaz w bloku. A może to jest właśnie błąd, bo kto inny, jeśli nie my, ma być przygotowany na takie sytuacje? Gdyby doszło do katastrofy tej rangi, to kluczowe byłoby najpierw rozdzielenie pacjentów. Ci ze złamanymi rękami, nogami i innymi takimi pierdołami powinni trafić do najbliższego szpitala. Wszyscy pacjenci w stanie ciężkim, wymagający bloków operacyjnych, powinni być rozrzućeni po szpitalach w okolicy, w zależności od ich specjalizacji. I my na takim konkretnym SOR-ze dostajemy informację, że za pięć minut przyjadą dwie karetki z dwoma rozjebanymi osobami. Tyle jest w stanie realnie przyjąć większość SOR-ów, na więcej nie ma miejsca. Kiedy będziemy się zajmować tymi ludźmi, to staną się nasi i będą w tej chwili najważniejsi. Oczywiście, pacjenci na innych salach wciąż pozostaną pod nadzorem, ale to będzie działać na zasadzie: „jakby coś się działo, krzyczcie”. Jeżeli dostaniemy wcześniej ostrzeżenie, że zaistniała taka sytuacja, to oczywiście przygotujemy sprzęt, całą aparaturę i zrobimy podział, kto pierwszy na blok, kto może czekać, kto pierwszy na tomograf, a kto chwilę później. Paradoksalnie stany najtrudniejsze są najprostsze w tym sensie, że wtedy wszyscy wiedzą, co mają robić i jakie są dalsze czynności. Jeśli chodzi o personel, to wykorzystujemy maksymalnie to, co mamy. Nigdy w życiu nie spotkałem się z sytuacją, żeby ściągać na SOR dodatkową pomoc. Co z tego, że zadzwonimy po kogoś, jeśli będzie akurat w drugiej pracy? Często zdarzają się sytuacje, że ratownik medyczny przywozi karetką poszkodowanego na SOR

na zmianie dziennej, a potem przychodzi do pracy na nockę i dalej się nim opiekuje. Gdyby każdy z nas pracował na etat, to zabrakłoby połowy obsady ratownictwa medycznego w Polsce.

Twoje losy na SOR-ze niestety w niemałej mierze zależą też od szczęścia. Możesz trafić na oddział ze wspaniałymi, kompetentnymi ludźmi, którzy nawet w bardzo trudnej sytuacji sobie poradzą, ale mogą cię też przywieźć na SOR, na którym nic nie będzie się działo, a i tak trafisz na osoby, które nigdy nie powinny pracować przy żadnym pacjencie. I nie chodzi mi tylko o twoje szanse na przeżycie, ale na przykład też o ból, na który pacjent wcale nie musi być skazany. Do tej pory kwestia samodzielnego podawania leków na SOR-ze przez ratowników nie jest uregulowana. Akty prawne w tej materii wzajemnie się wykluczają, do tego dochodzą wewnętrzne regulaminy, które stanowią jeszcze co innego. Może to nie tak, że mam to gdzieś, ale wychodzę z założenia, że pacjenta w XXI wieku nie ma prawa boleć, tym bardziej na oddziale, który szczycił się udziałem w słynnym programie „Szpital bez bólu”. Gdy przyjeżdża do mnie człowiek ze złamaną nogą, która naprawdę go napierdziela, to zgodnie z przepisami najsilniejszym lekiem, jaki mogę mu podać, jest pyralgina – kompletnie nieadekwatna. Taki pacjent powinien być z automatu zaopatrzony opiatami, najlepiej morfiną. Konsekwencje takiej decyzji są takie, że powinien być wówczas pod ciągłą obserwacją, bo mimo że to bezpieczny lek, to w jednym na 10 tysięcy przypadków mogą się zdarzyć silne wymioty albo bezdechy. Powinniśmy go więc posadzić obok na fotelu i cały czas monitorować, ale przecież nie ma takiej

możliwości, bo zaraz lecisz gdzie indziej. Zresztą powstały teorie, że opiaty to jakieś straszne narkotyki, leki, które nawet w niewielkiej dawce natychmiast uzależniają i zmieniają twoje życie w piekło. To jest demonizowanie i wierutna bzdura. Nie potrafię patrzeć, gdy pacjent cierpi w sytuacji, w której naprawdę nie jest to konieczne. Dlatego podaję mu te leki, żeby złagodzić ból, co pomaga zresztą przy gojeniu, a także sprawia, że człowiek mniej się awanturuje, a to nie jest bez znaczenia.

Kiedyś podałem dziewczynie z kolką nerkową (boli bardziej niż poród) pyralginę i poszedłem na górę do lekarza dyżurnego, ten wyskoczył na mnie z mordą, że mi tego nie podbije i że kim ja jestem, żeby samodzielnie podawać lekarstwa. Wiele osób po jednej takiej akcji położy po sobie uszy i już nigdy nie robi nic z własnej inicjatywy, aby ulżyć pacjentowi podczas oczekiwania. Trochę mnie to ruszyło, ale – prawdę mówiąc – miałem go w dupie. Było mi już wtedy wszystko jedno, czy ktoś mnie zwolni, czy nie, to był sam środek pandemii. Zresztą zawsze byłem pyskаты, więc wziąłem dokumentację, wpisałem: „Podano bez zalecenia lekarskiego”, podpisałem własną pieczęcią i gotowe. Potem były przez to jakieś problemy formalne, skończyło się tak, że karta została zniszczona, powstała nowa i tamtą już podpisał inny lekarz, żeby wszystko się zgadzało.

Największym problem ratownictwa medycznego jest coraz większy rozdźwięk między naszymi ludzkimi możliwościami a nawalem pacjentów, którzy przez ten nieszczelny lejek „wlewają się” tam, gdzie nigdy nie powinni trafić. Pracowałem kiedyś na SOR-ze, który nie może paść i nigdy nie padnie, bo po prostu w jednym z największych polskich miast zabrakłoby elementarnej opieki. Tylko co z tego, że mój oddział miał

niejako specjalny status, skoro w tym samym czasie zamknięto dwa inne SOR-y w okolicy i ludzie walili do nas drzwiami i oknami. Nagle okazało się, że mamy z dnia na dzień o połowę więcej pacjentów, a już wcześniej sytuacja była dramatyczna.

Podczas jednego z takich dyżurów na triażu zaliczyłem wtopę, która mną wstrząsnęła. Z dzikiego tłumu pacjentów wychwyciłem trzech pomarańczowych, ale przegapiłem czwartego. Nie dlatego, że coś spieprzyłem, że byłem niedouczony albo na kacu. Po prostu pacjentów było zbyt dużo, ponad siły jednego człowieka, i wtedy stwierdziłem, że to, jak wszystko wygląda w praktyce, nie spełnia już żadnych norm bezpieczeństwa. Skategoryzowałem tego pacjenta jako zielonego, czyli wyszło, że spokojnie mógł czekać jeszcze dwie godziny. Na całe szczęście lekarka wzięła go szybciej z tłumu, bo się wyrobiła, i wszystko potoczyło się tak, jak powinno się potoczyć – nie trafił pod skrzydła lekarza za późno. Ten pan został potem przekazany na salę obserwacyjną i tam jego stan zaczął się bardzo mocno pogarszać, niestety finalnie zmarł na oddziale. Na szczęście (dla mnie!) nie z mojego powodu. Popełniłem błąd, który nie miał konsekwencji, bo pacjent zmarłby nawet po kwalifikacji do pomarańczowych. Nie dało się go uratować. Ale zgodnie z kategorią, którą mu przydzieliłem, był zielony i gdyby zatrzymał się na korytarzu po moim badaniu, a przed badaniem lekarskim, to ja ponosiłbym za to pełną odpowiedzialność – w grę wchodzi sankcje zarówno zawodowe, jak i karne. Wtedy nikogo by nie obchodziło, że miałem kosmiczną liczbę pacjentów podczas tego dyżuru, że nie dawałem rady. To, że nie zrobiłem właściwego rozpoznania, według przepisów mnie nie

usprawiedliwia. Przecież powinienem był zauważyć sińce, których nie widziałem. Zauważyłbym je oczywiście, gdybym zbadał tego człowieka od stóp do głów, tak jak powinienem, tak jak napisano w podręczniku akademickim, a nie rzucił na niego okiem i stwierdził, że wszystkie kończyny są razem, normalnie oddycha, parametry są w normie i nic go nie boli. Tylko że naprawdę nie miałem na to czasu, bo dosłownie latałem pomiędzy piętrami, zajmując się życiem i zdrowiem osób będących ewidentnie w stanie zagrożenia życia.

Co by było, gdyby mi zszedł w poczekalni? Oczywiście jeden prawnik powie tak, a drugi coś całkiem innego. Żyjemy w państwie, w którym jak będzie przykaz, żeby dołożyć medykom (bo na przykład strajkują), to dla władzy sytuacja, by rzucić pospólstwu kogoś na pożarcie, będzie wymarzona. Ale kiedy będzie taka narracja, jak na początku pandemii, że medycy to bohaterowie, to choćbyś wyrzucił 4-latkę z balkonu – i tak zostaniesz uniewinniony. Tak czy inaczej to są długie procesy, które obciążają psychicznie, mimo że dobrze wiesz, że to nie było morderstwo, tylko błąd. Na koniec wypłaca się odszkodowanie, sporadycznie orzeka zakaz wykonywania zawodu, ale to musiałyby być jakaś kardynalna pomyłka, coś w stylu pomylenia pavulonu z pyralginą. Najgorsze jest to, że większość z nas jest na śmieciówkach albo jednoosobowej działalności gospodarczej, a kiedy nie pracujesz, bo jesteś ciągnany po sądach, to nie zarabiasz. A to są sprawy, które nie tylko trwają lata, ale też często są odkopywane po latach. Dokumentację medyczną przechowuje się przez trzy dekady, czyli jeszcze w 2052 roku będzie można wyciągnąć moje karty z wczorajszego dyżuru. Naprawdę kiedy pracowałem na SOR-

ze, bałem się, że kiedyś pójde siedzieć za to, jak działa, albo raczej nie działa, system ratownictwa medycznego w Polsce i to był jeden z głównych powodów, dla których zrezygnowałem z tej pracy.

Drugi ważny powód stanowiła moja nienawiść do antyszczepionkowców. Te ameby wkurwiają mnie na maksa, za to, co zrobili nam wszystkim, i za to, co ja sam musiałem przez nich przejść. Przed kolejną falą covidu stwierdziłem, że nie będę ryzykował swoim życiem dla ratowania ludzi, którzy są tak głupi, że mają to i tak w dupie. Wtedy naprawdę większość tych ludzi, którzy trafiali do szpitali, to byli foliarze. A głupi człowiek ma często głupią rodzinę. Ktoś mógł się zaszczepić i przejść chorobę ciężko, ale jednak przeżyć, ale się nie zaszczepił, podjął taką decyzję i umarł. Wtedy taka głupia rodzina szuka dziury w całym, bo to przecież my go na pewno zabiliśmy. I zaczynają się pytania: dlaczego lek został podany w pierwszej dobie, a nie w drugiej, albo dlaczego w drugiej, a nie w pierwszej, albo dlaczego pyralgina dożylnie, a nie w tabletkie itd. Szkoda mi siebie, swojego czasu, swojego zdrowia psychicznego, żeby potem przez lata żyć ze świadomością, że mogę w 2029 roku dostać wezwanie do prokuratury, do jakiegoś pacjenta, w którego karcie tylko postawiłem pieczęć, założyłem mu wenflon i nic więcej nie zrobiłem, ale umarł, a jego rodzina szuka pieniędzy. Teraz, kiedy jeżdżę w karetce i słyszę, że wieziemy foliarza, zamykam mordę, nie odzywam się, nawet się odwracam, bo nie chce mi się już nikomu tłumaczyć. To są głupi ludzie, widocznie też są potrzebni, choćby po to, żeby student miał się na kim uczyć.

Dopiero w trakcie psychoterapii zrozumiałem, że do tego wszystkiego dochodzi straszliwa bezsilność. Jako medyk w tym całym pierdolniku jestem absolutnie bezsilny. Mój przełożony, którego nienawidziłem, jest absolutnie bezsilny. Pacjent, który mnie nienawidzi, jego rodzina z pretensjami – oni też są absolutnie bezsilni. Wszyscy mają słuszne pretensje, a tak naprawdę nikt nie jest przecież winny... To wszystko nakręca bardzo dużo konfliktów interpersonalnych, których nikt nie rozładowuje.

Dopiero kiedy rzuciłem pracę na SOR-ze, pracuję w zespole ratownictwa medycznego i to w sumie tylko na pół etatu, ta liczba wydarzeń pełnych agresji czy jakiegoś niebezpieczeństwa zredukowała się do minimum, bo umiem już zachować dystans niezależnie od sytuacji. I teraz, gdy wyciągam pana pacjenta z jakiejś meliny, to sadzam go w karetce na krzeselku i na początek mówię do niego spokojnie: „Drogi panie, zasady w tym pojeździe są proste. Jeżeli pan jest dla nas miły, my też jesteśmy mili i jedziemy bezproblemowo do szpitala. Jeżeli pojawią się jakiegokolwiek problemy, to na natychmiast, z użyciem wszelkich dostępnych środków, będziemy je rozwiązywać”. I najczęściej nic się nie dzieje, nikt się na mnie nie rzuca. Wciąż jednak ciągną się za mną sprawy z przeszłości, o które zresztą nie mam do siebie żadnego żalu.

Mam gdzieś z tyłu głowy historię kompletnie zalanej dziewczyny, która chciała zadźgać śrubokrętem mnie i mojego kolegę. Kiedy ten śrubokręt przeleciał centymetry od mojego oka, to w samoobronie rzuciłem nią o podłogę. Każdy człowiek zrobiłby to samo – po prostu machnąłem na odlew. Takich

agresywnych, patologicznych pacjentów jest może 5%, ale to oni kosztują nas połowę roboty i 90% wszystkich problemów. Wiele razy słyszałem od młodych byczków, że jego kumple już czekają pod szpitalem i mi wpierdolą. A kogo ja mam do obrony czy do pomocy w razie czego? Pana Zbyszka, ochroniarza z grupą inwalidzką, który jest w takim stanie, że kiedy zdarzy się bijatyka na SOR-ze, to każesz mu spieprzać, bo jak zostanie, będzie tylko więcej ofiar. To i tak miłe, że chce się angażować, bo inny ochroniarz powie ci, że on nie będzie interweniował, bo ma w umowie zapisaną w obowiązkach tylko ochronę mienia szpitala, ale personelu już nie.





Dawniej powiedziałbym, że SOR-y mają być tylko dla ludzi z urwanymi rękoma i udarami i nikogo innego nie wpuszczamy, ale teraz coraz częściej myślę, że skoro ta katastrofa ochrony zdrowia postępuje, skoro i tak od tego nie uciekniemy, to lepiej powiedzmy sobie głośno, że tak jest i inaczej nie będzie. Takich historii będzie coraz więcej, przychodnie będą padać i ludzie będą trafiać na SOR-y, więc weźmy głęboki oddech, wyluzujmy, przestańmy zgrywać superbohaterów i zadajmy sobie pytanie: w jaki sposób możemy tych ludzi zaopatrywać? Jak utrzymać cały czas wolne miejsca dla tych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, a jednocześnie nie pozostawiać bez opieki

tych, którzy tej pomocy też potrzebują, a nie otrzymają jej gdzie indziej?

Kiedyś 24-letni chłopak umierający na raka, teoretycznie pod opieką hospicjum, zgłosił się na SOR z powodu wymiotów po chemii i ogólnego wycieńczenia. To może nie była jeszcze agonia, ale perspektywa maksymalnie kilku tygodni. Zadzwoił do hospicjum, nikt nie był w stanie do niego przyjechać, podać mu leków przeciwwymiotnych i przeciwbólowych. Poszedł do swojego lekarza rodzinnego i on oczywiście odesłał go na SOR. Dla nas to człowiek z teoretycznie najniższym priorytetem, ale został przyjęty, dostał leki przeciwwymiotne, przeciwbólowe i doprowadziliśmy jego stan ogólny do poziomu „dobry”. Tylko w związku ze wspomnianym wyżej protokołem RWD i brakiem systemowych rozwiązań od razu zrobiono mu tomografię, pobrano krew do badań itd. Zamiast dostać szybki wypis do domu, spędził na oddziale całą noc. To są bezsensowne czynności czy koszty z punktu widzenia medycznego, ale nie medyka. Bo my musimy zabezpieczyć się z każdej strony. Nie wiadomo, czy jego rodzina nie powie później: „Gdyby tylko mojemu Michałkowi ktoś podał sól fizjologiczną, to może by przeżył”. A skończyło się tak, że gdy wypisywaliśmy go rano, to leki już przestały działać, a on dalej wymiotował po nocy spędzonej bez sensu w poczekalni.

Biedni ludzie sami nie wiedzą, gdzie mają tej pomocy szukać. Bardzo mocno tego doświadczyłem, gdy kiedyś zamieściłem na moim Instagramie jeden z bardziej nośnych postów – o nocnej pomocy lekarskiej. Okazało się, że dziesiątki tysięcy osób nie miało pojęcia, że coś takiego istnieje... Dlatego pacjenci wolą poczekać nawet kilka godzin w kolejce, ale być przyjętym,

niż o 5 rano dowiedzieć się w przychodni, że już nie ma numerków na dany tydzień. Ktoś od pół roku czeka na konsultację neurochirurgiczną z rwą kulszową albo z guzem mózgu, ale w tym czasie mu się pogarsza, dochodzi do niedowładu prawej nogi, więc idzie na SOR tylko po to, żeby dowiedzieć się, że ma dalej brać sterydy i czekać na konsultację...

Często w grę wchodzi po prostu samotność. Mieliśmy taką panią Olgę, już po dziewięćdziesiątce. Kiedy była w pełni sił, raczej nie była dobrym człowiekiem, bo miała bardzo specyficzny charakter. Panicznie bała się tylko jednej rzeczy – że umrze w samotności. I kiedy robiliśmy jej EKG, to zawsze było jak sejsmograf – wszystkie parametry i stan kliniczny każdorazowo kwalifikowały ją do przewiezienia na SOR. Więc pani Olga dzwoniła nawet dwa razy dziennie. Trafiała do nas i za każdym razem słyszała, że proponuje się jej koronarografię ale nigdy nie wyrażała na to zgody. Potrafiła przyjechać o 15, była rejestrowana, a o 15:20 już wypisywana. Leżała jednak w poczekalni kolejne sześć godzin, czekając na wolną karetkę transportową (pogotowie ratunkowe nie odwozi pacjentów), która przetransportuje ją do domu. I za takiego pacjenta my jesteśmy cały czas odpowiedzialni, w pełnym tego słowa znaczeniu. Jeśli ktoś woła, że chce się wysikać albo trzeba mu zmienić pampersa, to w wolnej chwili podejdziemy i tego pampersa zmienimy. Ale gdy ktoś chory na samotność, wyciągnie snickersa i się nim udławi, to będzie nasza wina, bo nie powinniśmy pozwolić komuś jeść samodzielnie, skoro przepisy i regulaminy mówią, że trzeba go nakarmić.

Czasami, raczej rzadko, ale zdarzają też sytuacje, nazwijmy je umownie, zabawne. Przyszedł kiedyś do szpitala 17-latek z dziewczyną. Wyglądał na wystraszzonego. Intuicja mi podpowiadała, że coś poszło nie tak w łóżku. Rejestratorka ostrzegła, że jest niepełnoletni, więc nie można go zbadać. Ale zdecydowałem się delikatnie nagiąć prawo, akurat nie było żadnego innego pacjenta, więc mogłem poświęcić mu trochę czasu. Usiadłem obok niego na korytarzu, pod okiem kamery, żeby wszyscy widzieli, że nikogo nie dotykam, i zapytałem, o co chodzi. A on mówi, że uprawiali seks i poleciała mu krew (z penisa). Więc to na 99% zerwane wędzidełko albo coś takiego. Tłumaczę mu z dobrego serca: „Słuchaj, mordo, to nie jest stan zagrożenia życia, a ja nie mogę cię przyjąć, to jest szpital dla dorosłych, nie mamy w tym miejscu chirurgii dziecięcej. Możesz pojechać tam albo tam, ale tylko z opiekunem prawnym”. Chłopak popatrzył na mnie błagalnym wzrokiem i zapytał, czy tym opiekunem prawnym może być brat. Wytłumaczyłem, że niestety nie, jeśli jego rodzice żyją, takie są przepisy. I z jednej strony masz prawie dorosłego człowieka, bo do pełnoletności brakowało mu czterech miesięcy, a z drugiej w takim wypadku nikt nie zaryzykuje. Potem by się okazało na przykład, że ma specyficznych rodziców i byłyby problemy, bo ktoś mógłby sobie ubzdurać, że go molestowałem, bo nikogo nie było przy tym badaniu, żeby pilnować, że to na pewno tylko badanie itd. To są sytuacje, kiedy uczymy się w szpitalnym boju, jak się zachować. Ktoś doświadczony pokaże nam, gdzie można prawo beczelnie łamać (bo nikt się niezyciowymi czy wzajemnie sprzecznymi przepisami nie przejmuje), gdzie można je naginać (bo od ciebie

tylko zależy, co zrobisz, byleby ci się udało), a gdzie są takie miejsca, w których „wstrzymaj konie, bo żwir...”.

Na co dzień SOR to jednak miejsce skrajnych emocji, nad którymi nawet ja, mimo wieloletniej praktyki, czasami nie jestem w stanie zapanować. Przywożono do nas ludzi w różnym stanie, więc szybko przywykłem, że ludzie umierają – taka praca. Umieraniu towarzyszą jednak różne emocje, bo śmierci są bardzo różne. Większość z nich jest spokojna, bo ktoś po prostu gaśnie. Jeśli ma 80 lat, to taka śmierć nie jest oczywiście powodem do radości, ale też nie jest czymś, co uniemożliwia mi na przykład zamówienie pizzy przez telefon, który trzymam w jednej ręce, gdy drugą zapinam czarny worek. Jeśli szybko nie zapnę tego worka, to dostanę ochrzan, ale jak nie zamówię żarcia, to będą głodny do końca dyżuru, bo zaraz zamykają knajpę. Proste. Ale są też takie sytuacje, kiedy wychodzisz z roboty i pierwsza rzecz, o której myślisz, to wziąć czerwony młotek i zajebać sobie prosto w czoło. Tak było na przykład, gdy kończyłem zmianę i wiedziałem, że jedna z moich pacjentek, śliczna 4-letnia dziewczynka, ofiara pijanego kierowcy, już nie żyje, bo nie udało nam się jej uratować. Wychodziłem ze szpitala i na korytarzu natknąłem się na jej rodzinę, akurat przyjechali. Słyszałem, jak matka dowiaduje się, że jej córeczka nie żyje, a potem jak wydobywa się z niej taki szloch i krzyk, który wprawił w vibracje betonowe ściany i ołowiane szkło. W takich momentach naprawdę nie wracam na chatę i nie otwieram szampana na fajrant, bo czuję się fantastycznie, że mam wolne.

Ludzkie tragedie, umieranie i wypadki to niestety nieodłączny element mojej pracy, warto o tym powiedzieć kilka słów

na koniec tego rozdziału. Nikt nie przychodzi na SOR pochwalić się wynikiem matury czy poczęstować nas lodami. Tu przyjeżdża się walczyć o życie i ta walka często jest przegrana. Można się do tego przygotować, być mniej lub bardziej odpornym – ale nie znam nikogo, kto byłby kuloodporny. To też nie jest tak, że na grafiku mamy rozpisane, kto na danym dyżurze jest „płaczką pogrzebową” i w razie zgonu ubiera się na czarno i przez trzy godziny lamentuje nad workiem ze zwłokami. Nam ludzie umierają na dyżurach co chwilę i dlatego rodziny odbierają lekarzy czy ratowników jako nieczułych. A to jest przecież zupełnie inna sytuacja niż wtedy, gdy chodzi o naszych bliskich. Ból rozrywa serce, płacz porusza szyby. Nasz mały świat zatrzymuje się na chwilę. Nic nie jest (i już nigdy nie będzie) takie samo jak przed minutą. Bez względu na stopień zażyłości – coś w nas odpada, coś innego się łamie, gdzieś tam uderza bezlitośnie chłód samotności. Każdy przeżywa śmierć bliskiej mu osoby na własny sposób, każdy z nich jest dobry. Ja odejście mojego dziadka przeżyłem mniej więcej w ten właśnie sposób. Zabrał go tętniak aorty, który niespodziewanie pękł. Leczył się przez wiele lat na bóle kręgosłupa – nikt nie wpadł na pomysł, by zrobić mu tomograf. Trudno, totalitaryzm śmierci ma to do siebie, że nie da się już nic z tym zrobić.

Kultura, w której żyjemy, wyparła prawie całkowicie tematy takie jak śmierć, cierpienie, starość czy choroby. Mówię o prawdziwym obliczu rzeczy trudnych. Umieranie? Tylko na polu bitwy, na barykadach płonącego Paryża, z nagą piersią i sztandarem w dłoni. Ciężka choroba? W domu, we własnym ogromnym łóżku z baldachimem, pod ciepłą kołdrą, w ciszy

i spokoju. Starość? Siwa, ciepła i dostojna, z łaską będącą raczej atrybutem szyku i klasy niż protezą młodości. Ból? Tylko chwilowy, mgnienie oka na ekranie. Nie wiem, czy to dobrze, czy źle – nie jestem socjologiem, by to oceniać. Mogę tylko głośno mówić o dysonansie, który obserwuję bardzo często. Bo zazwyczaj śmierć tak niestety nie wygląda...

Nie ma nic złego w tym, że ktoś umarł – na tym polega przecież życie, zawsze na finiszu czeka nas tunel, światło i te sprawy. Im szybciej się człowiek z tym pogodzi, tym wygodniej mu się żyje. Przynajmniej ja tak mam. Łatwiej mi żyć z myślą, że kiedyś nie będę musiał wstawać o 4 rano. Każdy z nas spotkał się pewnie z podobną sytuacją – komuś ktoś gdzieś umarł, ale że słabo znamy jednego, a drugiego (nieboszczyka) w ogóle, to po chwili przestajemy o tym myśleć. Trudno byłoby nosić żałobę po każdym z około 1100 ludzi, którzy umierają w Polsce każdego dnia. Moment, w którym człowiek pogodzi się z tym, że kiedyś umrze, jest momentem nie tylko oczyszczającym, ale również wyzwalającym. Większość osób myśli o tym jednak inaczej. Nikt nie chce umierać. Rozumiem strach. Rozumiem, że ktoś wciąż ma dla kogoś żyć, i walczy o każdy dzień, więc leczy te swoje 100 tysięcy chorób. Ale ja, niespełna 30-latek, po tym wszystkim, co już widziałem, myślę, że wolałbym jednak zaoszczędzić, zarówno sobie, jak i bliskim, takiego przedłużania życia na siłę, walki o jeszcze jedną tabletkę, jeszcze jeden oddech, o jeszcze jedną kontrolę gdzieś tam. Wydaje mi się, że w ostatecznym rozrachunku nie warto. Ta walka toczy się bardzo często właśnie na SOR-ze, gdzie jest brudno, śmierdzi, a ten wojownik życia jest tego dnia 140 - pacjentem, który tu przyszedł.

Mam też inne doświadczenia – ktoś błaga, żebyś go zabić. I to jest moment, w którym całkowicie zmieniasz swoje postrzeganie wielu problemów. Miałem taką pacjentkę, bardzo słabą weterankę powstania warszawskiego ze skomplikowanym złamaniem kości udowej. Ona dosłownie wylała na korytarzu, błagała, żeby jej pozwolić umrzeć. Dlatego wydaje mi się, że dorosły człowiek, świadomy tego, co się z nim dzieje, powinien mieć święte prawo podjąć decyzję o humanitarnym zakończeniu własnego życia. Bo czasami alternatywą nie jest ratowanie, ale dosłownie maltretowanie takiej osoby w obawie przed odpowiedzialnością karną – nazywamy to „terapią daremną”. Nie widzę sensu podtrzymywania kogoś przy życiu za pomocą aparatury, jeśli ten człowiek dosłownie gnieje od środka za życia. Gdy pracowałem na OIOM-ie, byłem świadkiem wielotygodniowej agonii; stan pacjenta z dnia na dzień się pogarszał, obrzęki, procesy gnilne. Wiadomo było, że nie ma żadnych szans na przeżycie. Utrzymywano go w stanie śpiączki farmakologicznej, bo obudzenie nie wchodziło w grę. Był tak niewydolny, że nie byłby w stanie samodzielnie oddychać, a bycie przytomnym i podłączenie do aparatury, która wymusza na tobie każdy oddech, jest torturą. Naprawdę nie wyobrażam sobie takiej agonii, powiesiłbym się na tej pompie. Nie chcę tak odchodzić, nie chcę, żeby tak umierali moi bliscy. Rozumiem tych, dla których z różnych powodów takie wartości są święte i chcą zostać męczennikami własnych poglądów. I okej, jeśli chcą, dajmy im taką możliwość. Ale wymuszanie na wszystkich takiego heroizmu uważam za czyste skurwysyństwo. PING PING PING – drze się tablet. Jak coś

odpierdolisz i dzwoni do ciebie twoja dziewczyna, to wiesz, że to ona dzwoni i że jest wkurwiona. Czujesz to, choć dzwonek nie zmienił swojego tonu nawet o jednego hertza. Jak wpada POWAŻNE wezwanie to też tak jest.





„RODZI, KOD1” – tyle wystarczy, żebyśmy wyskoczyli z łóżek. Kumpel wylał kawę, ja w nią wdepnąłem, mokrą skarpetę pcham w cholewę wojskowego buta. Kurtkę, którą wziąłem na wszelki wypadek, zostawiłem na ławce, wyjebane, pędzimy.

Odpalamy grzanie na full – młodemu obywatelowi ma być przede wszystkim ciepło.

Jedziemy na łeb, na szyję, nawet plaster, który trzyma szafkę z lekami zdaje się trzymać jakoś bardziej, jakby i on nas wspierał.

– Już jest, urodził się – pada w słuchawce służbowego telefonu.

Dojeżdżamy po pięciu minutach. Drzwi otwiera nam blady mężczyzna, syczy tylko: „Na górę”.

Wpadamy, kierowniczka bada, ja się zajmuję mamą.

Ogarnięte, mama czuje się dobrze, maluch jeszcze lepiej – trudno się dziwić, to jego pierwszy dzień w Polsce. Wołamy ojca.

– Pan tu podejdzie, wszystko gra.

Drzwi łazienki się tylko uchylają, widać oko, fragment twarzy i takie słabe:

„Nieeeee....”.

– Naprawdę wszystko gra, macie pięknego syna, przetnie pan pępowinę.

– Nieeeeeeee.

No dobra, łapię nożyczki, tnę. Świat się nie zatrzymał, mnie tylko ukuło w głowie, że zazwyczaj żegnam ludzi, dziś po raz pierwszy – przywitałem. Łezka wzruszenia spłynęła z oka do mózgu, na zewnątrz nic nie widać. Pięć minut później wchodzimy do karetki, pan tata na nas patrzy, drapie się po głowie i mówi:

– Ej w sumie, skąd jechaliście? Bo zajęło wam to chyba z pół godziny?

Jechaliśmy dokładnie 5.5 minuty, w domu byliśmy po 7 minutach od wezwania, ale ludziom w stresie strasznie dłuży się czas.

– Tu obok byliśmy. A na kiedy był termin?

– No, na jutro.

– No to o co chodzi, przecież jesteśmy przed czasem?

Zaśmiał się, ja też.

Mama wyszła ze szpitala, czuje się super, młody na drugie ma Janek. Warto było rano wstać, tym bardziej, że trzy godziny wcześniej zdefibrylowałem ginekologa.

Zwijam obrzyganą kołdrę w wałek, podkładałam pod równie zarzyganego pacjenta, żeby łatwiej było intubować. Odessałem „mortadellę” z przełyku, pot ścieka mi po czole, laryngoskopem podbieram język. Wsuwam rurę, sprawdzamy

– JESTEM, UDAŁO SIĘ! – mówię głośno, żeby uspokoić przerażoną rodzinę.

– Kurwa, ech – gdzieś z otchłani usłyszałem w odpowiedzi westchnięcie pełne zawodu. Chyba ktoś liczył na mieszkanie po dziadku.

Złamanie otwarte przedramienia, boli jak skurwysyn.

– Podamy panu morfinę, zaraz przestanie boleć – mówię do pacjenta.

– Nie, ała, nie, aaaaa, zrobicie, aaaaaa, ze mnie narkomana, aaaa...

– Dobrze, a fentanyl* może być?

Chwila konsternacji, widać iskry skaczące pomiędzy synapsami – zostawiają charakterystyczny ślad na czole, kiedy przekazują informacje do mózgu.

– Może być.

Przestało boleć w trzydzieści sekund. Nie wiem, czy został narkomanem, ale na pewno czytał twittera.

* Fentanyl jest syntetycznym opioidem, sto razy silniejszym od morfiny.



4

Babcia Leokadia i dwa kryzysy na granicy

Każdy, ale to każdy, kto związał swoje życie z ochroną zdrowia, poznał kiedyś Leokadię. Tak jak huragany mogą mieć różne imiona: Stanisława, Grażyna, Aniela, Gabriela, i tak jak huragany rozpieńdalają wszystko na swojej drodze: mają wystarczająco dużo chorób i dolegliwości, by zawsze mieć powód, dla którego dzwonią pod 112. A to ciśnienie skoczy, a to w głowie się zakręci, a to w klatce zaboli. Mają zazwyczaj po 70-90 lat, wystarczająco dużo, by zapamiętać i powtarzać słowa – zaklęcia, które sprawią, że za mniej niż kwadrans pojawią się „goście”. Przebadają, dotkną, będą musieli słuchać. O wnuczkach, które robią karierę w Ameryce. O mężu, który nie żyje już od 20 lat. O sąsiadce kurwie, która pożyczyła 20 złotych rok temu, umarła i nie oddała. Zawsze mają niewidoczne żyły, pękające przy każdej próbie założenia wkłucia, zrosty albo wszystko naraz. Ich EKG wygląda jak sejsmograf, a niestety nigdy nie mają poprzedniego do porównania. Apapu nie chcą, bo mają na niego uczulenie, działa na nie tylko paracetamol. Wszystko je boli – dziś najbardziej kolano. Ostatnio miały chorą tarczycę, ale po hydroksyzynie przeszło, więc proszą o różową tabletkę. One mówią, a ja milczę, pobierając krew do badań. One żyją, opowiadając o ludziach, którzy już dawno odeszli, o miejscach, których już nie ma, o stołach, przy których nikt już nie usiadzie, a ja umieram po każdym słowie.

Mój pierwszy wyjazd w pogotowiu, jeszcze na studiach, był do starszej samotnej pani, którą coś gniotło w klatce piersiowej. Po otrzymaniu wezwania Tomek, mój kierownik praktyk, spojrzał na mnie i zapytał: „Młody, co bierzemy, skoro mamy ból w klatce piersiowej?”. Karnie odpowiadam, kierując się tym,

co przeczytałem w książkach, że wziąłbym wszystko, może poza deską ortopedyczną. „To bierz wszystko i lecimy” – powiedział. Kierowca trzymał kluczyki, pielęgniarka trzymała się za kurtkę, Tomek trzymał tablet, a ja leciałem za nimi z plecakiem reanimacyjnym, torbą opatrunkową, defibrylatorem i wszystkim, co tam jeszcze mogłem unieść. Oczywiście niepotrzebnie – o czym oni doskonale wiedzieli, a ja, świeżak, nie. Staruszka miała zmiany w EKG, trzeba było ją zabrać, ale zagrożenia życia nie było i po samym zgłoszeniu oni już to przeczuwali, a znając adres, nawet byli tego pewni. Taka wiedza przychodzi z doświadczeniem i nie chodzi tylko o umiejętności medyczne, ale również znajomość swojego rejonu. Podczas jednego z ostatnich dyżurów w pogotowiu mieliśmy wezwanie do zaburzeń neurologicznych i kierowca dojeżdżając, już wzdychał, bo wiedział, że to adres „stałej wzywaczki”. Ja byłem tam pierwszy raz. Wdrapaliśmy się na trzecie czy czwarte piętro budynku bez windy, a tam otworzyła nam pani, zadbana i ogarnięta. Na pierwszy, na drugi i nawet na trzeci rzut oka kompletnie nic jej nie było. Mówiła, gestykulowała, zachowywała się jak dziarska emerytka. Pytam więc: „Co się stało?”, a ona wstaje, żeby pokazać mi, że jak wyszła z łazienki, to zrobiło jej się jakoś dziwnie, przytrzymała się ściany i stwierdziła, że musi zadzwonić. Doskonale wiedziała, że to nie są zaburzenia neurologiczne, ale miała swój subiektywny powód, żeby nas wezwać. No ale już przyjechaliśmy, więc zaczynam rozmawiać, bo i tak trzeba ją przebadac od stóp do głów. Mąż dawno nie żyje, rodzina za granicą, znajomi w bloku niemili... Przypadek, jakich setki. Muszę ją jednak dokładnie przemaglować, bo to kolejna okazja,

żeby się wjechać na minę. Raz na sto razy, to nie będzie zawrót głowy, tylko nigdy wcześniej nie opisywany w dokumentacji medycznej objaw wady serca. Jakkolwiek mnie to irytuje, jestem zły czy sfrustrowany, taka jest moja robota, na tym polega jej duża, jeśli nie większa część. Też nie palam entuzjazmem, jadąc do sraczki czy nadciśnienia o 2 w nocy, ale na tym to polega, bo a nuż to będzie pacjent, u którego to jedno badanie podniesie stawkę, o którą gramy, do maksimum.



To kolejny moment w tej książce, kiedy warto wrócić do różnicy między ratownikiem świeżakiem a starą wygą.

Kiedy zaczynasz pracę, to bardzo chcesz pomóc wszystkim, nawet swoim kosztem. Nie zjesz obiadu, ale pójdziesz i poprawisz staruszcze na oddziale po raz 27 poduszkę. Tylko potem się łapiesz na tym, że gdy nie jesz 12 czy 20 godzin, to zaczynasz gorzej wykonywać swoją robotę. I już nie zwracasz uwagi na to, że to może być twój tatuś, słodka babcia czy hipochondryczny wujek. Zaczynasz mieć dość tego natłoku pacjentów, zaczynają cię frustrować takie rzeczy jak pacjent z wyłonią stomią, który nie potrafi jej sobie sam przykleić. Tym powinna zająć się pielęgniarka środowiskowa, ale jej nie ma, bo jest chora albo nie daje już rady, a że gównem wylewa się bokiem, to taki nieszczęśnik przychodzi na SOR. Ja też nie potrafię tego przykleić i nawet teoretycznie nie powinienem umieć, ale jak się nie nauczę, to naprawdę nie znajdzie się nikt, kto by to zrobił za mnie.

Jako społeczeństwo mamy w głowach stereotyp, że starsza pani to jest osoba kulturalna, z chustką na czole, która siedzi cichutko jak myszka. A tak często nie jest. To może być osoba, która ma swoje bardzo sprecyzowane potrzeby, do wielu rzeczy jest przyzwyczajona i na przykład potrzebuje mieć trzy poduszki, bo bolą ją plecy, a na SOR-ze, jak dobrze pójdzie, mają jedną. Starsza pani chce pomocy, żeby iść do łazienki raz na pół godziny, a ja mam dwóch pacjentów w tym samym momencie, którzy naprawdę potrzebują pomocy bardziej. Więc jej mówię: „Za chwilę, za chwilę”, a chwila zamienia się w dwie godziny i starsza pani nie wytrzymuje i napierdala laską o łóżko, żeby zabrać ją do tej cholernej łazienki. Ją to wkurwia (słusznie) i mnie też. Ona widzi tylko to swoje „chce mi się siku” i trudno się dziwić. Bo jak ma zrozumieć, że ktoś od dwóch godzin,

mimo prośb i błagań, nie chce jej zaprowadzić do toalety? W głowie takiej pacjentki łączy się to naturalnie z bezduszną medyką, bo z czym innym? Nawet gdyby wiedziała, jaką ja mam historię dzisiejszej nocy, jaką ja mam sytuację kilka metrów dalej, czy przyjęłaby szerszą perspektywę? Wątpię.

Tymi ludźmi nie opiekuje się ani państwo, ani rodziny, jeśli je mają. Sytuacje celowego pozbywania się seniorów na jakiś czas dzięki SOR to dla nas chleb powszedni. Babcia z wysoką emeryturą ma na przykład trzy choroby przewlekłe, a młodzi planują za jej kasę skoczyć do Antalyi. Tydzień przed urlopem świadomie przestają więc dawać jej leki, na pogotowie dzwonią dzień przed wyjazdem, bo akurat stan pacjentki pogorszył się na tyle, że wyrównanie tego potrwa dwa tygodnie. A oni nawet wcześniej wrócą, bo już za 10 dni. I idealna opieka zapewniona. Możemy pomstować, możemy się śmiać, ale w Polsce opieka nad taką osobą jest jak wyrok, nikt ci nigdy nie pomoże, państwo ma cię centralnie w dupie. Jeśli sobie nie poradzisz, to twój problem, dlatego ludzie kombinują, jak mogą. Kiedyś do szpitala na SOR dwupokoleniowa ekipa przywiozła mi lekko dementywną babcię. Zarejestrowali ją, nie powiedzieli, co jej jest, i tyle ich widzieliśmy. Babcia z trzema tysiącami chorób przewlekłych, więc zanim ją przyjęliśmy, zanim zrobiliśmy diagnostykę (nic nagłego oczywiście), to oni akurat wrócili z Ikei, tak jak zaplanowali, i zadowoleni odebrali seniorkę...

Paradoks polega na tym, że to często są ludzie niezwykle ciekawi, tylko nie dla swoich najbliższych. Byliby w każdym razie ciekawi dla mnie w każdej innej sytuacji. We Wrocławiu trafiało mi się dużo pacjentek i pacjentów z Kresów –

urodzonych jeszcze pod Lwowem, Wilnem czy Stanisławowem. Jednej takiej historii słucha się naprawdę cudownie. Tylko kiedy każdym oddechem walczysz o przetrwanie, otacza cię śmierć, gówno, mocz i problemy, to już drugiej takiej historii nie przyjmiesz. A okazuje się, że jest ich kilkadziesiąt w ciągu miesiąca i wszystkie zlewają ci się w głowie w tę samą, zawsze ze smutnym zakończeniem. Że ktoś zginął w Katyniu albo miał piękną kamienicę we Lwowie, a teraz mieszka byle jak. Rozumiem, że im te opowieści pomagają przetrwać, ale dla mnie w tak dużych ilościach to jest potworne obciążenie. Z drugiej strony – jak przerwać takiej staruszce, kiedy masz świadomość, że jesteś pierwszą osobą od lat, która w ogóle jej słucha? Każdy pacjent na SOR-ze ma przecież swoje uczucia, swoją historię, swój ból i jest sfrustrowany, że nikt tego o nim nie wie i nie chce go wysłuchać. Ścianą, która odgradza mnie od tego oczekiwania, jest ratowanie życia dwóch osób obok i czterdziesta godzina dyżuru.

Moje ratownicze wizyty dla tych starszych pań, które nazywam zbiorczo Leokadiami, często są jak wizyty listonosza – wreszcie mogą z kimś pogadać. Przyjeżdżam gdzieś i widzę, że jest „gniot”, ale innych wezwań chwilowo nie ma, a tu herbata już zaparzona. To przecież usiądę i chociaż te ciastka opierdolę. Ja się uśmiechnę, ona poczuje się wreszcie zaopiekowana, chociaż na pół godziny, i wszyscy udajemy, że dobrze wyszło. Tych ludzi odczłowiecza system, który w ogóle nie potrafi ich objąć opieką, i tylko od nas zależy, czy wystarczy nam sił, żeby zobaczyć w nich człowieka. Też mam na koncie chamskie odzywki do pacjentów, niektórych żałuję, innych nie, ale na pewno żadnej nie pochwalam. Bo nie tak to powinno

wyglądać. Są i tacy ratownicy, którzy wchodzą w takie miejsca z buta i drą się: „Kurwa, na chuj nas wzywałaś, stara ruro!”. Oczywiście nie usprawiedliwiam tego, ale gdy pracujesz 320 godzin miesięcznie, a to jest dziesiąta taka wizyta w tym tygodniu, to idzie się wściec. Tylko że to nie jest wina pacjenta, że ktoś dużo pracuje. Nie mam czasem problemu, żeby powiedzieć osobom, które tego naprawdę wymagają: „wypierdalaj”, nawet jeśli są dwa razy starsze ode mnie, ale uważam, że system, w którym do takich sytuacji dochodzi nagminnie, jest po prostu wadliwy. Nie chodzi zresztą tylko o takie słowa. Przychodzi starszy pacjent na SOR i pierwsze, co słyszy, od pielęgniarki czy rejestratorki, to: „Z czym przyszło?!”. I ja też byłem taką wredną babą z NFZ-etu, bo nie miałem siły na dziesiątego pacjenta z bólem dupy na jednym dyżurze. Tylko to jest wciąż pacjent, podmiot, a nie przedmiot. Przyjeżdża na SOR starszy pan z podmiejskiej wioski, ciężko chory, trafił do nas tak, jak stał – w piżamie i kapciach, a ja mu nawet nie mogę zrobić herbaty, bo nie ma herbaty dla pacjentów, nawet gdybym chciał i miał czas mu ją zrobić. Automat jest – może sobie kupić najgorszą lurę, jeśli ma trzy złote.

Złapałem się kiedyś na tym, że ja tych osób starszych zupełnie nie znam, bo poza pracą, w której często są dla mnie dużym obciążeniem, praktycznie ich nie spotykam. Czasem minę sąsiadkę na klatce, ale przecież nie mam czasu, idę z zakupami i jestem zmęczony po całym dniu. Albo padnę na morde w autobusie po dyżurze i ktoś mnie uderzy torebką, żebym wstał. Poza rodziną to jest jedyny kontakt ze starszymi osobami dla naszego pokolenia. O przepraszam, jest jeszcze 1 sierpnia,

kiedy w Warszawie wyciągamy tych starszych ludzi z szafy i ubieramy w mundury.

Był taki moment w mojej karierze zawodowej, że ta generacja zbliżała się chyba masowo do przejścia na drugą stronę – miałem naprawdę dużą nadreprezentację powstańców na oddziale. I słuchałem tych historii, najpierw o wojnie, a potem już tylko o tym, że Hanna Gronkiewicz-Waltz czy inny Trzaskowski znowu czynsz podnieśli. Wszystko podlane tą goryczą samotności absolutnej. Olbrzymie wrażenie zrobiło na mnie, gdy pierwszy raz w życiu miałem okazję zajmować się byłym więźniem obozu koncentracyjnego, oczywiście osobą pozostawioną samej sobie. Przywieźli go ratownicy karetką z jakiegoś zasranego DPS-u pod Warszawą. I widziałem, że pacjent jest bardzo zaniedbany, brudny, z odleżynami II stopnia. Pobierałem mu krew i wtedy zobaczyłem wytatuowany numer na przedramieniu. Zrobiło mi się tak potwornie smutno. Bo co ja mogłem takiej osobie zaproponować? Odessanie wydzieliny ropnej z ust, umycie, przebranie i powrót do tego DPS-u, w którym ewidentnie nikt nie zapewnia elementarnej opieki fizycznej, o tej psychicznej nawet nie wspominając. I wtedy pomyślałem sobie, że w Polsce jest miejsce tylko dla alkoholików i martwych bohaterów. Jak jesteś żywym bohaterem i nie pijesz, to naprawdę przeszkadzasz.

Jak już wspominałem, byłem kiedyś w Iranie, który jest krajem mocno podzielonym społecznie, ale tam weterani wojny z Irakiem są prawdziwymi bohaterami, o których się dba. To nie jest takie kartonowe i udawane jak u nas. U nas kombatant ma prawo wejścia do lekarza POZ bez kolejki, tak

samo powinien być obsłużony w aptece. Tylko co z tego, jeśli on jest tak schorowany, że sam nie chodzi, a po te lekarstwa w najlepszym wypadku pójdzie mu nieco bardziej sprawna sąsiadka? Albo nikt... Dopiero na granicy polsko-białoruskiej, a potem polsko-ukraińskiej – w stanie wyższej konieczności, kiedy oddzielało się ludzi z sercem od tych bezdusznych – zobaczyłem, jaki wielki, niewykorzystany potencjał drzemie w osobach starszych. Na Zachodzie takie osoby są aktywne społecznie, wykorzystuje się ich doświadczenie i potrzebę niesienia pomocy. U nas trzeba było sytuacji, w której działaliśmy przeciwko państwu, żebym mógł się przekonać, jak bardzo tych Leokadii nie doceniałem. Naprawdę tam zacząłem na wiele rzeczy patrzeć zupełnie inaczej i dlatego w tym rozdziale, w tym miejscu, chcę też oddać hołd naszym emerytkom i emerytom, którzy na Podlasiu pokazali mi, na czym polega człowieczeństwo.

Gdy zostawiłem pracę na SOR-ze, po dwóch tygodniach zaczął się ten syf przy granicy z reżimem Łukaszenki. Zaczęliśmy się konsolidować w środowisku i w październiku 2021 roku wyjechaliśmy na Podlasie. To dla mnie jednak obca kulturowo część kraju, mimo że byłem tam już kilkakrotnie. Na miejscu okazało się, ile do zaoferowania mają starsi ludzie. Sortowanie ubrań, gotowanie posiłków, opieka nad chorymi, ale też szukanie tych nieszczęsnych uchodźców po lasach, awantury ze Strażą Graniczną – to wszystko robiły te pozornie niezaradnie życiowo osoby, które tak zatruwały mi życie na oddziale. Myślimy stereotypowo, że to grupa szczególnie nieufna wobec obcych. Tymczasem może połowa wezwań medycznych na Podlasiu dotyczyła osób w lesie, reszta to były

wezwania pod konkretny adres. Jechaliśmy na drugi koniec powiatu nieoznakowaną terenówką, na posesję, gdzie dom wyglądał, jakby zaraz miał się zawalić, a w środku gospodarze przyjęli siedmioosobową rodzinę z Syrii. Mnie jako „medykowi na granicy” groziło w najgorszym razie 48 godzin w areszcie, jakieś 500 złotych mandatu i może wpierdol od nadgorliwego policjanta. Ale oni? Przecież za przyjęcie tych nieszczęśników pod własny dach mogli dostać zarzuty jak za przemytnictwo, przynajmniej tym wszystkich w okolicy straszili funkcjonariusze. Jednak oni się nie bali. W teorii każdy mógł sobie myśleć, co chciał, gdy jednak uchodźcy pojawiali się w twoim otoczeniu, to najtwardsze serca miękły i przyjmowano ich z otwartymi rękami. Tego w telewizji nie powiedzą, a ja to widziałem na każdym kroku.

Pojechałem tam, bo uważam, że żaden kodeks karny nigdzie na świecie, a już na pewno nie w rzekomo cywilizowanym kraju w środku Europy, nie może pozwalać na skazywanie za jakiegokolwiek przestępstwo na śmierć z głodu i zimna. A są chyba gorsze zbrodnie niż nielegalnie przekroczenie granicy w poszukiwaniu bezpieczeństwa, czy nawet tylko lepszego życia, prawda? My, Polacy, bardzo łatwo zapomnieliśmy o tym, jak uciekaliśmy za granicę nielegalnie.

Jechaliśmy na Podlasie wyposażeni w pożyczone rzeczy i to nie tylko od prywatnych osób czy sponsorów (o czym za chwilę), ale często od osób zatrudnionych w strukturach państwowych, które oficjalnie pomagać nam nie mogły, ale bardzo chciały.

Robiliśmy wszystko, żeby nie przekraczać tych bestialskich norm prawnych, dotyczących na przykład terenu objętego stanem wyjątkowym. Przekroczyłem tę strefę tylko raz, gdy z kolegą szukaliśmy w puszczy rodzin z niemowlakami, o których donieśli nam miejscowi. Ale byliśmy wtedy tam niejako prywatnie, przed dyżurem, ryzykowaliśmy tylko za siebie. Jako grupa Medycy na Granicy nie złamaliśmy prawa ani razu, bardzo tego pilnowaliśmy, wszystkie kwity mieliśmy zawsze w porządku. Karetka była wypożyczona na podstawie pisemnej umowy, wszyscy byliśmy ubezpieczeni, mieliśmy podpisane umowy z podmiotem leczniczym, wszystkie leki były legalne – za dobrze wiedzieliśmy, jak działa nasze państwo, żeby w takim miejscu popełnić błąd i dać im pretekst do zwinięcia nas. Byliśmy zatrudnieni w prywatnym podmiocie medycznym, który realizował takie zadania, jakie sam sobie wymyślił, więc po prostu staliśmy tam i czekaliśmy na informację o kimś, ktoś może potrzebować pomocy – niekoniecznie uchodźcy, bo pomagaliśmy też miejscowym. Z naszych działań rozliczyliśmy się co do każdej strzykawki, każdej tabletki, każdego cholernego leku, nawet jeśli nie znaliśmy danych pacjenta, bo nie miał dokumentów. Wtedy rejestrowaliśmy go jako NN, normalna praktyka, przecież to ludzkie życie jest ważne, a nie papierki.

Ta asekuracja niestety się przydaje, bo żyjemy teraz w państwie, w którym można się wjechać w wielkie gówno w 30 sekund, jeśli tylko będzie taki przykaz. Nam nic się nie stało, ale na przykład Klubowi Inteligencji Katolickiej zrobili wjazd na bazę, przeszukania, kontrole, represje, rewizje

w mieszkaniu. Też się bałem, ale jeszcze bardziej byłem wkurwiony, że w moim kraju muszę się bać takich rzeczy. I dlatego wychodziłem z założenia: „Zapraszam, panowie, zobaczymy, czy jesteście anonimowi”. Nie miałbym żadnego problemu z tym, żeby taką interwencję w moim domu transmitować na żywo na moich kanałach, tak żeby było widać twarze. Nie widzę nic złego w upublicznianiu danych takich funkcjonariuszy. Oko za oko, ząb za ząb – jesteś skurwysynem, to będziesz traktowany jak skurwysyn, zachowujesz się jak człowiek, będziemy rozmawiać po ludzku. Na szczęście do niczego takiego nie doszło. Ale kto sieje wiatr, ten zbiera burzę, a przynajmniej musi być na to przygotowany.







Jeżeli kogoś zawoziliśmy do szpitala, bo inaczej się już nie dało, to wiedzieliśmy, że od razu pójdzie powiadomienie do Straży Granicznej. W innym wypadku taki pobyt nie byłby rozliczony przez NFZ i szpital miałby problemy finansowe (zwłaszcza przy takiej skali problemu). Ale gdy jakiś Kurd czy Irakijczyk spaceruje po lesie, nie mam obowiązku sprawdzania jego paszportu, czy przebywa w tym miejscu legalnie. Nie ma żadnego przepisu, który by mnie do tego obligował, mało tego – nawet gdybym chciał, to nie ma takiego prawa, które upoważniałoby mnie do legitymowania go. Kiedyś zatrzymała nas policja i próbowała nam grozić obowiązkiem zgłaszania

przestępstw. Odpowiedziałem, że to świetnie i skoro nadarzyła się okazja, to zacząłem wtajemniczać go w szczegóły afery respiratorowej. Ku mojemu zdumieniu, nie chcieli przyjąć zgłoszenia. Zdarzały się sytuacje, że byliśmy śledzeni, mieliśmy ogon. Wtedy zostawialiśmy karetkę w jednym miejscu, przesiadaliśmy się do cywilnego samochodu i jechaliśmy udzielić pomocy uchodźcom. Po powrocie okazywało się, że nasza karetka jest otoczona przez cztery policyjne suki, a nas szukali tam, gdzie nigdy nas nie było.

Ale chcę bardzo mocno podkreślić, że w służbach byli dobrzy i źli ludzie, tak jak wszędzie. Spotkałem policjantów, strażników granicznych i żołnierzy, którzy ze łzami w oczach chodzili po lasach i tak szukali, żeby nikogo nie znaleźć, a przy okazji przypadkowo zgubić kanapki, które w dziwnie dużych ilościach zrobiła im żona. Bo jeśli na rozkaz nie da się w tym kraju ustalić za nic w świecie, gdzie są respiratory albo chociaż pieniądze za nie, to tak samo da się udawać, że się czegoś nie widzi, nie otwierać bagażnika itd. Papier wszystko przyjmie – wiemy to w tym kraju wszyscy. Nie wszystko musi się znaleźć w magicznym policyjnym kajecie, a czasem po prostu ktoś zainteresuje się jakimś rzadkim ptakiem, ćwierkającym obok na drzewie, i coś przegapi. Zwykły powiatowy SOR w Hajnówce stał się tak naprawdę szpitalem przyfrontowym. My, zgodnie z prawem, musieliśmy wozić pacjentów do najbliższego szpitala, w którym lekarze mogli udzielić im świadczeń zdrowotnych. Gdybyśmy pojechali z nimi 200 kilometrów dalej, groziłyby nam zarzuty uczestnictwa w przemyśle ludzi. Na zwykłym oddziale, jak się zwali za wiele osób i przyjeżdża kolejna sraczka czy odmrożenie, to ratownicy często (w żartach,

a może wcale nie) słyszą: „Kurwa, dlaczego do nas, nie mogliście do domu zabrać?”. A tu nikt nie powiedział nam nigdy ani jednego złego słowa, dali radę. Zresztą jeden z lokalnych ordynatorów, neonatolog, jest Syryjczykiem, więc co mieli powiedzieć – że ich przełożony, kolega z pracy, to też terrorysta?

Ale byli też gestapowcy, którzy zachowywali się tak, jakby Najjaśniejszą Rzeczpospolitą zaatakowały nawet nie hordy dzikich ludzi, a zwierzęta. Zresztą to nie dotyczyło tylko osób na pierwszej linii frontu. Wolontariusze wzywali pogotowie do bardzo ciężkiego przypadku, z którym nie mogli dać sobie rady na miejscu. Telefon do dyspozytorni ze środka lasu, a pierwsze pytanie Białegostoku brzmiało: „Czy ta osoba jest w Polsce legalnie?”. A co to, kurwa, ma do rzeczy? Nigdy nie wiedziałem, gdzie przebiega ta linia podziału, czy przypadkiem nie gadam z kimś, kto uważa, że każdy Irakijczyk marzy tylko o tym, żeby zniewalać polskie kobiety w islamskim haremie. A może to po prostu osoba, która tak jak ja uważa, że las zimną jesienią to nie jest miejsce dla niemowlaka czy małego dziecka, i nieważne już, jak te dzieci się tam znalazły.

Tak, wiem, że wśród osób nielegalnie przekraczających granicę, byli tacy, którzy wykorzystywali sytuację, żeby przedostać się do lepszego świata. Ale ja nie zamierzam nikogo osądzać. Jeżeli ktoś spieprza w podskokach z kraju, to ma jakiś powód, a mnie nic do tego. Nie wydaje mi się, żeby ktoś wybierał się w tak niebezpieczną eskapadę tylko dlatego, że u siebie nie ma dostępu do ulubionych płatków kukurydzianych. To wszystko bardzo mocno pokazywało mi znowu impotencję państwa, bo w krytycznym momencie

tego kryzysu było 20 tysięcy osób. Te 20 tysięcy osób trzeba było przecież wziąć i zweryfikować. Tym, którym się należał azyl, zorganizować pomoc i udzielić ochrony, a tych, którym nie – zapakować w samolot. Co to jest 20 tysięcy ludzi? W byle Kozich Dupach tyle mieszka. Wstajemy z kolan, jesteśmy regionalnym mocarstwem, a nie możemy otoczyć kordonem tych 20 tysięcy osób i ich zweryfikować? Ile milionów ludzi przygarnęliśmy z Ukrainy? Straż Graniczna i ABW same się chwaliły, że w tym morzu ludzi, którzy przekroczyli granicę, wychwycili tylu szpiegów FSB i tyle osób powiązanych ze skrajnymi islamistami. To w czym problem? Dwa miesiące wcześniej była przeprowadzana ewakuacja współpracowników polskiego kontyngentu z Afganistanu. Tych też dało się zweryfikować, ale tych na granicy polsko-białoruskiej nie, żadnego.

Większość osób wyrobiła sobie zdanie na temat tej sytuacji na podstawie tendencyjnych relacji w mediach. A ja naprawdę mogę powiedzieć, że większość osób, którym mogłem pomóc, z którymi rozmawiałem, uciekała przed wojną w szerokim tego słowa znaczeniu. Mieliśmy pacjentkę, która miała bliznę od prawej ręki przez szyję, aż do krocza – efekt białego fosforu rzuconego przez Rosjan na jej dom w 2015 roku. Czy taka osoba jest uchodźcą wojennym, czy nie? Ktoś może zapytać: a dlaczego ktoś ucieka z Iraku, skoro tam teraz nie ma wojny? A może jest irackim chrześcijaninem albo osobą homoseksualną?

Mieliśmy na przykład pacjenta z Libanu, z całkiem majątnej rodziny, cierpiącego na ciężki przypadek choroby Leśniowskiego-Crohna. W swoim kraju był leczony zaawansowanym specyfikiem, który pozwalał mu normalnie

żyć, ale ze względu na pogarszającą się sytuację w kraju odebrano mu całkowicie dostęp do tej nowoczesnej terapii. I ktoś się dziwi, że on uciekał przez Białoruś, żeby ratować życie i zdrowie, skoro miał taką możliwość? Ten człowiek spędził w lesie sześć tygodni. Próba przekroczenia granicy skończyła się u niego dosłownie czołganiem się przez nią, bo od picia wody z kałuży i żarcia liści zaostrzyła mu się choroba, więc srał pod siebie krwią i dalej się czołgał, żeby dostać ten wymarzony azyl w Polsce. Chciał z oszczędności sfinansować sobie terapię, która dawała mu szansę na normalne życie. Wiesz, ile kosztowała ta terapia? Dokładnie 1050 złotych. A wiem to dlatego, że sprowadziliśmy specjalnie dla niego ten lek na Podlasie. Jeżeli ceną czyjegoś życia jest 1050 złotych, no to, kurwa, ja mogę mu to zasponsorować nawet z własnej kieszeni! Tak, nie leciały mu na głowę bomby w miejscu, w którym mieszkał, ale nie miał tam możliwości leczenia i nadziei na normalne życie.

Pamiętasz może, jak pięć lat temu wszyscy byli przerażeni, że nastąpi koniec świata, bo powstało Państwo Islamskie, które będzie nas mordować? A my na granicy mieliśmy Kurdów, którzy pierwsi stawiali im opór, bili się nie tylko o Kurdystan, ale też o cały wolny świat, jak dziś chłopaki na Ukrainie. Minęło pięć lat i bohaterów spod Aleppo mogłem spotkać na Podlasiu. Dla mnie to wciąż byli bohaterowie, ale dla ludzi z przeprutymi mózgami po TVP – terroryści. Wystarczyło pięć lat tępej propagandy i to, że są śniadzi. Człowiekowi, który ucieka z całą rodziną przed zemstą Państwa Islamskiego czy przed reżimem al-Asada, z automatu należy się status uchodźcy, a według mnie jeszcze jakiś medal.

Nie wierz, że ci ludzie nie chcieli składać wniosków o azyl, bo interesował ich tylko przejazd do Niemiec. Składali te wnioski, a nasza Straż Graniczna czy żołnierze wyrzucali ich przez granicę prosto w łapy żołnierzy Łukaszenki, którzy ich bili, gwałcili i okradali. Tych ludzi Polska skazała na śmierć w imię politycznych zagrywek miłośniczej panującej partii. Tylko dlatego, że ktoś potrzebował narracji o oblężonej twierdzy. To, co ja widziałem na własne oczy, to była zbrodnia przeciwko ludzkości! Każdy z nas jest odpowiedzialny za każdą osobę, która tam zamarzła czy utonęła. Ja przynajmniej miałem tę świadomość, że w tym uczestniczę, że robię, co mogę, żeby pomagać. Nie wszyscy mogli tak myśleć. Wśród wysłanych przymusowo na granicę żołnierzy i policjantów zdarzyło się kilka samobójstw, ale o tym się nie mówi. Bo jeśli stoisz za drutami i widzisz, jak trzech białoruskich żołnierzy gwałci Irakijkę, którą wcześniej wyrzuciłeś za granicę, bo przełożony ci kazał, to już naprawdę niewiele trzeba, żeby pociągnąć za spust...

Za pierwszym razem pojechaliśmy do trzech młodych Kurdów – dwóch z paszportem iraakijskim i jednego z tureckim. Wzywali pomoc, bo srali i rzygali, wszystko z powodu picia zanieczyszczonej wody i wyziębienia. Pojechaliśmy tam w nocy – pachnieli lasem i błotem, jeden z nich miał zapalenie płuc, wszyscy tzw. okopowe stopy z przemoczenia. Zaczęliśmy ich badać w karetce i w tym momencie drzwi otworzyła strażniczka graniczna, z karabinem na piersi. Widziałem, że ona jest bardziej przerażona niż ja, po prostu wykonuje rozkazy, ale co mieli myśleć ci pacjenci? Też się zestresowałem – to było dla mnie coś nowego, że ktoś chodzi

po karetkę z karabinem. Stanęło na tym, że wieziemy ich do szpitala. Tam błyskawicznie pojawili się prawnicy i ci ludzie przy nas składali oświadczenia, że chcą przejść procedurę azylową. I co z tego, skoro i tak stali się ofiarami nielegalnej procedury *push back* – Straż Graniczna próbowała ich znowu przepędzić na białoruską stronę. A przecież wszyscy byli już daleko od granicy, w polskim szpitalu, podpisali papiery azylowe i należało im się uczciwe rozpatrzenie tych wniosków. Polskie państwo powinno im udzielić opieki, albo ich deportować, ale zgodnie z prawem! Z tego, co wiem, to jednemu z nich udało się uzyskać w Polsce azyl, ale za kolejnym razem, kiedy znowu przekroczył granicę. Sprzątając karetkę po tej interwencji, znalazłem pozostawioną przez jednego z tych Kurdów białoruską monetę, rubel. Znowu poczułem się przewoźnikiem w tę lub tamtą stronę...

Ci ludzie doskonale wiedzieli, że jak trafią do szpitala, to tam dopadnie ich Straż Graniczna i przepędzi znowu na Białoruś. Dlatego my naprawdę zabieraliśmy tam tylko osoby, które nie przeżyłyby nocy, a pozostali, dopóki byli przytomni, mieli przecież prawo decydować o sobie, prawda? Pojechaliśmy kiedyś do koczującej w lesie grupy osób, były tam prawie same kobiety i dzieci. Ale pierwszy dopadł nas mężczyzna, który był tak wyniszczony zimnem, tak bardzo głodny, że już nie myślał racjonalnie, nie przejmował się swoim dzieckiem, tylko żądał suchych spodni. Więc powiedziałem mu od razu dosadnie: „Spierdalaj teraz, bo najpierw muszę się zająć dzieciakiem, wygląda gorzej”. Wyjąłem tego malucha z mokrego śpiwora. Dziecko było tak przemarznięte, że minęło dobrych kilka sekund, zanim wyczułem jakikolwiek oddech. Ono nie miało już

nawet siły płakać. Rozebraliśmy je do naga, przebraliśmy w suche ciuchy (tak, te zapakowane przez babcię Leokadię!) i ogarnęła mnie taka absolutna bezradność... Wiedziałem, że jak znajdzie ich wojsko albo Straż Graniczna, to znowu wypieprzą ich na Białoruś. I co ja im miałem doradzić? Jedyne, co mogłem zrobić, to wyciągnąć koc Blizzard (wtedy wykupiliśmy chyba wszystkie koce w Polsce, jeśli nie w Europie), dać temu dzieciakowi batonika i soczek Kubuś do kieszonki i zrobić zdjęcie, żeby pamiętać, co tym ludziom zgotowało nasze państwo. Matka tej dziewczynki dostała wtedy hysterii, krzyczała, żeby ich stąd zabrać, gdziekolwiek. A ja zapytałem: „Gdzie? Do szpitala? A stamtąd prosto na wywózkę...?”. Wezmę ich do szpitala, przez cztery dni będzie im lepiej, a potem jeszcze gorzej, bo znowu będą głodni, zmarznięci i chorzy, ale nie pięć kilometrów od polskiej granicy, tylko po białoruskiej stronie. I tak to wyglądało, niezależnie od tego, co będą opowiadać reżimowe media... Nie wiem, czy to dziecko cokolwiek dobrego zapamięta z Polski, ale jeśli tak, to może będzie to właśnie moja mordą, bo więcej pozytywnych opcji tu za bardzo nie ma.

Przez politykę często jedyną szansą dla takich ludzi była ucieczka do Niemiec, gdzie ten azyl mieli szansę dostać. Ale żeby tak się stało, trzeba było co najmniej dotrzeć do Warszawy. Bo jak w Hajnówce pojawi się nagle tysiąc osób o innym kolorze skóry, to nie da się tego nie zauważyć. W Warszawie jakoś się rozpląną, może uda im się dotrzeć nad Odrę, na granicę. Oni wiedzieli, że nawet jeśli złożą deklarację, że chcą azylu w Polsce, to nasz kraj nie tylko ich nie przyjmie, ale nawet nie przeprowadzi uczciwie tej procedury, a ludzie z karabinami

znowu wywiozą ich do lasu, i jeszcze będą próbowali przepędzić na białoruską stronę. A tam, bez kitu i bez przesady, często czekała ich śmierć. Niewielu udało się przedrzeć w głąb Polski, często decydował o tym przypadek – kierowca PKS-u udawał, że nie widzi, że ładuje mu się dziewięciu osobników o egzotycznym fenotypie do autobusu i po prostu jechał dalej, jak gdyby nigdy nic. Ale byli i tacy, którzy wzywali Straż Graniczną od razu, gdy zobaczyli jednego obcego. Śmieszna i tragiczna sytuacja miała miejsce w Białymstoku, gdzie w ten sposób pojmano studenta z Arabii Saudyjskiej, który przebywał legalnie w Polsce od lat.



Tak naprawdę miałem poczucie, że społeczność lokalna jest z nami. Protestowała garstka radykałów, kilku neonazistów z Hajnówki wspartych przez piątkę fanatyków z – dajmy na to – Narodowego Tłuszcza czy innej tego rodzaju organizacji. Auta zdemolowali nam za to pseudokibice z Białegostoku. Chyba dwóm husarzom postawili zarzuty, reszta bohatersko spierdoliła w podskokach na Zachód.

Na początku mieliśmy poczucie, że jesteśmy sami, te 44 osoby, które podpisały pismo, o którym wspominałem. Mieliśmy przejebane w naszym środowisku, bo to był czas, kiedy ratownicy medyczni strajkowali i masa osób na nas pluła, że jaki my dajemy obraz społeczeństwu, nie chcemy pracować dla Polaków, a jedziemy ratować uchodźców na granicy. Ja wtedy ostro i bezkompromisowo odpowiadałem, że nie pytałem ich o zdanie, co mam robić. Ale to była mniejszość, może 1/3, najgłośniej wrzeszczeli ludzie o bardzo ograniczonych kompetencjach i karierowicze, którzy się dochapali jakichś stanowisk w urzędzie wojewódzkim czy dyspozytorniach i chcieli zabłysnąć przez lizanie dupy przełożonym, już bez opamiętania.

Im dłużej to wszystko trwało, tym więcej ludzi dobrej woli się do nas przyłączało. Nietzsche mówił, że im dłużej wpatrujesz się w otchłań, tym większe są szanse, że otchłań zacznie się wpatrywać w ciebie. A ktoś polemizował, że im dłużej patrzysz w tę ciemność, tym szybciej zobaczysz jakieś migoczące światełka czy blaski. Byliśmy pod opieką psychologów, mieliśmy szkolenia z prawnikami, a nawet ze specjalistami od cyberbezpieczeństwa. To był dla mnie szok, siedziałem na szkoleniu i jednocześnie kasowałem ustawienia w telefonie,

żeby nikt nie mógł się do niego włamać. Bezcenna wiedza i lekcja życia w tym kraju – na przykład lepiej wyłączyć Face ID, bo w momencie, w którym policjanci będą chcieli się dostać do telefonu, nawet zamknięcie oczu nie pomoże. Normalną procedurą jest wtedy cios w splot społeczny, przez co mimowolnie je otworzysz. Jedna z olbrzymich korporacji medycznych zorganizowała tajne komplety dentystyczne i przekazała olbrzymie zapasy sprzętu – gdybyśmy musieli któremuś z tych Kurdów wyrwać zęba w lesie, to naprawdę byliśmy na to przygotowani.

Na jednej z imprez dawno temu poznałem gościa, który był fotografem, ale zawodowo pracował też jako przedstawiciel handlowy w firmie handlującej głowicami USG. Napisałem mu wprost: „Ja jako influencer piszę o waszym sprzęcie, a wy nam to pożyczycie”. Koleś w ciemno zapakował i wysłał sprzęt za 40 tysięcy złotych do strefy stanu wyjątkowego, bo mi ufał. A dzięki tej głowicy jakaś kobieta po raz pierwszy, w tym podlaskim lesie, zobaczyła, jak jej dziecko rusza się w brzuchu. Była też firma, która dała nam przenośny analizator parametrów krytycznych – kolejna zabawka za kilkadziesiąt tysięcy złotych. Znałem to tylko w wersji szpitalnej, bardzo dużej – to maszyna, która w ciągu trzech minut dostarcza informacji o wszystkich najważniejszych parametrach krwi: ile jest tlenu rozpuszczone, jakie jest ciśnienie parcjalne tego tlenu, dwutlenku węgla, chuje muje dzikie węże. W wielu systemach ratownictwa medycznego na świecie to już jest norma, w Polsce tego nie będzie jeszcze przez wiele lat, a nam to dali i jeszcze przeszkolili nas, jak z tego cuda korzystać.

Aktywista z Warszawy, Kuba, zorganizował nam z kolei międzynarodową grupę tłumaczy i o każdej porze dnia i nocy mieliśmy do dyspozycji przez telefon kogoś, kto władał jednym z dziesiątków bliskowschodnich narzeczy. Jakiego języka bym sobie nie wymyślił, miałem tłumaczenie od tego człowieka. A to naprawdę wymagało dużego taktu, żeby w trakcie badania kobieta – pochodząca z zupełnie innego kręgu kulturowego, kiedy miała świadomość, że słucha jej cała grupa, po jednej stronie polskojęzyczna, po drugiej arabskojęzyczna – odpowiadała na pytania o ciążę, miesiączkę czy ostatni stosunek seksualny. A czasem takie pytania musieliśmy zadawać. I ci ludzie robili to tak fantastycznie, że nigdy nie doszło do żadnego zgrzytu, miałem wręcz wrażenie, że to my byliśmy bardziej skrupowani niż kobiety z kręgu kultury islamskiej. Jak padło hasło, że mamy w lasach coraz więcej ciężarnych, to mieliśmy pod telefonem dziesięciu neonatologów, w tym kilku światowej klasy. Jeżdżąc po Polsce karetką, nie mam szans na kontakt z takimi tuzami, a tutaj było to możliwe. Z taką świadomością naprawdę dużo łatwiej wchodziło się w ten las. Bo wiedziałeś, że nie jesteś sam.

Przez te kilkanaście tygodni przy granicy białoruskiej uratowaliśmy kilkaset osób, przy czym ratunek często oznaczał po prostu podanie komuś czystej, suchej odzieży i ogrzanie go. Warunki były takie, że samo to mogło kogoś uratować przed śmiercią. Ale były też przypadki skrajne, jak chłopak w kwaśnicy ketonowej wywołanej hipoglikemią, który nie miał dostępu do swoich leków. Kilku osób niestety nie udało nam się uratować... Mimo wszystko dla mnie to był cudowny moment odzyskania godności i odnalezienia sensu po odejściu z SOR-u.

Dzięki temu zrozumiałem też, jak bardzo brakowało mi „prawdziwej roboty”, po dwóch miesiącach bez dotykania pacjentów, bez tej adrenaliny. I nagle znowu coś się działo, robiłem coś, co lubiłem, coś, w czym jestem dobry. To trochę jak w tej internetowej opowieści o rozgwiżdżach wyrzuconych na brzeg. Wszystkich nie uratujesz, jasne. Ale powiedz to tym, które wrzuciłeś z powrotem do morza.







Wróciłem stamtąd podbudowany, z poczuciem, że nie jestem w tym całym ratowniczym pierdolniku sam, bo nawet jak przegrywam, to w grupie, która myśli i działa podobnie, choć są to ludzie, których nigdy wcześniej nie widziałem i nigdy już pewnie nie zobaczę. Kluczowe były te pierwsze momenty, kiedy byliśmy sami i liczyliśmy się z tym, że możemy przegrać. A mi naprawdę było łatwiej – nie mam piątki dzieci, kredytu, w razie czego mogę rzucić wszystko i wynieść się choćby na Wyspy. W tej pierwszej grupie inicjatywnej było sporo osób, które naprawdę miały dużo do stracenia i zawsze ich będę za to podziwiał. A najbardziej Kubę Sieczkę, który mi zaufał i po

jednej rekomendacji dołączył do zespołu, mimo że nigdy w życiu nie widział mnie na oczy. To jest dla mnie już na zawsze wielka nobilitacja, tak samo jak dyplom od Medyków na Granicy. Wszelkie laurki czy nagrody zawsze rzucam w kąt, nie dbam o to, ale ten jeden dyplom mam oprawiony w ramkę, stoi u mnie na biurku i nim się szczycę. A jeśli w Polsce kiedyś zmieni się władza i nagle ktoś będzie chciał dać mi medal za to, co tam zrobiliśmy, to i tak sram na nich wszystkich. Dla mnie najważniejsze jest świadectwo, że w chwili próby nie byliśmy obojętni.

Była to zarazem kolejna sytuacja w moim życiu (po pandemii), w której bardzo mocno okroiłem grono moich znajomych. Jeśli ktoś mi mówił na imprezie, że to są terroryści i „chuj z nimi, niech umierają”, to na jego szczęście byłem już po terapii i łatwiej mi było ogarnąć swoje emocje i mu nie wpierdolić. Grzecznie informowałem, co o tym sędzę i że naszą znajomość uważam za zakończoną. Dzięki szkoleniom z prawnikami takim kawiarnianym wojownikom potrafiłem przytaczać konkretne ustawy i artykuły, które były ostentacyjnie łamane przez funkcjonariuszy polskiego państwa. Tylko że w tej dyskusji o uchodźcach, tak samo jak o szczepionkach, nie liczą się argumenty merytoryczne, tylko najprymitywniejsze emocje, i naszym politykom w to graj. A prawda jest taka, że jak ktoś boi się 4-letniej Kurdyjki, to naprawdę musi być zajebistym obrońcą przedmurza chrześcijaństwa.

Grupa Medycy na Granicy już się rozwiązała, ale cały czas wspieramy wolontariuszy i aktywistów, którzy działają na miejscu. Oni mogą do nas zawsze zadzwonić, mamy dyżury i nie dalej jak kilka dni temu odebrałem telefon od starszej

pani, że mają osobę z dolegliwościami, prosto z lasu. Słyszę, że pani jest po sześćdziesiątce, ale się nie boi. Pewnie też dlatego, że ma do kogo zadzwonić po taką specyficzną teleporadę medyczną. Bo najważniejsze jest poczucie, że nie jesteś sam, że po drugiej stronie znajduje się osoba, która zadając konkretne pytania, pokieruje cię przez całą procedurę medyczną. Dla mnie z kolei ktoś tam na miejscu jest moimi oczami i rękami. Pytam więc, czy osoba oddycha, czy jej duszno, jakie ma objawy, czy bierze swoje leki. A jeśli nie, to obiecuję załatwienie recepty, będzie PESEL, będzie PIN i będzie lek w aptece za 12 złotych 49 groszy, a jakiś przybysz w niegościnniej Polsce nie udusi się z powodu astmy.





Doświadczenia z Białorusi bardzo mi się przydały, gdy jechałem na Ukrainę w pierwszym tygodniu wojny. To była fantastyczna okazja, żeby z jednego kryzysu wjechać się od razu w drugi. Byłem dzięki nim jedyną osobą w grupie, która miała jakieś doświadczenie kryzysu humanitarnego. Reszta szykowała się na reanimacje i pourywane nogi, a ja wiedziałem, że czeka nas strach, ból, sraczki, zapalenia cewki moczowej, grzybice i świerzb. I wiedziałem, że będę do tego świetnie przygotowany. Bo kiedy w pierwszych dniach pojawiła się w Warszawie grupa, która miała ewakuować dzieciaki z OIOM-u z Kijowa, takie pod respiratorami, to czułem się za słaby

merytorycznie, żeby przewieźć kilogramowe dziecko samochodem 600 kilometrów w stanie wojny. Oczywiście gdyby nie było innej możliwości, to bym się zgłosił, ale znalazło się dużo chętnych, lepszych ode mnie. Ale to też przychodzi z czasem, każdy taki kryzys humanitarny czyni cię mocniejszym i bardziej pewnym.

W pierwszych dniach wojny wszystko wyglądało trochę tak, że spodziewaliśmy się, że w ciągu kilku godzin Kijów padnie, a za kilka dni Rosjanie będą we Lwowie. Zresztą rakiety już leciały na pobliski ośrodek w Jaworowie. Zadzwonili kumpel, że znajomi znajomych organizują akcję i potrzebują pilnie medyków, bo na granicy zaraz będzie Armagedon. Bałem się oczywiście, bałem się jak skurwysyn. Tylko że ja też nie dałbym sobie rady z tą bezsilnością, siedząc na dupie w Warszawie. Uznałem, że skoro mam już takie doświadczenia, to moje miejsce jest na granicy. Skoro polskie społeczeństwo organizuje się tak fantastycznie w tym pospolitym ruszeniu, to nie może mnie tam zabraknąć. Bo przecież Polska jako kraj nie miała żadnej grupy szybkiego reagowania – zresztą co ja będę tłumaczył, każdy, kto próbował w tych dniach pomagać Ukraińcom i łatwo odpowie na pytanie, czy nasze państwo pomagało, czy przeszkadzało w tych działaniach. Mieliśmy największy kryzys na naszej granicy od dziesiątków lat, a tym, co 38-milionowy kraj mógł tam wysłać najlepszego, był ratownik medyczny z depresją (ja), drugi ratownik medyczny z problemem alkoholowym (mój kumpel) i trzech studentów kierunku lekarskiego. Zresztą, przecież nawet nas nie wysłali, tylko sami tam pojechaliśmy. A zmienialiśmy pięciu śmiertelnie zmęczonych studentów ratownictwa medycznego.



Bałem się, więc nie chciałem kozaczyć. Zgodziłem się jechać tylko dlatego, że wiedziałem, że będę maksymalnie do 20 kilometrów od granicy po ukraińskiej stronie. W razie gdyby miały się tam zjawić rosyjskie zagony pancerne, to z plecakiem w te kilka godzin dotarłbym do granicy, a tam, już wiem, że nie ma nielegalnego przekroczenia jakiejś linii na mapie, liczy się tylko skuteczność. Zapakowałem pomarańczowe ciuchy (chodziłem i spałem w nich później przez kolejnych pięć dni) i zabrałem leki, które mogłem. To był taki moment, że medycy z całej Polski zwinęli, co tylko mogli, z oddziałowych szafek. Z każdego szpitala w Polsce ginęła morfina – nikt tego nie brał

dla siebie, tylko żeby ratować ludzi. Leków ratujących życie przewieźliśmy wtedy tyle przez granicę, że gdyby któregoś z nas zatrzymali, to pewnie z 15 lat odsiadki byłoby murowane – nie dałoby się wytłumaczyć, że taka ilość leków to na własny użytek. Ale nie wyobrażam sobie współczesnej medycyny bez leczenia przeciwbólowego – to kolejne ryzyko, które warto było podjąć. Pożyczyłem plecak i pojechaliśmy jak furmanką w kosmos.

Przede wszystkim na Ukrainie nie ma kogoś takiego jak ratownik medyczny (jest felczer), więc udzielałem ludziom pomocy całkowicie nielegalnie, ale sytuacja była taka, że albo my, albo nikt. Jeśli chodzi o urzędowe kontakty po ukraińskiej stronie, to poznałem jakąś panią z tamtejszej rady gminy, która postawiła nam namiot, przybiłem piątkę z pogranicznikami i z jakimś oficerem ze służb paliłem fajki. Tak, to był czas wielkiej improwizacji. Nie martwiłem się, że przekraczam uprawnienia ratowników medycznych obowiązujące w Polsce, na przykład podając pacjentom leki, których zgodnie z naszymi przepisami podawać mi nie wolno. Wychodziłem z sensownego chyba założenia, że z żywego pacjenta zawsze się jakoś wytłumaczę.

Może nie było tam żadnej wielkiej medycy, ale udało się nam na przykład z tej wielokilometrowej kolejki wyłowić dzieciaka, u którego wszelkie objawy wskazywały na początkową sepsę. Karetki z Polski nie wjeżdżały na Ukrainę, ale po znajomości udało się załatwić, że został przerzucony do Polski jednym z kursów logistycznych, które miały pierwszeństwo. I zamiast po osiemnastu godzinach, trafił do polskiego szpitala po trzech, a to była zasadnicza różnica. Nie wiem, czy przeżył, ale

zrobiliśmy wszystko, co w naszej mocy, i dzięki temu mam spokojne sumienie. Ci wszyscy ludzie chcieli po prostu jak najszybciej uciekać do Polski. Czekali tam po kilkadziesiąt godzin na mrozie (kilka osób podobno zmarzło), więc to były przede wszystkim zapalenia płuc, wychłodzenia, zatrucia pokarmowe. Podjeżdżał przykładowo autobus, my dostawaliśmy informację, że jedno dziecko ma sraczko-rzygaczkę, dawaliśmy jakieś elektrolity do picia z darów od Niemców i sprawa załatwiona. Tylko że następnego dnia, już pół tego autobusu miało sraczko-rzygaczkę, więc wyciągaliśmy tych najbardziej potrzebujących, staraliśmy się jakoś przyspieszyć ich transport, ale możliwości były bardzo ograniczone.

Duże wrażenie zrobił na mnie starszy pan z bólem w klatce piersiowej. Miał takie objawy, że w Polsce z miejsca trafiłby na SOR, zrobiono by mu EKG, oznaczono markery sercowe i na 12 godzin wysłano na obserwację. Ale to była wojna, jeszcze kilkanaście godzin miał czekać na transport. Zapytałem, od kiedy ten ból, a on mi tłumaczy, że to już trzeci dzień, odkąd uciekali z Charkowa i nad ich głowami rozegrał się pojedynek myśliwców – ukraiński pilot zestrzelił tego rosyjskiego, dokładnie nad nimi wybuchła kula ognia i on przerażony rzucił się na swoje dzieci, żeby je osłonić. A ja nawet nie miałem możliwości zrobienia mu EKG, jedyne, co mogłem mu zaproponować, to leki uspokajające. Posiedział u nas 40 minut i przestał płakać, mógł wrócić do dzieci, bo w takim stanie nie chciał się im pokazywać. I mimo że sam nigdy nie pozwalałem pacjentom palić ani w karetkie, ani w tym namiocie, w którym ich przyjmowaliśmy, a jemu dałem pięć fajek, wypalił

je wszystkie jeden po drugim, doszedł do siebie i mógł dalej czekać w kolejce.

Wiele osób ewakuowało się wprost ze szpitali. My mogliśmy im zmienić opatrunki, na szybko ich zaopatrzyć, w tym przeciwbólowo, ale prawda była taka, że musieli jak najszybciej znowu się znaleźć w szpitalu. Tylko nikt nie chciał się cofnąć do Lwowa, mówili wprost, że wolą umrzeć w tej kolejce, niż znaleźć się w szpitalu po złej stronie granicy i wpaść w ręce Rosjan. To był też czas po wydaniu dekretu uniemożliwiającego mężczyznom w wieku poborowym opuszczanie Ukrainy, więc były płacze, rozstania, dramaty. Był tam chłopak z ewidentną niepełnosprawnością, ale bez zaświadczenia z komisji wojskowej. Nie chcieli go wypuścić, więc koczował na tej granicy trzy dni, aż w końcu ktoś machnął ręką.

Na granicy polsko-ukraińskiej znowu spotkałem się z niesamowitą pomocą ze strony osób starszych, tych, które – nieco przewrotnie – zrobiłem bohaterami tego rozdziału. Zobaczyłem, że te osoby pozornie niezaradne życiowo, które co dwa dni drżą ze strachu, że umierają, nagle odzyskują sens życia, bo czują się potrzebne, bo ktoś od nich czegoś chce. Za 3/4 logistyki na granicy odpowiadały koła gospodyń wiejskich, czyli, bez kitu, na co dzień moje klientki na SOR-ze czy w pogotowiu. A tu wstawały o 6 rano, jeszcze przed nami, żeby zrobić kanapki z 200 bochenków chleba, oczywiście wszystko za darmo. A zupy gotowały tyle, że my tego nie mogliśmy przejeść.





My tę starość spychamy gdzieś bardzo głęboko, nie chcemy myśleć o tym, że też będziemy starzy. Widzę w Teleexpressie materiał o seniorach, którzy opiekują się dziećmi z domu dziecka, a przecież to powinno być coś oczywistego – zyskują dzieciaki i aktywizujemy te babinki. One naprawdę nie są jedynie dostarczycielkami emerytur, które warto wystawić w oknie, jak listonosz idzie. Taka babcia to cały czas człowiek, pełnowartościowy członek społeczności z ogromnym potencjałem do zagospodarowania. Doświadczenia na granicy ponownie przypomniały mi o tym, że to są przede wszystkim ludzie, którzy mają swoje potrzeby, plany, strachy i lęki. Może

na co dzień siedzą i stękają na stołkach „oj, jak boli”, ale jak Wielka Historia tego wymaga, to biorą ketonal forte i stają na wysokości zadania. To mi naprawdę dało siłę, żeby patrzeć przez palce na ich marudzenie. Owszem, cały czas wkurwia mnie stara baba, która coś wymyśla, ale jest już inaczej niż dawniej. Nie odbieram jej prawa do strachu, nie patrzę na nią jak na kogoś starego, kto powinien się już obłożyć piaskiem. Widzę w tym wszystkim siebie jako część społeczeństwa, która świadomie usunęła tych ludzi poza nawias. Nie wolno nam się temu poddawać, nie wolno nam tak myśleć.

Dla mnie te dwie nadgraniczne sytuacje to było też kolejne potwierdzenie, że liczą się ludzie, a nie sprzęt, przepisy, system. Ogarnięta załoga jednej karetki jest w stanie zrobić więcej niż pięć zespołów, którym nic się nie chce. Bo my będziemy zmotywowani i świetnie przygotowani, a tamci będą mieli wszystko w dupie. I znowu pojawia się myśl, że gdyby tylko państwo nam nie przeszkadzało, to naprawdę dalibyśmy sobie radę z tą ochroną zdrowia w tym kraju. A tak, mamy permanentną katastrofę, nie tylko systemową, ale i prywatną.

Pchałem się z jednego kryzysu w drugi, bo to jest moje naturalne środowisko. Tak zostałem przeszkolony przez Polskę, żeby tak żyć i tak działać. Ktoś może powiedzieć, że byłem gdzieś raptem kilka dni, ale ja zrobiłem tyle, ile dałem radę zrobić. To były pierwsze dni, wtedy byłem najbardziej potrzebny. A ci wszyscy superratownicy dopiero się zastanawiali, czy pojadą, czy może jednak nie. Nie byłem w stanie tam hasać tygodniami, bo mam swoje życie i zobowiązania gdzie indziej. A żeby komuś coś dać, muszę coś mieć. Ludzie często patrzą na nas z boku i twierdzą, że jesteśmy

nieempatyczni. Nie widzą, że wracam o 22 do domu, nie mogę sobie znaleźć miejsca i dzwonię do pracy, do kolegi, który mnie zmienił, i pytam o wyniki pacjenta, którego zostawiłem. Zastanawiam się, czy przeżyje. Gdy ktoś mnie widzi w sytuacji trudnej, to jestem twardy, stanowczy, szorstki, po prostu profesjonalny. Ale nie widzi, jak znad tej granicy wracam z piątką facetów, i każdy udaje, że patrzy w inną stronę, bo ryczymy. Wszyscy ryczymy, bo to, co widzieliśmy w tym lesie, czy w tej kilkunastokilometrowej kolejce, było naprawdę trudne.

Nie dałbym rady pracować pół roku w punkcie pomocy dla uchodźców. Podziwiam osoby, które to potrafią. Nie dalej niż dwa miesiące temu przejeżdżałem przez Wrocław i widziałem, że tam cały czas stoją wolontariusze w tych kamizelkach i czekają na uchodźców z Ukrainy. Przez pierwsze sto dni TVN zaczynał Fakty od tego, że Ukraina walczy, a potem nam się to najzwyczajniej w świecie znudziło, prawda? Dopiero ofensywa, sukcesy przykuły nas znowu do telewizorów i monitorów. Rozumiem to jako ratownik – jak mam piątą reanimację w tygodniu, jest to dla mnie tylko piąta reanimacja w danym tygodniu, nie stanie się bardziej wyjątkowa przez to, że ten pan jest czymś dziadkiem.

Przez te wszystkie lata na SOR-ze widziałem przede wszystkim dużo zła, a doświadczenia na Podlasiu i na Podkarpaciu pozwoliły mi dojrzeć o wiele więcej dobra. Mimo że to było bardzo trudne i mimo że każdy z nas za to w jakiś sposób zapłacił, przywróciło mi to wiarę w to, że gdzieś na świecie są dobrzy ludzie, a nie tylko pierdoły, którymi zajmujemy się na co dzień, nie tylko te stare baby, które nas

wkurwiają. Ba! Że wśród tych starych bab są takie, które ratują innych ludzi, albo ratowałyby, gdyby była taka potrzeba. Że dobra jest na świecie więcej. I to, że my na co dzień jeździmy głównie do sraczek i zajmujemy się na SOR-ze bzdurami, nie przeszkadza w tym, żeby w sytuacji wymagającej heroizmu zapakować plecak, wyjechać i robić dobrą medycynę w złych miejscach, a co najmniej najlepszą możliwą medycynę przy takich zasobach, jakimi dysponowaliśmy. To poczucie, że zrobiliśmy, co do nas należało, jest dla mnie największą nagrodą po tych traumatycznych wyzwaniach.





Wielkanoc, a właściwie Wielki Dzień. I on, 45-latek, blady, spocony, pijany i w pełnym kontakcie. Zaraz się pożegnamy, nie mieliśmy specjalnie okazji spędzić wiele czasu razem – szpitalne tryby jak nigdy, wciągną go zaraz na blok. Z opatrunku na brzuchu leniwie sączy się krew. Nie mogę wytrzymać, pytam wprost: „Jak to się stało, że żona dźgnęła pana w wątrobę?”. „Nie wiem – odpowiada – zawsze dźgała mnie w rękę”. I pokazuje osiem czy dziesięć blizn na lewej kończynie górnej. Wyszedł ze szpitala o własnych siłach, co z nim dalej, nie wiadomo.

„Świąt nie będzie” – myślę, zapinając czarny worek z czymś ojcem, wujkiem i dziadkiem.

Trzy dni przed wigilią, starszy pan postanowił sobie dorobić, albo zrobić coś dobrego – nie wiem, nie słuchałem jego rodziny, która zjawiała się na SOR-ze. Robiłem wszystko, żeby nie usłyszeć, dlaczego jegomość obok mnie, ubrał strój świętego Mikołaja i wsiadł do auta.

Chwilę wcześniej robiliśmy wszystko, by odwrócić to, co nieuniknione. Albo dać im chociaż nadzieję, przynajmniej wigilię spędziliby inaczej. To i tak bez znaczenia,

wszystko pokrzyżował niewyspany kierowca tira. Czołowe zderzenie, nie miał żadnych szans. My też.

Śniły mi się kiedyś złote, czteroletnie włosy, posklejane krwią. Tak z dwa miesiące. Jedyna akcja, za którą dostałem oficjalną pochwałę – nieudana resuscytacja 4-latki.

Trzy strzykawki, trzy leki – na duszność, na ból, na strach. Tyle mogliśmy zrobić. Poprawiliśmy poduszkę, naciągnęliśmy kołdrę, upewniliśmy się, że pampers jest suchy.

Umieranie we własnym łóżku jest 2137 razy lepsze niż w tym szpitalnym.



5

**Pijanemu nic się nigdy nie
stanie?**

Nie zaskoczę cię pierwszym wnioskiem płynącym z moich wieloletnich doświadczeń ratownika medycznego. W Polsce piją wszyscy i wszędzie. Niedawno wieźliśmy karetką panią aptekarkę, magister farmacji, po wypadku w pracy. Weszła na stołek, żeby sięgnąć po coś z wysokiej półki, upadła i uderzyła się w głowę. Nic takiego niby się nie stało, ale to wypadek w pracy, uraz głowy, takie tam. Celem dalszej diagnostyki pojechaliśmy na SOR. I tak suniemy przez miasto, ona mi tłumaczy, że ma cukrzycę, że niedawno się o tym dowiedziała, leczy się, musi uważać, kiedy spada jej cukier. W sumie tak zaczęła się jej diagnostyka – pacjent w aptece zauważył, że dziwnie się zachowuje, bełkocze, traci równowagę. Pani farmaceutka była oczywiście bardzo oburzona, że klienci wezwali też policję, bo niby pracuje pijana. A ja tak słucham tego mętnego wywodu, choć mam coraz mniejszą ochotę słuchać, jak dorosły człowiek odkrywa świat, w którym żyje. Bo przyjeżdżamy na przykład do zaśląbnienia w urzędzie i okazuje się, że pani kierowniczka jest pijana – i tak jest prawie wszędzie, gdzie jedziemy. Przy wyjazdach do awantury domowej czy bijatyki można w ciemno obstawiać, że przynajmniej część uczestników jest pijana.

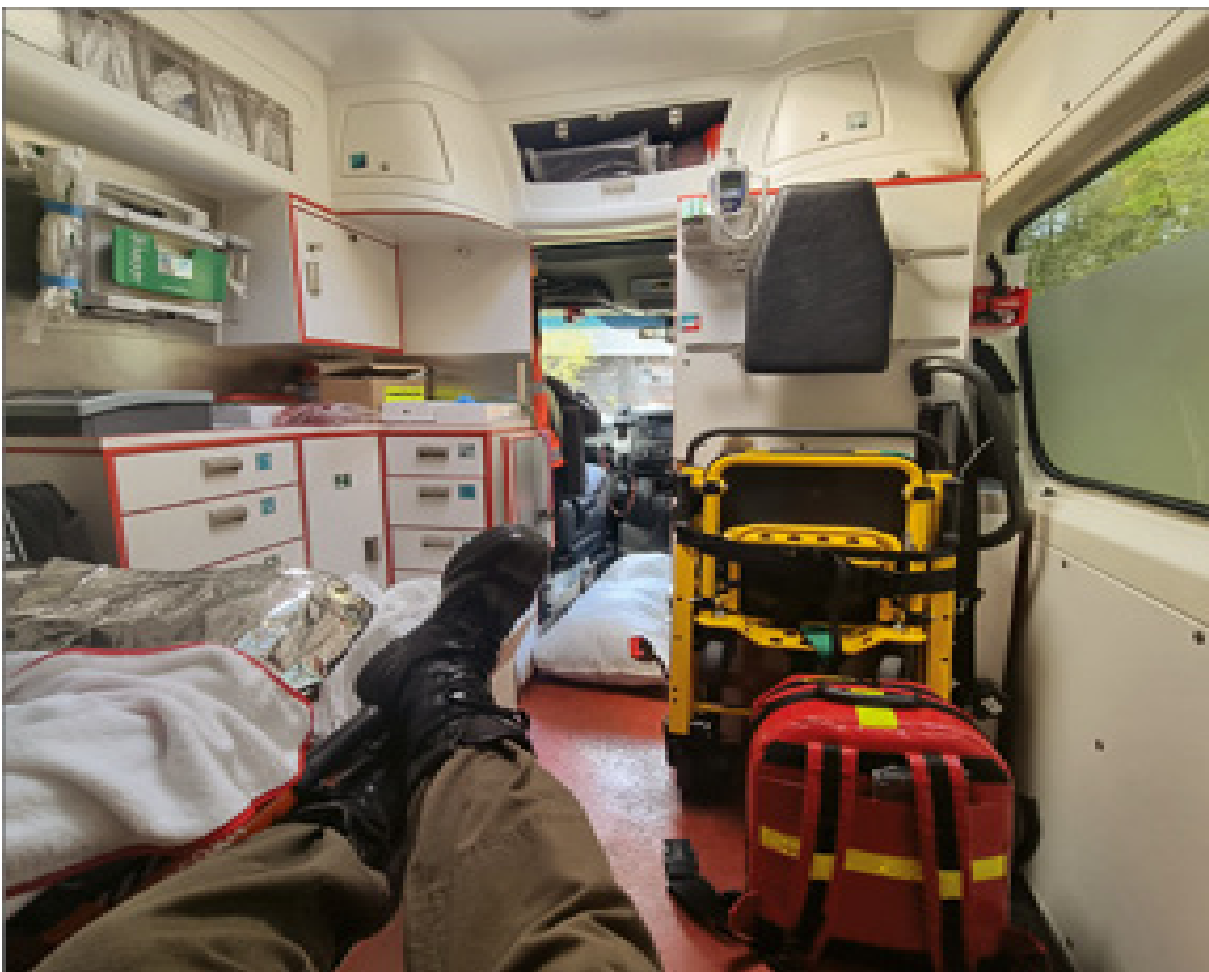
Najbardziej bolą takie sytuacje, gdy dostajesz wezwanie „kierowca uderzył w sklep”, a w radiu czy na naszym tablecie to wygląda co najmniej jak atak terrorystyczny (tylko w Serocku raczej trudno spodziewać się Al-Kaidy). Przyjeżdżamy na miejsce i okazuje się, że starszemu panu, coś koło osiemdziesiątki, pomieszały się pedały. Zamiast hamulca wcisnął gaz, więc wjechał w witrynę sklepu. Miły staruszek, zestresowany i spocony, opowiada, że ma niepełnosprawną

żonę, która nie wychodzi z domu, i on musi robić wszystkie zakupy, a potem jak najszybciej wracać. Gdzieś w głębi tego skostniałego serducha robi ci się żal, a po chwili przyjeżdża drogówka, każe mu dmuchać w alkomat i na liczniku wyskakuje 2,7 promila w wydychanym powietrzu. „Skurwysynie, a gdyby tam stało dziecko?” – mogę tylko siarczyście zakląć w myślach. W pogotowiu ratunkowym czy na SOR-ze najczęściej mamy do czynienia z takimi ludźmi, co do których otoczenie jest przekonane, że wszystko z nimi w porządku. Pani urzędniczka w ZUS-ie się przewróciła, była już starsza, tuż przed emeryturą, więc zemdląła. Przyjeżdża pogotowie, potrzebna jest diagnostyka, bo u kobiet nie wszystko wychodzi w EKG, tak jak u mężczyzn, i dopiero na oddziale okazuje się, że to nie jest żadne zaślabnięcie. Kobieta ma 2,5 promila, nic nie jadła od dawna, za to pije już od tygodnia.

Wśród naszych klientów na SOR-ze spokojnie połowa to osoby pod wpływem – mówię tu też o takim, co wypił parę piw, szedł sobie spokojnie ulicą i dostał łomot, ale gdyby był trzeźwy, byłoby tak samo. Ale to jest może 1/4 tych pijackich przypadków. Pozostali trafiają do nas niejako z własnej winy. Kiedyś podczas jednego z ciężkich dyżurów śmialiśmy się z chłopakami, że powinniśmy rozpocząć taki pilotażowy program alkoholowy, bo skoro połowa naszych pacjentów jest narąbanych, to my też moglibyśmy mieć kontrolnie do 1 promila. To jest taka dawka, że wiesz, co się dookoła dzieje, jeszcze w miarę ogarniasz świat, a na pewno lepiej byś się dogadywał z tymi wszystkimi pijanymi palantami, bo na trzeźwo to jest naprawdę nie do zniesienia.







W tym rozdziale, jak zawsze, będzie sporo czarnego humoru, ale muszę zaznaczyć, że osób pod wpływem alkoholu na pewno nie darzę sympatią. Bywa oczywiście tak, że ktoś, kto wypił sobie jedno, dwa, no... trzy piwa i stracił równowagę i skręcił kostkę. To się zdarza nawet najlepszym. Nie ma przecież nic złego w tym, że dziewczyny wyszły na miasto, ubrały szpilki, żeby ładnie wyglądać, jednej z nich obcas utknął między kamieniami... i rozbiła sobie nogę, rękę albo twarz. Natomiast wszyscy ci, którzy mówią nam na oddziale, że wypili te mityczne dwa piwa, kłamią. I to nie jest problem wyłącznie polski – jak wchodzę na zagraniczne portale, albo fanpejdz

z czarnym humorem, to hasło *two beers* jest tam motywem przewodnim. Na całym świecie jest problem z „dwoma piwami”, po których gościom wychodzi w badaniu krwi 2,7 promila albo powyżej 4,5 – ci teoretycznie, zgodnie z wiedzą książkową, dawno nie powinni już żyć. U nas, w Polsce, nie jest wcale tak trudno spotkać takich, którzy mieli pod 10 promili i dalej się szarpią, krzycząc, że nie są pijani. Zdarzają się tacy doświadczeni zawodnicy, że mają 5,5 promila i naprawdę zachowują się tak, że przysięgłbyś, że są trzeźwi. A uwierz mi, jako ratownik jestem naprawdę wyczulony na ludzi pod wpływem. Czasem pomaga, gdy pytam o alkohol spożywany w ciągu ostatnich 24 godzin, i ostrzegam, że może dojść do ciężkich powikłań, a nawet śmierci, jeśli pili alkohol, a my podamy leki. To jest oczywiście mocno naciągane, bo to są bardzo rzadkie przypadki. Ty też możesz całkiem często spotykać ludzi, których po prostu nigdy nie widziałeś trzeźwych, więc wydaje ci się, że oni po prostu tacy są, a prawda jest taka, że ta pijacka rzeczywistość jest już ich jedyną.

Kolejny przykład z SOR-u: pada hasło przez głośnik, że za 10 minut będzie u nas pacjentka ze świeżym udarem, więc jeszcze dużo będzie można zrobić. Przyjeżdża siwa babuleńka i wszystko wygląda na pełnowymiarowy udar – splątana, zaburzenie siły mięśniowej. Bada ją najpierw wyrywkowo neurolog i potwierdza: „Kurde, no, udar”. I w tym momencie wbiega pielęgniarka z wydrukiem z komputera, że to żaden udar, tylko 3 promile we krwi. Po chwili przyjeżdża rodzina, najpierw są grzeczni, zdruzgotani, bo to ukochana mama i babcia, ale gdy informujemy ich o stanie faktycznym,

to skaczą do nas z mordą, prawie z pięściami, że coś pomieszaliśmy. No to bach, jeszcze raz krew do badań i wyskakuje tendencja rosnąca, a to oznacza, że jeszcze przed samą utratą przytomności dopiero co skończyła pić, nie była po prostu w stanie chlać dalej... Rozumiem, że alkoholik może się długo maskować, ale nie mogę uwierzyć, że ktoś mieszka z kimś pod jednym dachem (nawet w dużym domu) i nie zauważa, że od 10 lat mamusia czy babcia nakurwia w przemysłowych ilościach gorzałę. Czasami to są sytuacje tragikomiczne.

Kiedyś pracowałem na SOR-ze we Wrocławiu. Przyjechała reprezentacja lokalnego klubu koneserów alkoholi technicznych i przemysłowych z jakiegoś tam małego miasteczka, nawet dość odległego. Przywieźli kolegę, który od dwóch dni niewiele się ruszał, słabo wyglądał i był mało towarzyski. Zapakowali go do pekaesu, to duże poświęcenie, bo autobus jedzie tylko dwa razy na dobę, i przyjechali do Wrocławia. Wysiedli w samym centrum miasta, władowali się do autobusu MPK, nawet kupili mu bilet i dojechali elegancko na przystanek pod szpitalem. Stamtąd jeszcze 700 metrów nieśli go do poczekalni, położyli na podłodze i grzecznie zapukali. Rejestratorka wychyla się z okienka, a tam gość już ma... plamy opadowe. Wszyscy oczywiście napruci jak szpadle, przez pół województwa wieźli trupa i nikt niczego nie zauważył.

To wszystko, o czym mówię, bardzo dziwi i szokuje na początku. Gdzieś tam na studiach czy praktykach myślisz sobie: „Boże, jakie to są skrajności”. A teraz, po kilku latach, wiem, że w każdej sytuacji, do której jedziemy, najbardziej

prawdopodobnym jest alkohol. Dwa tygodnie temu pojechaliśmy do 14-latki, która zasłabła w sklepie. Drążymy temat, bo to zawsze może być tak zwana mina i możemy się wpakować w kłopoty przez zbagatelizowanie tego, co teoretycznie jest oczywiste (i w 99% przypadków praktycznie też będzie). Wiadomo, że dzieciaki, szczególnie dziewczyny, często mdleją w pewnym wieku. Rosną trochę za szybko, serducho jeszcze nie nadąża, temperatura nie taka, jak trzeba, i laska w momencie odlatuje. Dziewczyna przyjechała do babci na wakacje, w rodzinie historie kardiologiczne, więc robimy wszystkie badania, EKG, dzikie węże – no nic nie wychodzi. W końcu się przyznaje, że dziś rano puściła pawia. Czternaście lat, więc pytamy, czy może być w ciąży, ale zarzeka się, że nie. To pytam w końcu: „A co robiłaś wczoraj?”. U koleżanki była i dziewczyny zrobiły się dosłownie dwoma piwami, takie uroki debutantek. Nazajutrz miała kaca, wymioty, zemdląca, bo się nie nawodniła – dokumentację można zamknąć.

Dzieci w roli nieprzytomnych pacjentów pod wpływem niestety się zdarzają i za każdym razem to jest druzgocący widok. Najmłodszy był chyba 13-letni typek, który spił się do nieprzytomności. Widać było, że w domu się nie przelewa, chociaż matka żyły sobie wypruwała, żeby wyprowadzić go na prostą. Może nie wróżę mu od razu poprawczaka, ale myślę, że będzie miał poważne problemy, bo system się takimi nie zajmuje. Tak samo jest zresztą ze studentami – często widzę gości, którzy są ode mnie trochę młodszy i doprowadzają się do stanów, które jasno wskazują, że za 10 lat będą leżeli u nas, bo rozwałą sobie po pijaku łby, a za 20 – obszczani gdzieś pod dworcem. Zdarza się, że człowiek, przychodzący na świat, nie

ma wyboru. O tym wiadomo, kiedy pojawia się na oddziale kobieta w ciąży pod wpływem. Od razu myślisz o dziecku, które niczym nie zawiniło, a będzie miało w życiu przesrane, bo nawet jeśli uniknie FAS-u, to i tak zawsze butelka będzie dla mamy ważniejsza. Kiedyś miałem wezwanie do kamienicy zbudowanej jeszcze za czasów cara Mikołaja I, więc byłem bardzo podekscytowany. Wchodzę po tych drewnianych, skrzypiących schodach i zastaję „zwłoki” – trzech pijanych do nieprzytomności, a wokół nich dzieci bawiące się butelkami. I to wszystko dzieje się w miejscu, które możesz mijać codziennie w drodze do pracy. Taka scena świadczy o tym, że problem trwa od dawna, a zgłoszenie dostaliśmy tylko dlatego, że przechodziła jakaś starowinka i szkoda jej się zrobiło tych dzieci.

Żadna dawka alkoholu w ciąży nie jest bezpieczna, w pierwszych tygodniach ryzyko FAS-u jest poważne, ale to nie tak, że wypijesz dwa piwa w pierwszym tygodniu ciąży i już jest pozamiatane. To warto powiedzieć tym wszystkim dziewczynom, które dostają schizy, że imprezowały, a jeszcze nie wiedziały, że są w ciąży. Natomiast jeśli kobieta jest w ósmym miesiącu i ma we krwi 3 promile, to dla takiego dziecka nie ma już szans, że będzie całkiem zdrowe. A o tym, jak bardzo jest chore, dowiemy się, kiedy będzie uczyło się chodzić, rozumieć emocje czy wchodzić w relacje. Był kiedyś pomysł hospitalizacji takich ciężarnych, co wywołało wielkie poruszenie, protestowano przeciwko traktowaniu matki jako inkubatora. Ja nie wiedziałem, co mam o tym myśleć, bo z jednej strony nie można ograniczyć czyjejś wolności bez wyroku sądu, ale z drugiej – jeśli ktoś podjął decyzję, żeby się

rozmnażać, to powinien wykazać się odpowiedzialnością. Jeżeli tego dziecka nie chce, to może oddać je do sierocińca, ale trzeźwość powinien zachować. Tak samo jest z dziećmi, które rodzą się z uzależnieniem od heroiny i w pierwszej dobie życia już są na głodzie. Widziałem kiedyś takie dziecko, żadne nie było tak jak ono – to jest cierpienie w każdej komórce, którego nie można w żaden sposób złagodzić.

Najgorsze są oczywiście weekendy, zwłaszcza noce z piątku na sobotę, bo ludzie chleją i ćpają na potęgę. Wtedy niewiele trzeba, żeby doszło do tragedii. Niedawno byłem karetką w takiej patusiarskiej dzielnicy, gdzie lekko podpita starsza pani zwróciła uwagę już bardzo naćpanemu gówniarzowi, czy mógłby te swoje dragi zażywać gdzie indziej. Chłopak wyjął kosę i sprzedał jej dwa ciosy, na szczęście w nogę, chociaż to też może się skończyć tragicznie. Fatalne są też pełnie księżyca – za każdym razem wiem, że nie pójdę spać nawet na chwilę, i mamy murowane najbardziej posrane wyjazdy. Kiedy w Warszawie gra Legia z Lechem Poznań, Wisłą Kraków czy Widzewem Łódź, to też możesz sobie wyobrazić, co się dzieje – to jest jedna z tych nielicznych sytuacji, gdy można „zaplanować”, że będzie potrzeba więcej ludzi na dyżurze. Bardzo ciężkie są święta Bożego Narodzenia, przede wszystkim Wigilia, bo ludzie piją, biją się i próbują rozwiązywać rodzinne problemy. Od drugiego dnia świąt temat się zmienia – wjeżdżają zatwardzenia, bolące brzuchy, marskie wątroby i zapalenia trzustki. I oczywiście doroczne bingo, czyli sylwester. Kiedyś, trochę dla jaj, podzieliliśmy z góry sale w taki sposób, że na jednej trzymaliśmy ludzi z urazami głowy, na drugiej laski ze skręconymi kostkami, a na trzeciej inne

urazy ortopedyczne. Każdy kolejny delikwent trafiał do „swoich”. Może dlatego to był taki kulturalny sylwester – pacjenci pili razem i wciągali kreski w kiblu na SOR-ze, ale obyło się bez żadnych awantur.

Tych zabawnych, pijackich, jakże polskich anegdotek, mam jednak naprawdę niewiele. Dla kogoś pijany wujek, który zagaduje siostrzenicę na weselu, może być śmieszny, ale mi błyskawicznie odpala się wkurwienie, włączają się mechanizmy obronne, bo już oczami wyobraźni widzę, jak ten sam napruty wujek trzy godziny później na SOR-ze będzie mi – w najlepszym razie – w ten sam sposób zawracał dupę, bo co pięć minut chce mu się siku, a w najgorszym wypadku wystartuje do mnie, żeby się napierdzielać. Naprawdę nie czuję się dobrze w takim towarzystwie. Dla mnie obcowanie z pijanymi ludźmi jest tak traumatyczne, że prawie nie wychodzę do knajp. Czasami mnie znajomi wyciągną, prawie na siłę. Gdy idziemy tym Nowym Światem i widzę tych najebanych ludzi, to czuję się co najmniej niewyraźnie, tym bardziej że dwa miesiące temu w tym samym miejscu koleś dostał 19 ciosów tulipanem. A ja sobie właśnie tam stoję i chciałbym, żeby Uber przyjechał jak najszybciej i zabrał mnie do domu.

Oczywiście osoba pod wpływem alkoholu nie jest do końca świadoma tego, co się z nią dzieje. Ale w większości przypadków taki delikwent jest pełnoletni, a dorośli ludzie, używając jakiegokolwiek substancji, powinni zdawać sobie sprawę ze wszystkich możliwych konsekwencji takich przyjemności. Jedną z nich jest podejmowanie głupich decyzji i działanie wbrew wszelkiej logice. A rzucanie się z pięściami

na ratownika jako „przedstawiciela państwa” jest jednym z najpopularniejszych zachowań. Pierwszy lepszy powód? Studencik budzi się na SOR-ze ze stanu nieprzytomności, ale wciąż jest bardzo mocno napruty i pierwsze, o co pyta, to gdzie jest jego telefon. Grzecznie i zgodnie z prawdą mu tłumaczę: „Nie wiem, nie widziałem przy panu żadnego telefonu. Proszę się położyć, bo jest pan jeszcze strasznie pijany i się zatacza”. Taki koleś nie jest w stanie sam dojść do łazienki, bo co chwilę wywija orła. Dwa czy trzy razy go podnoszę, a on dalej drze mordę i startuje do mnie z łapami, bo jest już pewien, że to ja ukradłem mu telefon. Nikt nie ma ani czasu, ani cierpliwości, żeby za każdym razem podnosić go i delikatnie kłaść do łóżeczka, czule tłumacząc, że telefon na pewno się znajdzie. Przy którymś kolejnym podejściu musisz go rzucić do łóżka, żeby pokazać, że miło już było, skoro wciąż nie akceptuje podstawowych zasad. Moim zadaniem, jeszcze raz powtarzam, jest zapewnienie mu warunków do bezpiecznego wytrzeźwienia – bezpiecznego dla niego, dla mnie, ale też (przede wszystkim) dla pacjentów obok. Czasami konieczne jest przywiązanie takiego wojaka, ale to niestety można zrobić tylko po wypełnieniu odpowiedniego papierka – karty dozoru. Delikwenta trzeba zgodnie z prawem kontrolować co 15 minut i za każdym razem zapisywać wnioski z obserwacji. Papier wszystko przyjmie. A gdy taki człowiek wścieka się potem, że został przywiązany do łóżka, zabrano mu niezbywalną pijacką wolność, grozi mi prokuraturą, to czekam, aż wytrzeźwieje do końca, i przypominam mu delikatnie, że też mógłbym co nieco zgłosić. To ja doświadczyłem napaści, wiem,

jak ten człowiek się nazywa i gdzie mieszka, więc mogę wszystko – w NFZ-ecie nie ma miękkiej gry.

Przypadki takiej skrajnej agresji po alkoholu zdarzają się dość rzadko, ale przysparzają nam od groma roboty i często paraliżują pracę całego SOR-u. Wyobraź sobie, że w tym samym czasie trafia tam najbliższa ci osoba z zatrzymaniem krążenia, ale nikt nie jest w stanie jej pomóc, bo jakiś debil zdemolował sprzęt medyczny. Wtedy nawet takie prozaiczne sprawy, jak wprowadzenie skierowania do systemu, żeby można było zrobić tomografię, są utrudnione, a czasami nawet niemożliwe. A wszystko dlatego, że jeden jaśnie wielmożny hrabia postanowił się upić i zapomniał, że po wódce dostaje małego rozumu.







Kiedyś nachlana laska próbowała rozwalić mi głowę młotkiem. Innym razem jakiś troglodyta dusił moją koleżankę, pielęgniarkę. Wskoczyłem na niego, założyłem mu dźwignię i rzuciłem się do tyłu – jak w zapasach. Jak spacyfikować naćpanego agresora, demolującego szpital stojakiem na kroplówki? Chwyciłem stołek z pełną gotowością zajebania mu nim. Na szczęście komuś udało się go obezwładnić w inny sposób, korzystając z tego, że odwróciłem jego uwagę. Teraz to się trochę pozmieniało, ale na moich studiach nie uczyliśmy się żadnych specjalnych metod samoobrony czy pacyfikowania agresywnych pacjentów. Mnie się przydało to, że w dzieciństwie

trenowałem krav magę, ale jeśli ktoś wcześniej nie nabył takich umiejętności, to może mieć problem. Nikt przecież nie idzie do tej pracy, żeby się napierdalać... A niestety zaczynasz pracować i okazuje się, że to jedna z kluczowych umiejętności.

Warto w tym miejscu wspomnieć o tym, czym różni się agresja wynikająca z bycia kretynem, od tej, która bierze się z bezsilności czy choroby. Bo naprawdę nie obrażam się, jeśli ktoś na mnie wrzeszczy: „Szybciej, kurwa”, kiedy przyjeżdżamy do niego do domu i tam rzeczywiście pacjent pilnie potrzebuje pomocy. Albo jak rzuca się na mnie 80-lątka w delirce, bo od 20 lat bierze relanium przed snem, a u nas go nie dostała, bo nikt nam o tym nie powiedział. I teraz jej się wydaje, że jesteś żołnierzem Wehrmachtu i dusi cię kablem od EKG. W takiej sytuacji po prostu wbijasz staruszcze palce w nadgarstki, wykręcasz jej ręce i zostawiasz ją, żeby złapała pion. To zupełnie co innego – taka agresja po mnie naturalnie spływa. Nic się nie dzieje, nie masz do nikogo żalu, bo to jest chora osoba. Natomiast jeśli ktoś rzuca się na mnie w świadomej czy pijackiej furii, to nie mam żadnych oporów przed użyciem gazu pieprzowego. Bardzo dużo osób nosi teraz ze sobą gaz, wozimy go też w karetce – oczywiście swój prywatny, bo dla systemu ochrony zdrowia problem agresji wobec medyków nie istnieje. Zresztą ja bez czegoś takiego nie ruszam się w ogóle z domu – to połączenie zboczenia zawodowego i życiowych doświadczeń. Bardzo polecam, szczególnie paniom, tylko proszę zapamiętać, że gaz nosimy przy sobie, a nie w torebce. Czasami zdarza się jednak taka sytuacja, że nawet gaz pieprzowy może nie wystarczyć. Kiedyś trafił do nas pacjent, który miał przy sobie dwie pałki i kij

bejsbolowy – nie, że specjalnie dla nas przygotował, to był po prostu jego dyżurny zestaw uliczny.

Przypadki krytycznej refleksji na kacu to są białe kruki, warte tego, żeby się nimi pochwalić na portalu branżowym. Na profilu u Siostry Bożenry, pielęgniarki, ktoś napisał: „Trafiłem na SOR, naodpierdalałem, bardzo Was przepraszam, chciałbym zamówić na oddział 12 dużych pizz hawajskich”. Medycy nie wierzyli, że coś takiego się wydarzyło. Zaczynałem kiedyś dyżur rano na SOR-ze, bodajże w niedzielę, wchodzę, a na sali leży śliczna dziewczyna – takie mocne 9 punktów na 10 – w pięknej klubowej sukience. Pytam ziomka, którego zmieniam, co się stało i słyszę: „A najebana, naćpana, poszła spać, to nie ruszaliśmy. W tomografii czysto”. Budzę więc tego aniołka, bo zaraz przyjdzie kierownik, a on nienawidzi pijanych. Wstaje już trzeźwa, patrzy na mnie, rozgląda się po sali, bez zdziwienia zapina stanik jedną ręką (miała rozpięty, bo robili jej EKG), rzuca do mnie: „Dziękuję”, i wychodzi. Ja bym przynajmniej spytał, dlaczego i jak się tu znalazłem... Rozumiem, dlaczego ludzie piją, żyję dokładnie w tym samym kraju. Może też bym pił nałogowo, na szczęście w krytycznym momencie było mnie stać na terapię. Ale uważam, że trzeba o tym mówić głośno i dosadnie, bo inaczej już zawsze będziemy żyli w społeczeństwie pijusów, udając, że nie ma problemu.

Do pijanych kierowców kiedyś czułem nienawiść. Teraz nie czuję już nic. Udzielam im pomocy, tak samo jak każdemu innemu człowiekowi, tak samo skutecznie, jakoś tych świadczeń zdrowotnych jest taka sama. Oczywiście, że mam swoje zdanie. Mogę w swojej głowie otworzyć folder z napisem „debil” i tam ich wrzucić, ale to jest wyłącznie w mojej głowie

i w jej najgłębszych zakamarkach. Natomiast przy samym pacjencie czekającym na pomoc nie czuję nic. Nie wolno mi przynosić swoich prywatnych przekonań i światopoglądu do pracy, którą wykonuję w państwowym systemie. Widzę tych kretynów, ale nie mogę sobie pozwolić na niekontrolowane emocje, bo jak zacznę ich osądzać, to stanę się najgorszą wersją siebie. Nie po to jeżdżę na miejsca wypadków. Chcę ratować tam ludzkie życie, to jest moja pasja – ratownictwo medyczne, a w ratownictwie medycznym nie ma słowa o osądzaniu ludzi. Jeżeli umiera pijany kierowca, bo zderzył się z drzewem, schodzi mi na SOR-ze, bo nie dało się nic zrobić, to wzruszam ramionami – umarł, zdarza się. To nie moja wina, jestem tylko świadkiem, pakuję go do worka i idę dalej. Ale gdy walczę o życie ofiary takiego wypadku, to naprawdę trudno jest pohamować nienawiść i złość. To też nie jest jakaś miłość do pacjenta, raczej nienawiść do świata, do rzeczy, na które nie mam wpływu. Na przykład, że nie ma sprawiedliwości i każdy z nas może być ofiarą pijanego kierowcy. Czasami taki gnojek trzeźwieje i zaczyna mi się tłumaczyć. A ja naprawdę nie chcę tego słuchać, niech on to sobie zostawi dla sądu. Nie ma usprawiedliwienia dla kogoś, kto wsiadł po pijaku za kółko. Jestem w stanie zrozumieć, że w stanie wyższej konieczności ktoś prowadzi samochód bez prawa jazdy – na przykład jest jedynym trzeźwym, a sytuacja naprawdę awaryjna. Niech jedzie 30 kilometrów na godzinę, wie, gdzie jest hamulec, gaz, to jest do ogarnięcia. Ale jazdy po pijaku nie usprawiedliwia nic. Na szczęście tolerancja w Polsce dla tego rodzaju zachowań wyraźnie się zmniejsza.

Staram się widzieć w alkoholikach ludzi chorych, bo przecież wiem, że często alkoholizm nie bierze się z wyboru, lecz jest raczej rezultatem dorastania w biedzie lub jednym z gorszych sposobów radzenia sobie z traumatycznymi przejściami. Alkohol jest łatwo dostępny, a jeśli ktoś sięga po niego regularnie, to z czasem nie może już przestać, nie umie bez niego funkcjonować. Jest to frustrujące, że ktoś robi sobie krzywdę przez nałóg. „A żeby ci ta butelka w gardle stała” – myślisz czasami, ale na poziomie merytorycznym wiesz, że to jest choroba, którą można leczyć. Pogotowie ratunkowe czy SOR to nie są jednak miejsca do leczenia tej choroby, ja mogę ewentualnie tylko łagodzić objawy.

Przyjechaliśmy kiedyś do kobiety, która wezwała pogotowie do swojego męża – przerwał ciąg alkoholowy i skończyło się to padaczką. Na co dzień ten mężczyzna jest murarzem, funkcjonuje względnie normalnie – jak to się mówi „wysokofunkcjonujący”. Wchodzimy, pan pacjent charczy, ona go trzyma na boku, zakłada mu pampersa, czyli to nie jest pierwszy napad i ta biedna żona, doskonale wie, jak to się kończy. I po wszystkim ta zapłakana kobieta pyta mnie, co ona ma zrobić. Odpowiadam beznamiętnie, że zaawansowany alkoholizm leczy się w ten sposób, że taki obywatel musi pierdolnąć łbem o życiowy beton, czyli sugerowałbym oczywiście spróbować wraz z lekarzem rodzinnym znaleźć mężowi jakiś detoks czy terapię. Generalnie, jeśli ona z nim zostanie, to on nie dozna wstrząsu, problem będzie się tylko pogłębiać i nic się na lepsze nie zmieni. Oczywiście alkoholikom trzeba pomóc, system musi przewidywać taką ewentualność, ale niekoniecznie mam im pomagać ja, nie od tego jestem. Ale

to, że poza nami nie ma zazwyczaj nikogo innego, to zupełnie inna sprawa.

Żeby wyleczyć się z alkoholizmu trzeba naprawdę solidnie pierdolnąć o dno. Są tacy, którzy stwierdzą, że na tym dniu jest im nawet przyjemnie, i tacy, którzy będą chcieli się od niego odbić. Taki człowiek musi przestrzegać zasad, trzeba od niego wymagać – wtedy jest szansa, że z tego wyjdzie, chociaż niestety jest to może 5% przypadków. Dla tych, którzy nie chcą wyjść z nałogu, brakuje mi już niestety współczucia. Oczywiście nie chciałbym świata, w którym ludzie zamarzają na ulicach, bo są uzależnieni, ale ich problemy promieniują na wszystkich dookoła – mnie bolą plecy od ciągłego ich podnoszenia, a ich rodziny cierpią.

Pamiętam z tych wszystkich lat może trzy osoby, które trafiły na SOR zalane, potem długo ich nie było, a w końcu wrócili. Widziałem, że walczą, że mają swoje porażki, ale i zwycięstwa. To jednak są wyjątki w tłumie tych, którzy po prostu chcą zapaść się na śmierć. Mam w pamięci chłopaka z Wrocławia ze straszną przeszłością, grube tematy – molestowanie w dzieciństwie. On naprawdę walczył o siebie. Kiedyś trafił na SOR, bo zachlał się po wyjęciu części (niecałej) wszywki. W ogóle nie był agresywny, przeproszał, miał duże poczucie winy. Nie byłem w stanie jednak słuchać jego wyjaśnień, tej smutnej historii jego życia. Nie dlatego, że nim gardzę czy mam go w dupie, tylko najzwyczajniej w świecie potem zostanie mi to w głowie. Co mnie obchodzi historia jego życia, jeśli nie mam na nią wpływu? Takich opowieści mogę mieć kilka w ciągu jednego dyżuru i w pewnym momencie robi mi się tak smutno, że rozglądam się za sznurem. Ale człowiekowi, który

ma jeszcze jakąś nadzieję, który drży po trzeciej dawce relanium, przyniosę jeszcze jeden koc, bo trochę inaczej na niego patrzę.

Tak naprawdę zapicie się na śmierć wcale nie jest takie proste, wymaga sporej praktyki. Jeśli pijesz okazjonalnie, to już przy 3 promilach jesteś mocno wycięty z rzeczywistości, zacierają ci się granice między racjonalnym zachowaniem a ryzykownymi akcjami. Z drugiej strony znajdujesz się też wtedy bardzo blisko utraty przytomności, bo organizm jest już zatruty, ale ty nie wiesz, jak bardzo jest źle i być może brniesz dalej. Jako dawkę śmiertelną przyjmuje się 4,5 promila. I tak by było, gdybyśmy doprowadzili się do takiego stanu w ciągu, dajmy na to, dwóch godzin. Ale to nie jest takie łatwe, bo najpewniej wcześniej zaczniesz rzygać i stracisz przytomność – mamy wbudowane takie bezpieczniki w organizmie i dopóki ich nie wymontujesz, możesz mieć pewność, że ten system awaryjnego reagowania zadziała. Dlatego, żeby przygotować się do bicia rekordów świata w liczbie promili, naprawdę potrzeba dużo więcej niż jednej imprezy. Jeśli startujesz w takich zawodach bez wieloletniego przygotowania, skończysz tak, że sam zgłosisz się na SOR, bo ci pójdzie krew z dupy albo będziesz spał obrzygany w łazience. To niestety niesie ze sobą inne zagrożenia i dlatego tak ważne jest to, z kim imprezujesz. Kiedy szkolimy ludzi z pierwszej pomocy, to często się dziwią i pytają: „A po cholere mi wiedza, jak postępować z osobą nieprzytomną?”. A ja cierpliwie tłumaczę, że na każdym wyjeździe integracyjnym czy imprezie firmowej będziesz miał do czynienia z kumplem czy koleżanką, którzy leżą, nie są w stanie się podnieść z łóżka, leżą jak zwłoki.

I to jest naprawdę realne, że ktoś zejdzie, puści pawia i się zadławi, bo wtedy upośledzone są odruchy obronne. Dlatego tak ważne jest to, żeby pić tylko z kumatymi ludźmi, którzy cię nie zostawią. A jak cię zostawią, to inteligentnie. My, ratownicy, mamy taki patent, że nie tylko kładziemy kumpla w pozycji bocznej ustalonej, ale również ubieramy mu worek z dziurą na głowę, żeby miał słodki śliniaczek. I wtedy w razie czego zwróci wszystko do worka, a nie obrzyga się cały. A jak odwozimy go z imprezy, to zawsze wkładamy mu koszulkę do spodni i ubieramy górę w ten sposób, że gdy puści pawia, to go zabierze ze sobą – chcąc nie chcąc, sam za sobą posprząta.



Najgorsze w przypadku ludzi, z którymi z powodu upojenia alkoholowego nie ma kontaktu, jest to, że nie wiemy o nich kompletnie nic. Ten człowiek może być chory na wszystko, a może być zdrowy jak ryba i za jego stan jest odpowiedzialna tylko woda. Wymaga pełnej diagnostyki, bo przecież nie jest nam w stanie nic powiedzieć o swoich przypadłościach, skoro jest nieprzytomny. Więc często zdarza się, że takich ludzi z marszu się intubuje albo doprowadza do alternatywnego udrożnienia dróg oddechowych, ponieważ istnieje poważne ryzyko, że te drogi staną się niedrożne w ciągu kilku minut, co będzie skutkować śmiercią. Robimy im pełną diagnostykę dlatego, że alkohol może maskować wszystko inne. Szukamy więc udaru krwotocznego mózgu, rozpadającego się guza w wątrobie czy śpiączki hipoglikemicznej. I dopiero po wszystkich badaniach jesteśmy w stanie stwierdzić, że to jest „tylko” alkohol. Innymi słowy – pakujemy mnóstwo pieniędzy i bezcennego czasu w kogoś, kto zwyczajnie chleje na umór.

Każdy medyk ma taki moment w swojej karierze, kiedy myśli intensywnie: „Ja pierdolę, moja babcia czeka na tomograf przez pół roku, a ten koleś ma trzeci w tym tygodniu”. Ale jak się nad tym zastanowić na spokojnie, to kiedy zaczniemy ludzi dzielić i pijanym pozwolimy umierać bez badań, a trzeźwych będziemy ratować, to szybko pójdziemy w bardzo złą stronę. Tak, długo nie mogłem się pogodzić z tym, jak to wygląda. Długo nienawidziłem tych przedstawicieli naszego gatunku, którzy szczali na mnie, srali, rzucali się na mnie z pięściami, ale w pewnym momencie doszedłem do ściany i musiałem się pogodzić z faktem, że to jest nieodłączny element tej roboty. Mógłbym oczywiście dalej tkwić w tej nienawiści, mógłbym się

na nich wyżywać, drzeć na nich mordę, obrażać ich matki, ale to niczego nie zmieni, a ja zostanę z tym wszystkim w swojej głowie. Przestałem się nimi przesadnie przejmować. Jeżeli ktoś jest tak pijany, że notorycznie złazi z łóżka i kładzie się spać na podłodze, to za pierwszym razem go podniosę, ale potem daję mu możliwość spania na podłodze, skoro to jego decyzja.

Taki stanowi najmniejszy problem. Gorzej jak obok mam gnojka, który w szale bojowym wyrzuci się z łóżka, rzuca się na mnie z pięściami, zrzuci monitor na leżącą obok staruszkę z DPS-u z zapaleniem płuc. Wtedy w ciągu trzech sekund brutalnie go spacyfikuję, bez żadnych emocji, nawet jeśli w trakcie zamieszania zahaczy o barierkę, łamiąc sobie nos. To jest jego nos i jego problem. Nie ja mu zrobiłem krzywdę, bo mnie interesuje tylko sytuacja, w której pacjent na SOR-ze otrzymuje adekwatną pomoc zgodnie z jego potrzebą medyczną i może czuć się u nas bezpiecznie. Nawet nie jestem na niego zły, ale nie po to się zatrudniałem do tej roboty, żeby się bić czy szarpać z nietrzeźwiakiem, którzy za dwanaście godzin, kiedy wytrzeźwieje, nie będzie nawet pamiętał, czy ten nos rozwalił sobie w pogotowiu ratunkowym, czy dostał od ochroniarza w biedronce, kiedy próbował coś zapieprzyć ze sklepu. To nie my dehumanizujemy tych ludzi, tylko oni sami robią z siebie zwierzęta. Jak rozmawiam z kimś, kto patrzy na mnie i nie widzi absolutnie nic dziwnego w tym, że w tym samym momencie stawia klocek w spodnie, to zastanawiam się, ile zostało w nim z tego człowieka? Kiedyś widziałem na dyżurze walkę dwóch obywateli świata o płyn do dezynfekcji rąk, taki z Orlenu. Jeden sprzedał drugiemu sierpowego, wyrwał mu ten

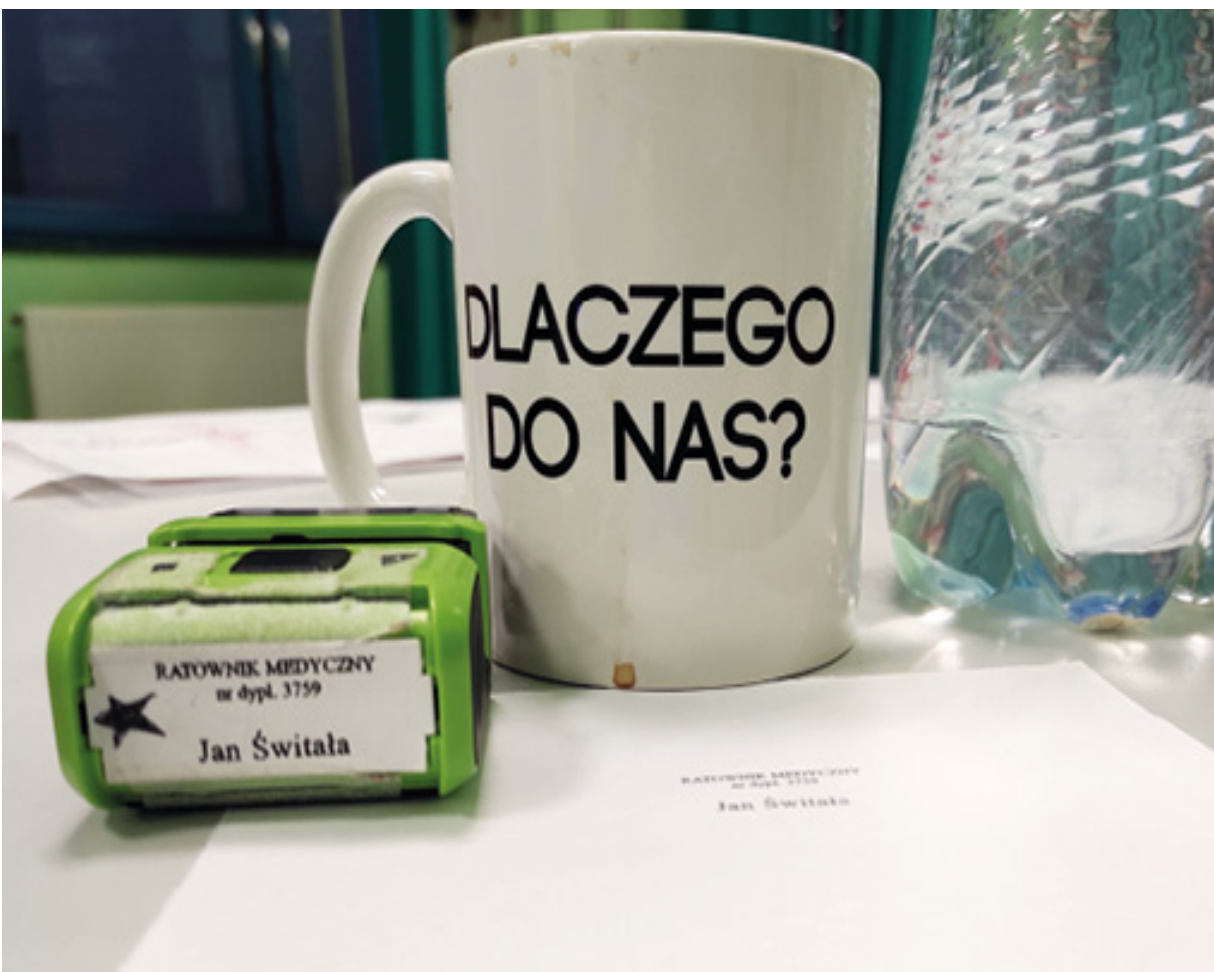
pojemnik i wypił połowę. Przecież mnie by to zabiło, a on nie poczuł nic...

Tak funkcjonują alkoholicy na ulicy w tej ostatniej fazie, zanim zapiją się na śmierć. Gdy przywozimy takiego potępieńca na SOR, pierwsze, co muszę zrobić, to rozebrać go do naga. Przycinam mu spodnie, a i tak nie mogę ich ściągnąć, bo on sam nie zdejmował ich przez kilka tygodni. Żeby je odlepić, muszę je najpierw namoczyć, więc oblewam go wodą, żeby gównu stało się znowu mokre i potem zrywam to wszystko z niego – razem z kupą i skórą. Później rozmawiam z takim gościem i pytam, kiedy coś ostatnio pił. Odpowiada: „No dzisiaj”. „A kiedy ostatnio pan coś jadł?”. „W zeszłym tygodniu”. Dekontaminacja to z pewnością nie jest moje ulubione hobby, a trzeba to robić często. Ubieram wtedy szczelny kombinezon, żeby mieć pewność, że żaden robak nie wejdzie mi za skarpetkę. Pod wąsem czasem smaruję sobie takie silne olejki eteryczne – to naprawdę wypala nos aloesem i miętą, ale dzięki temu czujesz trochę mniej smrodu. Często taki pacjent nie chce współpracować, ale to nie jest miejsce ani moment, w którym dajemy im specjalne pole do podejmowania decyzji. I tak to zrobimy, bo nie mamy wyjścia. Szczególnie opornych myje się najpierw specjalnym szlauchem, taką „bojową” słuchawką prysznicową z odległości jednego metra – regulujemy tylko wodę...

Samo mycie zresztą nie wystarczy. Takiego delikwenta trzeba też całego ogolić – włosy na głowie, brodę, owłosienie na klatce, okolice moszny, czasem nawet brwi, w zależności od tego, ile tam znajduje się robactwa. Pamiętam bardzo opornego jegomościa, który wyglądał jak po kilku latach spędzonych

na bezludnej wyspie. Trzymam go za tę brodę, jadę maszynką i widzę – niczym na kreskówkach – jak przed tym ostrzem spieprzają wszelkiej maści pasożyty. Trudno było powstrzymać wymioty. A brodacz jeszcze zaczął się rzucać. Zdaję sobie sprawę z tego, że nie jestem najlepszym barberem po tej stronie Rio Grande, ale robactwo (wraz z pacjentem) mogłoby trafić na oddział. Chyba nikt nie chciałby leżeć po operacji w sali, gdzie biegają karaluchy, pluskwy i inne tałatajstwo. Po wymyciu i ogoleniu ubieramy ich w jednorazowe ciuchy albo takie z darów. Gdy ludzie wrzucają ubrania do kontenerów, to przez różne fundacje część z nich trafia do szpitala i na każdym SOR-ze znajduje się kanciapa z takimi ubraniami.





Rozumiem, że dla pięknoduchów brzmi to szokująco, ale nikt tym pijaczkom nie chce zrobić krzywdy, po prostu czasami inaczej się nie da. A warto podkreślić, że taka osoba, przychodząca do nas bez godności, zostaje w wyniku naszych działań doprowadzona do stanu, w którym nie ma się czego wstydzić. Jest pacjentem szpitala, nikt nie wie, z jakiego powodu przyjechała. Niestety oni najczęściej tego nie kumają, nie potrafią w żaden sposób docenić. To jest trochę tak, jakbyś miał gadać ze ślepym o majestacie gwiazd albo wytłumaczyć hiszpańskiemu turyście na trzeźwo, nie znając języka, jaka jest różnica programowa między PiS-em a Konfederacją. Dla tych

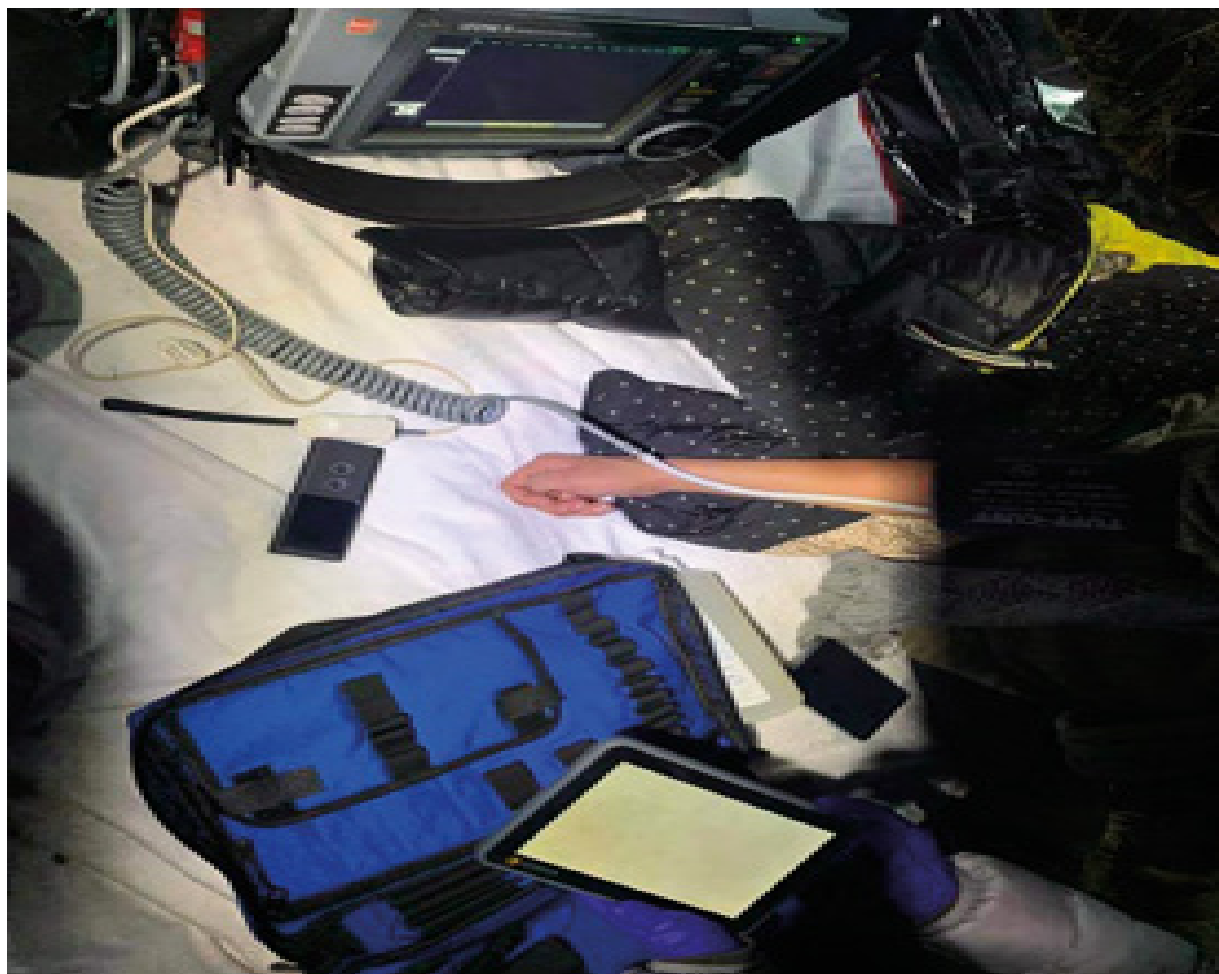
ludzi, najzwyczajniej w świecie, higiena to abstrakcja. Odpalcie sobie pierwszy sezon *Ostrego dyżuru*, serialu sprzed 30 lat. Zobaczycie mniej więcej, o czym mowa. Mniej więcej, bo bez zapachów i robaków.

Nie jestem zszokowany tym, że ktoś leży na ulicy i jest dosłownie obsrany po pachy, bo gówno zaczęło już przemieszczać się do góry. To jest cena za to, że raz na jakiś czas wyciągnę taką osobę z objęć śmierci. Z przeświadczeniem, że będziesz to robił, tak naprawdę przychodzisz do tej pracy. Potem okazuje się jednak, że prawdziwa akcja, w której przywracasz komuś pełnię życia, zdarza się raz na miesiąc. A rzeczywistość przytłacza cię tak bardzo, że nie widzisz niczego poza tym smrodem, gównem i szczochami. Czasem pojawi się ktoś, kto cię ruszy, na przykład taki chłopak z Wrocławia, którego nazywaliśmy Krab, bo miał taką wadę genetyczną – zrosnięte palce dłoni jak szczypce, efekt pijaństwa matki w ciąży. Częściowo głuchoniemy, od małego w sierocińcach, gdzie był bity i gwałcony. Skończył 18 lat, poszedł od razu na ulicę i w chłanie. Trafiał na SOR raz w miesiącu i za każdym razem widziałem, że jest nim tylko coraz gorzej. Co mogłem zrobić? Przecież do domu go nie wezmę. Wypuszczałem go na ulicę wymytego, uczesanego, z czystymi ciuchami i tylko czekałem, kiedy wróci. Bo jak nie wróci, to już będziemy wiedzieli, że ktoś go potrącił, pobił na śmierć albo sam popełnił samobójstwo. Ale miło było go raz na te kilka tygodni zobaczyć czystego, w sensownych ciuchach i chociaż przez chwilę połudzić się, że... tym razem będzie inaczej.

Ta dekontaminacja może wydawać się zła, niepotrzebna, ale tak naprawdę jest niezbędna. Muszę zabezpieczyć innych pacjentów przed takim człowiekiem. Bo to jest jego robactwo, jego flora i fauna, może on sobie z nią żyje bez problemów, ale obok może leżeć pani, która ma obniżoną odporność i dla niej zainfekowanie przez taką syfozę to wyrok śmierci. To też jest forma „ratowania ludzkiego życia i zdrowia”. Były takie dyżury, po których wracałem na chatę, myśląc, że zaraz sam się opierdolę na łyso, kupię w sklepie dezodorant i zapalniczkę i będę wypalał, bo nie mogłem pozbyć się uczucia, że coś po mnie łązi. Pierwsze, co robię, to rozbierałem się do gaci w drzwiach, ciuchy wszystkie razem wrzucam do pralki, często łącznie z butami. Najpierw jedno pranie, a potem drugie, cykl na pusto i z wybielaczem. Oczywiście, że są specjalne środki do prań szpitalnych, ale gdy zarabiasz 3500 do łapy, to nie zapłacisz 200 złotych za dedykowany środek. Teoretycznie mógłbym to oczywiście robić w szpitalu, ale nie znam nikogo, kto oddałby swoje rzeczy do tamtejszej pralni. Albo się zgubią, albo dostaniesz je za miesiąc. Więc piorę w domu. Dopóki się nie rozbiorę, nie umyję i nie wyszoruję cały, to nie startuję do przytulenia dziewczyny. Zresztą ona ma tak samo, pracuje w klinice weterynaryjnej, więc kiedy wraca, również najpierw rozbiera się do naga, wrzuca ciuchy do pralki i idzie się umyć. Nie wybaczyłbym sobie, gdybym ją zaraził jakimś syfem. To strasznie męczy, że ta robota jest groźna nie tylko dla ciebie, ale też dla ludzi, których kochasz i z którymi mieszkasz. I sam w swojej głowie czujesz się często takim trędowatym.

Jakie są najgorsze, najbardziej obrzydliwe przykłady z życia ratownika? Powinienem to wyjawić, bo może ktoś myśli

o takim powołaniu, a na studiach na pewno tego nie powiedzą.
Wrażliwi najlepiej niech opuszczą kolejne akapity.





Rzygać tak realnie chciało mi się tylko raz, przy płukaniu pęcherza. To był człowiek, który zgłosił się na SOR, twierdząc, że cewnik mu wypadł i sam włożył go sobie z powrotem. A do tego służy cała procedura, to się robi na jałowo, bo jak coś spieprzysz, to na 100% masz zakażenie układu moczowego. Wraz z lekarką wlaliśmy tam 50 mililitrów soli fizjologicznej, żeby odciągnąć to, co się tam zebrało. Wyciągnęliśmy coś o takiej konsystencji i tak śmierdzącego, że o mało nie puściłem pawia, za to pani urolog jechała falami. Kto był w toi toiu na Woodstocku, ten może próbować wyobrazić sobie, jakie to były wrażenia.

Innym razem cewnikowaliśmy kobietę, ważącą chyba z ćwierć tony. Książkowo cewnikuje się w dwie osoby, ale doświadczony SOR-owiec da radę zrobić to również samodzielnie. Tę panią obsługiwalismy na osiem rąk. Coś mnie tknęło i ubrałem wtedy przyłbicę, miałem też plastikowy płaszcz, bo to był okres pandemii. No więc jedna osoba ciągnie jedną nogę, inna drugą, a ja wkładam ręce między fałdy brzucha i szukam cewki moczowej. Ale zupełnie nic nie widzę. Przychodzą kolejne osoby, naciągają brzuch, żeby cokolwiek odsłonić, ja jeszcze łokciem i ręką odgarniam coś, co powinno być wargą sromową, ale tak naprawdę jest to wielka fałda. Wsadziłem cewnik, ale (mój błąd) za mały i w tym momencie wielka fala moczu pod olbrzymim ciśnieniem wystrzeliła mi prosto w twarz, czyli na szczęście na przyłbicę...

W pijacką legendę, że alkohol chroni nas przed urazami, niespecjalnie wierzę. Ludzie opowiadają te wszystkie hipotezy, że będąc pod wpływem masz zmniejszone napięcie mięśniowe, stajesz się bezwładny, więc rosną szanse na uniknięcie urazu. Nic mi nie wiadomo, żeby ktoś robił na ten temat jakieś wiarygodne badania. Raz miałem na dyżurze gościa, który wypadł z dziewiątego piętra i w zasadzie nic mu się nie stało, poza złamaną nogą, a przecież powinien zostać z niego placek. A on leciał i leciał. Zrywał ludziom pranie z balkonów, hamował na tych linkach, odbił się od bloku, wpadł jeszcze w drzewo i dopiero potem na glebę – to go prawdopodobnie uratowało. Tylko on był przede wszystkim naćpany. Może to nasza bańka poznawcza, że pijanych z poważnych wypadków lepiej pamiętamy, zwłaszcza kiedy nic im się nie stało?

Chciałbym zdementować miejską legendę o tym, że zszywamy pijanych na żywca, za karę. Ja tak nigdy nie zrobiłem. Wiadomo, że nikt nie będzie się pieścił z gościem, który się narąbał i jeszcze teraz rozrabia – najgrubsza igła, najgrubsza nić, dwa ruchy i cześć, na razie. Przyznaję, że zdarzały się sytuacje, kiedy moja cierpliwość została wyczerpana, ale z tego się wyrasta. Najzwyczajniej w świecie. Poza tym u niejednego pacjenta wyleczyłem ból dupy szybkim zastrzykiem z soli fizjologicznej. To też jest wyraz naszej bezsilności, że pacjent może na ciebie napluć, rzucić się, a ty jako medyk musisz to wszystko przyjmować cierpliwie, mimo że to może być piąta taka sama sytuacja tego dnia. Mścić się więc zdarza, ale ukradkiem i w granicach zdrowego rozsądku. Przełożenie dokumentacji na sam spód to +4 godziny czekania na konsultację za zwyzywanie triażysty i szturchnięcie pielęgniarki, a kolejne tasowanko za: „Pan nie wie, kim ja jestem”. Nie wliczam do tego zszywania na żywca jako kary za upicie się. Alkohol sam znieczula, ale zawsze podaję i tak środki przeciwbólowe – to nieprawda, że nie można łączyć tych dwóch rzeczy. Dla mnie szycie bez znieczulenia jest tym samym co wykonanie normalnemu pacjentowi specjalnie bolesnego zastrzyka. Nigdy nie rozumiałem, dlaczego w Polsce utrudnia się leczenie bólu i pozwala się ludziom cierpieć. Pisałem o tym nawet swoją pracę licencjacką. Pacjenci w Polsce wyją z bólu, a z opioidów robi się coś strasznego. Na przykład złamanie kości udowej leczone ketonalem domięśniowo powinno moim zdaniem zakończyć się pozwem w sądzie. Czasami żartujemy, że niektórym medykom przy odbieraniu dyplomu powinno się

złamać rękę, żeby poznali to uczucie i leczyli potem przeciwbólowo, adekwatnie do poziomu cierpienia.

Według innej miejskiej legendy, w sytuacji zagrożenia człowiek „trzeźwieje w momencie”. Prawda jest taka, że pojawia się wtedy wyrzut amin, czyli hormonów odpowiedzialnych za stres, przetrwanie czy walkę. Tylko wydaje ci się, że jesteś trzeźwy czy trzeźwiejszy, masz przebłysk świadomości, bo wzięłeś głęboki oddech i komórki twojego mózgu są nakierowane na rozwiązanie problemu. Ale to nie jest tak, że w cudowny sposób spada ci poziom alkoholu we krwi, po prostu twój organizm wpada w myślenie tunelowe, skoncentrowane na jednej rzeczy. Widzisz na przykład, że coś złego stało się z kolegą. Leży na ziemi, więc będziesz pamiętać, żeby sprawdzić, czy oddycha, ale gdy ktoś zapyta cię wtedy o numer na pogotowie, to nie masz pojęcia, jaki jest. Tak samo nie ma możliwości, żeby osobę, która jest tak pijana, że pojawił się stan zagrożenia życia, jakoś szybko „przepłukać”. Za metabolizm odpowiadają nerki i wątroba, więc mało można przyspieszyć.

Nie jestem hipokrytą – my, ratownicy, też pijemy. Jak jest impreza z chłopakami z branży, to nigdy nie kończy się na jednym piwie, bo zawsze ktoś się rozwodzi, nie wychodzi z kochanką albo ordynator niszczy kogoś na oddziale. Ale każdy lekarz czy psychoterapeuta to powie – czym innym jest hardkorowe chłanie raz na parę miesięcy, bo zdarzyła się okazja, a czym innym, kiedy tak wygląda każda imprezka, kilka razy w tygodniu. Są oczywiście ratownicy, którzy z powodu stresu zostają alkoholikami – tak jak w każdym zawodzie. Osobiście, dla towarzystwa, wolę coś wypalić.

Tu znowu ciekawostka – przez sześć lat mojej kariery ratowniczej zdarzył mi się jeden pacjent po kokainie, jeden po kwasie i dwóch po amfetaminie. Raz miałem dziewczynę po ecstazy z takim wyrzutem endorfin, że potrzebowała się cały czas do czegoś przytulać, więc przytulała się do mojej ręki, gdy pobierałem jej krew. Do tego muszę dodać może trzech, którzy trafili na SOR z powodu zioła. To są naprawdę sporadyczne przypadki, że ktoś sam prosi się o kłopoty, dokładnie na tej samej zasadzie jak wtedy, gdy wsadzasz rękę do maszynki do mielenia mięsa i dziwisz się, że coś poszło nie tak. Z tego, co słyszałem, to w Warszawie w ciągu jednego weekendu puszcza się z dymem dwie i pół tony marihuany, a dla nas większych problemów z tego powodu nie ma. Taka jest prawda. Ale politycy oczywiście wiedzą lepiej.

Wśród medyków zaobserwowałem mechanizm udawanego dystansu. My najlepiej wiemy o brakach w zaopatrzeniu i spotykamy się z ludzkim cierpieniem na co dzień, cały czas licząc, że nas to nie spotka. Podobnie jest z alkoholem – wielu medyków wmawia sobie, że to jest „inne picie”, kiedy w rzeczywistości towarzyszą temu te same mechanizmy. A jakie? – o tym w następnym rozdziale.

Na każdym kursie z pierwszej pomocy trafia się ktoś, kto pyta o wbijanie długopisu w tchawicę. Jeszcze nikt nie zapytał, czy może podawać aspirynę w zawale.

Ratownictwo to sztuka improwizacji. Pewnie Słowacki wielkim poetą był, ale to ja pojechałem do pacjentki psychiatrycznej, która odstawiła leki, bo głosy jej kazały. Rodzina zaniepokojona – trudno się dziwić, wszak wielokrotnie widzieli, co dzieje się w jej manii.

Zapytałem, czy mogę pogadać z głosami. Powiedziała, że spoko. Przeczytałem głosom CHPL*, wzięła przy mnie tabletkę. Wyjazd skończony, można wracać.

* Charakterystyka produktu leczniczego

Jedyne co zawdzięczam myśliwym, to dziewięciu pacjentów z ranami postrzałowymi.



6

Psycha ratownika

Pewnie cię nie dziwi, że medycy też mają problemy z alkoholem i innymi używkami, ale na pewno nie masz pojęcia o tym, jak powszechne jest to zjawisko. Co prawda lata 90. dawno minęły i dużo rzadziej zdarza się, że pan Kaziu, sanitariusz, prowadzi karetkę, bo jako jedyny w bazie był trzeźwy, ale uzależnienia w środowisku medycznym to wciąż normalka. Moje pokolenie częściej ćpa, pokolenie moich rodziców wiernie stoi przy wódzie. W środowisku raczej nikt się nie dziwi, że po nocnym dyżurze (po dyżurze, podkreślam) jest impreza (nie w szpitalu!), która zaczyna się o 9, a kończy o 14, kiedy wszyscy już śpią porobieni. Niejedna pielęgniarka beszta jakiegoś pana ochlejusa na SOR-ze, a wieczorem sama opróżnia w domu butelkę wina. I to codziennie, bo inaczej nie zaśnie. Są wśród nas osoby, które podkradają leki narkotyczne i to jest nie do upilnowania, mimo że wszyscy o tym wiedzą. Są też tacy, po których widać problem gołym okiem, bo za każdym razem przychodzą do pracy na kacu. Większości przypadków nikt jednak nie zauważa, bo medyczni alkoholicy wysokofunkcjonujący są naprawdę najtrudniejsi do wykrycia. Czasami jednak zdarza się, że rozbije się karetka, i wtedy wychodzi na jaw, że kierowca miał 0,5 promila. Pamiętam też taką sytuację, że ktoś pojechał do pacjenta, mając w nosie resztki amfetaminy. Ale to są naprawdę rzadkie przeboje, że przyłapie się kogoś pod wpływem w trakcie pracy, ponieważ wszyscy, którzy zmagają się z uzależnieniem, mają świadomość konsekwencji, jakie by ich spotkały w takim wypadku. O alkoholizmie w ochronie zdrowia mówimy bardziej w kontekście imprez i czasu wolnego. Nałóg poza pracą nadal

wymaga jednak jakiegoś działania, bo nikt z nas nie ma wątpliwości, skąd większość tych problemów się bierze.

Uzależnienia w środowisku medycznym wynikają najczęściej z braku opieki nad ludźmi, którzy na co dzień muszą sobie radzić w bardzo trudnych sytuacjach. To prosty mechanizm, który polega na odreagowaniu po pracy, poszukiwaniu chwilowego zapomnienia o tym, czemu dzisiaj trzeba było stawić czoło. Ale w rzeczywistości ratownik uciekający od traumatycznej pracy niczym się nie różni od chłopaka z biednej rodziny, który napruty trafia pod jego opiekę.

Problemy psychiczne są wśród medyków powszechne, lecz mało kto chce o tym mówić. Staram się to przełamywać, sam nie mam już oporów przed mówieniem głośno o mojej depresji. Potrafię też przyznać się do tego, że zdarzyło mi się na imprezach ratowniczych walić koks czy eksperymentować z LSD – traktuję to jak część życia. Większość osób starannie jednak ukrywa fakt, że nie radzi sobie psychicznie.

Niestety mieliśmy kilka sytuacji, kiedy na SOR trafiali koledzy po fachu; ktoś nie wytrzymał i podciął sobie żyły. System nie zapewnia żadnej szczególnej ochrony osobom z wewnątrz, więc załatwialiśmy wtedy wszystko po znajomości, żeby było jak najszybciej, dobrze zrobione, ale przede wszystkim – po cichu. I tak bywa coraz częściej, że pomagamy sobie wzajemnie i szukamy wsparcia wśród tych, z którymi pracujemy, bo oni najlepiej to rozumieją. Jest w Bydgoszczy taki człowiek, Wiśnia, który robi naprawdę świetną robotę. Prowadzi jedną z niewielu stacji w Polsce, gdzie medycy zawsze mogą porozmawiać z psychologiem albo wygadać się po ciężkim dniu, bo na przykład są po nieudanej reanimacji dziecka. Wszystko jest

opłacone, a pracodawca nie dowiadyuje się, kto to był, dostaje tylko fakturę.







Kiedy działaliśmy w grupie Medycy na Granicy, też mieliśmy zapewnioną opiekę psychologa – raz w tygodniu mogliśmy z nim porozmawiać na Zoomie. Ja akurat byłem w toku własnej psychoterapii i nie chciałem więcej, ale wiem, że inni z tego korzystali i mogli się wypłakać po tym, co widzieli i czego doświadczyli. Gdybyś poszedł teraz pod Pałac Kultury, spotkałbyś nadreprezentację komandosów i weteranów po Afganistanie i Iraku. To ten sam problem – człowiek wraca z wojny, ale nie potrafi wrócić do rzeczywistości, a pomocy systemowej nie otrzyma, bo jeśli nie ogłosi swojemu przełożonemu w wojsku, że idzie na L4 na trzy miesiące albo

że idzie do psychiatryka, to czeka go ostracyzm, w najlepszym wypadku żołnierskie kpiny. Nie szuka pomocy, za to zaczyna coraz częściej wracać na chatę pijany, naćpany, czasami dochodzi do tego przemoc domowa i kończy na ulicy, właśnie na placu Defilad czy w okolicy. Tego wszystkiego by nie było, gdyby ktoś wcześniej wyciągnął do tych ludzi rękę i pozwolił im na małą przerwę w zgrywaniu twardziela.

Najbardziej denerwuje mnie gadanie o bohaterstwie. Ktoś się otworzy i przyzna, że zmaga się z koszmarami, a inny mu na to powie: „Jesteś słaby, mi się tam nic nie śni, a od 20 lat tu robie”. No nie śni ci się, bo albo walisz fentanył, albo musisz się nachlać, żeby w ogóle zasnąć. Z moich obserwacji i krótkiego życiowego doświadczenia wynika też, że to nie typowi twardziele wyciągali noworodki z krzaków przy granicy albo pomagali uchodźcom z Ukrainy w zasięgu rosyjskich rakiet, ale ci, którzy przyznali się do depresji i zaburzeń lękowych spowodowanych pracą. Ja, wychodzący z depresji jaracz blantów, jechałem pomagać z moim świetnym kumplem, który nadużywa wódki, i ze studentami, którzy też już nie mogą zasnąć bez jednego łyka. A ci wszyscy komandos, waleczni bohaterowie, co nigdy jednej łzy nie uronili, oglądali sytuację na granicy przez ekran telewizora w swoich ciepłutkich domach. Takie to ich bohaterstwo.



Medycy powinni wiedzieć najlepiej, że zaburzeń psychicznych nie można bagatelizować – przecież sami mają styczność z niedoszłymi samobójcami. Sam wiele razy opatrywałem ludziom nadgarstki i jeździłem – już na praktykach – do tych, którzy chcieli skakać z okna lub pod pociąg. Pamiętam dwie zakochane w sobie 14-latki, które postanowiły odejść razem. Wzięły po trzy opakowania paracetamolu, bo dowiedziały się o jego skuteczności z internetu, i podcięły sobie żyły, na szczęście dość płytko. Obie trafiły na nasz SOR na szycie, a dalej do szpitala psychiatrycznego. Byli z nimi ich rodzice i słyszałem, jak jeden ojciec odzywa się do drugiego – od razu

było wiadomo, że to nie dziewczyny są problemem. One przetrwają szpital, ale wrócą do tego samego syfu, a wtedy mogą podjąć jeszcze jedną próbę, tylko tym razem skuteczną.

Czasami podejrzewałem, że ktoś próbował jedynie zwrócić na siebie uwagę rodziców czy znajomych, bo trudno poważnie potraktować kogoś, kto próbował się zabić, łykając 30 tabletek stoperanu. Medycyna zna jednak takie przypadki, że czyjeś trzy pierwsze próby samobójcze to podcinanie sobie żył cyrkiem, a czwarta i ostatnia – skok z dziesiątego piętra. Dlatego pomoc należy się każdemu i nawet po pozornie niepoważnej próbie niedoszły denat trafia do szpitala psychiatrycznego na przymusową hospitalizację trwającą sześć tygodni. Ten czas jest umowny – jeśli komuś zależało na zwróceniu na siebie uwagi, wołał w ten sposób o pomoc, a psychiatra widzi, że człowiek jest chory, ale nie w tym kierunku, to zwykle obserwacja kończy się po dwóch tygodniach.

Jeszcze w trakcie studiów, kiedy popracowałem już trochę na SOR-ze, miałem poważne problemy z zasypianiem, które co wieczór leczyłem piwkiem i blantem. Bez tego całe noce kręciłem się w łóżku i nie umiałem uspokoić myśli. Na szczęście nigdy nie zawałęm niczego przez alkohol, ale kiedy ktoś do mnie dzwonił, to przeważnie rozmowę zaczynał od słów: „Jesteś trzeźwy?”. Długo umiałem ukrywać przed światem i sobą, że nie wszystko jest dobrze. W pewnym momencie poczułem się jednak przeładowany – koniec studiów, nowa praca, dziewczyna, wyprowadzka, covid, wojna i nagle nie dało się już dłużej udawać.

W marcu 2020 roku, na początku pandemii, panikowałem jak wszyscy. Wiedziałem, że w każdym momencie możemy zostać

zamknięci w szpitalu i z tego strachu kazałem mojej dziewczynie zasuwać do rodziców. Przychodziłem z dyżuru zmęczony jak koń po westernie, a roboty było coraz więcej, bo ludzie masowo rezygnowali. Naprawdę wcale się im nie dziwię. Kiedy dowiadujesz się, że idzie syf nie z tej ziemi, a jesteś matką 2-letniego dziecka, to przecież srasz na ten SOR i groszowe pieniądze, zabierasz swoje rzeczy, a szpital zostaje w okrojonym składzie. Część osób wybrała inne miejsca pracy jako podstawowe, więc tej roboty naprawdę było coraz więcej. Wszyscy się bali, bo pracujemy sami, w chujowym systemie, w którym człowiek w ogóle się nie liczy. Miałem pełną świadomość, że jak będę chciał oddać swoje życie ku chwale ministerstwa i szamana Szumowskiego, to okazji będzie od zajebania, tylko z pomnikami później gorzej. Byłem sam, miałem 5 tysięcy oszczędności, apokalipsa zbliżała się do bram – ogólnie czarna dupa. Miałem w głowie najazd zombie i nie chciałem, żeby Natalia została sama, jeśli będę musiał siedzieć na kwarantannie. Mogłaby przecież zachorować i nikt by jej nie pomógł, dlatego wolałem, żeby była u rodziców. Poza tym czułem, że stoję się dla niej ciężarem. Z dnia na dzień zupełnie się wyłączyłem, przestałem się do niej odzywać, nie byłem sobą.

Po kilku dniach ciszy wysłała mi maila z linkiem – umówiła mnie do psychologa. Byłem wściekły, ale stwierdziłem, że skoro i tak wszystko jest opłacone, to pogadam z gościem. Mogę śmiało powiedzieć, że zawdzięczam im (jemu i jej) swoje życie, bo to od tego zaczął się proces zmian. Psycholog pokierował mnie do psychiatry, który wypisał mi leki. Powinienem wtedy od razu zacząć swoją terapię, ale na początku wydawało mi się,

że leki wystarczają, bo faktycznie czułem się lepiej, jakby ktoś otulił mój mózg. Byłem trzeźwy i skrajne emocje znalazły się gdzieś za ścianą. To tak, jak gdyby założyć ochraniacz na mordę przed bijatyką – wiesz, że dostaniesz wpierdol, ale boli mniej. Leki przywróciły równowagę biochemiczną w moim mózgu i czułem się bardziej zrelaksowany. Jak ktoś w pracy testował moją cierpliwość, to mówiłem tylko: „Okej, nie przejmuj się”, i robiłem swoje.

Problem w tym, że leki leczą objawy, a nie przyczyny. Jako medyk każdą receptę mam na wyciągnięcie ręki, więc przy pierwszej okazji, kiedy zabrakło mi czasu na wizytę kontrolną u psychiatry, po prostu załatwiłem sobie te same leki od kumpeli. Ale to już jest zbaczanie z dobrej drogi – w środowisku medycznym takie „ułatwianie” sobie życia jest dość powszechne. Niby wiedziałem, że na dłuższą metę leki nie wystarczą, ale do decyzji o rozpoczęciu terapii dojrzewałem niemal rok. Już po kilku miesiącach rozmów poprawiło mi się na tyle, że mogłem odstawić lekarstwa. Przyznaję, że zawdzięczam im życie, ale dużo lepiej jest się leczyć na długi rozbieg – u psychoterapeuty na kozetce.

Początkowo opowiadałem mojej terapeutce tylko o pracy. Była w szoku i często mi nie wierzyła. Sama musiała stanąć twarzą w twarz z tą rzeczywistością, zwłaszcza że była leczona w moim szpitalu, zanim to ja leczyłem się u niej. Na studiach nikt nam o tym nie mówił, ale my jako medycy nie jesteśmy przeciętnymi Kowalskimi, bo oni nie doświadczają na co dzień tego co my. Z czasem nie widzimy niczego dziwnego w tym, że trafia do nas chłopiec po wypadku samochodowym. Ratowanie ludzkiego życia staje się dla nas codziennością, ale i tak każdy ma swój

punkt krytyczny – może wytrzymać 20 reanimacji, a przy 21 zwątpić.

Musiałem zmierzyć się z nazwaniem mojego stanu chorobą i przyznać przed samym sobą, że choruję na depresję. Udało mi się przełamać i zacząłem mówić o tym otwarcie w pracy i na Instagramie, ale pierwszy feedback był niestety negatywny. W najlepszym przypadku znajomi dystansowali się ode mnie – wynikało to z ich niewiedzy i miało dopiero, kiedy sami zaczynali się leczyć. Zanim to nastąpiło, słyszałem, że jestem cieniem i frajerem. Ogólnie nazywali mnie słabym, a ja wcale się taki nie czułem, bo depresja dopadła mnie po wielu akcjach, w których o słabości nie było mowy. To było po moich podróżach, różnych przerażających sytuacjach, szpitalach i po tym, jak udało mi się doprowadzić do wyjebania kilku dyrektorów z pogotowia, więc nie czułem się słaby – czułem się chory. Te wszystkie zaczepki mnie nie ruszały, ale zdarzało mi się wchodzić w ostre dyskusje.

Tematem depresji w środowisku medycznym zainteresowali się dziennikarze. Dostało mi się za to, że wypowiedziałem się na łamach „Tygodnika Powszechnego”. Obrażali mnie ludzie, których przyjaciel ratownik powędrawał intencjonalnie na tamten świat pół roku wcześniej. Może mój przyjaciel i ja jesteśmy słabi, ale to wasz zawisł na pasku od spodni. Na moim SOR-ze 15% osób przyznawało się do tego, że leci na psychotropach, w ciągu półtora roku trzech pracowników próbowało odebrać sobie życie. Oczywiście system znowu zawiódł i to my, medycy, pomagaliśmy sobie nawzajem.

Kiedyś na imprezie „Ratownictwo po godzinach” w Olsztynie, na której odbywają się luźne wykłady przy piwku, miałem

panel z Wiśnią. On mówił o agresji wobec ratowników, a ja o agresji między nami. Tłumaczyliśmy, że takie zachowania wynikają z bezsilności, później rozwinęła się z tego bardzo ciekawa dyskusja. Ale w pewnym momencie odezwał się jakiś komandos. Powiedział, że ma PTSD, ale nie wierzy w wypłakiwanie się psychologom w rękaw, tylko w rozwój osobisty. Nawet nie czekałem, aż skończy – wziąłem mikrofon i powiedziałem: „Uważam, że pierdolisz, a przez takie farmazony wyhuštało się już za dużo ludzi. Nie możemy walić takich tekstów, chociażby z szacunku do osób w tej sali, bo wiemy, że jest tu co najmniej siedem osób, którym psycholog i psychiatra uratowali życie”. Wszyscy zamarli, ale po chwili usłyszałem brawa i to byli właśnie ci, którzy zgłosili się po pomoc. Nie umiem w takich sytuacjach siedzieć cicho. Uważam, że skoro mam publikę, to muszę być głosem tych ludzi i przede wszystkim swoim. Musieliśmy więc trochę powalczyć, żeby wstydem nie była choroba, a wyśmiewanie jej. Leczenie oczywiście nie jest przyjemne, ale poprawa, którą widać z tygodnia na tydzień, bardzo motywuje. A można ją zauważyć także w tym, jak reagują na nas inni ludzie.

Moim studiom zawdzięczam nie tylko umiejętność ratowania ludzi, ale też wspańskiego przyjaciela, Tomka. On też zmagał się z zaburzeniami. Dzięki temu, że byłem już z tematem depresji zaznajomiony i nie zbagatelizowałem jego objawów, wciąż mam przyjaciela. Jego życie naprawdę wisiało na włosku – miał pecha w relacjach z kobietami, spotykał coraz bardziej pojebane laski i to go niszczyło. W końcu trafił na dziewczynę z nieleczonym borderline (huragan nastrojów – tak w wielkim skrócie) i to ona doprowadziła go dosłownie na skraj.

Na dodatek wyśmiewała podejmowane przez niego próby pracy nad sobą. Rozmawiałem z nim do skutku. Tomek zaczął się powoli przyznawać do swoich problemów. To były tygodnie wielkiej troski, aż do chwili, w której trzeba było przyjść po niego do mieszkania, nawet jeśli oznaczałoby to wyważanie drzwi. Na szczęście otworzył sam. Trafił na pewien czas do psychiatryka, zaczął brać leki. Zrobiliśmy wszystko, żeby ta toksyczna laska zniknęła z jego otoczenia, pomogli rodzice i jakoś z tego wyszedł. Teraz Tomek jest szczęśliwie zakochany, a ja mam dalej przyjaciela. Jeżeli będziesz bardziej świadomy tego, jak wygląda depresja, może kiedyś uratujesz nie tylko siebie, ale także kogoś bliskiego.



Nieco luźniejsza, a zarazem moja ulubiona historia z psychoterapii, jest związana z moimi bojówkami. Chodzę w bojówkach całe życie, bo to są spodnie do wszystkiego, ale psychoterapeutka zwróciła mi uwagę, że nie w każdym momencie życia muszę być przygotowany na apokalipsę. W trakcie procesu porzucania bojówek znalazłem się na Podlasiu, tuż przy granicy z Białorusią. Przyjechaliśmy trochę wcześniej na dyżur z moim serdecznym przyjacielem Grzesiem, który również działa w mediach społecznościowych. Ekipa medyczna była w innym miejscu, a tu przyszli do nas tubylcy i mówią, że dwa kilometry od nas w linii prostej jest

duża grupa uchodźców z dziećmi na rękach, którzy wzywają pomocy. Wzięliśmy więc wszystko, co mieliśmy, czyli pampersy, słoiczki, stetoskop, latarkę, nożyczki, pulsoksymetr, zgrzewkę wody – dla dzieci nie mieliśmy niczego więcej. I wtedy poczułem, że zajebiście się boję iść w las szukać noworodków, bo ja o nich naprawdę mało wiem. Z drugiej strony to jest przeogromny zaszczyt iść do lasu szukać tych maluchów z takim fantastycznym ratownikiem jak Grzesiek. Pomyślałem, że jeśli komuś ma się to udać, to tylko nam. Leżałem w krzakach, żeby nie dać się zauważyć, w tych właśnie bojówkach i w koszulce, w której byłem w podkaście Karola Paciorka, i zacząłem się nagle w głowie histerycznie śmiać, że mam za sobą prawie dwa lata terapii i wszystko zmienię, ale z tych bojówek nie zrezygnuję, bo naprawdę muszę być w każdym momencie przygotowany na to, żeby wyciągać nieszczęśników z objęć pecha czy śmierci, nawet przed dyżurem lub po dyżurze.





Mam nadzieję, że jeśli ktoś zmagają się z podobnymi problemami psychicznymi, to po przeczytaniu tej książki od razu stanie do walki o swoje zdrowie, bo każdy dzień zwłoki sprawia, że droga staje się dłuższa i trudniejsza. Myślę, że gdybym wcześniej miał pieniądze lub był w innym środowisku i ktoś spojrzałby na mnie w inny sposób, to moje życie wyglądałoby teraz zupełnie inaczej. Depresja sprawiła, że przez lata widziałem w sobie tylko wady. Nie umiałem tak naprawdę realnie ocenić swojej sytuacji – wszystko zawsze było złe. Chociaż być może musiałem spędzić te 10 lat w mroku, żeby umieć pomóc najpierw sobie, a potem innym. Ale nie chcę, żeby

ktokolwiek robił ze mnie superbohatera. Cieszę się na przykład, że udała mi się niełatwa intubacja, ale wiem, że byłem do tego szkolony i nie chcę dorabiać do tego żadnej ideologii. Nie można przyjmować bohaterskiej postawy w tym zawodzie, bo w większości jeździmy po melinach, leczymy nadciśnienie i zmywamy gówna, a presja prowadzi tylko do frustracji. Nie czuję się słabszy dlatego, że zamiast wisieć na linie i intubować wcześniaka jedną ręką, zmierzyłem tylko ciśnienie i zrobiłem dobrą kanapkę. To też jest pomoc i powód do dumy. A nic tak nie cieszy, jak wiadomość na Instagramie, że ktoś dzięki mnie zdecydował się na terapię i czuje się trochę lepiej. To też dowód na to, że trzeba nadal działać i normalizować mówienie o swoich problemach, a tępić każdego, kto mówi, że psychoterapia to ściema, a branie leków zmienia osobowość i truje.

– Kto umie naprawiać siusiaki?

– Ja umiem naprawiać – rzucił urolog, wchodząc na SOR.
Obrzezać też umiał. Po raz pierwszy zrobiło mi się słabo.

Bezpłatne numery telefonów, które zawsze warto mieć pod ręką:

- Ogólnopolska Poradnia Telefoniczna dla Osób Przeżywających Kryzys Emocjonalny: **116 123**
- Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży: **116 111**
- Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Kryzysie Psychicznym: **800 70 22 22**
- Telefon Zaufania dla Osób Starszych: **22 635 09 54**
- Antydepresyjny Telefon Zaufania „Stop depresji”:
22 484 88 01

- Telefon Zaufania Młodych „Stop depresji”: **22 484 88 04**



7

Destroy this fucking system!

Wiele osób pisze do mnie na Instagramie i pyta: „Chciałbym pomagać ludziom zawodowo, czy ratownictwo medyczne to dobry wybór?”. I co ja mam im wtedy odpisać, skoro uczciwa odpowiedź powinna brzmieć: „Nie. Jeżeli chcesz pomagać ludziom, to się bardzo zdziwisz, jak to wygląda w tym zwodzie. Zderzysz się ze ścianą, będziesz bezsilny i sfrustrowany”. Jako medyk, jako człowiek, będziesz miał wpływ tylko na to, co jest dookoła ciebie – na to, żeby mieć porządek w plecaku reanimacyjnym i żeby twoja karetka była wysprzątana. Ale nie będziesz miał na przykład wpływu na to, że do koszyka świadczeń wpadną rzeczy bezsensowne, a wypadną z niego te naprawdę potrzebne. I już lekarz rodzinny czegoś nie przepisze pacjentowi, nie da mu skierowania, chociaż wie, że tego potrzebuje, bo to czy tamto badanie znajduje się poza koszykiem świadczeń. Kiedy trafi do niego kobieta w ciąży, nie zrobi jej tomografii komputerowej ze względu na promienie rentgenowskie. Trzeba jej zrobić rezonans magnetyczny, a żeby zrobić rezonans, konieczne jest przyjęcie na oddział, bo inaczej NFZ nie zwróci pieniędzy. I tak ciągle trwa ten slalom przez absurdy naszego systemu ochrony zdrowia. Przez takie idiotyczne regulacje albo dla odmiany ich brak w jednym miejscu i nadmiar w drugim codziennie się okazuje, że gdzie byś nie skierował pacjenta, system się na niego wypnie dupą. Mieliśmy kiedyś pacjentkę, która spędziła u nas dwa miesiące. Była zbyt chora i niesamodzielną, żeby wypisać ją do domu, ale zbyt zdrowa, żeby przyjąć ją na oddział, więc wiele tygodni myśliśmy ją, gadaliśmy z nią i jedliśmy z nią. Nawet odliczaliśmy, kiedy będzie mogła mieć zaliczone praktyki

i sama zapierdzielać na oddziale, bo przecież już wszystko wie i wszystko widziała.

Może ty potrafisz mi wyjaśnić, dlaczego NFZ zwraca pieniądze za wyżywienie pacjenta dopiero w trzeciej dobie jego hospitalizacji? Żeby nie przyjmować ludzi na zbyt krótko? Albo w ogóle nie przyjmować zbyt pochopnie? Nikt nie wie, dlaczego tak jest, a nawet gdyby jakiś urzędnik spróbował nam wyjaśnić, o co chodzi, to czy my naprawdę mamy się zastanawiać, zanim kogoś przyjmiemy nad tym, czy ktoś zapłaci za jego jedzenie? Jeżeli jako medyk nie jesteś pewien, czy pacjent wymaga hospitalizacji, czy nie, to znaczy, że wymaga – właśnie po to, żeby go poobserwować, bo obserwacja to też są świadczenia medyczne.







Mówimy tu cały czas o rzeczach, które nie do końca mieszczą się w tabelkach, a i tak próbuje się je na siłę wrzucić do Excela, bo wszystko w systemie musi mieć swoją komóreczkę i cenę. A na koniec wprowadza się coś, czego ja za nic w świecie nie rozumiem – limity. Ktoś z ministerstwa wstał rano i stwierdził, że w przyszłym roku wykonamy 50 przeszczepów serca. I ani jednego więcej. A skąd oni mogą wiedzieć, ile przeszczepów serca będzie potrzebnych w przyszłym roku? Fajnie, że próbują to jakoś oszacować, ale przecież to nie może być tak, że skazujemy kogoś na śmierć, bo był 51 w kolejce! Inny przykład: każdy szpital ma limit 1000 tomografii w danym roku.

Jeśli zrobimy 1100, to niedobrze, bo wątpliwe, że ktoś nam odda kasę za te „nadwykonania”. Ale jeśli wykonamy 800, też nie będzie dobrze, bo będziemy musieli oddać pieniądze. Tak że ciśnijmy w grudniu te tomografie do oporu, czy trzeba, czy nie, żeby wszystko w papierach ładnie wyglądało i żeby pan minister był zadowolony, że jego ludzie tak świetnie zaprojektowali przyszłość.

W ogóle nie wiem, jak ten pierdolnik działa, chociaż się domyślam. Przychodzi nowa wycena świadczeń zdrowotnych i punkcja lędźwiowa jest wyceniana na 8 złotych. A tu niespodzianka – sama igła niezbędna do wykonania tego zabiegu kosztuje 16 złotych, a do tego trzeba zapłacić jeszcze za środki dezynfekujące. Ale to nic, bo przeszczep serca jest wyceniony na przykład na 100 tysięcy złotych, a my zrobimy go za 90 i wtedy te 10 tysięcy nadwyżki przesuniemy na punkcje lędźwiowe po 8 złotych, do których potrzebujemy igieł za 16. I gra muzyka. Zresztą te wszystkie wyliczenia i tak zaraz będą nieaktualne, bo ceny szaleją, a wyceny NFZ-etu pozostają takie same. Chyba że zrobimy protest, to wtedy może, pod przymusem, będzie waloryzacja. I powstaną nowe tabelki, znowu z absurdami, ale już innymi. Procedury tworzone przez urzędników w ministerstwie i decyzje przez nich podejmowane rzadko kiedy mają coś wspólnego z rzeczywistością, ale to przecież dlatego, że siedzą tam ludzie z nominacji partyjnej, którzy z ochroną zdrowia mają tyle wspólnego, że przyszli na świat w szpitalu.

Oczywiście to, kim jest sam minister zdrowia, nie jest bez znaczenia, ale patrząc na ostatnie 30 lat, można stwierdzić, że nie był to kluczowy problem. Wystarczyłoby, żeby znajdował

się tam człowiek, który wie, o co chodzi. Byli na tym stanowisku lekarze, którzy znali się na rzeczy, ale nie dawali sobie rady, bo nie mieli politycznego przebicia. Teraz mamy urzędnika, który w ogóle nie orientuje się w sytuacji, więc z góry skazany jest na porażkę. Największym problemem jest to, że sektor zdrowotny stał się u nas polem politycznej przepychanki – nie rozmawia się merytorycznie, za to dużo się mówi o emocjach. Uprawiamy w Polsce medycynę happeningową. Dam przykład: kiedy umarło dziecko, czekając na karetkę, która miała przewieźć go z jednej lecznicy do szpitala wyższej referencyjności, to następnego dnia minister wstał rano i zlecił napisanie na kolanie czegoś w rodzaju dekretu, że od jutra wszystkie szpitale mają mieć własną karetkę transportową. Skąd mają mieć na to pieniądze i jakie mają być zasady realizacji tego transportu, już nie powiedział. Ale w świat poszedł przekaz: minister zareagował, minister coś robi.

Zejdźmy niżej. W ministerstwie znajduje się interesujący mnie Departament Ratownictwa i Obronności, ale tam niestety pracują tacy ludzie, że kiedy raz zadaliśmy im formalnie pytania w sprawie kursów kwalifikowanej pierwszej pomocy, to otrzymaliśmy takie odpowiedzi, że wszyscy srogo pierdolnęliśmy śmiechem. Ja, jako ratownik medyczny, nie mam w ogóle jakiegoś swojego jednego, namacalnego, głównego przełożonego, na przykład wiceministra ds. ratownictwa medycznego. Kiedy idziemy protestować, to zawsze jest problem, bo nie wiadomo pod jaki gmach. Idziemy pod urząd wojewódzki, bo to wojewoda jest odpowiedzialny w województwie za to, jak ratownictwo medyczne działa na jego terenie. Ale on na przykład nie

ma wpływu na to, jakie są stawki za dobokaretkę, bo płatnikiem jest NFZ. A jeśli będziemy się domagać, żeby dołożyli jakieś leki do karetek, to ponieważ wszystko reguluje rozporządzenie ministra zdrowia, pasowałoby chyba demonstrować pod oknem Niedzielskiego. A Adam Niedzielski...

On przecież nie ma pojęcia, że w rozporządzeniu są czopki z torecanem, których ja nigdy nie widziałem na oczy. Nie wiem nawet, czy one gdzieś w Polsce występują. Ale nie możemy się oczywiście doprosić exacylu – bezpiecznego leku, który trafił na pole bitwy prosto z sal ginekologiczno-położniczych. To jest lek, który ratuje życie przy masywnych urazach i krwawieniach i działa w bardzo prosty sposób. Siedzisz sobie teraz, czytając tę książkę, a w twoim organizmie cały czas coś się dzieje, na przykład pojawiają się skrzepy, małe lub większe. Te skrzepy naturalnie się rozpuszczają, żebyś nie dostał udaru mózgu. Natomiast exacyl hamuje procesy rozpuszczania się skrzepów, żeby w przypadku masywnego urazu wytworzyło się jak najwięcej takich małych „czopków”, bo każdy taki mały strupek zatrzymuje czerwone krwinki przed wydostaniem się na zewnątrz. To naprawdę realnie zwiększa szansę na przeżycie, a paczka tego zasranego exacylu kosztuje 12 złotych! Jak będę miał pacjenta urazowego raz w miesiącu, to użyję dwóch ampułek, czyli realnie potrzebuję 3 złotych, żeby tego człowieka uratować. To systemowo zwiększyłoby przeżywalność ludzi. Potwierdzają to badania. Ale nikogo w ministerstwie to nie interesuje, mimo wielu naszych próśb. Dostaniemy za to dopaminę, od której wszędzie na świecie się odchodzi. Wszystko stoi na głowie i nie ma nikogo, kto by wiedział, o co chodzi w ratownictwie, a przy tym miał

jakąkolwiek polityczną siłę przeżycia. Bo nawet gdyby (srogi żart!) ten czy tamten minister wpadł na jakiś genialny pomysł, najlepszy na świecie, to przecież niczego nie zmieni, bo to nie będzie po linii partii i partia powie „nie”.

Są oczywiście w naszym systemie zdrowia takie obszary, w których jakoś sobie radzimy. Na przykład kardiologia zawsze będzie świetnie finansowana, a dlaczego? Bo najczęściej na serce chorują mężczyźni na kierowniczych stanowiskach. Ale co proponujemy kobietom, jeśli chodzi o ginekologię i położnictwo, mając ujemny przyrost naturalny? Szpitale, w których boją się rodzić, bo nie będą leczone według najnowszej wiedzy, ale zgodnie z poglądami religijnymi lekarzy, że zlepek sześciu komórek jest ważniejszy niż ich zdrowie i życie. Dzieciom nie zapewniamy dostępu do psychiatrii, w ogóle to może od razu powiedzmy sobie wprost, że będzie tylko prywatna.

Czasem ludzie pytają mnie, czy sprzęt Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy realnie coś zmienia. Kiedy WOŚP wyposażył oddziały pediatryczne, to potem dyrektorom głupio było kupować coś gorszego. Ale to jest promil naszych potrzeb sprzętowych. Cudownie, że ludzie zbierają pieniądze, tylko dlaczego mam wrzucać hajs do puszek, skoro zapłaciłem już bardzo dużo podatków i na wszystko powinny być pieniądze? Ten sprzęt WOŚP widać w wielu miejscach, w których impotencja urzędników jest nie do pokonania. Na przykład łóżka dla matek siedzących w szpitalach z dziećmi. Jak będziesz pracował na SOR-ze pediatrycznym i trafi do ciebie matka z umierającym dzieckiem, to przecież dasz jej swoje krzesło i nie będziesz miał do końca dyżuru na czym siedzieć.

Ale urzędnik na to nigdy nie wpadnie, jego szare komórki nie będą w stanie przyjąć, że takie łóżka są potrzebne, że trzeba je kupić. Po co? Skoro one przecież nie ratują życia.

Chciałbym wyraźnie podkreślić, że naszym głównym problemem nie są pieniądze, bo nie ma takiej kasy, której nie da się utopić w NFZ. Nieważne, ile tam wrzucisz, wszystko i tak zginie, a nic się nie zmieni. Zasadniczym problemem jest brak jakiegokolwiek wizji. Na świecie są różne systemy ochrony zdrowia: takie, w których jest dużo lekarzy i mało pielęgniarek, ale też takie, w których jest mało lekarzy, ale za to duże kompetencje pielęgniarsko-ratowniczo-felcherskie. U nas bierze się wyrywkowo raz rzeczy kiepskie, raz dobre z różnych systemów. To wszystko oczywiście do siebie nie pasuje, przez co powstaje konglomerat, którego elementy łączy jedynie plaster, a tym plastrem jesteśmy my.

Inny problem – nie ma w nas, w społeczeństwie, gotowości do przyznania, że każda reforma będzie nas wszystkich bolała. Nieważne, jaki system przyjmiemy, czy półpłacenia, czy prywatny, wszystko – jak zawsze – odbędzie się naszym kosztem. Nieważne, za który sektor ochrony zdrowia się weźmiemy, czy będziemy rozmawiać o kadrach, czy o samochodach, czy o regulacjach prawnych, to wszystko jest do naprawy, dosłownie wszystko. Ale tego nikt nie wytłumaczy Polakom; nie ma w kraju takiej siły politycznej, nie ma takiego autorytetu, nie ma kogoś, kto potrafiłby wyjść i powiedzieć: „Słuchajcie, jest źle – zaczynamy reformę”. Nikt nie powie nic złego, bo od razu podchwyci to opozycja i zacznie wrzeszczeć: „Gdybyśmy my rządzili, byłoby inaczej”. Nie, nie byłoby – cały czas jest tak samo, tylko teraz coraz gorzej. My jako

społeczeństwo przyzwalamy na taką demagogię, na to, żeby nas rozgrywali takimi hasłami. A ja chciałbym, żeby ktoś przyszedł i powiedział: „Jesteśmy tu i tu, mamy tylu lekarzy, tyle pielęgniarek, tyle szpitali i tyle łóżek. Zrobiliśmy listę najpilniejszych potrzeb zdrowotnych, wiemy, jak te potrzeby będą się zmieniały do 2050 roku, i za najpilniejsze do zmiany uznajemy to i to”. Czasami naprawdę myślę, że lepiej byłoby, gdyby Polską rządzili ludzie spoza Polski...



Liczba systemowych paradoksów i paranoi, z którymi zetknąłem się w praktyce i których przykłady mógłbym

podawać z upodobaniem w tym rozdziale, jest przytłaczająca, ale przecież nie o to chodzi, żeby je wszystkie tutaj wymieniać. Ale o kilku powiedzieć muszę. Jak wspominałem, pracowałem na SOR-ze, a teraz pracuję w pogotowiu ratunkowym. Akty prawne regulujące moją aktywność w tych dwóch miejscach są sprzeczne. Zresztą zacznijmy od tego, że my w ogóle nie mamy żadnego oficjalnego statusu. Jeśli przyjadę do ciebie jako ratownik, to możesz mnie oczywiście zapytać o imię i nazwisko, odpowiem ci jako pacjentowi, ale tych informacji nie da się zweryfikować. Każdego lekarza, każdą pielęgniarkę możesz sprawdzić: czy rzeczywiście pracuje, czy ma pełne prawa do wykonywania zawodu, czy nie ma zakazu pracy przy pacjencie. Nas, ratowników, to nie obejmuje. W szpitalu mój zawód jest w ogóle nieumocowany, więc z automatu mam status prawny bliski pielęgniarce. Ale w ambulansie mogę już podawać leki do woli, według własnego uznania, czy jak kto woli – zgodnie z zasadami sztuki. A przecież i tu, i tu ten sam Janek Świtała próbuje tylko ratować ludzkie życie i wolałby się w trakcie tych czynności nie zastanawiać, czy bardziej boi się regulaminu szpitala, czy ustawy o państwowym ratownictwie medycznym.

Pytałem zresztą o to wszystko ekspertów od prawa medycznego, ale z nimi jest jak z tymi rabinami: jeden powie „tak”, drugi powie „nie”. Dajmy na to, że pracuję na sensownym SOR-ze, na którym jest, co prawda, wewnętrzny załącznik dotyczący podawania leków w stanie zagrożenia życia napisany z myślą o pielęgniarkach, ale zawsze znajdzie się jakiś lekarz, który mi papier podbije później. Równocześnie idę pracować na OIOM-ie, jako pierwszy ratownik medyczny w historii

szpitala, i tam dzieje się podobna historia – podaję clonazepam. Ale pojawia się problem, bo lekarz mówi: „Mnie tam nie było, ja tego nie widziałem”. Mnie to może nie rusza, ale ktoś inny dostanie w takiej sytuacji zębę od ordynatora i następnym razem, w sytuacji zagrożenia życia, to będzie paraliżowało jego działania. A ty, pacjencie, chyba wolałbyś się nie zastanawiać, jaki wewnętrzny regulamin obowiązuje w szpitalu, w którym ktoś będzie ratował twoje życie, prawda?





Papierów w naszej pracy jest coraz więcej i stają się coraz bardziej wymyślną torturą. W jednym ze szpitali, w którym byłem na praktykach, każdy pacjent w momencie przyjęcia – nieważne, czy to był sędziwy 75-latek, czy 22-letni najebany kibic – musiał mieć założoną i wypełnioną kartę ryzyka upadku. Wszystko zaczęło się od tego, że trzy miesiące wcześniej ktoś spadł z łóżka i to skończyło się dość tragicznie. Dyrekcja musiała wykazać, że coś robi, reaguje na sytuację. Czy za bezpieczeństwo pacjentów odpowiada papier, czy nowe łóżko z barierką? Łatwiej jest jednak dorzucić dodatkowy formularz do tych sześciu, które już są, niż dokupić 100 nowych

łóżek i regularnie je serwisować. Dlatego wypełnialiśmy te karty ryzyka, zaznaczaliśmy, czy pacjent sam się porusza itd. I jaki był efekt? Jeśli pacjent spadł z łóżka, to była twoja wina, bo przecież z karty ryzyka wynikało, że mogło do tego dojść – więc czemu go nie pilnowałeś 24 godziny na dobę? No chyba że w karcie oceniłeś prawdopodobieństwo jego upadku na niskie. Ale wtedy też obrywasz, bo źle gościa oceniłeś, skoro ci zleciał z tego starego łóżka bez barierki. Tak źle i tak niedobrze, tzn. dla dyrekcji dobrze, bo zawsze jest konkretny winny i zawsze ten sam. Zresztą ty, pacjencie, kiedy trafiasz do szpitala ledwo przytomny, też podpisujesz trzy tysiące formularzy, że wyrażasz zgodę na wszystko, więc jeśli coś pójdzie nie tak, to przecież sam się na to zgodziłeś, prawda? Medycyna w Polsce jest skrajnie asekuracyjna, wszystko opiera się na strachu, a remedium na niego i na wszystkie problemy jest papier z pieczętką i podpisem.

Oczywiście można powiedzieć, że chodzi o prawa pacjenta, stąd taka troska o wszystkie formalności. Te prawa są oczywiście zajebiście ważne, to jest jedna z najważniejszych rzeczy w medycynie ratunkowej. Ale czy naprawdę nie dałoby się zorganizować tego tak, że w jednym z tych systemów e-pacjent, e-gabinet czy jeszcze e-coś-tam raz wpisujesz, kogo upoważniasz do otrzymywania informacji o swoim stanie zdrowia i – elo! – załatwione na zawsze lub na długo? I nie będziesz musiał zalany krwią podpisywać tego papierka ponownie? Prawem pacjenta jest też to, że zostaną zabezpieczone jego rzeczy materialne, więc kiedy potrąci cię auto w drodze do sklepu, to Najjaśniejsza Rzeczpospolita z całym swoim majestatem zrobi wszystko, żeby zabezpieczyć

twój majątek. I otrzymasz go razem z wypisem ze szpitala, a jeśli nie wyjdzie i umrzesz, zostanie zwrócony twojej rodzinie. No więc działa to tak, że Janek Świtała – człowiek, który umie obsługiwać respirator, podczas tsunami pacjentów, siada, ślini długopis i spisuje takie rzeczy, jak: kurtka niebieska rozmiar M z podszewką, pobrudzona krwią, rozdarta na prawym ramieniu; 20 złotych w dwóch banknotach po 10 złotych i jeszcze 77 groszy w bilonie (50 groszy + 20 groszy + 5 groszy + 2 grosze). Porządek musi być, pacjenci poczekają.

Podam inny przykład. Przez sześć lat pracowałem w różnych miejscach i nikt nigdzie nie potrafił mi wyjaśnić procedury rozpisania zniszczonej ampułki leku ścisłego zarachowania. Kiedyś, na samym początku, autentycznie spadła mi ampułka morfiny. I jedynym wyjściem było dopisanie jej pacjentowi do jego karty, bo dostał już trzy, niż przygotowanie tego cholernego protokołu zniszczenia. Nikt ze współpracowników nie wiedział, jak to zrobić, nikt nigdy tego nie robił i nie miał najmniejszej ochoty, żeby być tym pierwszym. I potem dziwisz się, że każdy, kto chociaż na chwilę wszedł w ten system, jest już umoczony i ma swoją kartotekę grzechów i fałszerstw? Na mnie też są haki, bo podbijałem pieczętkę (czy mi ją podbijano) za sprawy, przy których mnie nie było, albo odwrotnie – moje problemy załatwiałem pieczętką i parafką kogoś, kogo akurat nie było.

Nikogo nie zabiłem na SOR-ze, ale jak każdy mam grzechy i grzeszki, bo system jest tak skonstruowany, żeby na każdego były papiery. A gdy coś pójdzie nie tak, to wtedy kończą się przyjaźnie, kończą się koledzy, a zaczyna się szukanie, kto ostatni postawił pieczętkę i co na pierwszy czy trzeci rzut oka

nie zgadza się panu prokuratorowi. Na szczęście nie mam (jeszcze?) takich sytuacji na koncie, natomiast mam paru kolegów, którzy mieli okazję zderzyć się oficjalnie z systemem. Naprawdę nikomu nie życzę takiego przeczołgania, udowadniania na siłę, że gdybyś tylko podał sól fizjologiczną minutę szybciej, to może ten człowiek by przeżył. Nie wiem, czy wiesz, ale dzięki ministrowi Ziobrze, którego medyczne perypetie od lat śledzi cały kraj, mamy swój specjalny medyczny wydział w prokuraturze, tak jak pedofile. Medycy i pedofile – to są te kategorie przestępców, które naszego ministra sprawiedliwości interesują najbardziej. Dajcie paragraf, a medyk się zawsze znajdzie.

Naszym ratowniczym marzeniem, mokrym snem każdego medyka w Polsce (ale nie ministra, nie posła i nie dyrektora szpitala) – jest wprowadzenie systemu *no-fault*. Jak on funkcjonuje? Wyobraź sobie, że jesteś ratownikiem medycznym na SOR-ze, ciągniesz ostatnie 12 z 36 godzin. Ledwo widzisz na oczy, ale za niecałe trzy godziny będziesz już w domu. Twoja koleżanka właśnie kończy 24, czyli nockę w pogotowiu, dzień na oddziale. Jest was dwoje, pacjentów 30, pięciu z nich rozrabia, a szósty niespodziewanie się zatrzymał. Rozpoznałeś NZK (nagłe zatrzymanie krążenia) dopiero po chwili, ale już zacząłeś uciskać. Łóżko, na którym leży pacjent, nie ma trybu CPR^{****}, więc uciskasz na miękkim materacu, dopiero po chwili ktoś przynosi deskę ortopedyczną z innej sali. W wózku reanimacyjnym nie ma „alternatyw” (urządzeń do przyrządowego udrożnienia dróg oddechowych „na ślepo”, będących alternatywą dla intubacji – maska krtaniowa, rurka krtaniowa albo I-GEL), są tylko rurki

intubacyjne. Nie udało ci się zaintubować, pacjent kiepsko się wentyluje. Nikomu z zespołu też się nie udało. Najtańszy wenflon jest tępy, ty zmęczony, nie dajesz rady „uzyskać dostępu dożylnego”. Po 10 minutach wpada anestezjolog z oddziału, potem jakoś już poszło, ale finał jest taki, że pacjent, który mógł żyć – umiera.

Zgodnie z ideą *no-fault* masz teraz obowiązek dokonania autopodpierdolki. I robisz to, bo za wszystko, do czego się przyznasz, nie możesz być pociągnięty do odpowiedzialności cywilnej. Ale na tym nie koniec. Siadasz przed komisją i tam wszystko jest analizowane, na przykład to, którą dobę dyżurowałeś. Przyznajesz się, że wcześniejszą dobę pracowałeś w pogotowiu, teraz masz 12 na SOR-ze, a tak nie powinno być, bo to twoja 33 godzina pracy. Ale sprawdzają też, czemu pękła rurka, czemu wenflon był tępy itd. Komisja analizuje wszystko i wydaje zalecenia, do których każdy ma obowiązek się stosować: wchodzi zakaz pracy dłuższej niż 24 godziny z rzędu, kupujemy inne wenflony i lepsze rurki. Dla rodzin pacjentów oznacza to szybsze dochodzenie odszkodowania, bez udowadniania winy medykowi. Na końcu roszczenia cywilne weźmie na siebie skarb państwa. Ale od tego momentu nie możesz udzielać świadczeń zdrowotnych dłużej niż 24 godziny. Jeżeli to zrobisz, to jesteś winny, bo złamałeś zasady, które miały zapobiec powtórce. Odpowiedzialność karna za historie takie jak opisana wyżej jest raczej iluzoryczna – niewiele z tych spraw kończy się wyrokiem skazującym. Za to koszty wieloletniego postępowania czy ciurania kogoś po podłodze, aż do załamania psychicznego, są realne. Walka o wprowadzenie systemu *no-fault* w Polsce trwa od lat, na razie

bezszytecznie. To system, który w 30 dni uporządkowałby bałagan w ochronie zdrowia, ale politycy się go boją, bo wygodniej jest im zawsze zrzucić winę za coś na konkretnego medyka. Zawsze winna musi być konkretna osoba, a nie system, który generuje takie niebezpieczne sytuacje.

U nas panuje podobna psychoza procesów o odszkodowanie ze błędy medyczne jak w Stanach Zjednoczonych. Tylko tam istnieją procedury, jeśli ich pilnujesz, jesteś kryty. Poza tym masz za sobą firmę, która cię broni – nie jesteś w tym wszystkim sam. A ja jako podwykonawca czy podwykonawca podwykonawcy jestem, na tym poziomie komórkowym, zostawiony sam sobie. Wiele osób może mnie zapewniać, że bardzo mnie lubi, podziwia, cieszy się, że ze mną pracuje, ale kiedy wjedzie temat odszkodowania w wysokości milionów złotych, to wtedy zostaje firma Janek Świtała JDG. Dlatego nabijamy się często, że ratownikiem medycznym najbezpieczniej być tylko do 35 roku życia, bo wtedy można jeszcze spierdolić do Legii Cudzoziemskiej, a starszych już nie przyjmują.

Mam dyplom ratownika medycznego od trzech i pół roku, a wciąż nie mam zielonego pojęcia, co zgodnie z prawem wchodzi w skład moich kompetencji, kiedy kończę dyżur i idę do domu. Na przykład gdybym szedł z psem na spacer, akurat z plecakiem medycznym na plecach, bo może takie mam hobby, że się z nim nie rozstaję, i doszłoby przy mnie do wypadku samochodowego, to ja nie wiem, co mam prawo zrobić, żeby ratować życie ofiar, a czego nie. Za to wiem, właśnie z ustawy o państwowym ratownictwie medycznym, jaki powinien być

kolor moich spodni, jaka szerokość odblasku i jaki rodzaj rzepa – temu poświęca się mnóstwo uwagi. Okej, zakładam, że będę się w stanie wytłumaczyć, że w stanie wyższej konieczności założyłem komuś wenflon czy podałem leki. Gorzej, jeśli już ktoś mnie zapyta, skąd je miałem – prawnik doradził mi, żeby zawsze mówić, że ukradłem, bo z tego można się stosunkowo niewielkim kosztem wywinąć.

Ratownik medyczny to tylko tytuł zawodowy po licencjacie, trzyletnich studiach. Nie mamy swojego samorządu, jako grupa nie mamy żadnego wpływu na to, jak wygląda nasza praktyka. I nie łudzę się, że to nie jest robione specjalnie – bylibyśmy wtedy zbyt silni i moglibyśmy solidnie wstrząsnąć samozadowoleniem władzy. Nie mogą tego zrobić lekarze czy pielęgniarki, ale ratownicy byliby w stanie wreszcie ruszyć ten gnój, tak że zaczęłoby śmierdzieć na całą Polskę. Bo jesteśmy wszędzie, pracujemy na SOR-ze, w pogotowiu, na OIOM-ie itd.

Problem jest jednak szerszy, bo poszczególne zawody medyczne szczuje się też nawzajem na siebie. Wielu lekarzy nie lubi ratowników medycznych i ma ku temu powody. Ostatnio w bardzo głupi sposób władza chciała nam rozszerzyć kompetencje – taki pomysł z dupy, jak zwykle, żeby dołożyć nam prawo do intubacji poza zatrzymaniem krążenia czy podawania leków zwiotczających. A to tak z marszu, bez przeszkolenia, jest niebezpieczne. Jako ratownik musisz być trochę buntownikiem, takim starym punkiem, mieć to „ratownicze pierdolnięcie”, ale z drugiej strony – ten zawód wymaga dużo pokory. Jeżeli na pewno wiesz, że twój pacjent krwawi z nogi i musisz mu założyć opaskę uciskową, bo inaczej się wykrwawi, to trzeba się czasem pobić z całym światem,

odgryźć komuś gardło, ale ubrać mu tę cholerną opaskę. Kij cię wtedy obchodzi, że to jest jedna sztuka na kontrolę z NFZ. Ale jeśli kłócisz się z kardiologiem o EKG, bo wydaje ci się, że widzisz tam coś, czego nie ma, i potwierdziło to dwóch kardiologów, to zamknij mordę, bo nie masz racji. Wielu ratowników w tej swojej bucie nazywa z upodobaniem wszystkich dookoła idiotami. Zresztą sam taki byłem, bo na początku brakowało mi pokory. Szybko jednak zostałem sprowadzony na ziemię i jestem tym ludziom za to wdzięczny, bo zrobili to w taki sposób, że chciałem się jeszcze więcej uczyć i rozwijać. A mogli mnie zgnoić i wtedy moja reakcja byłaby całkiem inna. Nie zdziwiło mnie więc, że lekarze zareagowali na te nowe propozycje bardzo negatywnie. Niby pracujemy razem, ramię w ramię, a słyszałem, jak mówiono o nas jak o potencjalnych mordercach, niedoukach, felczerach. A władza tylko zaciera ręce, bo znowu udało się poróżnić środowisko.





Nie ma u nas w ogóle żadnego sformalizowanego mechanizmu podnoszenia własnych kompetencji, a nawet zwykłej ewaluacji tego, co zrobiłem dobrze, a co źle na dyżurze, który właśnie minął. Chciałbym mieć taką obowiązującą, sensowną procedurę, żebym wiedział, co mam zrobić, jadąc do danego wypadku. Żebym wiedział, że postępuję zgodnie ze schematem, punkt po punkcie. I jeżeli zrobię wszystko według schematu, to jeśli się nie udało, jestem kryty, bo postąpiłem tak, jak powinienem. U nas jednak żaden mechanizm późniejszej oceny, co zrobiliśmy dobrze, a co źle, nie istnieje. Nie wiem, co się dzieje dalej z moim pacjentem,

chyba że zadzwonię do kumpla, który jest na kolejnej zmianie, i się dowiem. A to przecież łamanie prawa, bo on teoretycznie nie może udzielić mi takich informacji. To jak mamy się uczyć na tych swoich mitycznych błędach?

Systemu kształcenia podyplomowego też nie ma. W momencie ukończenia studiów mamy najszersze kompetencje w Europie i w tym samym momencie następuje też koniec naszej formalnej edukacji. Jeśli chciałbym zostać ratownikiem wodnym, to musiałbym zrobić na przykład kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy na o wiele niższym poziomie niż to, co już muszę umieć, nawet po samych studiach. Sensownie byłoby wprowadzić gradację: po ukończeniu szkoły masz dużo możliwości, ale jeśli chcesz robić coś więcej, musisz się doksztalać. Przykładowo: intubacja – chcesz intubować, zajebiście, system potrzebuje takich jak ty. Dostajesz skierowanie na półroczny kurs, idziesz do szpitala i pod okiem anestezjologa przez pół roku robisz za niego jego robotę. On tylko przychodzi, bierze pieniądze za to, że cię nadzoruje, ale to ty intubujesz i w ten sposób nabywasz nowe umiejętności. A potem dostajesz belkę na pagonie, możesz intubować i podawać dodatkowe leki. Nie ma u nas niczego nawet zbliżonego do takich rozwiązań. Owszem, muszę zdobyć w 5-letnim okresie 200 punktów edukacyjnych, ale nikt nie kontroluje jakości kursów ani tego, czy w ogóle wziąłem w nich udział. I potem jakaś kontrola wykazuje, że 40 ratowników wyłudziło kasę z Unii, podpisując listy obecności na kursach, które w ogóle się nie odbyły. Firma podzieliła się z nimi pieniędzmi i wszyscy zadowoleni. Tylko mało to ma wspólnego

z realnym kształceniem, rozwojem zawodowym i oczywiście ze zwykłą ludzką uczciwością.

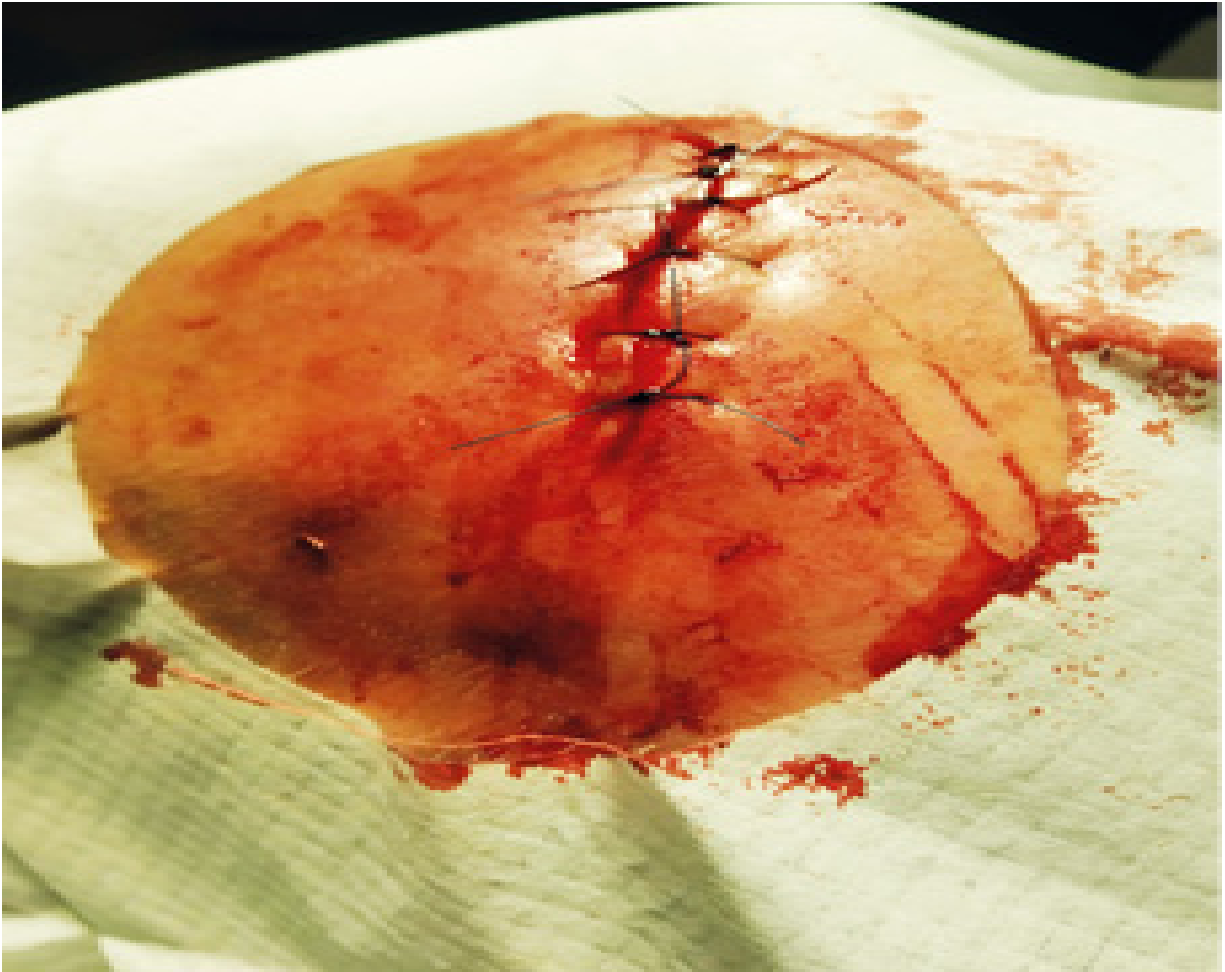
Po ostatnich protestach ratowników medycznych, dzięki którym wywalczyliśmy w końcu naprawdę przyzwoite pieniądze, doszedłem do wniosku, że nie będę się angażował już w żadne kolejne strajki (mało tego, będę im przeciwny), jeżeli w naszych postulatach nie będzie punktu o podniesieniu jakości naszej pracy. Bo jej naprawdę nikt nie weryfikuje. Nawet gdyby wiązało się to z tym, że co trzy lata trzeba będzie pisać państwowy egzamin z ratownictwa medycznego, to chcę go pisać, bo nie mam zamiaru pracować z debilami, a pacjenci nie zasługują na to, żeby debile ratowali im życie. To jedyna opcja, żeby wyeliminować z zawodu panów Wieśków, którzy są w pogotowiu od 1986 roku i nie zamierzają się uczyć, bo przecież mają kilkadziesiąt lat doświadczenia, z czego większość zleciało na pokątnym spuszczeniu benzyny z karetek. Czas tych debili wypierdolić z roboty. Piszę tak dosadnie, żeby nikt nie myślał, że mam pretensje do wszystkich, tylko nie do swoich. Jak trzeba, potrafię srać i do własnego gniazda.

TU MIESZKAJĄ
LUDZIE!
NIE SRAJ W NASZYM DOMU!
MUTANCIE



ZAKAZ DEFEKACJI I ... SRANIA I
PLUCIA, CHARKANIA, RZYGANIA
W CZĘŚCI WSPÓLNEJ BUDYNKU







Momentem zwrotnym dla mnie, jeśli chodzi o ocenę kadr, było to, gdy ktoś z mojej rodziny trafił do szpitala. Nie jestem osobą, która zaczyna rozmowę od: „Cześć, jestem ratownik Yanek, mam 100 tysięcy obserwujących, więc wszystko ma być na tip-top”. To, co się działo daleko od domu z moim teściem, uporządkowało mi wszystko w głowie i pozbawiło jakichkolwiek oporów, by bić w bęben. Każdy z nas popełnia błędy. Błędem nie jest to, że zaintubujesz pacjenta do żołądka, tylko że tego nie rozpoznasz. Każdy z nas ma gorszy dzień, ale nie umiałbym sobie wyobrazić tego, z czym spotykają się rodziny pacjentów, gdybym sam tego nie przeżył. Załodze ZRM

z Podhala kłaniam się w pas i ślę wyrazy najgłębszego szacunku. Mam to szczęście, że pracuję w ekipie, która jest naprawdę ogarnięta, i do wszystkich mam pełne zaufanie. Ale za pośrednictwem Instagrama co chwilę dostaję informacje z całego kraju o ratownikach, nie tylko tych wąsatych Wieśkach, ale i tych młodych, niedoświadczonych. I myślę sobie: „Ja pierdolę, jeśli chociaż w połowie to, co mi piszecie, jest prawdą, to mamy zajebisty problem”.



Warto zatrzymać się też chwilę na tym, co zawsze wszystkich interesuje, czyli na pieniądzach. Kiedy zaczynałem swoją

przygodę z ratownictwem, wcale to nie było tak dawno, na etacie zarabiał się najniższą krajową – w Warszawie na kontrakcie 18 złotych za godzinę. Sam zarabiałem miesięcznie 2400 złotych i to było chyba nawet mniej niż minimalna. Protestowaliśmy i udało się wywalczyć tzw. dodatek ministerialny. Już kij z tym, że był podwójnie opodatkowany i w sumie dostaliśmy do łapy 931 złotych więcej, ale to zawsze coś. Tyle że za nockę wciąż miałem płacone mniej niż kasjer w Tesco, pracujący za najniższą krajową, bo on za nocną zmianę dostawał więcej, a ja tyle samo co on w dzień. Na kontraktach płacono trochę lepiej, ale na nich trzeba było się naprawdę postarać, żeby opłacało się pracować, bo co z tego, że masz większy przelew, skoro samemu opłacasz sobie ZUS, musisz sobie kupić ratownicze ciuchy i nie masz świadczeń socjalnych. Mnie firma pasuje dopiero teraz, bo robię też inne rzeczy. Nie ma już dziś takiego dramatu jak wcześniej, kiedy ratownika medycznego można było poznać na imprezie po tym, że zawsze pił najtańsze piwo. Dziś za dobowy dyżur mam 1200 złotych. Tylko że jak się przeziębę, to albo nie zarabiam, albo jeżdżę do pacjentów i okazuje się, że jestem w gorszym stanie niż oni.

Pojechaliśmy kiedyś do 22-letniego konia z grypą, któremu wróciła gorączka po 6 godzinach od podania pyralginy, i mama pyta, czy może wziąć L4. Więc ja pytam: „A pani też się coś dzieje?”. „Nie, nie, ale wie pan, chciałabym się opiekować synem”. To mówię, że gdybym mógł, to sam bym sobie wystawił na niego L4, bo opieka nad takim byczkiem, który sam chodzi do kibla, to jest sama przyjemność”. Ale wracając do pieniędzy – podczas pandemii, jak już wspominałem, przynieśli

z ministerstwa ogromny wór pieniędzy, nad którym nikt nie sprawował żadnego nadzoru. I byli ludzie, którzy covidu nawet nie powąchal, za to wystawiali co miesiąc faktury na 30 tysięcy złotych. Mówiliśmy wtedy o tym, że laryngolog, który ma jednego chorego z wirusem na miesiąc, niekoniecznie powinien na tym robić taki biznes, ale nikt nas nie słuchał. Teraz mnóstwo ludzi procesuje się z własnymi pracownikami, bo wciąż nie dostali tego, co im się należało, a inni są wyprowadzani w kajdankach przez CBA. Tylko że to są jednostkowe przypadki – nie miej złudzeń, że winni przekrętów zostaną ukarani. Kto miał zarobić na przewalach w trakcie pandemii, ten zarobił. Nawet w ochronie zdrowia można dość dobrą kasę, wystarczająco odpowiednio predyspozycje moralne. Jeśli czujesz, że je posiadasz, umiesz w przekręty, to trudno ci będzie znaleźć lepsze miejsce.





Do pandemii staram się w tej książce wracać możliwie jak najrzadziej, bo mam coś w rodzaju PTSD – zespołu stresu pourazowego. Ale jak wszyscy doskonale wiedzą, covid pokazał całą prawdę o naszej ochronie zdrowia. Polskie tradycje nie zmieniają się nigdy (zapytaj dziadków, o ile pamiętają ostatnią wojnę światową, zapytaj któregoś z weteranów z Iraku i Afganistanu): bez planu, sprzętu, kadr i pomysłu. „Szabel nam nie zabraknie, szlachta na koń wsiedzie, ja z synowcem na czele, i? – jakoś to będzie!”****. Zaczynałem z fartuchami jałowymi z zamkniętych gabinetów weterynaryjnych i ochraniaczem na buty na głowie. Brakowało tylko, żebym

musiał sobie owijać buty reklamówkami z biedronki, wtedy byłbym 100% coronawiedźminem z budżetem na miarę naszych możliwości.

Łatwo oczywiście krytykować, ale uczciwie będzie też powiedzieć, co można było urządzić lepiej w tej naszej ochronie zdrowia. Niektóre sprawy można byłoby załatwić naprawdę od ręki, małym kosztem, a zyski byłyby spore. Dam przykład. U nas, z powodów historycznych, medycyna jest bardzo „lekarzocentryczna”, a lekarze nie muszą wszystkiego robić, a nawet nie powinni, bo czas pracy lekarza jest najdroższą jednostką godzinową. Dlaczego tylko lekarz może stwierdzać zgony? Wystarczyłoby wprowadzić zawód koronera. Znalazłoby się dzięki temu miejsce dla wypalonych ratowników medycznych, którzy mają już dość jeżdżenia do żywych. Dajcie im najniższą krajową plus 300 złotych od każdego umarlaka – weźmie 8 trupów w miesiącu i zarobi całkiem dobre pieniądze. I zniknie cała ta przepychanka o to, kto ma stwierdzić zgon. Nie trzeba będzie odrywać od żywych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy i tak są zawałeni robotą.

Inny przykład – leży u nas leczenie przeciwbólowe kobiet w ciąży i rodzących. Na całym świecie, od 30 lat, stosuje się penthrox, taki gwizdek, z którego kobieta sama zasysa metoksyfluran. To jest bardzo tanie i bezpieczne. Jak przesadzisz z dawką, to na chwilę zaśniesz i za moment się obudzisz. Wystarczyłoby to u nas wprowadzić. Ale nie da się, to jest nie do pomyślenia, bo kobieta musi mieć w Polsce przejebane, ma cierpieć, jak rodzi, i koniec.

Gdyby Janek Świata został ministrem zdrowia, program byłby bardzo prosty. Oprócz wprowadzenia systemu *no-fault*, o czym

już wspominałem, kluczowe jest wyjebanie tych wszystkich aktów prawnych z dupy, nowelizacji do nowelizacji, artykułów z literką „w”, „x”, „y” i „z”, w których nie da się już upychać kolejnych przepisów. Zróbmy od nowa ustawę o zawodzie lekarza, dentysty, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego – tak, żeby były spójne, żeby każdy zawód medyczny miał określone kompetencje i każdy jego przedstawiciel wiedział dokładnie, gdzie one się zaczynają, a gdzie kończą, żebyśmy nie wchodzili sobie w paradę ani nie byli zależni od widzimisię ordynatora.

Konieczna jest oczywiście głęboka reforma zasad finansowania systemu. Ochronę zdrowia trzeba zacząć traktować jako inwestycję, a nie koszt. Bo to, czy człowiek jest zdrowy, chory, czy martwy, stanowi dużą różnicę dla państwa, nawet jeśli w tabelce w Excelu na początku wydaje się, że leczenie kogoś to strata, bo wyświetla się na czerwono. Trzeba jasno podzielić kompetencje między szpitalami powiatowymi, wojewódzkimi i centrami urazowymi. Bardzo ważna jest systemowa walka z mobbingiem i ochrona sygnalistów, którzy donoszą o przewalach w szpitalach, a do tego radykalne zaostrzenie kar dla tych, którzy ze szpitali zrobili sobie prywatne poletka. To są przecież mechanizmy tak proste do wykrycia – gość zostaje dyrektorem i nagle szpital zamyka własne laboratorium, ale podpisuje umowę na badania laboratoryjne z prywatną firmą dyrektora czy jego ziomka. A stawki są takie, że szpital ledwo dyszy, wszyscy rozkładają ręce i mówią: „No, nie ma pieniędzy, nie ma”. Może wyjdę na demagoga, ale za coś takiego to nie powinny być zawiasy po pięciu latach procesu, tylko 15 lat w pierdлу, przepadek

całego dobytku i, kurwa, kamieniołomy. Przecież taki szpital to jest zasób krytyczny dla powiatowego miasteczka. To nie jest wałek na zastawie w szkolnej stołówce, tylko afera, która kosztuje ludzkie życie, i to niejedno...

Chciałbym rozłączenia kwestii wiary i światopoglądu od publicznego systemu ochrony zdrowia. Masz się kierować wyłącznie wiedzą medyczną. Jak ci się nie podoba, to bądź lekarzem poza system, nie za moje pieniądze. Może Ordo Iuris stworzy jakieś własne kliniki. Akurat w medycynie w XXI wieku nie ma miejsca dla ksiąg spisanych gdzieś na pustyni dwa tysiące lat temu. Marzy mi się edukacja w szkołach, żeby dzieci wiedziały, jak używać paracetamolu i gdzie szukać pomocy. Powinny usłyszeć, czego mogą się domagać od ochrony zdrowia, żeby w przyszłości nie dały się zbywać, bo nie ma już na dziś numerków i co nam zrobicie.

Konieczne jest też w systemie położenie nacisku na lekarzy rodzinnych, ale nie tak jak to było robione do tej pory, czyli: zwiększamy obowiązki, nie dosypujemy kasy. Lekarz rodzinny powinien koordynować całą opiekę zdrowotną nad człowiekiem, a do tego konieczne jest, żeby nie miał 10 tysięcy rodzin pod sobą, tylko 5 tysięcy pacjentów i każdego z nich mógł względnie ogarniać, to znaczy mieć średnio 20 minut na wizytę. I *last but not least*: ratownicy – z nich zrobiłbym quasi-służbę, nie taką ze stopniami (starszy bandażowy, młodszy cewnikowy), a taką, w której byłyby jakieś elementarne przywileje za pracę w takich warunkach. Na przykład taki, że rok pracy w pogotowiu czy na SOR-ze równa się półtora roku do emerytury w innych zawodach. Uważam to za potrzebne i uczciwe, a jeśli ktoś sądzi, że na

to nie zasługujemy, to zapraszam do nas na dyżur. Chciałbym też, żeby były dla nas przewidziane jakieś ścieżki rozwoju, specjalizacje, szanse na doskonalenie zawodowe. W tym momencie, jak już pisałem, one nie istnieją. Dlaczego mamy tyle popieprzonych uczelni w Polsce, wydziały parzenia kawy, a nie możemy powołać Centralnej Szkoły Ratownictwa?

I na koniec tej listy propozycji, skoro przez chwilę rozmawiamy o ochronie zdrowia na poważnie, postulat: trzeba natychmiast zacząć się zastanawiać, w jaki sposób zwiększyć liczbę personelu w systemie, bo stoimy nad przepaścią i za chwilę nie będzie już nikogo. Nie będzie na przykład przy pacjentach żadnych pielęgniarek, nawet tych starych. My, ratownicy medyczni z Polski, jesteśmy przyjmowani z otwartymi rękoma przez systemy na całym świecie. Jak skończysz studia i złapiesz trochę doświadczenia przez dwa, trzy lata w systemie, to jesteś łakomym kąskiem, zwłaszcza dla Niemców i Anglików. Pojedziesz i tam, na miejscu, po nostryfikacji dyplomu, będziesz zgodnie z prawem zobowiązany robić o wiele mniej. Oprócz języka nie musisz uczyć się niczego (tzn. musisz pamiętać o kompetencjach, przerobić protokoły i procedury), a za swoją pracę dostaniesz zupełnie inne pieniądze.







Nie chodzi zresztą tylko o wynagrodzenia, chociaż je najłatwiej się porównuje. Wystarczy zestawić warunki pracy. Byłem w zeszłym roku na kongresie, na którym gość z firmy produkującej elektryczne nosze, opowiadał nam, że one same podnoszą pacjenta do góry. Wciskasz guzik i bziuuut! – pacjent sam wjeżdża do karetki. Odpada ogromny wysiłek dla naszych mięśni i kręgosłupa. Pytamy więc, ile one kosztują. Nic takiego – 400 tysięcy złotych. Na sali salwa śmiechu. A wtedy gość zaczyna przywoływać badania przeprowadzone w Kanadzie, z których wynika, że liczba zwolnień lekarskich wśród medyków w całym systemie spadła o 25%, a liczba urazów

i kontuzji o 40%. Tak, dzięki tym noszom, tylko dlatego że nie trzeba było dźwigać. Ale u nas łatwiej jest wziąć nowego ratownika medycznego bez doświadczenia, a podziękować temu doświadczonemu, którego bolą plecy. Karetka jest, ratownik jest, na papierze wszystko się zgadza.

A że ten doświadczony i wyszkolony człowiek wyjedzie za Odrę, to przecież nikogo nie obchodzi. „Niech jadą” – jak to powiedziała pani posłanka. Więc jedziemy. Ratownicy mają teraz wiele możliwości, żeby pracować w miejscach, w których są naprawdę potrzebni i naprawdę doceniani, także finansowo. Wyjeżdżając na misje OBWE w charakterze obserwatora, można dostać za jeden dzień 250 euro netto. Po miesiącu przywiózłbym do domu 25 tysięcy złotych. Przez chwilę problemem może być język, ale przecież anatomia jest taka sama. Tak samo zaopatruje się tego, komu urwało rękę lub nogę, kto został postrzelony, kto się dusi. Czasami pojawiają się takie pomysły, żeby osoby, które wyjeżdżają po studiach za granicę, płaciły za zdobyte w Polsce wykształcenie. W porządku, spłatenie tego, kiedy zarabiasz w euro, wcale nie będzie takie trudne. Ciągłe wymachiwanie kijem, kiedy nie ma marchewki, jest naprawdę przeciwnie skuteczne. Chcecie zatrzymać tych ludzi? Złapcie za mordę te wszystkie księstwa profesorsko-ordynatorskie, posprzątajcie to, walczcie z mobbingiem, sprawcie, żeby nasze środowisko pracy było bezpieczne i dla personelu, i dla pacjentów.

Nie ukrywam, że mam żal do pacjentów o to, że za mało interesują się funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ale to wynika z tego, że nikt nam nigdy nie mówił, nie uczył nas, że jest to coś, co ma naprawdę realny wpływ na życie

każdego. I to nie jest przypadek. Może nie jest tak, że tę wiedzę się specjalnie ukrywa, ale z jakiegoś powodu nie robi się nic, żeby była powszechna. Bardzo niewielu czytelników tej książki zdaje sobie pewnie sprawę z tego, jakie badania może zlecić lekarz rodzinny albo co zgodnie z prawem może zrobić ratownik w karetce. To regulują, czy raczej próbują regulować, ministerialne rozporządzenia, a w praktyce lekarz rodzinny albo ja często robimy więcej, z własnej inicjatywy i na własne ryzyko. Tego nie widać i dlatego tak trudno to docenić.

Zgadzam się z osobami, które mówią, że nie można oczekiwać, że pacjenci będą brać odpowiedzialność za cały system. Jako osoba spoza branży możesz nie odróżniać anestezjologii od intensywnej terapii. Ale na przykład jeśli masz nowotwór i leki przepisane przez onkologa nie dają rady, boli cię już trzeci miesiąc, powinieneś wiedzieć, że istnieje coś takiego jak poradnia leczenia bólu i tam powinni ci pomóc. Tymczasem z Instagrama dowiedziałem się, że naprawdę mało kto ma świadomość, że istnieją takie miejsca... To kto ma o tym informować? Może taką kampanię warto zrobić za miliony złotych na billboardach za kasę spółek skarbu państwa? To jest kryzys naszego państwa. Ono istnieje, podczas gdy my, moje pokolenie, naprawdę działamy od zawsze tak, jakby go po prostu nie było. Płacimy składki zdrowotne, bo musimy, potrąca je pracodawca, ale nie sądzimy, że mamy prawo czegokolwiek oczekiwać. A tak właśnie jest – płacisz, to wymagasz. Tylko dobrze byłoby mieć pretensje do tych, którzy mają wpływ na to, jak wydawane są te wielkie pieniądze, a nie do medyków, którzy zostali rzućni z kamieniami na czołgi.

Ostatnio bardzo mnie kusiło, żeby rozkręcić imbę w internetach, ponieważ jedna z instagramerek, takich wszystkowiedzących i mających dużo do powiedzenia, wybrała się na SOR ze swoim chłopakiem z powodu krwawienia z nosa. Wychodzi stamtąd zabezpieczony chusteczką, ze skierowaniem do laryngologa i zaczyna się transmitowany na żywo ogólnopolski skandal. Mnie nie było na miejscu, ale skoro udało się to w ten sposób zabezpieczyć, to znaczy, że krwotok nie był masywny. Zapewne drogi oddechowe drożne, krążenie w normie, nie ma żadnych cech niewydolności, neurologicznie okej. Innymi słowy – nic nie wskazuje na to, żeby ten gość znajdował się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia. Oczywiście w grę mogą wchodzić jakieś choroby przewlekłe, ale zakładam, że to też sprawdzono, że nie jest na lekach przeciwkrzepliwych i takie tam rzeczy. Nawet sprzed ekranu telefonu mogę na 99% powiedzieć, że to jest powikłanie po jakiejś operacji laryngologicznej i ten chłopak potrzebuje właśnie laryngologa. Jak już się czepiamy, to można było mu włożyć do nosa gazik, a nie chusteczkę, ewentualnie cewnik Foleya napompować, żeby ograniczyć to krwawienie. Tak czy inaczej to musi zobaczyć laryngolog, ktoś tam musi wsadzić wziernik. A potem, po całej tej relacji, celebrytka dochodzi do wniosku: „Jednak jestem w stanie to zrozumieć, że tam nie było laryngologa”. To czemu nie wpisałaś do wyszukiwarki „laryngolog NFZ”, tylko robisz aferę na całą Polskę i znowu szczujesz na medyków?

Najbliższy SOR naprawdę jest po to, żebyś przeżył. Rozumiem, że się boisz. A jak się boisz, to nawet przyjdź na ten SOR, ale nie rób awantur, bo nie ma żadnej szansy, żeby się wykrwawić

z nosa. Mniej panikują dziadkowie na silnej terapii antykoagulacyjnej, rozmawiają z nami, a krew im leci ciurkiem z obu dziurek i jeszcze z ust. Gdyby nasze społeczeństwo było bardziej świadome tego, jak funkcjonuje ten system, nie byłoby tylu awantur. A tak, przychodzi gość z opłkiem w oku, który wpadł mu do tego oka dwa dni wcześniej, siedzi parę godzin w poczekalni i nie rozumie, czemu wszyscy weszli, a on nie. I nie wytłumaczysz, że to nie jest stan zagrożenia życia, a poza tym w przeciwieństwie do innych pacjentów czeka na okulistę (a nie lekarza medycyny ratunkowej), który od rana operuje gościa z pękniętą gałką oczną, co jest nieco ważniejsze.

Bardzo dużo dowiedziałem się też dzięki ludziom, którzy obserwują mnie na Instagramie, i inaczej spojrzałem na świat. Często byłem zamknięty w swojej bańce, nabuzowany, wkurwiony. Nie rozumiałem, że ktoś czegoś nie rozumie, a potem pojawiły się tysiące osób, które też nie rozumieją, i wtedy zacząłem rozumieć, że tak naprawdę to ja czegoś nie rozumiem. Gdy po kilku latach w branży zrobiłem sobie przerwę od państwowego systemu, a moim lekarzem rodzinnym była moja koleżanka, też zacząłem szybko zapominać, czemu jest tak, a nie inaczej. Dlatego staram się edukować swoich odbiorców na temat wszystkiego, co dotyczy ochrony zdrowia i mojej pracy, mówić o tym, jak to paranoidalnie działa albo nie działa w ogóle. I jestem dumny, gdy widzę podlinkowane na Facebooku artykuły, pod którymi najpierw pojawiają się komentarze „felczery, chuje, konowały”, a potem osoby, które kojarzę ze zdjęć profilowych z Instagrama, wyjaśniają wszystko, dzięki wiedzy, którą zdobyli u mnie. Tylko że ja jestem gościem, który to robi w swoim wolnym czasie,

i wcale nie planowałem zostać – jak mnie nazwało TVP Info – „covidowym celebrytą”.





W tamtym czasie mnóstwo osób zostało postawionych w takiej sytuacji, że system ochrony zdrowia ze wszystkimi patologiami sam do nich przyjechał i wtedy zaczęli szukać informacji. A co masz do wyboru? Stronę internetową NFZ-etę, propagandę Szumowskiego, czy potem Niedzielskiego, albo profil łebka, który się nie pierdoli, tylko mówi, jak jest naprawdę. I dopiero ja tym ludziom tłumaczyłem, dlaczego jest na przykład zakaz odwiedzin. Mogli się ze mną nie zgadzać, ale zaczęli w ogóle poznawać argumenty drugiej strony i to było bardzo ważne. Są jednak jeszcze nasi dziadkowie, do których żaden influencer medyczny nie dotrze. Oni wiedzę czerpią

z TVP. Niejeden raz zostali skrzywdzeni przez system i nie zaufają nikomu, kto ma kitel i stetoskop. I oczywiście są też osoby, które po prostu żyją w swojej bańce i są w niej szczęśliwe, bo nigdy nie musiały się z nami kontaktować. I ja takim osobom nawet zazdroszczę – są szczęśliwe, bo im się wydaje, że ich ten syf nie dotyczy. Wszystko jednak kończy się w momencie, w którym wyobrażenia zderzają się z rzeczywistością.



Pamiętam, jak pod SOR podjechała nowiuteńka, wyposażona jak marzenie kareteczka z Dupamedu z panem, który miał

wykupiony złoty pakiet. Wszystko w nim było, no prawie wszystko – okazało się, że jest poważnie chory i akurat tego schorzenia jego prywatne ubezpieczenie nie obejmuje. I taki wyfiółkowany bogacz nagle wylądował na łóżku, na którym godzinę wcześniej leżał nasz stały bywalec, miłośnik trunków wszelakich. To jest jedna z bardzo niewielu naprawdę demokratycznych rzeczy w naszym kraju, że wszyscy umieramy na tych samych zasyfionych łóżkach. Jak znany dziennikarz, który odszedł nie tak dawno, w sile wieku – umarł po prostu od wody na SOR-ze, tak jak wielu przed nim i wielu jeszcze w przyszłości. Wiem, że wy, moi czytelnicy, jesteście w większości młodymi osobami, często z ubezpieczeniem prywatnym fundowanym przez pracodawców. Ale nie myślcie, że problemy w publicznej ochronie zdrowia was nie dotyczą – spotkamy się, to tylko kwestia czasu. I oby to nie było pierwsze i ostatnie spotkanie ...

Instagramerzy zrobili naprawdę dużo dobrej roboty w czasie pandemii – wielu celebrytów podawało dalej moje treści, czasem ktoś zaprosił mnie na wywiad, mimo że jeśli chodzi o kontent, to zajmował się zupełnie innymi sprawami. Wiele osób rozumiało, że to jest temat, który dotyczy nas wszystkich. Dzięki temu sensowne treści trafiły do ludzi, którzy inaczej nie natknęliby się na nie. Uwierzyli i zostali ze mną, zainteresowali się problemami ochrony zdrowia. A co robiły wtedy mainstreamowe media? W TVP, wiadomo, propaganda sukcesu po bandzie, a w mediach prywatnych – na przykład obok Bogdana Rymanowskiego lansowała się Edyta Górniak, ta, co nie ma orgazmów od 5G, więc logiczne, że również się nie szczepi. Gdyby mnie zaproszono do programu z Edytą Górniak,

to parsknąłbym śmiechem, ale dla nich to było prezentowanie innego punktu widzenia. Jakiego, kurwa, innego? Dyskusja dotyczy tego, czy podawać dexaven, czy hydrokortyzon, bo każdy ma inne zalety. A nie, czy podawać dexaven, czy wkładać kogoś na trzy zdrowaśki do rozpalonego pieca, jak w nowelce Prusa z XIX wieku. Jeżeli nawet media nie czują się odpowiedzialne za ten system, za mądrą dyskusję na ten temat, to niczego nie osiągniemy, nie wpłyniemy na polityków. Jest taka pani w „Gazecie Wyborczej”, która za każdym razem, kiedy zaczynamy podnosić głowę i protestować, pisze artykuł typu: „Pielęgniarki piły kawę, kiedy mój teść dusił się pod respiratorem”. To jak my mamy się tłumaczyć, że nie jesteśmy wielbłędami? Zaprosiłbym panią do nas na oddział w czasie covidu, zobaczyłaby, jak sobie piliśmy te kawki.

Pamiętaj, że to nie jest tak, że tylko PiS rozpiezdzielił ochronę zdrowia. Wcześniej była Platforma i pomysły Arłukowicza, był Religa, rządziło SLD – cały czas to samo! Mówię o tym, co jest teraz, bo teraz jest taki rząd i na ten rząd mamy wywierać nacisk, ale nie wolno zapominać, że problemy nie zaczęły się pojawiać miesiąc temu. Jeżeli nic się nie zmieni, to w ciągu dekady doprowadzimy do pełnej prywatyzacji ochrony zdrowia z marginalnym, minimalnym wręcz systemem publicznym. I będzie jak w Stanach – potrzebujesz operacji wycięcia fragmentu wątroby, masz do wyboru skierowanie do szpitala publicznego za 50 lat albo ubezpieczenie prywatne i operację w prywatnym ośrodku. Tylko do tego, żeby się leczyć prywatnie, będą potrzebne naprawdę duże pieniądze, a nie składka po 100 złotych miesięcznie. Już tak się dzieje, wystarczy popatrzeć na usługi dentystyczne. Kto przy zdrowych zmysłach

pójdzie dziś do dentysty na NFZ? Bogaci to pewnie baliby się tam wysłać nawet konia ze swojej stadniny. Ale jest super, prawda? Ochrona zdrowia, w tym stomatologia, jest bezpłatna, przecież wszyscy płacimy na to setki złotych co miesiąc z naszych pensji. Dawniej, za komuny, był taki dowcip, że my udajemy, że pracujemy, a państwo udaje, że nam płaci. Teraz państwo udaje, że nas leczy, ale my nie udajemy, że płacimy, tylko wrzucamy w tę studnię bez dna miliardy złotych – pan, pani, społeczeństwo, my wszyscy.

Dostaniesz, dostaniemy wszyscy, taki SOR, na jaki zasługujemy. Nie od dziś wiadomo, że Polacy na co dzień mają nas w dupie. A mając nas w dupie, mają tak naprawdę w dupie samych siebie. Rok temu odbyła się manifestacja, na którą z medykami mieli pójść też pacjenci. Ale tych pacjentów była zaledwie garstka. Jeśli każdy daje przyzwolenie na demolkę w ochronie zdrowia, zamyka mordę i udaje, że nie widzi, to nie ma się co dziwić, że nic nie działa. Nie będzie żadnej reformy, żadnej prawdziwej zmiany, jeśli ja, medyk, będę protestował sam. Jest nas w tym kraju 350 tysięcy, czyli stanowimy 1% społeczeństwa – jest nas nawet mniej niż osób homoseksualnych. Sam jestem w stanie wywalczyć sobie 2 złote więcej na fakturze albo zmianę dyrektora szpitala, ale jeśli chcemy reformować system, to presję musi wyrzucić całe społeczeństwo. To jak? Pomożesz?

Poparzony 13-miesięczny bobas zasypia w moich objęciach. Mama, czująca się jak najgorszy człowiek na świecie, trzęsie się z nerwów obok. Choć gorąca zupa sparzyła jej rękę i biust, nie chce żadnych opatrunków. Nie czuje bólu, tylko smutek i złość na siebie.

Nie wiem, co jej powiedzieć, kiepski jestem w pocieszaniu. Nic nie mówię, po prostu trzymam na rękach jej cały, mały i nagi, ubrany tylko w opatrunki, świat. Pocę się – w końcu to cały świat. Mały bezbronny człowiek, ofiara nieszczęśliwego wypadku.

Można zgrywać twardziela, ale trzymając w rękach ranne dziecko, każdy człowiek staje się nad wyraz świadom swoich słabości, kruchości i w ogóle beznadziejności.

POCĘ SIĘ, to normalne. Coś mi jednak nie pasuje, coś sprawia, że podnoszę malucha, odklejam go na milimetr od siebie, by nic nie zakłóciło jego drobnego, morfinowego snu.

Zagadka rozwiązana: zsikał się na mnie.

Morfina, poza działaniem przeciwbólowym, działa też uspokajająco, wszak najgorszy ból znika. Przestało boleć, zasnął, zsikał się.

45 minut do końca dyżuru. Przebierać się czy nie? Nie przebrałem się. Dziecięcy mocz nie capi tak bardzo jak dorosłego.

Maluch następnego dnia trafił na oddział chirurgii do innego miasta. Miał kilka przeszczepów, ale żyje i żyć będzie.

Do tylu debili musiałem mówić per „panie profesorze”, że totalnie nie rozumiem, dlaczego starej pigułka nie może przejść przez gardło „panie Marku” do człowieka, który ma w dowodzie „Marta”.

Nauczyłem kiedyś studentkę zakładać wenflony w żyłę szyjną zewnętrzną.

Rok później przywiozła do nas na SOR pacjenta, któremu założyła wenflon w szyję. Czułem dumę – z niej dużą, z siebie tak trochę.

Na pierwszym dyżurze na SOR-ze zatrzasnąłem się w kiblu.

Na pierwszym dyżurze w pogotowiu zatrzasnąłem się w kiblu.



8

Pomóż sobie i bliskim

Jednym z głównych celów mojej aktywności w internecie jest uświadomienie ludziom, którzy mnie obserwują, jak ważną sprawą jest dbanie o własne zdrowie. Staram się nie pieprzyć o zdrowym stylu życia, bo to zawsze taki cynizm i dwulicowość, gdy medycy, pijąc szesnastą kawę i dopalając paczkę papierosów na dyżurze, mówią komuś o tym, że ma się więcej ruszać i unikać używek. W trakcie szkoleń z pierwszej pomocy uczę, jak postępować w zdarzeniach nagłych, ale z doświadczenia wiem, że wielu sytuacji zagrożenia zdrowia czy nawet życia można byłoby uniknąć, jeśli wcześniej zadbalibyśmy o profilaktykę. Niestety Polacy mają tendencję do działania według zasady, że wystarczy zbić termometr, żeby nie mieć gorączki. Tylko to, że czegoś nie widzimy, czy udajemy, że nie widzimy, niestety nie oznacza, że tego nie ma. Jeśli ktoś czuje się źle, powinien jak najszybciej udać się do swojego lekarza pierwszego kontaktu, ponieważ w wielu przypadkach każdy dzień zwłoki wydłuża proces leczenia. Błagam, nie lekceważ objawów. Jeśli kogoś raz na jakiś czas zaboli żołądek, to czymś zupełnie normalnym będzie, że weźmie paracetamol i będzie miał to w dupie, bo zaraz mu przejdzie. Ale kiedy zaczniesz dwunasty dzień z rzędu od wzięcia nurofenu, bo tak napieprza cię żołądek, to może organizm daje ci o czymś znać, na przykład o nowotworze, który po kilku miesiącach będzie miał takie przerzuty, że nie będzie co zbierać...

Najgorzej jest w Polsce z profilaktyką. Widzimy na co dzień hasła: „Badaj piersi” czy „Zrób morfologię”, ale niewiele sobie z tego robimy. Niewielu lekarzy rodzinnych skieruje 25-letniego chłopaka czysto profilaktycznie na badania, a morfologię naprawdę warto zrobić raz do roku. Tu zresztą apeluję –

zainteresuj się swoją przychodnią opieki zdrowotnej. Jak coś nie gra, masz wątpliwości co do jakości świadczeń, albo najzwyczajniej w świecie nie możesz dogadać się z lekarzem rodzinnym, po prostu go zmień. Trzy razy w roku możesz to zrobić bezpłatnie, a to naprawdę jest sporo opcji. Istnieje multum sposobów, nawet w tak bezdusznym systemie jak nasz, nawet dla ludzi, którzy liczą każdą złotówkę. Nie stać cię na morfologię? To oddaj krew. Jeśli coś będzie z nią nie tak, dostaniesz informację zwrotną. Dowiedziałem się tego przypadkiem na studiach – pojechałem oddać krew i po dwóch tygodniach przyszła żółta koperta do mojego domu w Pile. Akurat odebrała moja siostra. Dzwoni, że jakieś pismo do mnie. Ja już przerażony, że jakiś HIV, HCV albo że chorobę weneryczną złapałem. Koniec świata. Nie, to przyszła moja morfologia. Niektóre badania wciąż znajdują się w strefie tematów tabu, ale kiedy w grę wchodzi własne życie, nawet mężczyzna powinien przezwyciężyć strach i na przykład zbadać sobie prostatę. Dla wielu „prawdziwych twardzieli” to ogromny wstyd i hańba, ale te trzy sekundy z palcem innego mężczyzny w dupie mogą uratować życie. Naprawdę, jak tylko będę w grupie ryzyka, to pierwszy wrzucę do internetu zdjęcie, że „ja już po”. I pamiętaj – nie jesteś jedyny, który miewa opory lub najzwyczajniej w świecie się boi, żaden wstyd.



Uciekanie od problemów nie jest zresztą domeną ludzi młodych i beztrojskich. Pokolenie naszych rodziców i dziadków, które wychowało się w zupełnie innej rzeczywistości, też jest bardzo uparte w swoim oporze przeciwko badaniom profilaktycznym. Domyślam się, że zaciągnięcie babci na mammografię jest zadaniem karkołomnym. Sam straciłem dziadka, który leczył się na bóle kręgosłupa i dopiero po śmierci okazało się, że przyczyną był tętniak na aorcie brzusznej – wcześniej nikt nie skierował go na tomografię komputerową, a można było to zoperować i żyłby dalej... Dlatego tak ważne jest interesowanie się zdrowiem nie tylko swoim, ale i bliskich,

i namawianie ich na badania profilaktyczne. Najlepiej działającym argumentem jest nawiązanie do tego, że jest dla kogo żyć. Warto się troszczyć o życie naszych seniorów, bo już samym zainteresowaniem można im uratować życie. Niemniej jednak zawsze znajdą się ludzie, którym wydaje się, że są nieśmiertelni i wobec takiej postawy jesteśmy po prostu bezsilni. Jeżeli ktoś się uprze i powie, że nie będzie chodził do dentysty, to przecież nie zaciągnie go tam nawet patrol żandarmerii wojskowej. Na tym polega wolność. Ta źle rozumiana.

Ale jeśli myślisz odpowiedzialnie o sobie i o swoich bliskich, to warto taką podstawową wiedzę o swoim otoczeniu zdobyć, w ramach elementarnego ogarnięcia życiowego. Jeśli masz zostać rodzicem, to super, moje gratulacje, ale w wolnej chwili usiądź i dowiedz się, gdzie znajduje się najbliższy pediatra w ramach NFZ, gdzie jest nocna i świąteczna pomoc lekarska, gdzie jest najbliższy oddział ratunkowy i najbliższy oddział ratunkowy dla dzieci. To wydaje się oczywiste, żeby naturalnie posługiwać się taką wiedzą, ale codziennie zdarza się, że dziecko trafia w miejsca, w których niespecjalnie ktoś jest w stanie mu pomóc, a to generuje tylko niepotrzebne konflikty i stres. W dużym mieście naprawdę można się zamotać, ale nawet w małych miejscowościach, jak tylko jedna miejscówka wchodzi w grę, to warto wiedzieć chociażby, gdzie jest wejście, żeby nie tracić cennego czasu.

Poświęć chwilę uwagi przy grillu, czy tam innej wigilii, i dowiedz się, na co chorują twoi bliscy, zwłaszcza ci starsi. Często zdarza się, że jako pogotowie jedziemy do babci, która ma cukrzycę od 20 lat. Staruszka ma hipoglikemię i zasłabła.

A nikt z rodziny nie potrafi jej zmierzyć cukru, obsłużyć peną z insuliną, nikt nie ma pojęcia, jakie przyjmuje leki. Oczywiście, jeśli babcia mieszka 200 kilometrów od ciebie, to trudno być zorientowanym, jakie lekarstwa przyjmuje na nadciśnienie o 7 rano, a jakie po południu, ale jeśli będziesz pamiętał, że ma nadciśnienie, to już coś. Świetną inicjatywą dla seniorów są „pudełka życia” – można je kupić w wielu miejscach. Po prostu przyklej na nie oculojebną naklejkę, taką samą na drzwiach czy lodówce. I kiedy wchodzimy do twojej babci, bo się przewróciła (a akurat wszyscy polecili na urlop do ciepłych krajów), ona nie jest nam w stanie powiedzieć, gdzie trzyma leki i dokumenty, to ja widzę tę naklejkę i poradzę sobie sam, a co najważniejsze – szybko. Są i takie rodziny, że wpadamy, a tam otwiera się archiwum i cała ścieżka leczenia pacjentki od 1983 roku jest uporządkowana – to dla nas naprawdę ma nieocenioną wartość i nierzadko bardzo pomaga uratować komuś życie.

W mojej grupie wiekowej, czyli tak do czterdziestki, najczęściej umiera się z powodu urazów powstałych w wyniku wypadków – samochodowych, z wysokości itd. Wydaje mi się, że jeden z przełomowych momentów w życiu każdego człowieka ma miejsce wtedy, kiedy dociera do niego, że nawet on jest jednak śmiertelny. Nie chcę być niszczycielem dobrej zabawy, ale to zawsze jest spore szczęście dla młodych osób, gdy takie ostrzeżenie przyjdzie wcześniej i w jakiś w miarę subtelny sposób. Jakkolwiek to zabrzmiało, spotkało mnie to „szczęście”, że gdy miałem 17 lat, powiesił się mój kolega. Szybko więc skumałem, że wszyscy umrzemy. Dotarło do mnie, że życie jest chwilą.

Śmierć w młodym wieku to najczęściej te głupie historie, jak brak pasów, brak kasku, brak kapoka. Bardzo często żegnamy się z życiem po wypiciu „dwóch browarów”. Prosisz szwagra, żeby pottrzymał ci piwo i postanawiasz udowodnić coś całemu światu – na przykład, że zrobisz skok z dwoma obrotami do wody o głębokości metra. A potem otwierasz oczy już na sali, po operacji i nie możesz ruszać niczym innym oprócz powiek. Albo nawet tym nie. Pamiętam taki „internetowy trend”, że nastolatki kładli się pod pociągami i nagrywali, jak przejeżdżał nad nimi – takie były kozaki. Tylko niektóre z tych pociągów mają jeszcze pługi i nagroda Darwina^{*****} gotowa. Wystarczy zresztą nieprzestrzeganie zasad BHP – opanowanie podstaw ma jednak fundamentalne znaczenie. Nie zdejmuj więc obudowy ze szlifierek kątowych i nie pracuj w rękawiczkach przy drewnie. Dowiedziałem się tego dopiero na SOR-ze: jak coś się kręci obok i tnie, to taka rękawiczka jest najgorsza, bo od razu wciągnie też twoje palce. Tego mi nikt na żadnym szkoleniu nie powiedział, uczyłem się na przykładach, dobrze, że nie swoim. Zdaję sobie doskonale sprawę, że te kursy BHP są potwornie nudne, ale na moim ostatnim szpitalnym wykładzie słuchałem behapowca uważnie i dowiedziałem się, że obok szpitala składowane są tony chloru i jak w to pierdolnie nawet mała bomba od Putina, to połowa Warszawy udusi się w ciągu kilku minut. Więc naprawdę atomówka nie jest mu do niczego potrzebna.

Jeżeli masz w domu piecyk gazowy, to czujnik tlenu węgla jest podstawą. I nie oszczędzaj na tym, bo kupujesz to pewnie raz w życiu, a ten jeden raz ma właśnie uratować życie. W samochodzie oczywiście musisz mieć kamizelkę odblaskową,

ale nie trzymaj jej w bagażniku, tylko w schowku. Kilka osób w Polsce ginie co roku, wysiadając z auta, żeby wziąć z bagażnika właśnie tę nieszczęsną kamizelkę. Zresztą ich powinno być w samochodzie więcej, tyle, ilu jest pasażerów. Bo jak pięciu chłopaków jedzie na wieczór kawalerski i coś stuka im w passeratti, to wychodzi kierowca w kamizelce i jego widać, ale jego czterech pijanych jak szpadle kumpli już niespecjalnie, i to oni giną pod kołami TIR-a. Jeśli masz dzieci, to błagam, trzymaj kreta do przetykania rur, tabletki do zmywarki i kapsułki do prania tak wysoko, żeby się do nich nie dostały. Przy dzieciach nawet zwykła zabawka na baterie może okazać się pułapką, jeśli ten ancymon wyjmie ją i połknie. To zawsze skończy się zabiegiem operacyjnym, bo kwasy solne w żołądku rozpuszczają tę otoczkę i wylewa się lit ze środka, co prowadzi do uszkodzeń organów wewnętrznych.

Jak twój znajomy robi coś głupiego, to nie jest niczym złym, a wręcz chwalebny, powiedzenie mu: „Ej, co ty odpierdalasz?”. I wyrwanie mu kluczyków, kiedy wsiada po pijaku do auta. Jakby się okazało, że twój kumpel jest pedofilem, to przecież byś go podpierdolił na jego oczach, prawda? No to z pijakiem za kierownicą jest tak samo. Jak nie słucha po dobroci, a jest za duży, żeby dać mu w pysk, to dzwonicz na 112 i podajesz wszystkie dane, adres zamieszkania i tablice rejestracyjne auta. Bagiety już się nim szybko zaopiekują. To naprawdę nie jest żadne donosicielstwo, tylko postawa obywatelska, kiedy nie wyrażasz zgody na to, żeby ktoś dookoła ciebie ryzykował zdrowiem i życiem innych.

Wszystkie zasady są po coś. Gdy widzisz tę czerwoną flagę nad morzem, to ona tam nie wisi nikomu na złość, tylko z jakiegoś

konkretnego powodu. Mamy gdzieś w genach lekceważenie przepisów, ale to też wynika z tego, że Polska jest państwem z gówna i z dykty, i niektóre przepisy (jak bezsensownie ustawione ograniczenia prędkości) są kompletnie od czapy. Natomiast najzwyczajniej w świecie większość tych zakazów czy instrukcji naprawdę powstała dla naszego dobra. Są ludzie, którzy dopychali zapchane mięso w maszynce ręką i mimo że zrobiliśmy wszystko, żeby im pomóc, to teraz podcierają sobie dupę łokciem. Kogoś innego przerosło użycie miernika do prądu i musiał się przekonać na własnej skórze, że 400 V to jednak całkiem sporo. Głupie 220 V zazwyczaj sprawi tylko, że będzie cię bolała ręka, ale możesz mieć ukrytą wadę serca i dowiesz się o niej w momencie, w którym wsadzisz mokre łapy do kontaktu. Wielu, naprawdę zbyt wielu ludzi wciąż przerasta nawet opalanie się, głupie nasmarowanie sobie pleców kremem do opalania. Nawet nie mówię, że 50, zwykłą 30... I potem w sezonie letnim zgłaszają się na SOR z poparzeniami słonecznymi, a my wzruszamy ramionami i wysyłamy ich do magistra farmacji po jakiś pantenol na plecy czy coś takiego.

O życiu czasem, a w sumie to nawet często, decyduje zupełny przypadek. Jednym z moich maleńkich sukcesów, z których jestem naprawdę dumny, jest stworzenie, czy może raczej współtworzenie, mody na jazdę w kasku. Możesz być najlepszym rowerzystą na świecie, wierzę, że nim jesteś, ale to nie zmienia praw fizyki. Niedawno ktoś wysłał mi filmik z cyklistą, który jechał obok pola golfowego i dostał piłką w głowę, ale miał kask i nic mu się nie stało. A ja niestety dobrze pamiętam przykład z Warszawy – dokładnie taka sama

sytuacja, ale gość tego kasku nie miał. Zgon na miejscu, bez dyskusji. I nie przez piłeczkę – stracił równowagę, uderzył głową w krawężnik.

Bardzo ważne jest także, żebyś oswoił się z używaniem automatycznego defibrylatora, czyli sprzętu, którego jedynym zadaniem jest przywrócenie akcji serca. To jest strzał z prądu, taki sam jak robią ratownicy. Różnica jest taka, że w moim defibrylatorze to ja patrzę na zapis i oceniam, czy jest wskazanie do defibrylacji, czy nie. W defibrylatorach automatycznych robi to komputer. Twoim jedynym zadaniem jest przyklejenie elektrod i wciśnięcie guzika, gdy otrzymasz taki komunikat na ekranie (albo głosowy). Nie ma możliwości, żebyś zrobił sobie czy osobie reanimowanej przy tym krzywdę. Nawet kiedyś nagrałem taki filmik, że sam do siebie podpiąłem defibrylator i próbowałem się zdefibrylować – ale bez skutku, bo ten sprzęt rozpoznaje, czy jest potrzeba takiego strzału, czy nie. Defibrylator automatyczny sam dobiera energię do człowieka, ocenia oporność klatki piersiowej i wyzwala taki impuls, jaki jest potrzebny.

Spróbujmy sobie wyobrazić, że doszło do zatrzymania akcji serca przy tobie na stacji metra w Warszawie. Sprawdzasz – człowiek nie oddycha. Wyciągasz telefon, dzwonisz na 112 i przestawiasz na zestaw głośnomówiący. Dyspozytor podpowie ci, w jakim tempie uciskać i będzie cały czas z tobą. Odsłaniasz klatkę piersiową (u kobiet też!), zaczynasz uciskać i dopiero wtedy prosisz kogoś, żeby przyniósł defibrylator. Gdy już go masz, trzeba przykleić elektrody – staraj się to zrobić bez przerywania uciskania, ale jak na trzy sekundy przestaniesz – nic się nie stanie. Jedna elektroda po lewej stronie pod pachą,

poniżej serca, druga po prawej pod obojczykiem, czyli wyżej, tak żeby prąd przeszedł przez serducho. I naciskasz przycisk – to wszystko. Nikt nie podskoczy, nie jest aż tak jak na filmach. Jak gość otworzy oczy, to super, gratulacje. Jak nie, to uciskasz dalej i po dwóch minutach defibrylator pokaże ci komunikat, żeby na chwilę nie dotykać pacjenta, bo trwa analiza rytmu, i wtedy, w razie potrzeby, znowu naciskasz guzik.



Kiedyś strzeliłem prądem 10 razy i pacjent wreszcie zaskoczył. To był „tatuś Hani”, trzydziestoparoletni. Potem jeszcze zatrzymał się dwa razy podczas koronarografii i słuch o nim

zaginał w szpitalnym systemie. Zdążyłem go w głowie pochować, a tu proszę – wyszedł ze szpitala i załapał się na święta w domu. I żył dalej. Wiem, bo regularnie do nas trafiał, jak sobie znowu ostrzej popił. Po takich 10 strzałach bolały mnie potem koszmarnie plecy, uroki korzystania z tzw. twardych łyżek, które dobrze znają miłośnicy *Ostrego dyżuru*. Oczywiście lepiej by było, gdyby wszędzie był sprzęt z elektrodami, nie wymagający każdorazowego żelowania, naciskania, ale to znowu kwestia kierownictwa, czy taki sprzęt kupi, czy nie. Ten, który znajdziesz na stacji metra, nie będzie od ciebie wymagał żadnego kombinowania. Rozbierasz, naklejasz, słuchasz i naciskasz.

Ile jest defibrylatorów w Polsce w przestrzeni publicznej? Tego znowu nikt nie wie. Żadne przepisy w Polsce nie nakładają na nikogo obowiązku zakupienia takiego defibrylatora. A to nie jest jakiś zabójczy koszt w tym momencie – jakieś 8 tysięcy złotych, więc warto złożyć taki wniosek do swojej spółdzielni mieszkaniowej, żeby kupić. Zawsze w drodze do pracy, gdy zazwyczaj pokonujesz tę samą trasę, przyglądaj się, gdzie znajdują się defibrylatory. Może się okazać, że jedziesz przez pół Warszawy i nie mijasz ani jednego, ale w metrze znajdziesz ich sześć. Są prywatne aplikacje, do których wolontariusze wklepują te defibrylatory, ale nikt tego nie weryfikuje, a szkoda. Niestety zdarzają się przypadki kradzieży tych urządzeń, co jest absolutnym kretynizmem, bo taki defibrylator po każdorazowym użyciu musi trafić do serwisu, a tam już po numerach seryjnych będą wiedzieli, że sprzęt jest zrabowany. Więc ani ich nie kradnij, ani nie kupuj sprzętu niewiadomego pochodzenia, bo możesz naprawdę wpaść w kłopoty.

Defibrylator zwiększa szanse na przeżycie niemal dwukrotnie. Miałem ostatnio 45-letniego ginekologa z zawałem. Jechaliśmy z nim na hemodynamikę i w trakcie rozmowy się zatrzymał. Gada, gada i nagle wyciągnął rękę, cisza, zatrzymanie krążenia. Nakleiłem na niego elektrody, dostał 200 dzuli od razu, otworzył oczy i powiedział: „Oj, przysnęło mi się”. Cała jego reanimacja trwała 10 sekund, wszystko dzięki temu prądowi. Gdyby to było gdzieś indziej, na przykład jechalibyśmy autem jako kumple na zlot miłośników country, to oczywiście rzuciłbym się go uciskać, wiedziałbym, jak to robić, ale defibrylator na drodze pojawiłby się w 5, 10, może nawet 15 minucie reanimacji i szanse takiego człowieka na przeżycie diametralnie by spadły. A jeżeli dasz prądem po sercu w pierwszych trzech, czterech, no może pięciu minutach, to 60-80% osób po prostu się obudzi i serducho będzie dalej pikać, morda uśmiechnięta. Najzwyczajniej w świecie – to magiczne pudełko, które ratuje życie, ale niestety nie zawsze jest dostępne. A uciskaj zawsze, do oporu, aż przyjadą ratownicy. Bo bez tego gość umrze na pewno.

Każdy pacjent z zatrzymaniem krążenia, który był uciskany przez świadków, ma szansę wyjść ze szpitala do domu na własnych nogach, w miarę sprawny. Ci, którzy nie byli uciskani przez świadków zdarzenia, nawet gdy przeżyją, zazwyczaj kończą jako (uwaga, eufemizm) osoby z niepełnosprawnością. To naprawdę jest bardzo prosta zależność. Zadaniem osoby postronnej jest stwierdzanie, czy komuś, kto leży, zatrzymało się serce, czy tylko zasłabł, czy omdlał. Masz tylko wstępnie ocenić, czy ktoś oddycha, czy nie. Więc odchylasz mu głowę do tyłu i przez 10 sekund

obserwujesz klatkę piersiową, czy się unosi, czy nie. Jeśli masz pewność, że oddycha, to super, ale jeśli nie masz pewności, zaczynasz uciskać i nic złego się nie stanie. Bo jeśli się pomyliłeś, takie uciskanie jest na tyle silnym bodźcem bólowym, że nawet osoba głęboko nieprzytomna stęknie albo jęknie. Nie da się zatrzymać akcji serca, uciskając klatkę piersiową – próbowaliśmy kiedyś na chrapiącym koledze. Można tylko pomóc.

Czasami ludzie pytają mnie, kiedy w ogóle nie zaczynać resuscytacji, albo kiedy przestać resuscytować. No więc, jeśli głowa jest jeszcze połączona z ciałem, trzeba resuscytować. I tak długo, aż przyjedzie pogotowie. Oczywiście, zdarzają się sytuacje, kiedy jest lipiec, a nasz wyciągnięty topielec ma na nogach łyżwy, wtedy kończymy. Ale mimo wszystko, jeśli jest bezpiecznie, jeśli masz siłę, jeśli osoba, przy której jesteś, nie oddycha – uciskaj. Zdarzają nam się sytuacje, w których wiemy, że resuscytacja się nie uda. Ale mimo wszystko robimy swoje. Czuję się trochę wtedy może nie jak Charon, ale taki ostatni urzędnik Przenajświętszej Rzeczypospolitej, który ma kontakt z taką osobą przed śmiercią. Tak jak pierwszym jest położna, która cię przyjmuje na oddziale ginekologiczno-położniczym, tak ostatnimi jesteśmy my.

Są takie reanimacje, które prowadzi się w obawie przed prokuratorem, są reanimacje, które prowadzi się dla dobra rodziny, to jest tzw. pół godzinki dla rodzinki. Dla przykładu: starsza pani, 90 lat, chora przewlekłe na wszystkie choroby świata, ale rodzina ją kocha, stara się, a tu starowinka przestała oddychać, zgasła, czy jak mówią katolicy: „zasnęła w Panu”. A oni chcą o nią jeszcze walczyć. I taką reanimację prowadzi się

tylko po to, żeby ci ludzie poszli potem w życie ze świadomością, że wszystko, co można było zrobić po tej stronie, zostało zrobione. To też jest trochę tak, jakkolwiek to zabrzmie, że studenci muszą się na kimś uczyć. Jeżeli mamy pozwolić studentowi, żeby po raz pierwszy w życiu uciskał klatkę piersiową, to wydaje mi się, że lepiej to zrobić w sytuacji, w której wynik jest dla nas jasny, niż w sytuacji, kiedy jest jeszcze coś do wygrania. Tam, gdzie piłka w grze, zawsze dokładamy wszelkich starań, żeby tego człowieka przytrzymać. Zresztą sam byłem tak uczony, to jest ta kontrolowana głęboka woda. Jeżeli mecz skończony, to niech świeżak poćwiczy, a my damy dobry przykład. Moja najdłuższa reanimacja trwała cztery godziny i była nieudana, ale cisnęliśmy do końca. To był człowiek w kryzysie bezdomności, wyciągnięty z jakiejś altany, w hipotermii głębokiej, a medycyna mówi, że „nikt nie jest martwy, dopóki nie jest ciepły i martwy”, bo hipotermia jest jedną z przyczyn zatrzymania krążenia. Natomiast rekordzistka, która przeżyła, wydobyta spod lawiny, była resuscytowana przez siedem godzin. Nie jest więc tak, że nie ma cudów...

Moich kursantów staram się oczywiście przygotować psychicznie na takie sytuacje, ale prawda jest taka, że te wszystkie symulacje i scenki, robią robotę tylko w ograniczonym zakresie, chociaż staramy się, żeby to było jak najbardziej realistyczne – ze sztuczną krwią i innymi bajerami. Natomiast w prawdziwych sytuacjach stresowych ludzie idą najczęściej w dwa typy zachowań – jednym odpala się motorek do działania, a inni zastygają. Jeżeli nie jesteś w stanie nic zrobić, to weź głęboki oddech, zrób trzy kroki w tył i zadzwoń

po pomoc. Chociaż to. Nie odchódź, nie uciekaj, bo tu nawet nie chodzi o kodeks karny, tylko o to, co zostanie z tobą w twojej głowie. Jeżeli człowiek zaczyna działać, nawet nieudolnie, nawet głupio, to chwała mu za to. Tylko pamiętaj, że przede wszystkim najważniejsze jest bezpieczeństwo. Pamiętacie przypadki ludzi, którzy wchodzą po kolei ratować innych do jakiegoś szamba i ginie z powodu wyziewów sześć osób, zamiast jednej. Sytuacje z czadem są niestety bardzo podobne i równie zdradliwe.







Najważniejsze, żeby się nie bać, bo udzielając pierwszej pomocy, naprawdę trudno jest zrobić krzywdę. Lepiej o tym myśleć tak, że ten człowiek już nie żyje i technicznie rzecz biorąc, jest trupem, ale ty możesz go jeszcze przeciągnąć na stronę światła. W najgorszym wypadku się nie uda i jego stan pozostanie bez zmian. Co z tego, że komuś połamiesz zebra, skoro on i tak już jest martwy? Powikłania mają tylko żywi pacjenci! To się naprawdę zdarza, że komuś oderwie się mostek w trakcie resuscytacji. Możesz się też naturalnie obawiać, że na przykład przerwiesz komuś rdzeń kręgowy, wyciągając go z auta, i to powstrzymuje cię przed reakcją. I tu

warto pamiętać o trzech sytuacjach, w których próbujemy to zrobić – kiedy samochód zaczyna się dymić (i może zacząć się palić, ale jeszcze jest bezpiecznie), gdy mamy zatrzymanie krążenia albo kiedy występują masywne krwotoki, których nie jesteś w stanie zatamować w aucie. Tylko wtedy, gdy co najmniej jedna z tych przesłanek została spełniona, bierzesz gościa za szmaty i wyciągasz ze środka. My robimy tak samo – bo czy gość będzie jeszcze chodził, czy nie, to nie ma znaczenia, jeśli umrze. A po drugie – nawet jeśli nastąpi pogorszenie stanu rannego, to nie będzie twoja wina, bo nie ty doprowadziłeś do wypadku. Jeżeli kogoś wyciągnąłeś, to znaczy, że miałeś ku temu wskazania. Nikt po 1989 roku nie został skazany w Polsce za niewłaściwe udzielenie pierwszej pomocy, natomiast pojawiały się wyroki skazujące tych, na których leżał szczególnie obowiązek znajomości zasad udzielenia pierwszej pomocy i się z tego obowiązku nie wywiązali. Ludzie często nie wiedzą, że prawo nakłada na nich takie szczególne zobowiązania związane z pierwszą pomocą, a wtedy nie ma zmiłuj. Bo jak jesteś nauczycielem WF-u i zasłabło ci dziecko, to nie ma takiej opcji, że nie wiesz, co zrobić. To, że twoi wszyscy koledzy i koleżanki to lekceważą, że ta nauczycielka języka polskiego cię zagadywała na szkoleniu z pierwszej pomocy – nikogo nie będzie interesowało. Taki masz zawód, że w sytuacji stresowej masz wziąć głęboki oddech i sobie poradzić. A że państwo płaci ci za to tak śmieszne pieniądze, to inna sprawa.

Bardzo dużo dobrego robi zawsze telefon do dyspozytora, bo on będzie z tobą rozmawiał i mówił, co masz robić. Jeśli ty zdębiałeś, czy nawet wpadłeś w histerię i opóźniłeś

tę resuscytację o minutę, to nie jest żadne przestępstwo, bo nikt od ciebie nie wymaga heroizmu. Ale ja przez sześć lat nie spotkałem osoby, którą by kompletnie zamurowało. To nie zawsze jest ratowanie życia – wystarczy, że ktoś złamie sobie rękę i będzie wył z bólu. Możesz nie czaić od razu, że trzeba mu założyć opatrunek z chusty trójkątnej, ale jak wpadniesz na pomysł, żeby mu tę rękę przykleić taśmą klejącą do kurtki, to będzie dobrze. Ważne, że takiego człowieka nie zostawisz samemu sobie, pierwsza pomoc to jest czasem po prostu trzymanie za rękę.





Na moich szkoleniach pokazuję kursantom drastyczny filmik z motocyklistą, który w wyniku wypadku traci nogę. Na taki widok nikt oprócz ratowników nie jest przygotowany, choćby oglądał krwawe filmy na Netfliksie codziennie. I na nim jest dziadek, który udaje, że go nie ma, rozgląda się i odchodzi. Za to grożą trzy lata więzienia. Ale dobiegają inni ludzie. Ktoś zatrzymuje kolejne samochody, ktoś inny próbuje zatamować krwotok. Robi to paskiem, głupio, bo paskiem nie zatamujesz krwawienia, ale robi cokolwiek, najlepiej jak umie, próbuje zwiększyć szanse tego człowieka na przeżycie. Każdy przerażony, każdy obsrany, ale coś zrobili. Bo sytuacja, w której

ktoś urwał pól nogi, jest zawsze potwornie trudna. Pasek tu nic nie pomoże, bo nie wytworzy siły, która zatamuje krwawienie. Ale opaska uciskowa z krępulcem już tak, bo gdy dokręcisz go naprawdę mocno, to noga przestanie krwawić. Warto na szkoleniu przetestować to na sobie – siedzisz chwilę z czymś takim i zaczynasz tracić czucie w nodze, bo całkowicie zatrzymałeś krążenie. Ale nie zawsze jest opaska uciskowa, wtedy najlepiej zdjąć koszulkę i wepchnąć ją do środka takiej rany, wytwarzając w ten sposób ucisk. Ona nasiąknie krwią, ale będzie uciskać naczynia krwionośne i tylko o to chodzi.

Moi kursanci często boją się coś włożyć w ranę, bo słyszeli o sterylnych gazikach itd. To wszystko znowu jest kwestia kretyńskiej edukacji. Na przysposobieniu obronnym uczyliście się pewnie sześciu rodzajów bandażowania, w jakieś jodełki, chuje muje, dzikie węże. A ja, ratownik medyczny, i tak zawsze bandażuję w jedną stronę, jednym sposobem. Opatrunek uciskowy ma uciskać i się nie zsuwać, a jak to będzie zrobione, nie ma już żadnego znaczenia. Zawsze na dyżury biorę srebrną taśmę, kiedy kończę zakładać opatrunek, to jeszcze dwa razy tym owinę i mam pewność, że się nie spierdzieli. Nie wygląda to na piątkę z plusem i kreację z balu maturalnego, ale działa. I o to chodzi w pierwszej pomocy, tylko o to.

Kolejna bardzo trudna sytuacja to zadławienia. Jeśli człowiek kaszle, to niech kaszle do skutku. Ale jeżeli staje się bezgłośny, to najpierw trzeba mocno uderzyć go pięć razy między łopatkami, a jeśli to nie pomoże, to pięć razy, bardzo mocno, nacisnąć nadbrzusze, zaraz pod żebrami. Ratujesz mu życie, więc masz mu wpierdolić tak, żeby mu się płuca odkleiły. Specjalnie napisałem „wpierdolić”, bo filmów z kamer

przemysłowych z nieskutecznym „poklepywaniem” mamy na YT na pęczki. Małe dziecko bierzesz na rękę, głową w dół i uderzasz tak samo między łopatki, po czym pięć razy uciskasz środek klatki piersiowej. To się wszystko fajnie pisze, nieco mniej fajnie czyta, a w prawdziwym życiu to zawsze zestresuje na maksa. Dlatego na dobrym kursie dostaniesz do przećwiczenia manekina, który pokaże ci wszystko – czy dobrze uciskasz, czy w dobrym miejscu itd. I będziesz używał prawdziwej, dużej siły, tak jak to trzeba zrobić. To nie są fantomy jak z wystaw sklepowych.

Udar daje objawy, które najlepiej zapamiętać jako FAST, od angielskich słów: *Face* (nagłe zaburzenia w obrębie twarzy, skurcz, dziwny grymas, wymuszony uśmiech), *Arm* (zaburzenia siły mięśniowej, jedna ręka słabsza), *Speech* (nagłe zaburzenia mowy, ktoś mówi niewyraźnie, dziwne rzeczy, nie rozumie tego, co ty mówisz do niego, tylko gra z tobą w pomidora) i wreszcie *Time*, czyli czas, który jest najważniejszy. Pamiętaj – udar wygląda zazwyczaj „dziwnie” i ta dziwność nie jest śmieszna, tylko w najwyższym stopniu niepokojąca.

Zawał z kolei zazwyczaj objawia się nagłym silnym bólem w klatce piersiowej, czasem promieniuje do nogi, ręki, brzucha. Dlatego każdy taki nagły, silny ból powinien nas skłonić do wykonania telefonu pod 112, a tego często się nie robi, bo myśli się, że „z nerwów rozboleło serce”. Oczywiście w grupie ryzyka znajdują się głównie ludzie po czterdziestce, ale na 20 młodych ludzi, którzy zgłoszą się z tym na SOR, 19 będzie miało zgagę, ale jeden – zawał i na pierwszy rzut oka, zwłaszcza laika, tego się nie da odróżnić. Więc jak jestem młody i mam do szpitala 200 metrów na piechotę, to idę z buta albo

biorę taksówkę, ale jeśli chodzi o mamę czy wujka po pięćdziesiątce, to już trzeba zadzwonić pod 112. A równocześnie spróbować uspokoić takiego człowieka, kategorycznie nie dawać nic do picia, nic do jedzenia, za to dobrze zrobić mu tabletkę aspiryny. W języku polskim jest kilkadziesiąt przymiotników określających ból i praktycznie wszystkie pasują do zawału. Najczęściej pacjenci mówią o tym, że gniecie ich w klatce piersiowej, są bladzi, spoceni i przestraszeni. Doświadczony ratownik wystarczy, że wejdzie do mieszkania, popatrzy na pacjenta i już wie, a EKG tylko to potwierdza. I naprawdę lepiej zadzwonić trzy razy za dużo mówiąc: „mój tatuś chyba ma zawał”, niż raz nie zadzwonić, „bo mu przejdzie”, a nie przejdzie.



Najgorzej ze wszystkich sytuacji, jeśli chodzi o perspektywy ratunkowe, wygląda niestety wypicie piwa czy soku z butelki z pszczołą albo osą, która ugryzie cię w przełyk. Jediną szansą jest wtedy ampułkostrzykawka z adrenaliną podana bardzo szybko. Zwykle szanse na to są żadne. Dlatego zaklinam – gdy pijesz coś na dworze, zawsze rzuć na to okiem. Wystarczy, że zobaczysz tego upierdliwego owada wcześniej, jak topi się w twoim napoju, i ryzyko, że zginiesz jak Ewa Sałacka, maleje do zera.

Pandemia pokazała, że mogą zdarzyć się takie sytuacje, w których lepiej jechać do szpitala samemu, niż czekać

na karetkę. Bo jeśli ktoś miał udar, ale był przytomny i w kontakcie, to kiedy pojawiła się informacja zwrotna, że pogotowie będzie za godzinę, rodzina brała kogoś takiego za bety do auta i jechała z nim przez miasto, bo za godzinę to państwo może do ciebie przysłać karawan, a nie karetkę. Ale to są sytuacje skrajne, które nie zdarzają się często. Można rozważyć oczywiście samodzielny transport do szpitala przy nagłym porodzie – to się czasami zdarza, piszą o tym media, bo to są atrakcyjne historyjki, zwłaszcza gdy policjanci zatrzymają zestresowanego tatusia za przekroczenie prędkości, a potem eskortują go do szpitala. Pewnie każdy taką słyszał. Jeśli nic się nie zmieni, to w końcu usłyszymy o tym, jak jadące za radiowozem auto zderzy się z niczego niespodziewającym się kierowcą. Jeśli masz złamaną rękę, to przyjedziesz do nas sam, nawet Uberem, chociaż będzie cię bardzo bolało. Ale gdy jest to złamanie otwarte, poczekaj na pogotowie. W przypadku złamanej nogi już trudniej samemu, więc też – tylko z nami. Zaburzenia świadomości, zasłabnięcia, omdlenia, dziwne uczucia w sercu – to też jest temat raczej dla pogotowia, a nie do wyjaśnienia samodzielnie w recepcji szpitalnej.

Masakryczną robotę robią w Polsce seriale medyczne i paramedyczne. Żyjemy w społeczeństwie, w którym jak w W11 postrzelili agenta Tomka, to zgłaszali się ludzie, żeby oddać dla niego krew. Miliony naprawdę wierzą, że istnieje szpital w Leśnej Górze i to do niego chcieliby trafić w razie kłopotów. Zagraniczne seriale nie są lepsze – uwierz mi, nie chciałbyś być leczony jak w serialu *Dr House*. Najgorzej, jak komuś coś dzwoni, ale nie wie, w którym kościele, bo zamiast wybrać się na dobry kurs pierwszej pomocy, oglądał wszystko

w telewizji. Był pacjent, który obciął sobie palec i coś mu tak właśnie świtało, że trzeba go włożyć do czegoś zimnego, więc pobiegł z tym palcem do Żabki, a tam pani kasjerka dała mu kubek z lodem, jak w filmach, w których z ciekłego azotu wyciąga się zmartwychwstałych ludzi. Przyszedł na SOR z tym przymarzniętym do lodu palcem, a lekarz dyżurny pokiwał głową i wyrzucił go prosto do kosza na śmieci. To ma być chłodna woda, nie lód, bo stanie się z tym palcem to, co z mięsem w zamrażarce. A do mikrofali na powolne odmrażanie już go nie wsadzisz, musisz mi uwierzyć.







Seriale oglądamy bardzo chętnie, ale prawdziwej obowiązkowej edukacji ratunkowej w Polsce nie ma. Nasze statystyki przeżywalności po zatrzymaniu krążenia są najgorsze w Europie. Mówimy tu o 6%, gdy przykładowo w Danii przekracza ona 50%. Ale tam nauka pierwszej pomocy od najmłodszych klas jest czymś obowiązkowym i często powtarzanym. A my dlaczego nie możemy zrobić na maturze dodatkowego zaliczenia z pierwszej pomocy, żeby każdy przyszedł i nacisnął fantoma 60 razy? Mielibyśmy pewność, że każdy młody człowiek posiada tę jedną z najważniejszych umiejętności w życiu, czyli uciskania klatki piersiowej.

Bardzo też proszę, żebyś nie był częścią panującej w Polsce powszechnej, skurwysyńskiej znieczulicy. Gdy ktoś leży na ławce, to od razu zakładamy, że jest pijany. Pewnie jest, ale podejdź i go szturchnij. Jak zareaguje swojskim: „Spierdalaj!”, to też każ mu spierdalać, jednak już z tą satysfakcją, że zrobiłeś dobry uczynek. Oczywiście, że mamy w Polsce olbrzymi problem z alkoholem, ale przez to, że z góry zakładamy, że każdy dziwnie zachowujący się człowiek jest nawalony, umierają też tzw. dobrzy i normalni obywatele. Naprawdę podejście, szturchnięcie i zapytanie, czy wszystko okej, niewiele kosztuje. A jeśli jest zima, to zadzwoń pod 112, oni powiadomią straż miejską, przyjadą i zabiorą go na izbę wytrzeźwień, żeby nie zmarzł. Bo gdy jest wiosna, a gość coś bełkocze, ale oddycha, nasek ma czerwoniutki, to niech on sobie dalej śpi snem sprawiedliwego. Zakładanie z góry, że ktoś nie potrzebuje pomocy, bo jest na 100% najebany, jest krzywdzące. Każdy z nas przynajmniej raz w życiu będzie potrzebował pomocy drugiej osoby. I możesz mieć udar, a ktoś uzna, że się naprułeś w samo południe. Jakiś czas temu moja dziewczyna straciła przytomność w autobusie i gdyby nie obcy ludzie, to byłoby nieciekawie. Ale akurat zareagowali, nie bali się. Tylko to pewnie dlatego, że była ładna, młoda, czysta i dobrze pachniała. A jak wraca z budowy robotnik i dostanie zawału serca, to mamy mu nie pomagać, bo jest brudny? My też najczęściej jedziemy do ludzi, którzy nie wyglądają, jakby wykładali na wyższej uczelni, ale oni też potrzebują pomocy i mają do niej takie samo prawo.

I na koniec gorący apel, a zarazem mała prywata. Jeden weekend, raz na dwa, trzy lata, powinienesz spędzić na solidnym

kursie pierwszej pomocy, na przykład u Janka Świtały. To jest wiedza, której nie będziesz wykorzystywać na co dzień, ale raz, może dwa razy w życiu będzie miała kolosalne znaczenie i zadecyduje o tym, czy ktoś z twojej rodziny przeżyje, czy odpadnie. Możesz pogadać z szefem, żeby zamiast kolejnej imprezy świątecznej, na której wszyscy się porzygają, a Marioli i Pawłowi rozpadną się małżeństwa, bo obudzą się w tym samym łóżku, szefostwo wzięło na taki kurs Yanka. My te szkolenia robimy właśnie w formie takiej imprezy integracyjnej. Może w trakcie nie ma alkoholu, ale bawimy się naprawdę dobrze. Firma robi sobie koszty, ja zarobię, a wszyscy wyjdziemy z tego mądrzejsi i bezpieczniejsi. Przecież nigdzie nie jest napisane, że wracając stamtąd autem, nie rozwalimy się na drzewie, a wtedy życie uratuje mi kursant, którego przeszkoliłem kilka godzin wcześniej. Pierwszej pomocy uczymy się i dla siebie, i dla kogoś, i to właśnie jest to, o czym się często gęsto zapomina. Bo ktoś powie, że przecież przez 30 lat nigdy nie miał takiej sytuacji. Ale będziesz miał jutro i co wtedy? Nie bądź jak polskie państwo, przygotuj się na taką ewentualność. Te kursy są takie ważne, bo najbardziej boimy się rzeczy, których nie znamy. Jeśli do mnie przyjdiesz, raz spróbujesz użyć opaski uciskowej na sztucznej ranie, która tryska krwią, to zobaczysz, co jest trudne, a co łatwe, i nawet pięć lat później, już na żywca, sobie to przypomnisz.

Zresztą to nie muszą być tak zaawansowane kursy jak moje, na których zużywamy siedem litrów sztucznej krwi i efektownie wybuchają różne rzeczy. Idź na jakiekolwiek szkolenie, nawet takie, które trwa cztery godziny, czyli zawierające podstawy podstaw. Ważne, żeby nauczyć się

rozpoznawać osoby nieprzytomne, uciskać klatkę piersiową, tamować masywne krwawienia, rozpoznać udar i stabilizować złamane kończyny. I to już będzie super, będziesz w elicie Polaków, którzy coś o tym wiedzą.

W trakcie pandemii popłakałem się jeden raz – kiedy zmarł Krzysztof Krawczyk.

Stoję oparty o ścianę. Czekam, aż pacjentka wyjdzie z toalety.

– To jest, kurwa, skandal! Drzwi się nie zamykają, nie ma klamki, jak wy tak możecie ludzi traktować – syczy.

Bez słowa (błogosławione SSRI*) pomagam jej usiąść na wózku.

– Ale jak wam nie wstyd, no jak tak możecie, jak bydło nas...

– Drzwi wyważyliśmy w poniedziałek, kiedy jeden z pacjentów przedawkował w damskim kiblu heroinę. A klamki nie ma, bo wyrwała ją pacjentka, która w środę próbowała się na niej powiesić...

– GÓWNO MNIE TO OBCHODZI, JA NA WAS SKARGĘ NAPISZĘ. ŻEBY CZŁOWIEK NIE MÓGŁ SIĘ W SPOKOJU WYSRAĆ, TO JEST SKANDAL. JAK WY TAK LUDZI MOŻECIE TRAKTOWAĆ?!

Nie napisała skargi, drzwi i klamkę naprawili.

* SSRI – Selektywne inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny

Jest nas jedenastu – ja i dziesięciu pacjentów. Razem mamy 25 promili i 692 lata.

Jeśli ktoś w pogotowiu mówi, że nie chrapie, to kłamie. Kłamie jak nasi pacjenci, kiedy mówią, że to były „tylko dwa piwa”. Nauczyłem się słuchać podcastów, kiedy zasypiam w pogotowiu. Pewnego dnia odpaliłem historyczny o podróży jakiegoś Ibrahima ibn kogoś z Bagdadu do Norwegii w X wieku. Zajebiście ciekawy, czegoś się nawet nauczyłem, zanim zasnąłem, ululany głosem lektora.

Godzinę później rozległ się dźwięk dzwonka – DZYNG DZYNG DZYNG.

Otwieramy oczy, ściągamy słuchawki, na ułamek sekundy zapadła martwa cisza.

Ciszę przerwał lektor słowami: „Średniowieczni Norwegowie, przechadzając się nago po lesie, zasłaniali swoje odbyty, bojąc się, że leśne demony tą drogą przejmą ich dusze”.

Kierowca spojrzał na mnie jak na pojeba, a ja westchnąłem jak pojeb, który wie, że nigdy się z tego nie wytłumaczy.



Zakończenie

Odklejam mózg od czaszki. Krztuszę się w głowie kaszlem, jak palacz odrywam plwocinę, sklejoną z lepkich myśli. Za 3 minuty wyląduję u nas śmigłowiec. Za 180 sekund odpalę szósty bieg, razem ze światłami sali reanimacyjnej. Za chwilę wyjdziemy na lądowisko, pchając szpitalne łóżko przez podjazd. Za chwilę się spotkamy. Ale teraz odlepiam mózg od czaszki, przyklejony twardym, upodlającym snem. Poprawiam niebieskie bokserki (w żółte słonie, z których śmiała się cała Polska, słuchając podcastu Paciorka). Próbuję zebrać myśli. Nie wiem, czy chce mi się sikać, czy rzygać. Całe szczęście, że nie muszę pamiętać o oddychaniu, bo otumanione neurony i rozprostowane snem zwoje w mózgu, mogłyby nie podołać. Poprawiam maskę na twarzy, pieką mnie obtarte uszy. Dostałem kiedyś plastikowy „gumkotrzymacz”, który miał chronić nasze małżowiny przed skutkami długotrwałego noszenia masek. Wyjebałem go do czerwonego worka, wychodząc z izolatek. Poleciał w niebyt razem z jednorazowym kompletem papierowych ubrań, paczką fajek i kompletem kluczy do mieszkania. Upodlony ciepłym snem, 74 minutami odpoczynku, jedynym czasem w ciągu doby, w którym czuję się bezpiecznie niebezpieczny, śmierdzący ludźmi, obiadem, moczem i beknięciem, podnoszę się z twardej leżanki.

Zostało 150 sekund. Wenflony w rzędzie, próbówki na krew w szeregu, wózek reanimacyjny trzeszczy szufladami. Defibrylator, będący jednocześnie monitorem, pika, wydając przy tym dźwięki, jakby był niedorozwiniętym kuzynem robota R2D2. Jakby producent poddusił go przy porodzie i stwierdził: „Ty się nie nadajesz do statków kosmicznych, spierdalaj do NFZ-etu”. My też wyglądamy jak armia klonów – niebieskie,

prześwitujące i jednorazowe scrubsy z gównolitu, pękającego przy każdej nadarzającej się okazji. Różne kolory tęczówek w tak samo zmęczonych oczach.

Dziewięćdziesiąt sekund do lądowania. Szybka fajka na mrozie, akt tolerowanej społecznie autoagresji. Wszyscy, których kochamy, śpią właśnie w ciepłych łóżkach. Albo nie śpią, myśląc o nas. Albo śpią z kimś innym, bo mieli dosyć samotnych nocy. Trudno się dziwić, mamy dosyć samych siebie. Jak świadkowie Jehowy, uczuleni na „ludzi ze świata”, my też mamy alergię na tych, którzy twierdzą, że poza systemem jest jakieś życie. Że można inaczej. Że pchanie się tam, skąd inni spierdalają, jest czymś dziwnym.

Trzydzieści sekund do lądowania. Leci śmigłowiec Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, słyszę wyraźnie, jak jego wirnik przecina mroźne powietrze. Leci jakiś chamski, szowinistyczno-rasistowsko-fekalny kawał, słyszę wyraźnie swój pusty rechot. Jego echo odbija się od wiaty i rezonuje.

Piętnaście sekund przed lądowaniem śmigłowiec zaczyna zwis. Unoszą się tumany białego pyłu. Dostaję nimi prosto w twarz. Nawet się nie zasłaniam. Dostaję na co dzień tyloma rzeczami prosto w twarz, że zastanawiam się czasem, jak w ogóle ktokolwiek mógł ją kiedykolwiek całować. Śmigłowiec usiadł.

Pilot wysiadł. Pokazuje, że już można. Ruszamy. Razem z załogą śmigłowca wyciągam jegomościa i przekładam na twardy materac. Zaraz za nim przekładam respirator, pompy i defibrylator.

Czuję, jak z nerek rozchodzi się we mnie ciepło. To nie magia. To czysta adrenalina, prosto z kory nadnerczy, rozchodzi się po

organizmie. Najczystszy towar w mieście.

* *Я польський фельдшер* – (z ros.) Jestem polskim ratownikiem medycznym (przypr. red.).

** OKO.press – internetowy serwis informacyjny (przyp. red.).

*** Nawiązanie do filmu *Co mi zrobisz, jak mnie złapiesz* z 1978 r.

**** Funkcja CPR – opróżnienie komór w celu resuscytacji pacjenta, uruchamiana jest za pomocą jednego przycisku (przyp. red.).

***** A. Mickiewicz, *Pan Tadeusz*, Warszawa 2005, s. 119 (przyp. red.).

***** Nagroda Darwina – corocznie przyznawana antynagroda za wyjątkowo głupią śmierć (przyp. red.).

© Wydawnictwo WAM, 2022

Opieka redakcyjna: Sławomir Rusin

Redakcja: Jakub Kuza

Korekta: Anna Adamczyk, Róża Skalska

Skład i opracowanie graficzne: Lucyna Sterczewska

Projekt okładki: Paweł Harlender/Studio Inigo

Wszystkie fotografie w książce pochodzą z archiwum autora.

Grafiki: pixabay/Memed_Nurrohmadi

ePub e-ISBN: 978-83-277-3404-4

Mobi e-ISBN: 978-83-277-3405-1

MANDO

ul. Kopernika 26 • 31-501 Kraków

tel. 12 62 93 200

www.wydawnictwomando.pl

DZIAŁ HANDLOWY

tel. 12 62 93 254-255 • faks 12 62 93 496

e-mail: handel@wydawnictwomando.pl

Druk i oprawa: LEYKO Sp. z o.o. • Kraków

Table of Contents

Wstęp

1. Po co mi to było? Jak zostałem ratownikiem
2. W kodzie 1, czyli w karetce pogotowia ratunkowego
3. SOR – miejsce, które przyciąga śmy
4. Babcia Leokadia i dwa kryzysy na granicy
5. Pijanemu nic się nigdy nie stanie?
6. Psycha ratownika
7. Destroy this fucking system!
8. Pomóż sobie i bliskim

Zakończenie