

Wytwarzanie umiejętności i produkowanie strategii działania wobec pandemii COVID-19 w środowisku lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

COVID-19 Pandemic: Inventing Skills and Strategies of Action among Primary Care Practitioners

Abstract

In the article, I analyse responses of Polish primary care practitioners to the COVID-19 pandemic. I apply and develop the concepts of skills and enskilment to shed more light on the practices and knowledge-making strategies employed by doctors to cope with the challenges the COVID-19 outbreak has brought to their professional practice.

Keywords: primary care, COVID-19, skills, enskilment

Sławoj Żiżek (2020b: 4) nazywa pandemię COVID-19 „konfliktem egzystencjalnym”, a pozycje w nim zajmowane uznaje za postawy wobec ludzkiego życia w ogóle. Choć w wielu punktach nie zgadzam się ze słoweńskim filozofem – na przykład w jego dość krytycznym podejściu do idei „lockdownów” – to jednocześnie dostrzegam w Żiżkovskich rozważaniach o pandemii swoistą nadzieję akcentującą senso-i-praktyko-twórcze konsekwencje rozprzestrzeniania się wirusa. Bez wątplenia obecna pandemia była i wciąż jest wyzwaniem dla całego systemu opieki medycznej. Środowisko medyczne dotknęły liczne problemy; te nierzadko skutkowały poważnymi ograniczeniami dla pacjentów. Przykłady na to, że państwo, opieka medyczna i obywatele nie byli gotowi na wyzwania, jakie przyniosła pandemia,

są liczne i dobrze już znane (Penkala-Gawęcka 2020: 187; Krawczyk-Wasilewska 2020: 175–177). Dlatego nie będę przyglądał się działaniom opieki medycznej, które wirus zatrzymał – wolę spojrzeć na te, które uruchomił.

Opisanie całości złożonego systemu opieki to jednak wyzwanie dla zespołu badaczy. Z tego względu koncentruję się na tej jego części, którą badam już od 2014 roku – na podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Polityka państwa i Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) sprawiła, że to lekarze POZ wzięli na siebie ciężar pracy z chorymi; to oni także – w dużej mierze – odpowiadają za realizację Narodowego Programu Szczepień Przeciw COVID-19¹. Mowa zatem o grupie, która musiała szybko wypracować modele działania w chwili niezwyklej nawet dla samych lekarzy.

Gdzie indziej (Wierciński 2021b) pisałem o tym, jak lekarze podjęli się próby splecenia świata rozerwanego przez pandemię. Sięgnąłem po koncepcję „społeczeństwa ryzyka” (Beck 1992) i przyglądałem się lekarzom podejmującym działania przypominające zwróconą ku społeczeństwu Goffmanowską (1967) „akcję” (*action*) i „balansowanie” (*edgework*) wywodzące się z emancypacyjnej refleksji Stephena Lynga (2005, 2012, 2014). Uznałem, że działania te korespondują z myślą Tima Ingolda (1993) podkreślającą rolę nieustannych procesów zmiany w wytwarzaniu zamieszkiwanej (*dwelled*) rzeczywistości.

W tej pracy kontynuuję rozważania dotyczące doświadczenia pandemii w środowisku lekarzy POZ. Tym razem przyglądam się, jak lekarze umiejętnie poszukują i wytwarzają strategię działania, które pozwalają im radzić sobie z wyzwaniami związanymi z pandemią. Z pomocą przychodzi mi pojęcie umiejętności (*skills*), które – jak chce Tim Ingold (1993, 2000) – torują drogi, a wzdłuż nich narasta wiedza i kształtują się doświadczenia uczestników danego świata. To dzięki umiejętnościom podmioty – w tym przypadku lekarze – aktywnie angażują się i zmieniają świat, a także zostawiają po sobie wyraźne ślady dla kolejnych generacji gotowych do działania. Rozważam więc, jak lekarze wytwarzają oraz nabywają umiejętności w procesie, który – za Geoffreyem Gowllandem (2019), Timem Ingoldem (1993) oraz Kirsten Hastrup (2018) – określam mianem *enskilment*, a więc szczególną dyspozycją epistemologiczną, dzięki której podmioty stają się kompetentne i twórcze, a także zdolne do działania oraz pogłębionej interpretacji własnych doświadczeń w odniesieniu do procesów wykraczających poza doświadczenie jednostki. Zadaję więc pytanie o to, jak – w dobie pandemii – jest kształtowany lekarski świat umiejętności podstawowej opieki medycznej, którą badacze słusznie identyfikują jako najbliższą pacjentom (Czachowski 2002, 2005), ale przez to również najbardziej podatną na zmiany o podłożu społecznym, ekonomicznym oraz politycznym (Janes 2004; Janes et al. 2006; Rifikin 2018). Pandemia, która w istocie takie zmiany przyniosła, to więc przede wszystkim wyzwanie epistemologiczne i praktyczne, wobec którego lekarze nie mogli pozostać bierni.

¹ <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/narodowy-program-szczepien-przeciw-covid-19> (dostęp: 26.08.2020).

Etnografia w pandemii

Badania „kultury biomedycznej” trwają w światowej antropologii od przeszło pięciu dekad (Helman 2007). Jak przekonują prace Anny Witeski-Młynarczyk (2012, 2015), Tomasza Rakowskiego (2013) oraz Małgorzaty Rajtar wraz z Magdaleną Radkowską-Walkowicz (2014), podobne badania przyjęły się także w Polsce, gdzie pierwszeństwo na tym polu długo dzierżyła socjologia medycyny (Ostrowska, Skrzypek 2015; Piątkowski, Nowakowska 2012) oraz studia nad zdrowiem publicznym (Kowalska-Bobko 2017). Moje studia nad POZ mieszczą się w tak rozumianym obszarze antropologicznej refleksji. Przyjęta strategia badawcza oscyluje między obserwacją lekarskiej praktyki w poradniach a wsłuchiowaniem się w głos lekarzy mówiących – pozornie tylko – poza środowiskiem pracy.

Podczas badań miałem do czynienia z ludźmi, którzy często ukończyli dwie specjalizacje, obronili doktorat, ukończyli studia z zarządzania, a nawet odgrywali pewne role w polityce zdrowotnej. Trudno mi było w relacji z takimi osobami nie popaść w banał. Moje doświadczenia znajdują pośrednie potwierdzenie w literaturze przedmiotu. Włodzimierz Piątkowski i Luiza Nowakowska (2012: 17) zauważają, że pomiędzy lekarzami a pacjentami o podobnym kapitale społecznym łatwiej dochodzi do interakcji opartych na dialogicznych zasadach. Tylko poprzez wzmoczony wysiłek osobisty i intelektualny mogłem przekonać lekarzy do swoich celów badawczych. Mimo to niemalże zawsze byłem w relacji z moimi rozmówcami na podrzędnej pozycji. To od nich zależało, ile i co dane mi będzie zobaczyć w przychodniach, w relacjach z pacjentami i wreszcie między innymi lekarzami. Ta sytuacja stała się jeszcze wyraźniejsza w czasie pandemii, gdy placówki medyczne zaostrzyły rygor sanitarny.

Badania prowadzę od 2014 roku na Mazowszu i Podlasiu. Do tej pory zamknąłem trzy fazy prac, odpowiadając na pytania o to, jak medycy, pracujący w dziedzinie opieki medycznej najbliższej pacjentom, definiują swoją zawodową i środowiskową tożsamość. Czwarta faza badania, rozpoczęta w grudniu 2020 roku, ma odpowiedzieć na pytanie, jak wygląda świat lekarzy POZ podczas pandemii COVID-19. Zaraza bowiem postawiła medyków w trudnej sytuacji, jednocześnie otwierając przed nimi wiele możliwości. Te ostatnie będę traktował jako afordancje, czasem w polskiej literaturze zwane sposobnościami (Pokropski 2011). Podmioty, w odpowiedzi na zarysowujące się przed nimi sposobności, podejmują umiejętne działania, poprzez które współtworzą zamieszkiwany świat i pozostawiają w nim po sobie ślady. Będę przyglądał się tym działaniom, które, podobnie jak Ingold i Hastrup, widzę jako specyficzne umiejętności, które kształtują praktyki lekarzy obcujących z chorobą COVID-19.

Udało mi się już dwukrotnie wyjechać w teren, w grudniu 2020 i marcu 2021 roku. Chcąc zachować rozsądne zasady bezpieczeństwa, ograniczyłem swoje działania do jednej placówki w Białymstoku, z którą współpraca układa się nadzwyczaj dobrze już od 2014 roku. To ograniczenie nakazuje traktować poniższe rozważania jako studium przypadku.

W przychodni pracuje troje lekarzy. Są to dwie współwłaścicielki – doktor-ki Katarzyna i Amanda² – oraz Damian, lekarz uzupełniający skład personelu w określone dni tygodnia, z którym w tej fazie badań miałem jedynie sporadyczny kontakt, choć wcześniej, przed wybuchem pandemii, spotykaliśmy się wielokrotnie i rozmawialiśmy o problemach dotyczących specyfiki pracy w POZ. Moje główne rozmówczynie ukończyły dwie specjalizacje i studia z zakresu zarządzania w opiece medycznej. Jedna z nich pracowała na oddziale internistycznym i na kierowniczym stanowisku w poradni miejskiej, druga zaś obroniła doktorat z nauk medycznych i pracowała w firmie farmaceutycznej.

Doświadczenie badawcze pozwala mi twierdzić, że w przychodniach POZ pracują lekarze łączący najczęściej specjalizację z interny lub pediatrii z medycyną rodzinną; niektórzy uzupełniają je studiami menedżerskimi lub doświadczeniem pracy na decyzyjnym stanowisku. Myślę, że ta dość ogólna charakterystyka zawodowa lekarzy znajduje szczególne zastosowanie w sytuacjach wymagających od nich szerokich kompetencji, a także odwagi do działania. Tej, jak pokazały moje badania, lekarzom POZ nigdy nie brakowało – ani wtedy, gdy decydowali się porzucać pracę w państwowych placówkach i zakładać własne poradnie, ani podczas strajków z lat 2003–2005, ani podczas prób splecenia świata zawodowego naruszonego przez pandemię.

Większość zbieranych materiałów streszczam w ponumerowanych notatkach terenowych. W oddzielnym pliku spisuję wnioski płynące z obserwacji, które prowadziłem przede wszystkim na terenie poradni. Podczas marcowego wyjazdu udało mi się zobaczyć, jak doktor Katarzyna pracuje w czasie pandemii. W poradni byłem świadkiem licznych działań personelu (w tym także pielęgniarek i rejestratorek) – myślę tu głównie o pracach związanych z koniecznością uzupełniania złożonej dokumentacji, a także z samą organizacją pracy w dobie zarazy. Byłem także świadkiem dziewięciu rozmów telefonicznych doktor Katarzyny z chorymi na COVID-19. Cztery z nich, za zgodą pacjentów, lekarka prowadziła w trybie głośnomówiącym. Te chwile uważam za szczególnie cenne, gdyż wcześniej jedynie sporadycznie mogłem obserwować, jak lekarz wykonuje swoją pracę we współpracy z pacjentem. Teleporady, choć zapośredniczone, okazały się łaskawsze dla etnograficznego oka i ucha. Ze względów etycznych nie nagrywałem tych rozmów, lecz jedynie sporządzałem notatki zawierające treść rozmowy i moje wnioski.

Moje obserwacje dowodzą, że podczas pandemii – głównie za sprawą dość skomplikowanej diagnostyki i przez szczepienia – lekarzom przybyło zajęć, z którymi musieli sobie umiejętnie radzić. Zatarła się i tak ledwo widoczna granica między życiem zawodowym i prywatnym lekarzy, dlatego część badań prowadziłem u doktor Katarzyny w domu, gdzie pracowała po godzinach. Powyższe refleksje znajdują także potwierdzenie w korespondencji mailowej z Adamem, młodym warszawskim lekarzem, który zakaził się w pracy. Choć w opracowaniu nie sięgam do tej części materiału, to uznaję doświadczenie Adama za cenne źródło wiedzy o tym, jak

² Wszystkie imiona zostały zmienione.

złożonym problemem jest koronawirus i jak trudno lekarzom – wydawałoby się specjalistom – radzić sobie z ciężarem pandemii.

Problem umiejętności

Choć wydaje się, że kwestia umiejętności to przede wszystkim domena studiów nad percepcją i środowiskiem, to w rzeczywistości problem ten dotyczy znacznie szerszych obszarów badań nad kulturą i formami ludzkiej aktywności (Gowlland 2019). Pytania o to, jak umiejętności są wytwarzane, przyswajane, a następnie zamieniane w konkretne działania, odsłaniają przed badaczami złożony świat wartości i możliwości – świat, który, dzięki nabywaniu i przekazywaniu umiejętności przez działające w nim podmioty, nabiera społecznego charakteru. W tym procesie, jak uczą studia inspirowane zwrotem fenomenologicznym, istotną rolę odgrywają kolejno ciała i zmysły. Nauka – jak mówi Kim Jaida Samudra (2008) – odbywa się poprzez zaangażowanie ciała w ruch i wywodzi się z ciała, a zatem tylko przez ciało możemy osiągnąć i zrozumieć istotę określonych umiejętności. Z kolei Cristina Grasseni (2004) dowodzi, że problem „umiejętnego spojrzenia” angażującego wzrok jest kwestią specyficznego i uspołecznionego treningu. Na przykładzie pozornie oddalonym od moich rozważań, bo na podstawie badań prowadzonych wśród hodowców alpejskiego bydła, Grasseni dochodzi do ważnej konkluzji: spojrzenie nie może być zredukowane jedynie do okulocentrycznej perspektywy, wobec której badacze społeczni – jak się wydaje – są szczególnie krytyczni. Umiejętne spojrzenie to raczej sposób patrzenia na świat – jest więc umiejętnością *sensu stricto* (Grasseni 2004: 41–44).

Nabywanie umiejętności to proces rozłożony w czasie, a więc wprowadzający do doświadczenia tych, którzy się uczą, poczucie jego upływu i związanych z tym pewnych zmian. Badacze używali licznych metafor, które miałyby to zobrazować. Nie brakuje studiów inspirowanych pojęciem habitusu – jak głosi Pierre Bourdieu – przypominającego warstwy osadowe w ciele, do których powstania potrzebny jest przecież czas (Gowlland 2019: 508–509). Takie podejście wprowadza jednak do rozważań nad problemem umiejętności *explicite* linearne rozumienie czasu i trajektorii, wedle których on upływa. Wygląda na to, że źródła tego – jak powie Grasseni – sposobu patrzenia na problem umiejętności mają zachodnie i linearne korzenie. W odpowiedzi na tak redukcyjne podejście w dziedzinie nauk społecznych i humanistycznych narodziło się wiele propozycji metodologicznych badających problem nauki umiejętności, które odchodzą od linearności, faworyzując w zamian atemporalne i nieregularne procesy poznawcze. Nabywanie umiejętności nie będzie więc kumulacyjne – zastąpi je podejście dobrze opisane przez Gowllanda badającego naukę w warsztacie rzemieślniczym:

W jednej chwili wszystko wydaje się dziwne, a potem nagle staje się naturalne. Ćwiczymy i ćwiczymy, powtarzając stale te same działania, i nagle wszystko zaczyna się układać – mamy

to! Upływ czasu, jaki towarzyszy nabywaniu umiejętności, nie jest liniowy – w jednej chwili przyspiesza, by znów zwolnić i zamienić powtarzane czynności w nudny kierat. Nielinearny upływ czasu nie dotyczy jedynie procesów nabywania umiejętności zapisywanych w mięśniach i umysłach; ten czas to również czas społeczny, który nie zawsze spędzamy sami lub nie zawsze musimy spędzać w pojedynkę (Gowlland 2019: 508).

Chwile, w których czas niejako kurczy się i gęstnieje, są więc momentami skokowego przełomu. Sam przełom nie musi skutkować nabyciem określonej umiejętności. Jeśli zaufać Kirsten Hastrup, to właśnie w takich „surowych momentach” (*raw moments*), które duńska badaczka rozumie jako stopnie schodów do wiedzy „odzierające nas z wyobrażeń i wystawiające na czyste doświadczenie” (Hastrup 2010: 204), ludzki umysł otwiera się na doświadczenie, dzięki któremu powstają nowa wiedza, a także powiązane z nią umiejętności. Hastrup (2018) widzi umiejętności jako podstawę ludzkiego działania, a także *modus operandi* podmiotowego zaangażowania w świat. Stąd właśnie jej uwaga nakierowana na problematykę epistemologii – zarówno tych lokalnych, jak i *stricte* antropologicznych. Proces nabywania umiejętności badaczka określa mianem *enskilment* – jest to stan praktycznego dochodzenia do wiedzy, a także zdolność do kreatywnego interpretowania zjawisk oraz źródło zrozumienia podmiotów zaangażowanych w różne działania (Hastrup 2018). Podstawowa dla tego procesu wydaje się umiejętność „prognozowania” (*forecasting*), a więc zdolność do wykorzystywania i interpretowania nabytych kompetencji, dzięki którym podmioty mogą przewidywać i projektować swoje działania w przyszłości. Wiedza zatem, jak głosi Hastrup, nabywana poprzez praktykę i dzięki umiejętnościom, to nie tylko zasób, ale także zdolność do odpowiedzi na warunki narzucane podmiotom przez świat, w którym żyją.

Tim Ingold (1993, 2016) – również faworyzujący nieliniarne struktury czasowe i pojęciowe – traktuje umiejętności przede wszystkim jako praktyki, dzięki którym podmioty operują w środowisku; to dzięki nim w twórczy sposób uczą się i działają, a także współkreują zamieszkiwane środowisko. Te ostatnie traktuję szerzej niż tylko fizyczną przestrzeń życia – uważam bowiem, że to także przestrzeń społeczna, stanowiąca swoistą bazę, na której toczą się ludzkie losy i gdzie działają przeciw aktywnie podmioty. Praktyka lekarska opiera się na tak właśnie pojmowanych umiejętnościach, a więc kompetencjach wytwarzanych, kultywowanych i twórczo redefiniowanych przez kolejne generacje. Dzięki nim podmioty (w przypadku moich badań – lekarze) wykonują tak zwane „zadania” (*tasks*) składające się na „zadaniobraz” (*taskscape*). Zadaniobraz to zbiór powiązanych ze sobą zadań realizowanych przez podmioty, a więc stale zmienna społeczna przestrzeń działania, temporalny wymiar ludzkiej aktywności (Ingold 2018). Ludzie, poprzez realizowanie zadań, wytwarzają i przyswajają wiedzę w dynamicznym i otwartym procesie łączenia różnych porządków epistemologicznych. Do tych zdarzeń dochodzi przede wszystkim w „węzłach” (*knots*), a więc „miejscach” (*places*) łączących zbiegające się tu elementy (Ingold 2016: 100–105). Z linii

łączących kolejne węzły powstają „sieci” (*meshworks*). Całość przypomina więc materiał złożony z licznych wątków umiejętnie wyszywanych w procesie, który nie ma ani początku, ani końca, nie jest miejscowy ani bezmiejscowy, jest miejscotwórczy (*place-making*). Taki świat ma więc otwartą strukturę, a o tym, jakie działania i jaki użytek z różnych istniejących w nim elementów robią podmioty, decydują pojawiające się przed nimi afordancje (Ingold 2015: 38–39; Pokropski 2011: 132–134).

Sądzę jednak, że sposobności, jakie rozpoznają lekarze, są uwarunkowane nie tylko cielesnością podmiotów, jak głosi oryginalna koncepcja afordancji rozwijana przez Jamesa Gibsona (1979), ale także habitualnym zapleczem lekarzy, którego zrąb stanowią wiedza i doświadczenie, a w konsekwencji także określone umiejętności. Uważam, że to właśnie dzięki tym elementom lekarze potrafią rozpoznawać możliwości twórczego działania w swoim społecznym zapleczu; w ten sposób podejmują umiejętne działania w środowisku pracy i wytwarzają jego epistemologiczne i empiryczne wymiary. Co ważne, środowisko to nie jest jedynie biernym obiektem zmiany, ale interaktywną przestrzenią współtworzoną przez mnogość sprawczych podmiotów, w tym – jak podczas wirusowej pandemii COVID-19 – także pozaludzkich. Gdy zatem myślę o lekarskim „środowisku pracy”, robię to w sposób bliski samemu Ingoldowi – mimo że to specyficznie „racjonalny” obszar ludzkiej aktywności i ekspresji (Hahn 1995), jest to także przestrzeń, w której nieustannie produkuje się wiedzę, a przez to także wytwarza się nowe umiejętności. Pozwalają one lekarzom działać w sytuacjach, które zmuszają ich do nieszablonowego działania lub – jak mówi Hastrup – odzierają ich z wyobrażeń i wystawiają na czyste doświadczenie. Traktuję więc pandemię COVID-19 jako surowy moment, czas zaburzony, który zmusza lekarzy do wytworzenia nowych umiejętności i przyswojenia nowej wiedzy. Co ważne, jak przekonałem się w terenie, te dwa istotne elementy praktyki lekarskiej nie muszą się wywodzić ze źródeł ugruntowanych stosownym autorytetem (akademia, gremia itp.). Jak bowiem dowodzą moje obserwacje, często umiejętności i wiedza to wytwory lokalnie działających lekarzy, którzy – nie mogąc czekać na głos instytucjonalny (który zresztą nigdy w czasie pandemii nie był wystarczająco spójny) – sami zabrali się za produkcję i wytwarzanie narzędzi tak bardzo potrzebnych im w tych trudnych czasach. Lekarski zadaniobraz – raz jeszcze podkreślę – to zatem temporalny wymiar ludzkiej aktywności, to obszar stale wymagający uwagi i działania. Nie ulega wątpliwości, że pandemia wyraźniej wymusiła na lekarzach rzutkość działania – bez wynajdywania nowych umiejętności i strategii lekarski zadaniobraz, a wraz z nim system opieki medycznej, uległby przecież gwałtownemu załamaniu. Tym samym dochodzę do wniosku, że walka o utrzymanie wydolności systemu opieki medycznej to nie tylko działania zapewniające odpowiednią liczbę „covidowych łóżek”, ale także, a może przede wszystkim, niewidoczne dla aparatu urzędniczego praktyki lekarzy utrzymujące kreatywny potencjał całego systemu, bez którego nie udałoby się trzymać pandemii we względnych ryzach.

Telefon, standard, czas

Z oczywistych względów nie liczyłem, że będę mógł zobaczyć interakcję między lekarzem a pacjentem chorym na COVID-19. Któregoś dnia jednak prosto z przychodni pojechałem wraz z doktor Katarzyną do jej domu, gdzie miała jeszcze pracować po godzinach. Nie wiedziałem, że praca ta będzie polegała na dzwonieniu do pacjentów. Doktor Katarzyna odbyła osiem rozmów ze zdiagnozowanymi osobami i jedną, podczas której przekazała pacjentce informację o pozytywnym teście na obecność wirusa. Przebieg tych rozmów streściłem w notatkach terenowych.

Praca za pomocą telefonu³ stała się w pandemii nową strategią działania, a także nieoczekiwanym standardem w interakcjach między lekarzami i pacjentami. Choć przez wielu krytykowana – w tym także przez samych lekarzy – telemedycyna pozwoliła mi zobaczyć, jak lekarz pracuje z pacjentami chorymi na COVID-19, jaki prowadzi z nimi wywiad, o co pyta, jak notuje odpowiedzi, jakiej szuka wiedzy i jaką wiedzę przekazuje. Mogłem więc obserwować doktor Katarzynę w samym centrum jej pracy, a przy tym także poprzyglądać się towarzyszącym jej doświadczeniom i emocjom. Przeważnie była to ulga, gdy – jak w przypadku pana Adama – okazało się, że po dziesięciu dniach gorączki i duszności pacjent odczuł poprawę. Były też trudne rozmowy:

Co pani pozostaje? No chyba już tylko modlić się za tego syna, bo u pani nie jest już źle. Jeśli pani jest na tyle antybiotyków uczulona i my wiemy, że to infekcja wirusowa, to nie ma co włączać leków. Nie gorączkuje pani, u niego to jest problem, tylko trzeba ten tydzień jakoś spokojnie przeczekać, ale wstępnie jesteśmy już po połowie infekcji, widać, że to w kierunku łagodnej postaci u pani. Chyba będzie dobrze. [...] Z Panem Bogiem niech pani już tam transakcji takich nie robi, Bóg sam zadecyduje, co i jak. Można rozmawiać i się modlić, ale nie nam decydować. Niech pani się nie zamartwia i cieszy się, że jakoś z tego wychodzi, a on też ma szanse, tylko czas pokaże. Pod respiratorem leżą mniej więcej od trzech do czterech tygodni. Trzeba liczyć na to, że jest szansa. Jutro jesteśmy wszyscy w pracy, gdyby pani czegoś potrzebowała, to pani da znać, dobrze? [kończy].

– Boże, no, u niej lepiej, ale syn w Szczecinie, 55 lat, cukrzyk, pod respiratorem. Widzisz, jak to jest? (notatka 10).

Nie brakowało także irytacji, gdy po raz kolejny lekarka tłumaczyła chorym różnice między izolacją a kwarantanną⁴ lub gdy spierała się z pacjentem negującym pandemiczne zagrożenie. Po trudnej rozmowie z panem Kamilem doktor Katarzyna powiedziała:

³ Telemedycyna i teleporady w żadnym razie nie są nowością w biomedycynie, choć w Polsce raczej stanowiły rzadkość. Pandemia zatem zintensyfikowała ich stosowanie, a nie „wynałazła”.

⁴ Komunikaty płynące od władz mogły wprowadzać zamieszanie. Zdaniem lekarek, z którymi pracowałem, nie były jasne, podobnie jak polityka zarządzania pandemią.

To sceptyk. Pierwszy test wyszedł ujemny. I co pani mi teraz powie? Po co to było robić?! – on mi mówi. Ale ja się nie będę wyklócać i słuchać impertynencji jakiegoś głupka. Będzie mi mówił, jasnowidz jeden. Dopóki nie zrobimy, to nie wiemy (notatka 10)⁵.

Wcześniej, bo w grudniu 2020 roku, byłem świadkiem rozmowy, gdy do doktor Katarzyny zadzwoniła pacjentka z informacją, że ojciec, którego również leczyła rozmówczyni, zmarł z powodu COVID-19. Dzwoniąca, targana emocjami, zarzucała lekarce brak współczucia, bo ta odmówiła zwolnienia jej matki z obowiązku kwarantanny (czego, zgodnie z obowiązującymi przepisami, nie mogła zrobić). Doktor Katarzyna nie mogła się pogodzić z tymi oskarżeniami, choć do pewnego stopnia rozumiała, że były one rzucane w afekcie. Zarówno od niej, jak i od doktor Amandy dowiedziałem się, że takie rozmowy zdarzały się częściej. Na szczęście nie zawsze dotyczyły śmierci, ale mimo to były trudne dla lekarek, zarówno pod względem osobistym, jak i psychologicznym. Brakuje mi na ten temat szczegółowych danych, ponieważ lekarki niechętnie opowiadały mi o tych problemach, odnoszę jednak wrażenie, że żadna z nich nie wykształciła w sobie mechanizmów radzenia sobie z takimi sytuacjami, poza – rzecz jasna – ogólną zawodową odpornością nabytą podczas lat pracy.

W sytuacji zatem gdy spotkanie w gabinecie stało się ryzykowne lub niemożliwe, ciężar emocjonalny i merytoryczny relacji między lekarzem a pacjentem spadł na łącza telefoniczne, które urywały się nie tylko od liczby połączeń, co dane mi było zaobserwować w poradni, ale także od wagi prowadzonych rozmów. Taka sytuacja była dla lekarek czymś nowym. Oczywiście rozmawiały one przez telefon z pacjentami, jednakże nigdy wcześniej nie musiały używać tego medium jako podstawowego narzędzia pracy. Niełatwo im więc było, przynajmniej na początku pandemii, zorganizować skuteczny system teleporad, a także rozmawiać z pacjentami w taki sposób, aby zapośredniczone konsultacje miały jakiś sens zarówno dla chorych, jak i samych lekarek. Aby usprawnić komunikację z pacjentami, lekarki samodzielnie założyły oddzielną linię telefoniczną wyłącznie dla pacjentów z COVID-19. Starą linię przeznaczyły zaś do obsługi pozostałych pacjentów. Na każdym biurku miały teraz po trzy telefony (jeden do komunikacji wewnętrznej), które nieraz dzwoniły jednocześnie. Choć miejsce ich pracy zaczęło przypominać bardziej centrum telekonferencyjne, a nie gabinet lekarski, to wprowadzone zmiany stworzyły podstawy nowego węzła do komunikacji z chorymi, a także wytworzyły nową formę organizacji pracy w obrębie przychodni. Lekarki przekonywały, że bez tych zmian – ograniczających przecież kontakt z pacjentami – praca poradni w warunkach pandemii nie byłaby możliwa. Nikt z personelu przychodni – ani lekarki, ani pielęgniarki – nie chciał podejmować ryzyka, dlatego wizyty w placówce

⁵ Lekarka wyraziła zgodę na zacytowanie tej wypowiedzi, mając przy tym nadzieję, że posłuży ona w celach w pewnym sensie dydaktycznych. Oczywiście daleki jestem od przyjmowania tonu dydaktycznego, choć Czytelnikowi należy się informacja o kontekście wypowiedzi.

ograniczono wyłącznie do niezbędnego minimum i obwarowano przy tym surowymi rygorami sanitarnymi. Później, począwszy od wczesnej wiosny, praktyka ta uległa pewnemu poluzowaniu – chociażby ze względu na wykonywane w placówce szczepienia (nie tylko przeciw COVID-19), a także ze względu na ogólny spadek liczby zachorowań.

Gdzie indziej (Wierciński 2021a, 2021b) pisałem o potrzebie wytwarzania „standardów”, czyli praktyk i powiązanej z nimi wiedzy, które pozwalają lekarzom na skuteczne działanie. Standardy, choć pozornie redukujące różnorodność działań, są również podobne do Ingoldowskich umiejętności. Standardy to przecież sztuka działania, dzięki której lekarze dokonują zmian w ciałach i biografiach pacjentów. To dzięki nim lekarze zamieniają swoją wiedzę w praktykę i nadają jej dynamikę; standardy rodzą sensy i kreślą sposoby działania. Rzecz jasna, żaden lekarz nie zostaje wyposażony w gotowy pakiet standardów – te, jak przekonywali mnie moi rozmówcy, są nabywane przez lata, już podczas praktyki, a często także po prostu samodzielnie wypracowywane jako indywidualne *know-how*. Każdy lekarz ma więc swoje standardy – zarówno „dziedziczone” po poprzednich generacjach, jakby powiedział Ingold, jak i te produkowane w praktyce, dzięki stale pojawiającym się sposobnościom i poprzez ustawiczną ekspozycję na Hastrupowskie „surowe momenty” odzierające z wyobrażeń.

Doktorki Katarzyna i Amanda po wybuchu pandemii wytworzyły wiele własnych standardów, a jednym z nich okazało się rutynowe dzwonicie do zdiagnozowanych pacjentów. Co ważne – część z nich to osoby dobrze znane lekarkom, leczące się, wraz z rodziną, w badanej poradni już od wielu lat. Nierzadko więc zakażały się też wielopokoleniowe rodziny chorych, dodatkowo komplikując i tak dość trudną sytuację, w jakiej znajdowali się pacjenci. Po każdej rozmowie lekarki sporządzały notatkę i załączały ją do dokumentacji medycznej chorych. Wypracowały schemat tworzenia tych notatek, a także reguły związane z częstotliwością wykonywanych telefonów. Działania lekarek koncentrowały się na rozwiązywaniu często skomplikowanych sytuacji chorych, a także na „rozplątywaniu” problemów, z którymi ci, a także ich rodziny, musieli się mierzyć. Rozmówczynie, podczas rozmów z pacjentami i ze mną, wielokrotnie używały takich słów, jak „wyjaśnianie”, „ustalenie” czy „porządkowanie”. W tym sensie ich działania przypominały więc kreślenie eksperckich i nowoczesnych w swoim charakterze linii, które dla Ingolda (2016, 2015) nie są trajektoriami prowadzącymi do rozbudowanego świata wiedzy i doświadczeń, lecz raczej redukcyjnymi drogami na skróty. Nie widzę tu jednak, jak Ingold, pułapki zastawionej przez nowoczesność. Praktykę „klarowania i prostowania” interpretuję jako emiczną formę ekspresji lekarek działających w świecie kultury biomedycznej, gdzie reguły sztuki nakazują poznanie problemu, a następnie jego usunięcie lub ograniczenie poprzez kontrolę. Działania dążące do prostowania doświadczeń i problemów chorych są egzemplifikacją takich reguł.

Oczywiście kultura biomedyczna ma swoje źródła w nowoczesnym dyskursie, taki dyskurs traktuję jednak jak jeden z wielu współwystępujących obok siebie – jest to

podejście zgodne z ogólną tendencją w antropologii medycznej, w której podkreśla się wzajemną komplementarność praktyk medycznych (Penkala-Gawęcka 2006, 2014). Zresztą, jak pokazałem gdzie indziej (Wierciński 2019, 2021a), działania lekarzy POZ, w tym doktorek Katarzyny i Amandy, niejednokrotnie opierały się na umiejętnym łączeniu ze sobą różnych porządków wiedzy i wartości – także tych, które nie miały źródeł w biomedycynie *sensu stricto*. Ta obserwowana przeze mnie zdolność lekarzy do przenikania między często kontrastującymi porządkami i wartościami – jak na przykład lekarskie chłodne spojrzenie i dystans przeplatane nawiązywaniem złożonych i zupełnie niemedycznych relacji w gabinetach POZ (opartych m.in. na wymianie, szczególnie w wiejskich i małomiasteczkowych poradniach) – jest przecież także pewną umiejętnością i strategią działania w tej unikatowej części sektora medycznego. Jak deklarowali lekarze, podstawowa opieka tego właśnie wymaga. Choć tylko część rozmówców w ostatnich latach mówiła o tym wprost, to większość z nich w jakiejś formie ten postulat realizowała. Mimo że moje interpretacje ograniczają się do materiału pozyskanego tylko z jednej poradni, intuicja i wcześniejsze doświadczenia badawcze podpowiadają mi, że pandemia tylko ten stan wzmocniła.

Jednakże doświadczenie choroby zamyka podmioty w ciasnych przestrzeniach osobistego cierpienia i emocji. Lockdowny, kwarantanna, a także hospitalizacja z pewnością nie były dla nikogo łatwe – również dla lekarek, które doskonale znały statystyki przeżywalności, na przykład tych, którzy musieli zostać podłączeni do respiratora. Takie sytuacje nie są więc węzłami będącymi, w rozumieniu Ingolda (2016), obszarami kreacji, ale raczej supłami, w których ruch spowalnia, a posiadane umiejętności i strategie działania wydają się niewystarczające. W supłach świat traci swoją otwartą strukturę, dominuje poczucie stagnacji, bezsensu i traconego czasu. Nie jest więc zawsze tak, jak chce Ingold (2016: 174), piszący, że gdziekolwiek jesteś, zawsze jest gdzieś indziej, do którego możesz się udać. W pewnych warunkach „gdzieś indziej” staje się, przynajmniej chwilowo, nieosiągalne. Moje obserwacje – nie tylko te z okresu pandemii – świadczą, że lekarze nie czuli się komfortowo w sytuacjach, w których ocierali się o granicę własnej wiedzy lub możliwości, jakie oferowała im ich praktyka. Są to bowiem sytuacje, co dane mi było niejednokrotnie usłyszeć, w których medycy czuli, że nie mieli już zdolności do kreatywnej i adekwatnej odpowiedzi na pojawiające się wyzwania. Parafrazując słowa Hastrup, można powiedzieć, że były to momenty zbyt surowe, wobec których często pozostawało jedynie poczucie bezradności oraz daremności podejmowanych – jeśli w ogóle – działań.

W takich chwilach czas, w którym były osadzone działania lekarzy, wyraźnie zwalniał. Dla moich rozmówczyń podobne sytuacje były trudne do zaakceptowania, dlatego w ich wypowiedziach i działaniach nader często pojawiały się wątki i elementy, które miały utrzymywać subiektywne tempo zdarzeń i wprawiać czas w ruch. Gdzie indziej pisałem (Wierciński 2019) o dwóch osiach czasu, którymi posługują się lekarze POZ – są to kolejno „czas krótki”, który odpowiada zbiurokratyzowanej

koncepcji wizyty trwającej około 10 minut, oraz „czas długi”, czyli rozciągnięta perspektywa, w której lekarze osadzali biografie i trajektorie swoich pacjentów oraz ich rodzin. Teraz jednakże widzę, że czas w POZ ma także trzecią właściwość, którą jest właśnie poczucie ruchu i przyspieszenia. Oto fragment rozmowy z doktor Katarzyną, w której wybrzmiewa potrzeba wyprzedzenia zdarzeń, by nie doszło do ich nadmiernej kumulacji i spowolnienia akcji:

Wiem, o co chodzi, kwintesencję piszę, czy gorączkuje, jak smak, jak sytuacja kliniczna. Jutro musiałabym na to poświęcić ze dwie godziny, a tak to te sprawy będę miała załatwione dzisiaj. Jutro pracuję oficjalnie od 13, ale przyjeżdżam na 10, bo mam różne sprawy, covidy, sprawdzam wyniki, dostaję ujemny, to muszę dzwonić, jak dodatni, to też. Muszę do tych covidowców podzwonić i popytać się, co i jak, badania wpisać, recepty wpisać. Dopiero od 13 zaczynam wizyty takie umówione. Więc widzisz, dziewięć tutaj, jutro będę tylko pisała pesel i kod wizyty, że covidowa, i to wszystko pójdzie do kasy. Jutro przychodzę i proszę – te były negatywne, więc tylko wpisuję wyniki jako normalna wizyta. Z tych zdjęłam już kwarantannę i już wpiszę jako covid, i idą do kartoteki. To są nadal covidy i do nich za dwa dni znowu zadzwonię, i się zapytam. Inaczej to bym się to w ogóle nie połąpała, plus jeszcze nowe, co zacznę się wszystko. Rozumiesz? Wiesz, ile to czasu pochłania?! Więc tylko starasz się o jakiś porządek (w. 47).

Można więc powiedzieć, że teleporady, choć pozornie płytkie i wygodne dla lekarzy, wcale takie nie były. Co prawda, wyczerpywały doświadczenie krótkiego czasu (szybko i dużo telefonów), lecz wymagały cierpliwości i opanowania nowych umiejętności. Lekarki nie prowadziły wcześniej swoich pacjentów wyłącznie za pomocą takiego medium, jakim jest telefon, a więc nie osadzały ich jedynie na krótkiej osi czasowej. Wywiad w praktyce lekarskiej stanowi jedno z podstawowych narzędzi pracy, ale – o czym już od 2014 roku mówili mi lekarze – to przede wszystkim rozmowa i rozciągnięta w czasie praca z ciałem pacjenta stanowiły epistemologiczną podstawę ich działań. Stała praca z ciałem pacjenta i cykliczne rozmowy przenosiły lekarzy i ich podopiecznych do porządku czasowego opartego na pogłębionej interakcji opartej na zaufaniu oraz dogłębnej i dwustronnej znajomości. W badanej przychodni w wyjątkowych sytuacjach lekarze przyjmowali chorych z COVID-19, korzystając przy tym z zabezpieczeń. Nie dane mi było obserwować tych wizyt, lecz mogłem zobaczyć, jakie środki bezpieczeństwa stosowały lekarki – szerzej piszę o tym gdzie indziej (Wierciński 2021b). Bez wątplenia jednak w ich pracy z pacjentami przeważnie brakowało ucieleśnionego doświadczenia. Lekarkom zabrakło więc jednego z podstawowych źródeł wiedzy o chorych, brakowało im także możliwości osadzania ich problemów w dłuższych strukturach czasowych – przyznały to niezależnie od siebie doktor Katarzyna i doktor Amanda. Być może wynikało to z „nagłego” i ciągle świeżego charakteru pandemii – prace Žižka (2020a, 2020b) odkrywają przecież przed czytelnikiem i ten wymiar zarazy przychodzącej nagle i dziejącej się również nagle, tu i teraz. Mało kto, kontynuuje

filozof, myśli o pandemii w przyszłych kategoriach – pandemia ma zniknąć równie szybko, jak się pojawiła. Tak jednak, przestrzega Žižek, się nie stanie – wirus zostanie na dłużej, a być może stanie się po prostu częścią współczesnego życia. Zdaje się więc, że doktorki Katarzyna i Amanda także musiały się oswoić z tym nowym stanem.

Obserwowane rozmowy telefoniczne to więc jedynie namiastka pogłębionego doświadczenia. Mimo to powstałe w ich trakcie sensory i znaczenia, choć ograniczone możliwościami medium telefonu, są stale włączane przez zaangażowane podmioty do szerszej sieci wiedzy, praktyk i zadań konstytuujących świat POZ. Doktor Katarzyna musi przecież osadzać odbyte rozmowy w szerszym kontekście zawodowym, zgodnie z zasadami regulującymi działalność poradni, a także z procedurami postępowania z chorymi na COVID-19. Moja obecność w trakcie rozmów ujawniła więc proces, w którym doktor Katarzyna łączyła w jednej chwili własną wiedzę z historiami pacjentów, ze śladem, jaki w ich życiu zostawiał wirus i z zasadami wyznaczonymi przez także przecież sprawcze w pandemii podmioty administracyjne (np. NFZ). Produkcja nowej dokumentacji (tej wymaganej i produkowanej samodzielnie), a więc pewnej formy konkretyzacji doświadczenia i materialnej namiastki praktyki niesienia lekarskiej pomocy, stała się działaniem spajającym te wątki. Powstała dokumentacja, choć esencjonalna, w rzeczywistości sygnalizuje istnienie głębszej potrzeby produkowania i wchodzenia w posiadanie umiejętności, bez których lekarzom trudno jest nie tylko działać, ale również myśleć o swoich działaniach w kategoriach zawodowej sprawczości. Jednocześnie nowa forma dokumentacji, a także zaobserwowane strategie działania oraz umiejętności wytwarzania wiedzy odsyłają mnie do pozornie ukrytej przestrzeni złożonej z rozmów, emocji, doświadczeń, działań, standardów oraz sposobów dochodzenia do wiedzy. Razem wszystko to świadczy o podmiotach-lekarzach będących stale w ruchu i odkrywających nowe ścieżki i sposobności działania. Opisana w dokumentach historia każdego pacjenta z COVID-19 to świadectwo istnienia tychże zjawisk. To również refleks wyuczony, a może wręcz habitualnej potrzeby lekarzy do umiejętnego spojrzenia oraz docierania do istoty problemu – istoty, która ciągle jeszcze przecież wyłania się – zarówno przed lekarzami, jak i pacjentami. Pandemia bowiem nie tyle „jest”, ile „staje się” sztuką odgrywaną w kolejnych aktach otwieranych przez przychodzące fale ponumerowane tak właśnie, jak oglądane teatralne akty lub części czytanej epickiej sagi.

Szczepienia

Szczepienia w badanej przychodni od początku były źródłem problemów, emocji i kontrowersji. Nie pomagała społeczna atmosfera panująca wokół tego tematu. Choć wydawałoby się, że opracowanie szczepionek powinno zostać przyjęte entuzjastycznie, to jednak technologia mRNA oraz niezwykle rzadkie skutki uboczne zmobilizowały

przeciwników szczepień. Podlasie należy do najsłabiej wyszczepionych regionów, co doskonale pokazał gwałtowny rozwój czwartej fali na tych terenach⁶. Statystyki znajdują potwierdzenie w terenie – lekarki często opowiadały o pacjentach, którzy odmawiali szczepienia lub się go bali. Praca z takimi osobami nie była łatwa, a postawy negujące zagrożenia związane z pandemią i kwestionowanie skuteczności szczepień moje rozmówczynie po prostu złościły. Mimo to próbowały objaśniać pacjentom zasady działania szczepień, a także uświadamiać ich o zagrożeniach, jakie przyniosła pandemia. Nie zawsze jednak starania te kończyły się sukcesem:

Teraz już się nie patyczkuję i piszę w karcie: w dniu takim i takim świadomie odmawia bezpłatnego szczepienia. To na wypadek gdyby zachorował albo chciał się szczepić, jak wprowadzą odpłatność (doktor Katarzyna, notatka 12).

Ciążar organizacyjny Narodowego Programu Szczepień spadł w znacznym stopniu na przychodnie POZ. Łatwo dało się to zaobserwować w terenie – przestrzeń i grafik badanej przychodni zostały podporządkowane szczepieniom. W rezultacie ogromna część pracy lekarek to obecnie realizacja programu uodporniania populacji, co w praktyce okazało się zadaniem nieraz karkołomnym. W zasadzie każdy dzień szczepień – a były to zazwyczaj środy i czwartki, choć byłem także świadkiem sytuacji, gdy szczepienia trzeba było zorganizować z dnia na dzień, bo niespodziewanie do przychodni dotarły nadprogramowe dawki – był nerwowy i wykańczający dla całego personelu. Oto opis takiego dnia, podany przez doktor Amandę:

W środę są szczepienia, kalendarz szczepień środowy kuleje, ponieważ część osób przepchnęliśmy na trochę wcześniej. Plus część osób już wie – miała się szczepić pani Z., ale chora jest na covid, więc wypada. Muszę na to konto kogoś wpisać, już wiem kogo. Tam jest jeszcze jedna pacjentka onkologiczna, która poprosiła, że może jeszcze nie, to muszę ją z tej środy wypisać, trzeba to wszystko w tym kalendarzu zrobić, anulować, na nowo wpisać... ile to czasu! Ze szczepieniami jest okropny bałagan i pochłaniają mnóstwo czasu. Na przykład dziś o 16 przychodzi facet na szczepienie, ale mówi, że nie wie, czy się zaszczepi, bo żona dziś zachorowała i nie wie, czy może. No, ale co to ma do rzeczy? Żona też na dziś była i nie będzie. To teraz pan mi mówi? Czy państwo nie wiecie, że szczepionki są dla was zamawiane? Co my mamy teraz z tym zrobić? Więc ja mam teraz listę zapasową, bo się w komputerze pokazuje, kto szczepiony, a kto nie. Biorę tych „nie” z innych wizyt i dzwonię i pytam, czy chcą. Okazało się, że kolega faceta chciał i tak się z 10 tych nabiera i jeden-dwa wskoczą. Ale to mnóstwo czasu i energii, bo trzeba wydzwaniać, szukać (notatka 9).

Uderza tu liczba zapętleń i komplikacji – lekarki niemalże grzęzną w gąszczu organizacyjnym i, rzecz jasna, jest to dla nich frustrujące. Jak przecież pisałem, ich praca ma być przede wszystkim umiejętnym ruchem i rozplątywaniem problemów pacjentów,

⁶ <https://www.gov.pl/web/szczepienia-gmin#/ranking> (dostęp: 26.08.21), <https://bialystok.tvp.pl/56730495/najwiecej-zakazen-w-czwartej-fali-pandemii> (dostęp: 05.11.2021).

a nie zmaganiem się z organizacją procesu, który – zdaniem lekarek – nie jest medycyną *sensu stricto* i należy do zadań aparatu administracyjnego. W takich chwilach wykonywana praca wydaje się jedynie frustrującym wysiłkiem, a doświadczany przez lekarzy czas wyraźnie spowalnia; Ingoldowska kwintesencja życia realizowanego poprzez działania i zadania grzęźnie w biurokratycznych komplikacjach i skrajnym wysiłku. Nie jest więc zaskoczeniem, że lekarze nie zawsze radzili sobie z trudem realizowania zadań, takich jak masowe szczepienia, które wymagały dodatkowych sił i zasobów, a przy tym dbania także o pacjentów, którzy nie chorowali na COVID-19.

Przychodnia, w której prowadziłem badania, jest mała, a pracujący w niej personel niemłody. Doktor Katarzyna ukończyła już sześćdziesiąt lat i sama ma problemy ze zdrowiem, a doktor Amanda, choć o kilka lat młodsza, to na początku tego roku przeszła zawał serca. Moje doświadczenia badawcze z wcześniejszych lat sugerują, że model przychodni oparty na pracy zaledwie kilku lekarzy w wieku okołoemerytalnym dominuje na Podlasiu i w znacznej części Mazowsza. Aby szczepienia przebiegały bez większych zakłóceń, trzeba było zorganizować dodatkowy personel, co nie jest w polskich realiach łatwe – brakuje pielęgniarek i lekarzy⁷. Doktor Katarzynie i doktor Amandzie udało się pozyskać dodatkowy personel, ale za wygórowaną stawkę – „rynek”, o którym wypowiadały się zazwyczaj z entuzjazmem, tym razem obrócił się przeciw nim. Dodatkowa praca dochodzącej pielęgniarki pochłaniała większą część zysków związanych z podawaniem szczepionek. Ta praca była więc na granicy opłacalności, choć oczywiście lekarzki rozumiały jej znaczenie społeczne. Po raz kolejny dane mi było więc zaobserwować w praktyce to, na co moi rozmówcy zwracali uwagę już od 2014 roku. System medyczny w Polsce – mówili lekarze – działa nie dlatego, że jest właściwie finansowany i zorganizowany. Działa, ponieważ osoby, na których się opiera, poświęcają nierzadko część swojego życia osobistego po to, aby się nie załamał. Narodowy Program Szczepień funkcjonuje więc, jak przekonywały rozmówczynie, nie dlatego, że został znakomicie zorganizowany, lecz dlatego, że jest prowadzony przez ludzi, którzy rozumieją powagę sytuacji. Gotowi są więc utknąć – nie po raz pierwszy – w chaosie organizacyjnym i informacyjnym. Lata pracy w stale zmienianym postsocjalistycznym systemie opieki medycznej nauczyły lekarzy radzenia sobie z gąszczem nieraz sprzecznych przepisów oraz z ograniczonymi zasobami. Mogę powiedzieć, że takie strategie „radzenia sobie”, a także zdolność do poruszania się w niestabilnym środowisku pracy, urosły wręcz do rangi swoistej sztuki, stały się umiejętnością *per se*. Jaką więc ulgę przynosiły moim rozmówczynom dni, takie jak ten:

Był problem z systemem u jednej z pacjentek, miała mieć drugą dawkę, a wyskakiwało, że już miała. No jak to, przecież ja tego potrzebuję! Proszę pani, ja jestem tylko pracownikiem, mam podać i nacisnąć. No i znalazłam w jakimś drugim systemie, bo jedna taka chciała się szczepić,

⁷ <https://www.prawo.pl/zdrowie/szpitala-zamykaja-oddzialy-juz-brakuje-lekarzy,509402.html> (dostęp: 26.08.21).

żeby w tej loterii być, i to był jakiś drugi system, i jakoś to zrobiłam. Ale znowu – tyle mi to zajęło, a tu nie ma czasu, bo wszyscy są umówieni. Ale ogólnie dziś wreszcie było tak, jak trzeba, kto miał się szczepić, to był, kto na drugą, to miał (w. 48).

Ten fragment rozmowy, w którym doktor Katarzyna podsumowała dzień pracy, pokazuje, że dzięki umiejętnościom i konsekwencji działania lekarzy, nawet w patowych sytuacjach, mogą wybiegać w przyszłość i zmierzać, jak powie Ingold, „gdzieś indziej”. Jedynie taka sytuacja utrzymuje warunek niezbędny do podtrzymywania pierwotnej struktury nieustannie przecież zmieniającego się świata, który – znów wybiegając myślami do Ingolda – nie stoi, lecz stale biegnie, przez co możliwe są ruch i zmiana. Każda inna sytuacja jest zaprzeczeniem istoty życia społecznego, jest jego uśmiercaniem. Stąd obserwowane poczucie lekarek, że mimo iż program szczepień przyniósł im więcej pracy przy marnym zarobku, to jednak był na tyle ważny, że jego zaniechanie zabrałoby z życia społecznego pierwiastek zapewniający ruch i otwierający przed ludźmi miejsca, do których mogą iść dalej – wrócić do pracy czy wyjechać na wakacje.

Sądzę, że jest to najprostsza, a zarazem najważniejsza lekcja, jaką doktor Katarzyna i Amanda wyniosły z pandemii – aby nie popaść w stagnację, same musiały umiejętnie wziąć na siebie ciężar organizacji pracy i działań związanych z pandemią. Próżno było im szukać wskazówek w słabo ocenianym aparacie instytucjonalnym i urzędniczym – ten bowiem, zdaniem lekarek, znów nie stanął na wysokości zadania i nie poradził sobie z wyzwaniem, jakie przyniosła pandemia. Ciężar wyzwań rozmówczynie musiały udźwignąć same i same także musiały ustalić, jakimi narzędziami należy się do tego zabrać – pokazały to samodzielnie wytworzone strategie realizowania szczepień, jak również w ogóle ustanowione zasady funkcjonowania poradni w czasie pandemii. Czas zarazy – dla rozmówczyń bez wątpienia osobiście i zawodowo trudny – przyniósł także swoiste doświadczenie odnowy sensu ich pracy zawodowej. Przypomniał im również, że istotą pracy w podstawowej opiece, która przecież jest w znacznym stopniu urynkowiona i – zgodnie z globalnymi trendami – poddawana liberalnym wpływom (Rylko-Bauer, Farmer 2002; McKenna 2012), jest nieustanna zdolność oraz gotowość do innowacji i przedsiębiorczości.

Można oczywiście – jak często robią to przecież badacze – spoglądać krytycznie na liberalne wpływy w praktyce lekarskiej. Ja jednak uważam, że – paradoksalnie – to właśnie doświadczenia związane z kulturą rynku dały rozmówczynom podstawy do wytworzenia nowych działań i umiejętności potrzebnych do zarządzania kryzysową sytuacją. Obie lekarki ukończyły podyplomowe studia menedżerskie z zarządzania w opiece medycznej. Doktor Amanda pracowała przez wiele lat dla jednej z większych korporacji farmaceutycznych, w której szybko pięła się po szczeblach kariery i musiała umiejętnie radzić sobie zarówno z presją, jak i organizacją całych procesów działań. Doktor Katarzyna zaś przez lata pełniła funkcję dyrektora poradni, najpierw jeszcze w ramach tak zwanego Miejskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej, a później już w badanej poradni, założonej wedle zasad reformy z 1997 roku, która

zachęcała lekarzy do tworzenia spółek i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (Czachowski 2005; Włodarczyk 2000). Personel badanej poradni jest więc doświadczony – zarówno na polu *stricte* medycznym, jak w sprawach związanych z samym procesem i organizacją świadczonej opieki. Okazuje się więc, że właśnie ten element – a więc zgłaszana w trakcie całych moich badań przez licznych lekarzy ogólna akceptacja kultury wolności gospodarczej i ekonomicznej – stanowią dodatkowy i być może decydujący walor pomocny w walce z pandemią.

Nie jest mi więc łatwo znaleźć wspólny język ze Sławojem Žižkiem. Jego pierwsza praca o pandemii zatytułowana *Pandemic! COVID-19 Shakes the World* (2020a) wniosła nieco świeżości, bo filozof pokazał w niej nieoczywiste konsekwencje i procesy zapoczątkowane przez zarazę, a także wyraził nadzieję, że chwilowo oddzieleni od siebie ludzie znajdą nowy sens w byciu wspólnotą. W kolejnym eseju natomiast Žižek (2020b) – choć także już w tym pierwszym – w dość typowy dla siebie sposób nawołuje do ustanowienia globalnego i (nowo)komunistycznego porządku ponadnarodowej solidarności, kontroli ekonomii i opieki medycznej. Apel ten uważam za nietrafiony i utopijny: mechanizmy i wartości – nazwijmy je „rynkowymi” – same w sobie nie są przecież ani uniwersalne, ani totalne. Są pierwotnie rozproszone w globalnym kalejdoskopie współczesnej zachodniej kultury liberalnej oraz – jak uświadamiają mi historie doktorek Katarzyny i Amandy – twórczo wykorzystywane przez lokalnie działające i sprawcze podmioty do celów o wiele szerszych i bardziej złożonych niż barbarzyńska władza, zarobek i kontrola.

Być w ruchu

W POZ lekarz, wraz z zespołem, powinien koordynować proces leczenia i diagnostyki pacjentów. Choć wydaje się, że to ważne zadanie, to wśród rozmówców pojawiały się głosy, że praktyka w POZ jest monotonna i obłożona ogromem powinności administracyjnych. W tym układzie lekarz stał się nie tyle sprawczym koordynatorem, ile – jak powiedział mi kiedyś mój rozmówca – uprzedmiotowionym „skrybą” pracującym w sztywnych godzinach i wedle zasad dyktowanych przez NFZ. A przecież wokół medycyny panuje szczególna aura – to profesja dla „małych bogów” – jak pisze Paweł Reszka (2017). Czy bogowie mogą sobie pozwolić na takie ograniczenia?

W badanej przychodni pandemia COVID-19 przełamała opisaną monotonię. Prawdą jest, że doktor Katarzyna i doktor Amanda zostały przygniecione ciężarem wyzwań i obowiązków (doktor Amanda przypłaciła to zawałem serca – do pracy wróciła dopiero na początku 2021 roku), choć jednocześnie przed lekarkami otworzyły się nowe sposobności działania. W ten właśnie sposób w ruch zostało wprawione koło, dzięki któremu mogły kreatywnie i sprawczo odpowiadać na wyzwania związane z pandemią. Jest ich przecież mnóstwo: stale rosnąca wiedza o COVID-19, doświadczenia i problemy chorych, a także nowe sposoby organizacji

pracy i szczepienia – to tylko niektóre z wyzwań, z jakimi musiały sobie poradzić lekarki.

W tym właśnie radzeniu sobie, które raz objawiało się wynajdywaniem standardów i tworzeniem działań, a innym razem było poszukiwaniem sposobów kontaktu z chorymi, dostrzegam najistotniejszą etnograficzną lekcję płynącą z moich badań. Paradoks medycyny polega bowiem na tym, że jest to praktyka teoretyczna, a jednocześnie nastawiona na naukę poprzez działanie i zmianę. Lekarz „wie” oraz „uczy się” w pracy i poprzez pracę, która stale zabiera go gdzieś dalej. Praca lekarza, nawet w wydawałoby się dość „spokojnej” podstawowej opiece, to ciągle nowe przypadki i doświadczenia, wdrażanie znanych i wytwarzanie nowych procedur, odkrywanie i wracanie do tego, co już zostało odkryte. Praca wykonywana poprzez umiejętności i zadania jest więc kołem zamachowym, które otwiera nowe sposobności i możliwości działania; praca to poznawczy filar, na którym lekarze opierają swój autorytet i który pozwala im być w ruchu. Lecz czy ten filar to ni mniej, ni więcej jak „przedsądy” znane z filozofii Hansa-Georga Gadamera (2004), a cykliczny proces poznawczy lekarzy to dowód na słuszność koncepcji wiedzy opartej na ruchu kolistym? Zwrot w tym kierunku nie byłby zaskoczeniem, bo hermeneutyka odegrała przecież ważką rolę w tworzeniu podstaw filozoficznych antropologii medycznej. Ponowne uznanie roli przedsądów i interpretacji w procesie poznawczym lekarzy byłoby potwierdzeniem celności i aktualności ustaleń poczynionych przez postaci tak ważne dla antropologii medycznej, jak chociażby Byron Good (1993). Czyżby zatem nie fenomenologiczne doświadczenie świata, lecz hermeneutyczna interpretacja była tym szczególnym walorem, dzięki któremu wyłaniają się nowe umiejętności lekarzy?

Odpowiedź na to pytanie jest przecząca i twierdząca jednocześnie: lekarz to rzeczywiście – jak uczy Good – mistrz biegły w sztuce interpretacji znaczeń ukrytych w różnych symbolach. Bez tej sztuki, uczonej w zasadzie na każdym etapie procesu stawania się lekarzem, medycy nie byłiby zdolni ani do działania, ani do przyswajania kolejnej wiedzy. Ich wiedza, jak pokazały moje wcześniejsze badania, ma bowiem charakter kumulatywny – to proces uczenia się treści możliwych do zrozumienia wyłącznie dzięki wcześniej poznanym faktom. Rysuje się więc w tym procesie wyraźna genealogia wiedzy i historia dochodzenia do niej – historia, która jest zakorzeniona w szerszych zjawiskach dziejowych i procesach społecznych (Le Fanou 2002). Istnieje jednak również drugi wymiar tej nauki, który przenosi rozważania o źródłach lekarskiego umiejętnego fachu na pola wybitnie już fenomenologiczne – do doświadczenia i działania właśnie, do bycia lekarzem w jeszcze inny sposób niż tylko poprzez sprawną interpretację i czytanie ciała pacjenta. Nieraz przypominała mi o tym doktor Katarzyna, która obrazowo przedstawiała problem natury wiedzy i praktyki lekarskiej. Bez zdolności i umiejętności do sprawnej interpretacji symptomów lekarz działa jakby po ciemku – powiedziała mi kiedyś. Lecz gdyby nie wieloletnie doświadczenie pracy na oddziale internistycznym w szpitalu miejskim, to doktor Katarzyna, jak twierdziła – już w POZ – wciąż działałaby po

omacku. Doświadczenie bycia na oddziale, na które składa się chociażby presja, zmęczenie i praca ze zróżnicowanymi pacjentami, dały jej taki rodzaj wiedzy, której nie można nauczyć się inaczej jak poprzez doświadczenie, poprzez wystawienie ciała na specyfikę pracy na oddziale, poprzez męczący „kierat”, jak nazywali ten stan lekarze. Zresztą, ten właśnie wiedzotwórczy kierat dla wielu był nie tylko źródłem ekspansji wiedzy i sposobem nabywania nowych umiejętności, ale także, jak wielokrotnie słyszałem, pierwotną, a zarazem ostateczną przyczyną opuszczenia szpitali na rzecz pracy w poradniach POZ. W tych placówkach medycyna wydawała się lekarzom spokojniejsza i mniej wycieńczająca, w nich także nie panowały już hierarchiczne struktury władzy – tu lekarz, szczególnie właściciel/współwłaściciel, jest swoim „sterem i okrętem”, jak określiła to kiedyś jedna z moich rozmówczyń.

A zatem tylko stale poszerzane, interpretowane i na nowo przeżywane doświadczenie pozwala lekarzom posługiwać się nabytymi i wytworzonymi umiejętnościami w taki sposób, aby ich działania wydawały się im sensowne i zmierzające w określonym kierunku. Leczenie to więc umiejętna sztuka operowania umiejętnościami, a także strategia tworzenia ich wtedy, gdy lekarz – również umiejętnie – wie i czuje, że czegoś mu brakuje. To także umiejętność zmieniania patowych sytuacji w te, z których wychodzą drogi do „gdzieś indziej”, utrzymując przy tym otwartą strukturę świata – zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów. Lekarze muszą więc stale i umiejętnie działać – w ten sposób produkują doświadczenie zmiany oraz wprawiają czas w ruch. Trudno jest im to robić, gdy kontakt z pacjentami zostaje ograniczony, lecz nawet takie trudności nie powstrzymały doktor Katarzyny i doktor Amandy przed wynajdywaniem sposobów zastępowania chwilowo utraconych źródeł wiedzy o chorych. Produkcja nowych działań to właśnie życiodajne utrzymywanie się w ruchu, bo – jak uczą Tim Inogld, Hans-Georg Gadamer oraz Kirsten Hastrup – gdziekolwiek jest ruch, tam też jest nadzieja leżąca przecież u podstaw każdej umiejętnej i sensownej praktyki lekarskiej.

Bibliografia

- Beck U.
1992 *Risk Society*, London.
- Czachowski S.
2002 *Środowiskowe uwarunkowania praktyki lekarza rodzinnego (wybrane zagadnienia)*, Toruń.
2005 *Rola lekarza rodzinnego w praktyce medycznej*, Toruń.
- Gadamer H.-G.
2004 *Prawda i metoda*, Warszawa.
- Goffman E.
1967 *Where the Action Is*, w: E. Goffman, J. Best (eds.), *Interaction Ritual. Essays in Face-to-Face Behaviour*, Garden City, NY, s. 149–270.

- Good B.
1993 *Medicine, Rationality and Experience. An anthropological Perspective*, Cambridge.
- Gowlland G.
2019 *The Sociality of Enskilment*, „Ethnos”, nr 48 (3), s. 508–524.
- Grasseni C.
2004 *Skilled Vision: An Apprenticeship in Breeding Aesthetics*, „Social Anthropology”, nr 12 (1), s. 41–55.
- Gibson J.J.
1979 *The Ecological Approach to Visual Perception*, Boston.
- Hahn R.
1995 *Sickness and Healing: An Anthropological Perspective*, New Haven.
- Hastrup K.
2010 *Emotional Topographies. The Sense of Place in the North*, w: J. Davies, D. Spencer (eds.), *Emotions in the Field*, Palo Alto, s. 191–212.
2018 *Muscular Consciousness. Knowledge-making in an Arctic Environment*, w: T. Rakowski, H. Patzer (eds.), *Pre-Textual Ethnographies*, Oxon, s. 116–137.
- Helman C.
2007 *Culture, Health and Illness. Fifth Edition*, London.
- Ingold T.
1993 *The Temporality of the Landscape*, „World Archaeology”, nr 25 (2), s. 152–174.
2015 *The Life of Lines*, Abingdon.
2016 *Lines. A Brief History*, London–New York.
2018 *Splatać otwarty świat*, przeł. E. Klekot, Kraków.
2000 *The Perception of the Environment: Essays in Livelihood, Dwelling and Skill*, London.
- Janes C.R.
2004 *Going Global in Century XXI: Medical Anthropology and the New Primary Health Care*, „Human Organisation”, nr 63 (4), s. 457–471.
- Janes C.R. et al.
2006 *Poor Medicine for Poor People? Assessing the Impact of Neoliberal Reform on Health Care Equity in a Post-Socialist Context*, „Global Public Health”, nr 1 (1), s. 5–30.
- Kowalska-Bobko I.
2017 *Decentralizacja a systemy zdrowotne. W poszukiwaniu rozwiązań sprzyjających zdrowiu*, Kraków.
- Krawczyk-Wasilewska V.
2020 *Covid-19 jako paradygmat choroby globalnej*, „Lud”, nr 104, s. 155–184.
- Le Fanu J.
2002 *The Rise and Fall of Modern Medicine*, New York.

Lyng S.

2005 *Edgework: The Society of Risk Taking*, New York.

2012 *Existential Transcendence in Late Modernity: Edgework and Hermeneutic Reflexivity*, „Human Studies”, nr 35, s. 401–414.

2014 *Action and Edgework: Risk Taking and Reflexivity in Late Modernity*, „European Journal of Social Theory”, nr 17 (4), s. 443–460.

McKenna B.

2012 *The Clash of Medical Civilizations: Experiencing “Primary Care” in Neoliberal Culture*, „Journal of Medical Humanities”, 33, nr 4, s. 255–272.

Maj K.

2015 *Wprowadzenie do antropologii linii. O książce Lines: A brief history Tima Ingolda*, „AVANT”, nr 6 (3), s. 124–133.

Ostrowska A., Skrzypek M. (red.)

2015 *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, Warszawa.

Penkala-Gawęcka D.

2006 *Medycyna komplementarna w Kazachstanie*, Poznań.

2014 *Risky Encounters with Doctors? Medical Diversity and Health-Related Strategies of the Inhabitants of Bishkek, Kyrgyzstan*, „Anthropology & Medicine”, nr 23, s. 135–154.

2020 *Covid-19, niepewność, lęk i nadzieja. W poszukiwaniu skutecznego leku*, „Lud”, nr 104, s. 185–212.

Piątkowski W., Nowakowska L.

2012 *System medyczny w Polsce wobec wyzwań XXI wieku. Perspektywa krytycznej socjologii zdrowia i choroby*, „Przegląd Socjologiczny”, nr 62 (2), s. 11–29.

Pokropski M.

2011 *Ciało. Od fenomenologii do kognitywistyki*, „Przegląd Filozoficzno-Literacki”, nr 4 (32), s. 119–137.

Rajtar M., Radkowska-Walkowicz M.

2014 *Wprowadzenie do bloku tematycznego „Kultura i medycyna”*, „Etnografia Polska”, nr 58 (1–2), s. 95–99.

Rakowski T.

2013 *Antropologia medyczna jako stosowana nauka humanistyczna. Założenia, cele, praktyki*, w: M. Ząbek (red.), *Antropologia stosowana*, Warszawa, s. 355–374.

Reszka P.

2017 *Mali bogowie. O znieczulicy polskich lekarzy*, Warszawa.

Rifkin S.

2018 *Alma Ata after 40 Years: Primary Health Care and Health for All – from Consensus to Complexity*, „BMJ Global Health” nr 3, s. 1–7.

Rylko-Bauer B., Farmer P.

2002 *Managed Care or Managed Inequality? A Call for Critiques of Market-Based Medicine*, „Medical Anthropology Quarterly”, nr 16 (4), s. 476–502.

Samudra K.J.

2008 *Memory in Our Body: Thick Participation and the Translation of Kinaesthetic Experience*, „American Ethnologist”, nr 35 (4), s. 665–681.

Wierciński H.

2019 *Are Polish Primary Care Practitioners Social Entrepreneurs*, „Ethnologia Polona”, nr 4, s. 169–186.

2021a *Doctors, the Social-Weavers. Knowledge and Knowledge-Making in Polish Primary Care*, „Anthropological Journal of European Cultures”, nr 30 (1), s. 74–95.

2021b *Splatać epidemiczny świat: fragmenty etnografii Podstawowej Opieki Zdrowotnej w dobie pandemii Covid-19*, „Prace Etnograficzne”, nr 49 (3).

Witeska-Młynarczyk A.

2012 *Why and How to Include Anthropological Perspective into Multidisciplinary Research in the Polish Health System*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, nr 19 (3), s. 497–501.

2015 *Critical Medical Anthropology – a Voice for Just and Equitable Healthcare*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, nr 22 (2), s. 386–389.

Włodarczyk C.

2000 *Podstawowa opieka zdrowotna jako kategoria polityki zdrowotnej*, w: A. Czupryna, S. Poździejoch, A. Ryś, C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. I, Kraków, s. 213–228.

Žižek S.

2020a *Pandemic! COVID-19 Shakes the World*, New York.

2020b *Pandemic! 2 Chronicles of a Lost Time*, New York.

Źródła internetowe (dostęp: 26.06.21)

<https://www.gov.pl/web/szczepimysie/narodowy-program-szczepien-przeciw-covid-19>

<https://www.gov.pl/web/szczepienia-gmin#/ranking>

<https://www.prawo.pl/zdrowie/szpitala-zamykaja-oddzialy-juz-brakuje-lekary,509402.html>

<https://bialystok.tvp.pl/56730495/najwiecej-zakazen-w-czwartej-fali-pandemii>