

Splatać epidemiczny świat: fragmenty etnografii podstawowej opieki zdrowotnej w dobie pandemii COVID-19

Interweaving an Epidemic World: Fragments of an Ethnography of Primary Health Care in the era of the COVID-19 Pandemic

Abstract

In the article I analyse the responses of Polish primary care practitioners to coronavirus pandemic. I argue that the doctors by – employing their skills and knowledge – *ad hoc* started to reconstruct their professional world heavily influenced by the virus. I employ a body of literature focused on risk-taking, risk society, and second modernity to shed more light on doctors' practices, who entered a risky, yet intellectually and professionally refreshing interplay with the threads brought to them by the virus.

Keywords: primary care, COVID-19, medical anthropology, biomedical culture, risk

Epidemia koronawirusa rzuciła nowe światło na jedną z mniej znanych prac Ervinga Goffmana – *Where the Action Is* (1967). Goffman rozważa w niej aktywność, którą określa mianem „akcji”, czyli dobrowolnego podejmowania ryzyka bez widocznych korzyści. W nowoczesnym i sprzeciwiającym się ryzyku społeczeństwie angażowanie się w takie działania nie jest rzadkością. Dlaczego? – pyta socjolog.

W czasach zdominowanych przez przykre konsekwencje rozprzestrzeniania się koronawirusa SARS-CoV-2 praca Goffmana ponownie otwiera dyskusję o ryzyku i niepewności. Pandemia podważyła przecież nowoczesny podział pracy oraz ideę globalnych przepływów ludzi, dóbr i usług. Zakwestionowane zostały

także rzetelność i efektywność instytucji publicznych, innymi słowy, okazało się, że próżno mówić o nowoczesności jako źródle ontologicznego bezpieczeństwa.

W ostatnim roku wydolność polskiej opieki medycznej była przedmiotem obaw polityków i obywateli. Jednocześnie to „biały personel” przyjmował na siebie ryzykowny trud opieki nad chorymi, których jak leczyć, szczególnie wiosną 2020, nie wiedział niemalże nikt. W systemie opieki wiedza o wirusie produkowana była więc na bieżąco, a wraz z nią krystalizowały się strategie walki z pandemią. Koronawirus dla opieki medycznej okazał się doświadczeniem sensotwórczym, choć zbierającym śmiertelne żniwo wśród lekarzy, także tych, wśród których prowadzę badania.

Bazując na dostępnych świadectwach etnograficznych, przyjrzyć się zatem, jak lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) dzięki wiedzy, umiejętnościom i doświadczeniu *ad hoc* podjęli się próby splecenia świata rozerwanego przez pandemię. Praca ta wiąże się z podjęciem działań z całą pewnością ryzykownych, ale jednocześnie pociągających. Jak więc lekarze, parafrazując słowa Tima Ingolda (2018), na nowo splekli swój świat? W poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie posiłkuję się kategoriami oraz praktykami charakterystycznymi dla tzw. społeczeństwa ryzyka (Beck 1992) – stanowią one oś teoretyczną i interpretacyjną moich rozważań. Będę się więc przyglądał lekarzom podejmującym działania przypominające akcje zwrócone ku społeczeństwu, ale również „balansowanie” (*edgework*), wywodzące się z emancypacyjnej myśli o ryzyku Stephena Lynga (2005, 2012, 2014). Uważam, że te działania wpisują się w Ingoldowską (2018) „ontologię wytwarzania”, a więc w nieustanny proces zmiany. Taka jest bowiem praktyka lekarska w dobie pandemii – staje się i splata świat wystawiony na próbę.

Metoda etnograficzna w pandemii

W ramach studiów utożsamianych z antropologią medyczną już od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku badacze prowadzą badania nad tzw. kulturą biomedyczną. Są to studia nie tylko poświęcone/zakorzone w placówkach opieki medycznej (Long et al. 2008), ale także ukazujące złożony świat zawodowy „białego personelu” (Rhodes 1996). Moje dociekania można zatem zaliczyć do tego właśnie nurtu. Badania w POZ prowadzę na terenie Mazowsza i Podlasia od 2014 roku – badam, jak ta część systemu opieki zdrowotnej zmienia się i jak pracujący w niej lekarze definiują swoje zadania oraz praktykują. Jednakże narzucone przez pandemię ograniczenia powodują, że na tekst ten należy spoglądać jak na studium przypadku, a nie szerszą analizę sytuacji w POZ. Ta etnografia, choć stanowi część szerszego projektu badawczego, jest więc zbieraniem okruchów oraz szukaniem powstających całości. Choć świat dany etnografom zawsze jest na swój sposób rozproszony, to rzadko kiedy jest on rozbity. Pandemia pokazała mi, że etnografia, w pewnych warunkach, staje się sztuką czekania połączoną ze zbieraniem

fragmentów rzeczywistości wystawionej na ciężką próbę. Teren, który wydawał mi się już dobrze znany, znów stał się enigmatyczny, a przy tym ryzykowny.

Bez empirycznego zanurzenia się w bieg życia nie sposób jednak powiedzieć coś etnograficznie sensownego. Dlatego w grudniu 2020 roku wróciłem do przychodni w Białymstoku, z którą utrzymywałem dobre kontakty od początku moich studiów nad POZ (od 2014 roku). Dzięki zażyłości wytworzonej między nami w toku badań lekarze wyrazili zgodę na moją obecność. Przychodnia stanowi centrum dla społeczności lokalnej – tu przecinają się drogi chorych, a lekarze i pacjenci znają się już od dwóch dekad, zdążyli zatem wytworzyć wielogeneracyjne więzi, co w podstawowej opiece jest szczególną wartością.

Moje pytania badawcze skupiały się na problemie doświadczenia pandemii z perspektywy lekarzy POZ, na barkach których spoczął merytoryczny i organizacyjny ciężar walki z pandemią COVID-19. Uznałem, że właściwym podejściem będzie podążanie za wskazówkami i tropami płynącymi z terenu. Przyjąłem więc taktykę, którą Grzegorz Godlewski (2016, 2018) określa mianem „strategia radaru”. To metoda badacza, który:

działając jak tradycyjny radar, przyjmuje wobec rzeczywistości postawę otwartą: zwraca się jedynie w pewną stronę i wysyła otwarte pytania, jak fale radiowe, gotowy do tego, by odbierać wszystkie nadchodzące sygnały niezależnie od ich charakteru i źródła, w postaciach, w jakich mu się pojawiają (Godlewski 2016: 183).

Strategia ta docenia formę wiedzy opartej przede wszystkim na doświadczeniu i udziale w poznawanej rzeczywistości. Odsuwa rozważania o tym, co ogólne, a co szczegółowe, i w ten sposób pozwala badaczowi zachowywać terenową plastyczność. Dostarcza także metodycznego narzędzia percepcyjnego, dzięki któremu poszukiwanie wiedzy nabiera głębszego, fenomenologicznego posmaku. O możliwościach i ograniczeniach tego podejścia w badaniach instytucji opieki medycznej pisałem szerzej gdzie indziej (Wierciński 2020a). Kwestią istotną dla tej pracy jest szczególnie charakter wiedzy generowanej przy użyciu strategii radaru. Jest to bowiem wiedza pierwsza, jeszcze nieujęta w paradygmatyczne ramy, wiedza pochodząca ze świata w ruchu. Strategia radaru stanowi zatem część szerszego podejścia metodologicznego i metodycznego określanego mianem „etnografii przedtekstowej”, doceniającej przede wszystkim doświadczenie badawcze i empiryczny proces odkrywania przestrzeni wypełnionych wiedzą, która nie ma tekstualnego, a więc zredukowanego charakteru (Rakowski 2018). Taką przestrzenią jest właśnie POZ zmagająca się z pandemią – wypełnia ją wiedza, która nie została jeszcze ostatecznie ujęta w dyskursywne ramy i standardy postępowania. Jest to wiedza, która *ad hoc* narasta wzdłuż i wokół dopiero kształtujących się linii działania.

W przychodni pracuje troje lekarzy – dwie współwłaścicielki i jeden lekarz kontraktowy. Ta trójka tworzy trzon rozmówców, którzy przybliżyli mi problem pandemii. Ze względów organizacyjnych i sanitarnych działałem tylko w jednej

poradni i nagrałem tylko fragmenty rozmów. Większość materiałów streściłem w ponumerowanych notatkach terenowych. W oddzielnym pliku spisałem wnioski i spostrzeżenia płynące z obserwacji, które prowadziłem przede wszystkim na terenie poradni. Z jedną z rozmówczyń, doktor Katarzyną, spędzałem również czas na rozmowach w jej domu, który w tych trudnych czasach stał się dla niej także miejscem pracy.

Równocześnie prowadziłem korespondencję mailową z jednym z warszawskich rozmówców – Adamem – który pomógł mi zrozumieć, czym jest doświadczenie pandemii dla początkującego, a więc mniej doświadczonego lekarza. Ta niezależna perspektywa uzupełniła moje spojrzenie na badany problem, a także uświadomiła mi, że nie można mówić o spójnym doświadczeniu pandemii w środowisku lekarskim. Czynniki, które różnicują te doświadczenia, to – między innymi – staż pracy, zdobyte specjalizacje, ale także pozycja zajmowana w lokalnym i krajowym systemie opieki medycznej. Młodzi lekarze, którzy znajdują się na początku drogi zawodowej, musieli zatem zmagać się z jeszcze inną formą niepewności, tym razem dotyczącą ich wiedzy i doświadczenia, a więc narzędzi, za pomocą których doświadczeni lekarze potrafili efektywniej pracować z chorymi pacjentami. Ich praca przypominała nie tylko ryzykowne, ale jednak kontrolowane działania, ale przede wszystkim stąpanie po kruchym lodzie. Adam zakaził się w pracy COVID-19, a jego spostrzeżenia i refleksje o doświadczeniu choroby stały się dla mnie niezwykle cennym, choć jednostkowym źródłem wiedzy.

Spółeczeństwo ryzyka: akcja i balansowanie

Ulrich Beck (1992, 2000), Anthony Giddens (1990, 1991) i Scott Lash (1993, 1994) przekonują, że społeczeństwo tzw. drugiej nowoczesności zмага się z nowym doświadczeniem ryzyka. Pierwsza nowoczesność próbowała mierzyć się z niepewnością życia dzięki instytucjom oraz dyskursom eksperckim. Jednakże, zauważają badacze, obecnie powinniśmy już mówić o drugiej fazie nowoczesności, zapoczątkowanej fenomenem, który Beck (Beck *et al.* 2003) i Lash (1993) określają mianem „refleksyjnej modernizacji”. Ten egzystencjalny proces spoglądania na świat na nowo (Lyng 2012: 403) doprowadził do zastąpienia nowoczesnego porządku industrialnego porządkiem globalnych, często antropogenicznych zagrożeń.

Ryzyka związane z drugą nowoczesnością przenikają przez struktury wytworzone jeszcze w czasach tej pierwszej. Pandemia koronawirusa to doskonały przykład tak pojmowanego zagrożenia. Mamy więc w drugiej nowoczesności, jak zauważa Stephen Lyng (2012: 407; 2014: 452–454), kryzys państwa oraz systemów eksperckich – w tym nauki. W drugiej nowoczesności ludzie zakwestionowali nieomyślność takich systemów, odsłoniли ich ułomność – technologia i nauka są przecież upolitycznione oraz niejednoznaczne. Mowa zatem o rzeczywistości zdominowanej przez ontologiczną niepewność, gdzie ryzyka nie można już unikać –

jak to czyniono w pierwszej nowoczesności – a trzeba sobie z nim radzić na poziomie codziennego doświadczenia. Tak pojmowana rzeczywistość budzi uzasadnione skojarzenia z Baumanowską (2000) ponowoczesnością, będącą źródłem cierpień prowadzących do rozpadu tożsamości jednostek zmagających się płynnością świata. Jednakże, jak zauważa Lash (1994: 140), jednostki nie są w tej rzeczywistości przytłoczone ryzykiem. Wręcz przeciwnie – świadomość ryzyka i niepewności dziś budowana jest na podstawie probabilistycznych symulacji dających ludziom pewną sprawczość. Jednostki działające na szacunkowej podstawie, a nie poprzez unikanie ryzyka, wchodzą z nim w interakcję oraz rozwijają strategie i umiejętności zarządzania niepewnością. To istotna zmiana.

Gdy mowa o działaniach lekarzy POZ w dobie pandemii, interesujące wydają się dwie strategie doświadczania ryzyka. Chodzi o Goffmanowską akcję (1967) oraz o proponowane przez Lynga (2005, 2012, 2014) balansowanie. Te różne koncepcje dotyczą podobnych problemów: dlaczego ludzie angażują się w ryzykowne działania?; jakie są tego genezy?

Akcja, jak zauważa Goffman, to dobrowolne podejmowanie ryzyka, które nie przynosi oczywistych korzyści, a mimo to wydaje się pociągające (1967: 237). Jednocześnie jest to przedsięwzięcie, w którym jednostki w umiejętny sposób zarządzają ryzykiem przez aktywności, które Goffman określa mianem *fateful activities*. Należą do nich przestępczość i hazard, ale także, co ważne dla moich dociekań, niebezpieczne zawody. Kolejne partie eseju odkrywają jednak prawdziwe cele ryzykownych działań. Korzyści wydają się dwie – to jednostkowa demonstracja „charakteru”, a także działania, które utrzymują porządek społeczny wystawiony na próbę. Charakter Goffman interpretuje jako zbiór cech takich, jak odwaga, godność, opanowanie, spokój umysłu, kontrola emocji oraz odruchów ciała (1967: 218–228). Akcja jest działaniem, które pociąga za sobą społeczne przypisanie tych cech do ryzykujących jednostek. Charakter to jednak paradoks – jest bowiem z jednej strony społecznie stały i odgrywany, a z drugiej jednostkowo ugrywany i zmienny. Choć akcje utrzymują strukturę społeczną, to indywidualni aktorzy społeczni stają twarzą w twarz z ryzykiem oraz biorą na siebie jego ciężar etyczny i emocjonalny. Ta uwaga jest istotna dla dalszych rozważań.

Komplementarną propozycję zgłosił Lyng. Balansowanie, w odróżnieniu od uspołeczniającej akcji, zanurzone jest w fenomenologicznej i jednostkowej refleksji nad doświadczeniem ryzyka (Lyng 2005, 2014: 448–449). Te propozycje łączy uznanie sensotwórczego znaczenia *fateful activities*. Balansowanie zakłada jednak istnienie pewnych negocjowanych granic. Owe krawędzie to limity, do których ryzykant się zbliża, ale nie przekracza ich, gdyż wiązałoby się to z nieodwracalnymi konsekwencjami – w tym ze śmiercią. Zbliżanie się do krawędzi jest więc balansowaniem między ładem a nie-ładem, formą a bez-formą, zdrowym rozsądkiem a szaleństwem (Lyng 2014: 449, 2012: 410). Balansowanie to ucieleśnione doświadczenie stanu anarchii, serfowanie po lawinie zdarzeń i *ad hoc* odpowiadanie na nowe warunki. Jest to więc swoista improwizacja, choć, jak zauważa Lyng,

igranie z losem zakłada możliwość zarządzania tym, co niepewne, poprzez refleksyjne operowanie umiejętnościami, doświadczeniem oraz probabilistyką.

Balansowanie jest twórcze – kruszy schematy rozwiązywania problemów. To ontologiczna eksploracja, poszukiwanie jednostkowego oraz „autentycznego” doświadczenia egzystencji (Lyng 2012: 410). Tak pojmowane doświadczenie ryzyka jest anihilacją umysłu społecznego; otwiera percepcję na jednostkowe doświadczenia i możliwości „jakby nie z tego świata” (Lyng 2014: 453). Balansujący nie zwracają się więc ku społeczeństwu, a poszukują wyzwalających doświadczeń i odkrywają mnogość tropów skupionych wokół ich ciał i przeżyć.

Splatać świat na nowo

Echa omówionych strategii obcowania z ryzykiem odnajduję również w praktyce lekarskiej. Należy jednak zaznaczyć, że lekarze nie praktykują – w dosłownym sensie – ani akcji, ani nie balansują na krawędzi. Zajmują się przede wszystkim splataniem świata, przez co przypominają tkaczy i innych wytwórców stanowiących źródło inspiracji dla Tima Ingolda. Działanie lekarzy polega na nieustannej praktyce łączenia różnych wątków i porządków w taki sposób, aby wytwarzana tkanina rzeczywistości stanowiła nie tyle spójne, ile interaktywne środowisko, w którym możliwe są praktyki oraz zmiana. Tylko taki świat, jak powie Ingold (2018), zapewnia poczucie ruchu i stanowi zaplecze do praktykowania, a więc wytwarzania wiedzy i doświadczenia. Jednakże sądzę, że niektóre wydarzenia i powiązane z nimi doświadczenia – takie jak pandemia – potrafią tak utkane środowiska rozpruć. Życie jednak, jak głosi Ingold, nie znosi próżni, a świat nie jest nigdy zamknięty: „gdziekolwiek jesteś, zawsze możesz iść gdzieś dalej” (Ingold 2016: 174) – pisze antropolog. Lekarze zaczęli już umiejętnie splatać rozszarpaną rzeczywistość, znaleźli w swoich biografjach i społecznym zapleczu narzędzia, które pozwalają im ruszyć dalej. Zszywają więc to, co wirus rozpruł, gdyż, jak sądzę, praktyka łączenia różnych epistemologicznych i praktycznych nici leży w centrum ich zawodowej tożsamości.

Sytuacje takie jak globalna pandemia ukazują, że życie nie jest konwencją ani sceniczną grą. Co prawda Goffman próbuje pokazać, że poprzez akcję takie szczególne momenty aktorzy społeczni oswajają, lecz robią to przed publicznością – ich działania są więc interesowne. Działania lekarzy, jak dane mi było zobaczyć, wynikają z odmiennych przesłanek. Choć rzeczywiście dostrzegam w doświadczeniach medyków poczucie odnowy ich praktyki, nie są to jednak doświadczenia wyzwalające ze społecznych ram, jak w przypadku balansowania. Lekarze pokazali mi, że doświadczenie pandemii jest na swój sposób poznawczo pociągające, lecz trudno o nich mówić jak o ryzykantach poszukujących doświadczeń nie z tego świata. Wręcz przeciwnie, ich działania były jak najbardziej metodyczne i osadzone w biomedycznej racjonalności.

Mowa zatem o innej formie obcowania z ryzykiem, którą należy sytuować między akcją a balansowaniem, między fenomenologicznym doświadczeniem ryzyka a epistemologiczną i praktyczną próbą splecenia świata przez nie rozerwanego. Lekarze są więc wytwórcami nowej rzeczywistości. Nie tworzą jej jednak wyłącznie z myślą o sobie, a przede wszystkim o ludziach, którzy cierpią. Dostrzegam więc w ich działaniach realizację uspołecznionego etosu, ale jednocześnie odnajduję praktyki odnawiające osobiste sensory pracy w POZ i wprowadzające doń poczucie ożywczego ruchu. Lekarze dostrzegli, że nawet w trudnej sytuacji, w jakiej się znajdują, mogą być kreatywni i twórczy, mogą więc działać i stale poruszać się do przodu, kreśląc i splatając przy tym linie, wzdłuż których rodzi się wiedza oraz koncentrują działania.

Zmaterializowane kalkulacje

W drugiej nowoczesności jednostki, dzięki przeprowadzanym kalkulacjom, decydują się – lub nie – na podjęcie ryzykownych działań. Taktyka ta dotyczy zarówno akcji, jak i balansowania wzdłuż oszacowanych krawędzi. Jednakże w tych propozycjach brakuje uważniejszej analizy osobistych konsekwencji ryzykowania – od porażek poczynawszy, na dyskomforcie psychologicznej skończywszy. Wyniki badania przeprowadzonego przez UCE Research i SYNO Poland dla portalu BML.pl (Będąc Młodym Lekarzem) sugerują, że blisko 80% ankietowanych lekarzy zgłosiło pogorszenie zdrowia psychicznego w dobie pandemii¹. Gdy skonfrontować te dane z moimi informacjami, problem staje się bardziej wyrazisty. Oto fragment korespondencji mailowej z Adamem, jednym z moich warszawskich rozmówców:

Myślę, że wszyscy są już bardzo zmęczeni tą całą historią, frustracja przekroczyła dawno wszystkie poziomy alarmowe i wygląda na to, że będzie musiała znaleźć jakieś ujście w postpandemicznej rzeczywistości. Jeżeli chodzi o moją obecną kondycję jako lekarza i jako pracownika tego chorego systemu, to nie jestem w stanie tego napisać w mailu, bo wyszłaby książka.

W tak ryzykownym świecie jego uczestnicy muszą szacować, wedle lokalnej racjonalności, prawdopodobieństwo negatywnych efektów podejmowania ryzyka. Sądzę, że wyniki tych obliczeń przybierają wymierne formy. Myślę tu o działaniach lekarzy, których celem jest zmniejszenie szansy zakażenia się, a także o tworzonych przez nich narracjach traktujących o nieuchronności ryzyka i kanałach jego dystrybucji. Narracje te nie są fatalistycznymi sprawozdaniami z rozwoju pandemii, a świadectwami pogłębionej wiedzy o sposobach transmisji wirusa. Są to więc alegorie ryzyka, opowieści o szansach jego poznania i możliwościach opanowania. Choć zasłyszane przeważnie „pomiędzy” (często pomiędzy różnymi

¹ <https://bml.pl/artykuly/news/skutki-pandemii-blisko-80-lekarzy-skarzy-sie-na-pogorszenie-zdrowia-psychicznego> (dostęp: 22.01.2020).

czynnościami w poradni), to widzę w tych historiach skrawki kształtującego się nowego porządku podstawowej opieki. Opowiadający lekarze poprzez łączenie pozornie rozproszonych wątków z konkretnymi praktykami kreślą linie działania, a te przecież, jak przekonuje Tim Ingold, to „ścieżki wzrostu i ruchu” (Ingold 2016: 5), wokół i wzdłuż których narastają wiedza i doświadczenie świata.

Doktor Katarzyna, moja przewodniczka po temacie pandemii, przywołała następującą historię:

Do poradni zadzwoniła starsza kobieta. Rejestratorka zrozumiała, że dzwoniąca wymaga pomocy lekarskiej. Okazało się jednak, że dzwoniła ona po pomoc dla wnuka, który przed Bożym Narodzeniem wrócił z Anglii. Słuchawkę przejęła doktor Katarzyna i natychmiast zwróciła uwagę na ostry kaszel w tle. To kaszał wnuczek, który na dodatek miał wysoką gorączkę. W międzyczasie także dziadek zagorączkował, choć jego przypadek nie był jednoznaczny – wcześniej miał bowiem usuwane zęby. Gorączka pojawiła się jednak tydzień po zabiegu i już po kontakcie z wnuczkiem. Warto zauważyć, że ta opowieść toczyła się w czasie, gdy media obiegała informacja o nowej, wysoce zaraźliwej mutacji koronawirusa, która szalała w Anglii, skąd wrócił przecież wnuczek. Doktor Katarzyna, z pewną ironią, ale i ze świadomością potencjalnego zagrożenia, podsumowała: „No i mamy na osiedlu wariant angielski” (notatka 1).

W obcowaniu z ryzykiem pojawia się wątek śmierci, co obrazuje kolejna opowieść doktor Katarzyny:

Jeden z moich rozmówców (prywatnie jej znajomy) niedawno zmarł na skutek ciężkich powikłań po zakażeniu się, a troje innych lekarzy (także znajomych, jedna z lekarek była moją rozmówczynią) przebywało aktualnie w szpitalu. Wszyscy mieli zakazić się w pracy. Rozmowę z doktor Katarzyną przerwał telefon. Dzwoniła jedna z pacjentek, choć to nie ona chorowała, a jej ojciec. Okazało się, że przed chwilą zmarł (powikłania po zakażeniu), mimo iż doktor Katarzyna wcześniej już nalegała, aby wysłać go do szpitala. Nie obyło się więc bez trudnych emocji – dzwoniąca chciała wymóc na lekarce, aby ta przedwcześnie zdjęła obowiązek kwarantanny z jej matki. Taką decyzję mógł podjąć jedynie sanepid. Pacjentka zarzuciła lekarce złą wolę i brak ludzkich odruchów, co wyraźnie wytrąciło rozmówczynię z równowagi (notatka 2).

Inna historia, tym razem usłyszana od doktor Amandy, odkrywa prostotę sposobów transmisji wirusa, a przy tym uświadamia, jak próżnym wysiłkiem jest unikanie ryzyka związanego z pandemią:

Do poradni zadzwoniła starsza kobieta z objawami typowymi dla infekcji wywołanej przez COVID-19. Doktor Amanda natychmiast skierowała ją na test, co nie spotkało się z pozytywną reakcją chorej. „Po co ja do was dzwoniłam, teraz same problemy przez to!” – miała powiedzieć i odmówić wykonania testu. Ponieważ rejestratorka miała dobry kontakt z dzwoniącą, doktor Amanda poprosiła ją, aby przekonała chorą, jak ważne jest wykonanie testu. Starsza pani długo upierała się i przekonywała, że nigdzie nie wychodziła, choć, jak się okazało, „tylko raz na chwilkę, do sąsiadki na kawę i ciastka i ona teraz faktycznie ma covid”. W rezultacie wykonała test, który dał wynik pozytywny (notatka 3).

Wróć teraz do wysiłków podejmowanych przez lekarzy w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia. Ich ostrożność pozwala odkryć szczególną prawdę o podstawowej opiece. W większości POZ składa się z zakładów opieki zdrowotnej

prowadzonych przez spółki lekarzy (Czachowski 2002, 2005; Kowalska-Bobko 2017)², dzięki czemu ci mogą wdrażać w nich innowacje, oczywiście w granicach prawa. Wielokrotnie w toku badań słyszałem od rozmówców, że w POZ praktykuje się medycynę dość monotonną i zbiurokratyzowaną, ale organizacja świadczonej opieki pozwalała lekarzom wykazywać się kreatywnością.

W poradni, której się przyglądałem, lekarki, bazując na wiedzy i doświadczeniu, podjęły się próby wypracowania szeregu działań i taktyk zabezpieczających. Gdy brakowało sprzętu – szczególnie w pierwszej fazie pandemii – wytwarzały zabezpieczenia metodami niemalże chałupniczymi.

Fascynujące jest, gdzie i w jaki sposób lekarze dostrzegali potencjalne kanały zakażenia, a także jakie rygory nakładali na siebie i pacjentów. Pamiętajmy – wśród moich rozmówców-lekarzy, z którymi spotykałem się jeszcze przed wybuchem pandemii, niestety zdarzyły się ciężkie przebiegi choroby, a nawet zgony. Groźba przekroczenia granicy była realna – kalkulowanie ryzyka musiało być staranne, choćby wiązało się z nakładami czasowymi i finansowymi. Poniższy fragment wywiadu to wgląd w to, jak lekarze wytwarzają na nowo świat poradni postawionej w obliczu realnego ryzyka. Doktor Katarzyna mówi:

Wprowadziliśmy plakaty „stop” – musisz zadzwonić, przedstawić swoją sprawę, nie wchodzi do poradni. Jak wysłuchamy, o co chodzi, to dopiero, jak jest potrzeba zbadania pacjenta, umówimy i badania. Nie odmawiamy badania i kontaktu z pacjentem, tylko najpierw chcemy, żeby nie było rozmów, bo covid roznosi się przez rozmowy. Z racji, że wszystko idzie przez telefony, zakupiliśmy nowy, który ma dwie słuchawki, że możesz rozmawiać z jednego, ale w międzyczasie ktoś dzwoni z drugiego. Z jednego zrobiły się dwa, plus kupiliśmy trzeci, który jest tylko na biurku lekarza, żeby lekarz miał na umówione wizyty. Te informacje i numery podaliśmy na oknie i na drzwiach. Wywiesiliśmy skrzynkę – oczywiście za to wszystko trzeba było zapłacić – zamontowaliśmy przed poradnią, żeby wszystkie sprawy, że ktoś chce leki wydłużyć, chce nam podać dokumenty – to wszystko do skrzyneczki. Ze skrzyneczki wyjmujemy karteczki i zakupiliśmy takich różnych torebek foliowych i karteczkę wkładamy do torebki i potem tylko w tej torebce trafia na biurko lekarza. Tak to trzeba by do ręki brać, a tak to jest to w tym. W przedsionku postawiliśmy stolik i krzesło, czasami pacjent stoi, zimno czy kolejka, to ma tam posiedzieć, a nie wchodzić. Położyliśmy ułotki, płyn do dezynfekcji plus płyny cały czas stoją w rejestracji. Płynów jeszcze w życiu nie kupiliśmy, ile teraz idzie. Moja koleżanka Amanda nawet powietrze spryskuje po pacjencie. Staramy się też nie przyjmować w gabinecie, bo potem tam siedzimy i pracujemy. Jak trzeba pacjenta zbadać, to wszystko staramy się robić w tym pierwszym gabinecie zabiegowym, blisko wejścia i robimy przewiew. Zamontowaliśmy wszędzie pleksy, trzy i pół tysiąca nas kosztowały. Za wszystko ponosimy koszty. Personel ma ciągle nowe maseczki, fartuchy, kombinezony, rękawiczki. Nawet jest zalecenie, żeby pacjent, który wchodzi do poradni, to nie w swojej maseczce, tylko my mu dajemy. Amanda ma kontakt

² Znaczna część badanych poradni POZ, w tym ta, o której piszę, działały jako tzw. niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Były to prywatne podmioty świadczące zakontraktowane usługi medyczne. Ustawa z 15.04.2011 roku przekształciła je w przedsiębiorstwa tzw. podmiotów medycznych. W badaniach nad POZ konsekwentnie stosuję jednak termin „niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej”, gdyż lepiej oddaje on charakter badanych poradni – są to po prostu firmy najczęściej należące do spółek lekarzy, które świadczą usługi medyczne zakontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

przede wszystkim z dziećmi, bo szczepienia, więc dzieci są bezobjawowe często, są z różnych środowisk. Więc ona, jak szczepi, to się ubiera jak kosmonauta. Nakłada kombinezon, na kombinezon buty jednorazowe, rękawiczki, maseczkę, przyłbicę i jeszcze czasami gogle! Ona ma fobię i kupuje tego bardzo dużo. Też wprowadziliśmy godziny do badania pacjentów. Co dziesięć minut mam teleporadę i jak widzę, że coś wymaga zbadania, to proszę przyjść o godzinie takiej, bo ustaliliśmy, że od dwunastej. Pani przychodzi na badanie, wszystko, co mieliśmy do powiedzenia, zostało powiedziane. Ja badam, ustalamy co i koniec wizyty. Oczywiście od razu się rozgadują i mówię – rozmowa już była, teraz jest tylko badanie. Czasami niektórzy mówią, wyślę zdjęcie w telefonie i wysła mi zmiany, i potem odzwaniam i mówię, że to jest to i to, i zalecam to i to. Lampy jeszcze zakupiliśmy, po trzy tysiące (w. 46)³.

Rozmowa, dotyk, badanie – wszystkie te działania, tak przecież istotne w praktyce lekarskiej, stały się niebezpieczne. Warto także zauważyć, że ta rozmowa pokazuje, że nie ma w świecie lekarskim jednej skali ryzyka ani jednakowo pojmowanego jego doświadczenia. Doktor Katarzyna w działaniach doktor Amandy widziała pewną fobię, choć oczywiście nie o termin medyczny tu chodzi⁴. W obrębie kultury biomedycznej, opartej na standardach i rygorach postępowania, jest miejsce na różnorodność podejść, doświadczeń i definicji nie tylko zagrożenia, ale przede wszystkim sposobów radzenia sobie z nim. Co więcej, jak przekonał mnie Adam, staż pracy, kwalifikacje czy zajmowane stanowisko także są czynnikami różnicującymi te doświadczenia. Młodym lekarzom-rezydentom (Adam to rezydent tuż przed egzaminem specjalizacyjnym z medycyny rodzinnej) było zwyczajnie trudniej ustalić, jak być lekarzem i jak praktykować medycynę, gdy odpowiedzi na tak postawione pytania dawno nie były bardziej nieoczywiste. Jego generacja rozpoczęła bowiem przygodę z medycyną w szczególnie trudnym okresie. Śledzenie dalszych losów tych lekarzy, którzy nie tylko musieli poradzić sobie z presją i stresem związanym z pracą w warunkach pandemicznych, ale niekiedy także, tak jak Adam, osobiście zmagać się chorobą, uważam za szczególnie interesujące z perspektywy dalszych badań.

³ Zebrane rozmowy traktuję jako część szerszych badań prowadzonych w POZ od 2014 roku. Nadawane numery wywiadów uwzględniają więc wcześniejsze rozmowy. Wszystkie wywiady i notatki zostały zarchiwizowane w archiwum własnym autora. Imiona rozmówców zostały zmienione.

⁴ W styczniu tego roku dowiedziałem się, że doktor Amanda przeszła zawał serca. To szokująca wiadomość – doktor Amanda to kobieta w sile wieku, choć faktycznie ostatni rok był dla niej wyjątkowo trudny i stresujący.

W poszukiwaniu standardów

Współczesna medycyna oparta jest na standardowych działaniach i wiedzy ujętej w rygor (Timmermans, Berg 1997). Takie warunki prowadzą do zatracania podmiotowej perspektywy w praktyce lekarskiej, szczególnie w relacjach z pacjentami. Jednakże standardy wewnątrzmedyczne i legislacyjne wiązały także ręce moim rozmówcom. Choć często mieli potrzebne kwalifikacje, nie mogli przekroczyć granicy narzuconej w kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia bądź wytyczonej przez gremia zawodowe. Ograniczało to ich możliwości praktykowania zawodu lekarza. Wielu miało odmienne specjalizacje niż medycyna rodzinna (od pewnego czasu obowiązkowa dla POZ) – ukończyli internę lub pediatrię, a dopiero później dorobili medycynę rodzinną – i widzieli cel swojego działania zdecydowanie szerzej niż prawodawstwo i instytucjonalne reguły.

Standardy w praktyce medycznej to nie tylko ograniczenia, ale też linie wpływu informacji i mapy praktyk. Oczywiście są także pewnymi skrótami – operowanie standardami opiera się na wyczynionych schematach postępowania, choć ich refleksyjne praktykowanie to – zdaniem lekarzy – sztuka zamieniania wiedzy w konkretne działania. Zatem, tam gdzie są standardy, jest także ugruntowana wiedza pozwalająca lekarzom osadzać praktycznie działania w specyficznym racjonalnym świecie biomedycznym. Standardy zszywają dwa istotne filary praktyki lekarskiej – łączą epistemologię z praktyką. Lekarze potrzebują więc standardów, podobnie jak kultura biomedyczna, dla której standardy to technologie zmiany i działania na tyle uniwersalne, iż pozwalają budować szerokie poczucie wspólnoty wiedzy i praktyk.

Na standardy można również spoglądać jak na Ingoldowskie „umiejętności” (*skills*), a na praktykę lekarską jak na interaktywny „zadaniobraz” (*taskscape*). Umiejętności, jak głosi Ingold, to rozwijane przez kolejne generacje „możliwości działania i postrzegania” (2000: 5) lokalnie ujętego środowiska. Umiejętności zatem powstają w procesie praktycznego treningu, narastają z doświadczenia i poprzez praktykowanie określonych „zadań” (*tasks*). Zadania Ingold rozumie jako operacje przeprowadzane przez agentów wyposażonych w szereg umiejętności, które po prostu pozwalają prowadzić życie i związane z nim czynności (1993: 158). Praktykowanie umiejętności to zatem „zamieszkiwanie” (*dwel*) danego środowiska, a ich zbiór, różnorodność i powiązania konstytuują zadaniobraz.

Bez standardów, a więc bez sposób zszywania wiedzy z działaniami, lekarzom trudno było nie tylko mierzyć się z doświadczeniem pandemii, ale także szacować ryzyko obcowania z wirusem. Nie powinien zatem dziwić radykalizm lekarskich działań, w tym ograniczenie kontaktu z chorymi. W pierwszej fazie pandemii, wiosną 2020, niemalże nie istniały reguły postępowania, a medykom brakowało wiedzy. Sytuacja uległa jednak zmianie – opracowano szczepionki, powstały rzetelne opracowania naukowe, a na ich podstawie wypracowano wytyczne

postępowania, dzięki którym lekarze mogą działać. Produkowanie wiedzy i jej dystrybucja nie były jednak łatwymi procesami, o czym przekonują rozmówcy:

Jeżeli chodzi o wytyczne, to stale ukazują się aktualne guidelinesy tworzone przez gremia w stylu Polskie Towarzystwo Chorób Zakaźnych lub Anestezjologii i Intensywnej Terapii, i tam jest zebrana cała aktualna wiedza oparta na badaniach naukowych i obserwacjach klinicznych i na tych informacjach opiera się aktualnie leczenie chorych na covid. Ja nie miałem żadnych szkoleń oprócz krótkiej instrukcji używania środków ochrony osobistej (Adam, korespondencja mailowa).

Dystrybucja wiedzy, nawet w zinstytucjonalizowanym świecie lekarskim, nie przebiegała jednorodnie. Doktor Katarzyna mówiła:

Z upływem zwiększania się liczby covidów, to sanepid... ale to też nie było, że otrzymujesz jakiegoś maila czy coś. Tylko przychodzi ten Marek i ja coś mówię, kurczę, tyle tych. A on – a już od dwóch czy trzech dni nie trzeba wypełniać. To ja dziś tyle czasu poświęciłam, żeby wypełnić te wszystkie zgłoszenia, a sanepid to zniósł. Do jednych te informacje dochodziły, a my na przykład nie dostaliśmy tego maila. Więc my się jedni od drugich dowiadywaliśmy, jak to ma być robione, zanim to się wszystko przetało (w. 46).

Niejednoznaczność przepisów, a nawet łamanie wytycznych, jak w przypadku głośnych szczepień poza kolejką na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym⁵, prowadziły do sytuacji, w których lekarzom trudno było zorientować się w bieżących standardach postępowania. Już na poziomie testowania na obecność wirusa na lekarzy i pacjentów czekały systemowe niedomówienia. Dyskusja o uznawalności testów, o ich wadliwości i o raportowaniu wyników dobrze obrazuje ten problem. Doktor Katarzyna i Amanda zgodnie krytykowały wprowadzane rozwiązania, pokazały mi także na konkretnych przykładach absurd systemów informatycznych stworzonych do zarządzania pandemią. Kłopoty zaczynały się już od ustalenia adresu zamieszkania zdiagnozowanych pacjentów, dotyczyły też liczenia dni, które ci muszą przebywać w izolacji bądź na kwarantannie. Na podstawie obserwacji mogę stwierdzić, że istotnie, przejście przez kolejne etapy administracyjne diagnozy wiązało się z wieloma czynnościami, w tym z koniecznością błyskawicznego kontaktu z pacjentem i podaniem mu numeru (który szybko tracił ważność) wygenerowanego przez system informatyczny. Krótka ważność numeru komplikowała całą procedurę, w której gubili się zarówno lekarze, jak i pacjenci, od których nie można było przecież wymagać orientowania się w założeń systemu.

Oddzielnym działaniem było zlecenie testu i sprawdzenie jego wyniku. Tu sprawa także się komplikowała – pacjenci często zwlekali z wykonaniem badania, a wyniki testu nie zawsze były jednoznaczne:

⁵ Rozmówcy sugerowali, że nie był to odosobniony przypadek. Bałagan proceduralny i niewydolność instytucji opieki medycznej stwarzały – ich zdaniem – ku temu możliwości.

Wchodzę w usługę sprawdzenia testu i tylko wklepuję tam pesel i szukaj. Znam numer, bo zawsze sobie go gdzieś zostawiam. No i pojawia mi się. I teraz, jak ja tylko zleciłam, ale pacjent jeszcze nic z tym nie zrobił, bo było tak, że część pacjentów nic z tym nie robiła, tylko tak czekała, a doktor zleciła, a to nie będę tego robić. Co ja zajrzę, to tylko było, zlecony przez zlecającego. Kto się poszedł zarejestrować, dodzwonił się, umówił, to było, że pacjent dokonał wyboru laboratorium. I potem się pojawia: negatywny na zielono, pozytywny na czerwono lub ten nierozstrzygający. Miałam takich nierozstrzygających, nie wiedziałam jak postąpić, bo to nie było takie pewne, więc w dwóch czy trzech przypadkach poradziłam, że proszę sobie zrobić przeciwiąła. Potem sobie jeszcze kiedyś sama znalazłam w internecie test nierozstrzygający i pisze, że w przypadku takiego testu należy jeszcze raz zgłosić się do lekarza rodzinnego, który wystawi ponowne skierowanie. Ale też nas nikt o tym nie poinformował, ja tak sobie akurat zajrzałam, gdy mi się pojawiały takie testy. Teraz tak już będę robić, nie wiedziałam, bo jak wysyłałam pacjentów na przeciwiąła, to pacjent musi sobie za to zapłacić, a taki test jest dla niego bezpłatny (notatka 5).

Ale to nie wszystko – wiedza o systemie zarządzania epidemią, a zatem także o standardach postępowania, krystalizowała się nie tylko na linii lekarze–państwo–instytucje medyczne. Wyłaniała się także w relacjach z pacjentami. Ci, jak się okazało, byli podwójnymi nosicielami – oprócz wirusa przenosili także informacje łączące różne obszary szeroko rozumianej opieki medycznej:

Trzeba się umawiać na godzinę. Początkowo te umawiania były tylko od 9 do 10, ale przy takiej ilości to wydłużano. Chociaż też nie dostaliśmy żadnej... dostaliśmy stare kartki, a uległo to zmianie, ale już nas nikt o tym nie poinformował, tylko pacjenci informowali, że oni tam dłużej już teraz wymazują. Tylko tak życie nas nauczyło i wiedza od pacjentów (w. 46).

Trajektorie rozprzestrzeniania się choroby to także linie przyprływu informacji, to kanały dystrybuowania i jednoczesnego produkowania wiedzy zamienianej w działania. W tak interaktywnej rzeczywistości kształtowały się także standardy postępowania, tak rysował się pandemiczny zadaniobraz i tak właśnie świat epidemiczny był stopniowo zamieszkiwany oraz praktykowany – raz intuicyjnie, a raz przy użyciu wiedzy przynoszonej przez gremia, państwo albo chorych. Nie jest to jednak świat linearny – tworzą go nieoczywiste sploty:

Naukowcy stwierdzili, że średnio zakaźność jest czternaście dni, choć u nas jest izolacja dziesięć, ale to dlatego, że dotyczy objawowych – bo zanim się zgłosił, zarejestrował, zdecydował, to te kilka dni i to razem tak jest. Żeby skończyć izolację, pacjent powinien skontaktować się z lekarzem i jeżeli jest przynajmniej trzy dni bezobjawowy, to kończy się izolacja. Wielu pacjentów było jeszcze objawowych, więc ja wydłużałam tę izolację w systemie. Amanda miała takiego pacjenta, że już skończył izolację, ten pacjent poszedł w system szpitalny, bo miał coś tam do załatwienia i zrobili mu badania i nadal był dodatni, mimo że już od tego minęło dwadzieścia ileś dni. Więc ta średnia czternaście to jest tylko taka średnia statystyczna przyjęta, ale to jest bardzo indywidualna sprawa (notatka 5).

Świat pandemiczny to świat zaplątany – trzeba się przez niego przedzierać, a przy tym jednocześnie uczyć się go i wyszywać z dostępnych epistemologicznych nici matryce otwierające pola do działania. Nic bowiem nie jest tu oczywiste – ani warunki pracy, ani procedury, ani nawet wyniki testów. Trudno więc mówić

o standardach pokazujących lekarzom, jak splatać wiedzę z praktyką. A jednak lekarze wytworzyli sobie przestrzeń, w której podejmują działania i w której jednocześnie rodzi się wiedza oraz doświadczenie. To istotny krok do przodu i bodajże najważniejsza taktyka osvajania ryzyka związanego z pandemią – to potrzeba wytwarzania.

Potrzeba wytwarzania

Potrzeba wytwarzania jest jedną z najbardziej dystynktywnych cech lekarskiego świata w dobie pandemii – szczególnie potrzeba wytwarzania wiedzy i standardów. W tym miejscu działania lekarzy najbardziej przypominają balansowanie przynoszące poczucie sprawczości i wyzwolenia. Na podstawie przeprowadzonych rozmów i obserwacji mogę stwierdzić, że próba opanowania pandemii, choć nie dla wszystkich niestety zakończona sukcesem, przyniosła rozmówcom poczucie odnowy ich praktyki. Lekarze POZ, dzięki ministerialnym rozporządzeniom i polityce NFZ, stanęli na pierwszej linii walki z pandemią. Stali się, nie po raz pierwszy, lekarzami-pionierami podejmującymi ryzykowne działania, które, choć niebezpieczne, przyniosły im epistemologiczne i praktyczne ożywienie. Postać pioniera jest tą, którą moi rozmówcy szczególnie często wybierali do opisanego swoich doświadczeń z okresu kształtowania się i reformowania podstawowej opieki (Wierciński 2017, 2020b). W tym okresie byli, jak często słyszałem, pionierami nowej medycyny opartej na własności prywatnej i przedsiębiorczości wymuszającej na lekarzach znaczne poszerzenie ich kompetencji – nie tylko musieli być sprawnymi medykami, ale również przedsiębiorcami i organizatorami. Jednak tym razem to nie kolejna reforma opieki zdrowotnej czy walka o utrzymanie pozycji ekonomicznej, a zagrożenie wywołane COVID-19 pozwoliło lekarzom przełamać utarte schematy postępowania oraz zmusiło ich do umyślowego i organizacyjnego wysiłku. Innymi słowy, lekarze na chwilę zamienili się w wytrenowanych ryzykantów. Choć nie szukali doświadczenia wyzwolenia, to rozwój pandemii i niebywała mobilizacja posiadanych zasobów pozwoliły im poczuć się inaczej, przyniosły także poczucie sprawczości, żeby nie powiedzieć bohaterstwa. To na nich spoczął etyczny i emocjonalny ciężar walki z pandemią.

Muszę przyznać, że badania w POZ nauczyły mnie, że taka właśnie wizja siebie samych chyba najbardziej odpowiadała rozmówcom. W tym punkcie najbliższej im do Goffmanowskiej akcji i jednostkowej demonstracji odwagi, determinacji i samokontroli – a więc cech, które wpisują się w liberalny dyskurs powszechny wśród lekarzy prowadzących przeciw własne firmy. Rzeczywiście, wzięcie na siebie ciężaru obcowania z ryzykiem, a przez to także podjęcie próby utrzymania struktury społecznej (bo państwo i politycy nie potrafili tego zrobić, jak przekonawali mnie lekarze), może być postrzegane jako forma liberalnej praktyki, której celem jest skłonienie oceniającej publiczności (społeczeństwa) do przypisania

jednostkom (lekarzom) cech charakteru wymienianych przez Goffmana. Jednakże, jak sądzę, działania lekarzy nie były liberalną strategią ugrywania kapitału społecznego czy dobrowolną formą hazardu, a wynikały z zawodowych powinności, a także środowiskowego i instytucjonalnego etosu. Medycyna po to właśnie była, jak sygnalizowali lekarze, podkreślając w ten sposób oczywistość swoich postaw i działań. Dostrzegam tu jednak pewne napięcie – jak już pokazałem, lekarze wprowadzili rygorystyczne zasady kontaktów z pacjentami, a gros konsultacji przerzucili na linie telefoniczne. Intuicyjne zatem mogli przeczekać, że oceniająca publiczność odczyta takie działania jako unikanie ryzyka, a nie bohaterską konfrontację. Sądzę więc, że na deklaracje naturalizujące trud lekarzy należy spojrzeć krytycznie. Są one raczej skutkiem napiętej sytuacji w obrębie całego systemu opieki; dla pacjentów droga do lekarza zmieniła się w uporczywe czekanie na połączenie, a na lekarzy spadł obowiązek nie tylko leczenia chorych, ale także przyjmowania krytyki i niekiedy złości pacjentów.

Nie zmienia to jednak zaobserwowanego stanu rzeczy: poprzez przyswajanie i wytwarzanie wiedzy, a także w procesie budowania subiektywnie pojętych standardów postępowania, lekarze oswajali doświadczenie pandemii i umieszczali je w oszacowanych ramach ryzyka – oszacowanych na tyle, na ile to możliwe, lecz wystarczająco dokładnie, by włączyć pandemię do obudowanej standardami praktyki lekarskiej. Znakomicie ten problem ilustrują słowa doktor Katarzyny, która tak opisała obecną praktykę walki z wirusem:

Covid – najpierw masz podejrzenie, posługujesz się symbolem, zlecasz test, pacjent jest w kwarantannie, test dodatni – pacjent wchodzi w izolację. I teraz ty decydujesz, ty go teoretycznie prowadzisz, tyle że on jest w domu, a ty go prowadzisz. (...) Na wiosnę każdy, kto miał pozytywny test, szedł do szpitala. Było nawet dużo lekarzy, co mówili, że leżą przeziębieni pacjenci, nic tam się nie dzieje, bierze apap i nic poza tym. A potem, jak epidemia się zmieniła i coraz więcej takich ciężkich przypadków, to wprowadzili, że tych lekkich przypadków, mają się zająć lekarze rodzinni. Mówię – co znaczy zająć? To tak, jak w szpitalu. Jeszcze do niedawna oni byli w szpitalu. To w szpitalu jest codziennie obchód i codziennie musisz się dowiedzieć. Ja co dwa, góra trzy dni dzwonię. Na początku jest pewien przebieg kliniczny choroby. Najpierw to jest taki i tak, ale w pewnym momencie może być i że gorączka długo, taki *status febrilis*, oni są często tacy trochę neurologiczni, bo mają może zapalenie opon czy mózgu. Są tacy, że kaszel i zapalenie płuc się toczy i toczy i raptem duszność, są z przebiegiem biegunkowym. Więc trzeba się tego pacjenta wypytać. Ja to miałam taki wypracowany schemat, góra co dwa–trzy dni muszę zadzwonić, plus mu mówię, każda zmiana, która niepokoi, to kontaktować się ze mną lub na pogotowie (w. 46).

Słowa te odkrywają coś głębszego, a mianowicie rzucają światło na taktyki postępowania. Z ryzykownej przestrzeni braku wiedzy koronawirus, poprzez wytworzenie wewnętrznych i instytucjonalnych praktyk oraz standardów, przeszedł do poziomu lekarskiego fachu i stał się taką sprawą jak inne choroby. Mimo że droga do tego stanu była i ciągle jest ryzykowna, to przyniosła ona lekarzom poczucie odświeżenia ich praktyki – zmusiła ich do zmiany, do szukania rozwiązań, przydatnej wiedzy oraz działań. Jeżeli tych brakowało, to należało je wytworzyć.

W tym sensie można powiedzieć, że lekarze, ryzykując, odnieśli sukces. Udało im się utrzymać system opieki – zresztą nie po raz pierwszy – na funkcjonującym poziomie. Po raz kolejny udowodnili więc, że największy potencjał systemu to oni sami – pracownicy i jednocześnie współtwórcy oddolnej praktyki, dzięki której maszyna polskiej opieki zdrowotnej (jeszcze) działa. Rację więc mieli przywołani badacze, pisząc, że w obliczu ontologicznej niepewności drugiej nowoczesności to nie instytucje i dyskursy eksperckie przejmują na siebie ciężar zmagania z niewiadomym, a refleksyjnie działające jednostki, które nie mogą unikać ryzyka i muszą się z nim zmierzyć. To nie państwo i jego organy zmagają się z pandemią: to ludzie, tacy jak lekarze i chorzy, przejęli na siebie ten ciężar. To oni wynajdują sposoby splatania tego ryzykownego świata.

Bibliografia

Bauman Z.

2000 *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Warszawa.

Beck U.

1992 *Risk society*, London.

2000 *The Cosmopolitan Perspective: Sociology of the Second Stage Modernity*, „British Journal of Sociology”, nr 51, s. 79–105.

Beck U. et al.

2003 *Theory of Reflexive Modernization: Problematic, Hypothesis, and Programme*, „Theory, Culture & Society”, nr 20 (2), s. 1–33.

Czachowski S.

2002 *Środowiskowe uwarunkowania praktyki lekarza rodzinnego (wybrane zagadnienia)*, Toruń.

2005 *Rola lekarza rodzinnego w praktyce medycznej*, Toruń.

Giddens A.

1990 *The Consequences of Modernity*, Stanford.

1991 *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Cambridge.

Godlewski G.

2016 *Luneta i radar. Szkice z antropologicznej teorii kultury*, Warszawa.

2018 *Poza nachylenie tekstowe, w stronę doświadczenia przedtekstowego. Wskazówki terapeutyczne*, „Teksty Drugie”, nr 1, s. 61–78.

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.

Ingold T.

1993 *The Temporality of the Landscape*, „World Archaeology”, nr 25 (2), s. 152–174.

2000 *The Perception of the Environment. Essays in Livelihood, Dwelling and Skill*, London.

2016 *Lines*, London, New York.

2018 *Splatać otwarty świat*, przeł. E. Klekot, Kraków.

Kowalska-Bobko I.

2017 *Decentralizacja a systemy zdrowotne. W poszukiwaniu rozwiązań sprzyjających zdrowiu*, Kraków.

Lash S.

1993 *Reflexive Modernization: the Aesthetic Dimension*, „Theory, Culture & Society”, nr 10 (1), s. 1–24.

1994 *Reflexivity and Its Doubles: Structure, Aesthetics, Community*, w: U. Beck, A. Giddens, S. Lash (eds.), *Reflexive Modernization: Politics, Tradition, and Aesthetics in the Modern Social Order*, Stanford, s. 110–173.

Long D. et al.

2008 *When the Field is a Ward or Clinic: Hospital Ethnography*, „Anthropology & Medicine”, nr 15 (2), s. 71–78.

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.

Rakowski T.

2018 *Etnografia przedtekstowa. Fenomenologiczne korzenie interpretacji antropologicznej*, „Teksty Drugie”, nr 1, s. 16–39.

Rhodes L.A.

1996 *Studying Biomedicine as a Cultural System*, w: C.F. Sargent, T.M. Johnson (eds.), *Medical Anthropology: A Handbook of Theory and Method. Revised Edition*, London, s. 165–180.

Timmermans S., Berg M.

1997 *Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols*, „Social Studies of Science”, nr 27, s. 273–305.

Wierciński H.

2017 „Children of the Transformation” – an Ethnography of Healthcare Reform and Polish Primary Care, „Zeitschrift für Ethnologie”, nr 142, s. 23–48.

2020a *O zastosowaniu elementów etnografii przedtekstowej w badaniu instytucji opieki medycznej*, „Etnografia Polska”, nr LXIV(1-2), s. 85–106.

2020b *Who are „the Expanded Doctors”? The Ethnography of Professional self-identifications in Polish primary care*, „Český Lid / The Czech Ethnological Journal”, nr 107(1), s. 23–49.

Źródła internetowe:

<https://bml.pl/artykuly/news/skutki-pandemii-blisko-80-lekarzy-skarzy-sie-na-pogorszenie-zdrowia-psychicznego> (dostęp: 22.01.2020).

