

wyborcza

# LÓDŹ TYGODNIK

lodz.wyborcza.pl

Piątek,  
14 lipca 2023

Imieniny obchodzą:  
Angelina, Bohdan

Redaktorka prowadząca:  
Agnieszka Urazińska

Dyżur redakcyjny w godz. 10-18  
tel. 42 631 60 16  
listy@lodz.agora.pl



Doktor Eugenia Szuszkiewicz

## Kobieta, która oswaja śmierć ▶ 4-5

### Szkola

#### Nastoletnia autorka

Amelia Nowińska odeszła do Szkoły w Chmurze i spełniła swoje marzenie. Książkę 16-latkę można kupić w Empliku. ▶ 2

### Uczelnie

#### Doktoranci klepią biedę

Świeżo upieczony doktor na państwowej uczelni może liczyć na pensję 4,5 tys. zł brutto, czyli niespełna 3,4 tys. zł na rękę. Podobne i wyższe wynagrodzenie można otrzymać albo jako stolarz. Po co tyle studiować? ▶ 6

### Religia

#### Zmieni polski Kościół?



FOT. TOMASZ STANISZAK / AGENCJA BIRYCZA

Abp Grzegorz Ryś został kardynałem. Po raz pierwszy niewielka łódzka diecezja – obok szczecińsko-kamieńskiej najbardziej złaicyzowana – będzie miała na swoim czele kardynała. ▶ 7

### Książka

#### Samochodoza

Bartosz Józefiak wydał kolejny reportaż. „Wszyscy tak jeżdżą” to nie tylko opowieść o polskich kierowcach, ale – po prostu – o Polakach. ▶ 8





Jak rozmawiać o śmierci

ROZMOWA Z  
**DOKTOR EUGENIA SZUSZKIEWICZ**,  
która wkrótce zdaje egzamin  
specjalizacyjny z pediatrii,  
od siedmiu lat pracuje w Centrum  
Opieki Paliatywnej dla Dzieci  
Fundacji „Gajusz”

**AGNIESZKA URAZINSKA:** Nie umiemy rozmawiać o śmierci.  
**EUGENIA SZUSZKIEWICZ:** Temat umierania i śmierci, a szczególnie umierania i śmierci dzieci, jest tematem tabu. Nie uczą nas tego na studiach. O tym, jak przekazać niepomyślną diagnozę, jak przygotować pacjenta do sytuacji ostatecznej, jak go przeprowadzić na drugą stronę – tego często uczymy się później sami, latami. Na studiach, na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, mieliśmy zajęcia z medycyny paliatywnej i onkologematologii. Ale to był jeden, może dwa wykłady. Jeśli ktoś dalej tego nie zgłębia, nie oswaja tematu, to pozostaje on tabu nawet dla lekarza.

**Mnie to nawet nie dziwi – przecież was uczył, jak walczyć o życie. W takim kontekście śmierć to porażka.**  
– Prawda. A przecież umieranie to jest część życia. Pierwszy mój poważny kryzys dotyczył właśnie tej kwestii. Bo na studiach słyszałam głównie o tym, że jest „złota godzina” na ratowanie pacjentów udarowych, jak przeprowadzić resuscytację, jak reanimować. Uczyli mnie, że sukcesem jest, gdy uratuje życie. A gdy zaczęłam pracować w hospicjum, trzeba było przeważać tożsamość życia i pracę. Nastawienie mam teraz inne – sukces jest, gdy życie dziecka jest godne do samej śmierci, gdy umiem zarządzić cier-

# Nie wolno odbierać nadziei

Ta rozmowa zapadnie im w pamięć do końca życia. Będą nawet pamiętać, jakie ściany były w pokoju, w którym rozmawialiśmy, w jakim byłam ubraniu.

pieniu, umiem przygotować rodziców na to, co niuniknione, i dać im przy tym maksymalne wsparcie.

**W opowieściach pacjentów, w medialnych przekazach, jest doktor uciekający – który rzuca złe wieści opakowane w medycynę żargonu i ucieka do gabinetu.**

– Niestety, taka jest często szpitalna rzeczywistość. Tak trudna rozmowa to wyzwanie dla każdego człowieka. Jeśli lekarz nie oswoił tematu, nie umie się z nim zmierzyć, to ucieka. Ważne, jakich

mamy kierowników specjalizacji, mentów. Mam ogromne szczęście, bo uczyłam się od wspaniałych lekarzy: dr Małgorzaty Stolarskiej, dr Aleksandry Korzeniewskiej-Eksterowicz i dr Dominiki Chojnackiej-Surmy. To lekarzki, które mają ogromne doświadczenie w opiece paliatywnej, nie boją się śmierci. Przed każdą trudną rozmową byłam przygotowywana przez moje mentorki, sama się do tych rozmów przygotowywałam. Teraz uczę tego litych, a widzę, że lekarzom bardzo ta wiedza jest potrzebna. Dlatego razem z Okręgową Izbą Lekar-

ską w Łodzi przygotowujemy cykl wykładów o śmierci – „O dobrej śmierci. Tątoedukacja dla lekarzy” – na przykład o tym, jak o śmierci rozmawiać z dziećmi, jak z rodzicami chorych dzieci albo jak lekarz może sobie poradzić po śmierci pacjenta.

**Jak można się przygotować do takiej rozmowy?**

– Do takiej rozmowy trzeba przygotować się zarówno merytorycznie, czyli poznać historię choroby dziecka, jej przebieg, rokowanie, wyniki badań itd., jak i psy-





chicznie. Nastawienie jest bardzo ważne. Na samym początku swojej pracy starałam się oświecić temat śmierci, procesu umierania i oczywiście niestannie pogłębiałam wiedzę na temat leczenia paliatywnego i umiejętności prawidłowej komunikacji z pacjentem. Wiedza to podstawa. Często przed trudną rozmową z rodzicami na początku omawiałam to ze swoją przełożoną, która dawała mi cenne uwagi. Czasem pomagałam takcie ćwiczenie: siadałam przed lustrem i patrzyłam na swoją twarz, gdy przekazyuję złe wieści. Muszę być wtedy spokojna. Ale mój rozmówca nie powinien widzieć w moich oczach strachu. Bo ja mam go wspierać, pomóc złagodzić lęk. Takie przygotowanie pozwala oświecić temat. Jeśli ktoś nie jest oswojony, popelnia dużo błędów

#### Jakie to błędy?

- Pierwszy jest taki, że staramy się skrócić trudną rozmowę. I uciec jak najdalej. A taka rozmowa z bliskimi pacjentów powinna trwać tak długo, jak im to potrzeba. Czasem to jest godzina, czasem dwie. Trzeba wyłączyć telefon, zadbać o intymność. To nie może być korytarz, tylko spokojne miejsce. A ja nie mogłam uciekać. Mam mieć czas i zrozumienie. Jestem wtedy dla tych ludzi.

#### A może to schowanie w medycynie żargonu to kwestia obrony? Bo lekarz to profesjonalista. A profesjonalista nie płakać nie wypada.

- Lekarz powinien sobie do takiej rozmowy przygotować dokumentację medyczną, to jasne. Ale powinniśmy także przygotować sobie plan spotkania. Pracować w myślach kwestie umierania, swoje podejście do tego tematu. Lekarz mu-

si się przygotować na swoje emocje. Wypracować też mechanizmy obrony. Oni jest oczywiście profesjonalistą i ma medyczną wiedzę, ale też jest człowiekiem - musi oświecić temat umierania i śmierci sam ze sobą, zadać sobie sprawę, że to jest nieodłączne.

Tego nas nie uczą na studiach - że będą nam umierać pacjenci, że każdy z nas, lekarzy, będzie miał swój mały cmentarz.

To nieprawda, że lekarz ma być jak skała. Mnie się zdarzało przy towarzyszeniu w umieraniu dzieci, że w oku zakręciła się łza, a czasem nawet rzyłam jak dziecko.

Ważne jest okazywać szczerze emocje, ale też nie pozwolić sobie, żeby nasze własne emocje przeszkodziły nam w okazaniu odpowiedniego wsparcia pacjentowi i jego rodzinie.

#### Jak taką rozmowę zacząć?

- Najlepiej zacząć od pytań: „Jak się panstwo czuje?” „Co już wiecie na temat choroby dziecka?” Może odpowiedzą jednym zdaniem, może zechcą opowiedzieć całą historię choroby dziecka. Ja mam czas. Ja słucham. I dowiaduję się, co oni już wiedzą, czy wypierają trudne sprawy, czy są oswojeni i jakie mają oczekiwania. Gdy wiem, w jakim są stanie, jakie mają samopoczucie i nastawienie do choroby, mogę mówić dalej. Nie mogę wpaść jako osoba obca, z hospicjum, i oznajmić, że stracą ukochane dziecko. Najpierw wysyłam strzał ostrzegawczy: „Bardzo mi przykro, ale nie mam dla państwa dobrej informacji”. Ta najgorsza wiadomość musi być opakowana w dwie pozytywne. Jak kanapka. Mogę powiedzieć, że Krzyś dzielnie walczył, dajecie państwo z siebie tysiąc procent i jesteście wspieranymi rodzicami.

#### Ale w końcu trzeba jakoś to powiedzieć.

- Mówię, że proces umierania się rozpoczął. Ale daję też kolejną, dobrą warstwę wsparcia. Mówię, że zrobimy wszystko, a mamy wiele możliwości, żeby jak najlepiej przeprowadzić Krzyśka przez ten czas - żeby nie bolało, żeby nie czuł duszności, żeby mógł przeżyć ten czas, który został, w jak największym komforcie i bez cierpienia.

#### A później?

- Tych słów nie powinno być za dużo. Przychodzi czas na ciszę. Cisza jako wyraz szacunku dla emocji tych rodziców. I nie mogę człowieka zostawić samego z tą informacją. Nie wychodzę. Słucham. Patrzę. Jestem.

#### To musi być trudne.

- Rodzice bardzo różnie reagują. Jeśli wyciągają ręce, to ich przytulam. Czasami krzyczą, płaczą, zwracają Bogu i ludziom. Bywa, że obwiniają siebie albo lekarzy. Zdarza się zaprzeczenie i intelektualizacja - „Jak to możliwe. Trzeba ratować to dziecko”. Każda emocja jest ważna. Do każdej mają prawo. Najważniejsza jest empatia. Ona pomaga zobaczyć i otworzyć się na ten świat wewnętrzny, emocjonalny drugiej osoby i pozwala zrozumieć, jakimi intencjami mi kieruje się ta osoba i jakimi ja się kieruję. Pozwala zrobić sobie wewnętrzną przestrzeń na szacunek dla emocji drugiej osoby. To bardzo ważne, żeby szanować pacjenta i jego rodzinę. Rozmowa o śmierci to nie jest czas, żeby lekarz kwestionował, żeby się obrażał albo próbował do czegoś przekonać.

#### Mówicie „Już nic nie możemy zrobić”?

- Lubię trzymać się takiej zasady: „Z nadzieją na lepsze szczykuję się na najgorsze”. Pacjenci nas zaskakują - miałam sytuację, gdy wydawało się, że koniec nadchodzi i jest to kwestia godzin, a stan dziecka nagle się poprawiał i żyło ono mieszcza-

*Tego nas nie uczą na studiach - że będą nam umierać pacjenci, że każdy z nas, lekarzy, będzie miał swój mały cmentarz. To nieprawda, że lekarz ma być jak skała. Mnie się zdarzało przy towarzyszeniu w umieraniu dzieci, że w oku zakręciła się łza, a czasem nawet rzyłam jak dziecko*

mi, spełniając swoje marzenia. Bywało też odwrotnie, gdy dziecko odchodziło nagle, bez ostrzeżenia, bez pożegnania. My nie możemy pocieszać bezpodstawnie i nie możemy także odbierać nadziei. Nigdy nie mówię, że nie możemy nic zrobić, bo to nie jest prawda. Gdy mówię, że będę się zajmować leczeniem paliatywnym, że nie będę leczyć przyczynowo, tylko objawowo, to nie znaczy, że nie będę robić nic. To ten moment, gdy nie mamy już wpływu na długość życia, ale mamy wpływ na jego jakość. Nasze zadanie jest takie, aby to życie było godne do końca, żeby pacjent mógł być we własnym domu, w swoim łóżku, otoczony bliskimi, z ukochanym psem czy kotem. Można i trzeba zrobić bardzo dużo.

#### Potrzeba dużo pokory.

- To jedna z ważniejszych cech, tuż obok empatii, z której lekarz powinien zrobić użytek, rozmawiając z rodzicami umierającego dziecka. Potrzebna jest także cierpliwość. W czasie rozmowy trzeba robić pauzy, pilnować tempa, patrzeć, czy rodzic rozumie przekaz, parafrazować. Nie wolno używać niejasnego języka. I trzeba używać słów z dużą uważnością. Lekarz pyta na przykład: „Dlaczego nie podał pan tych leków?”. „Dlaczego tak się pani zachowuje?” I to jest błąd - bo w ten sposób wychodzi na osobę, która atakuje i osądza.

#### Jakich słów powinien użyć?

- Jeśli pyta: „Co się stało, że nie podał pan dziecku tych leków?”, to może usłyszeć, że dziecko odmówiło współpracy i nie dało się podać mu lekarstwa. Kiedy pyta: „Co się stało, że tak się pani zachowuje?”, może usłyszeć, że matka nie ma już siły, nie jest w stanie poradzić sobie z własnymi emocjami, potrzebuje pomocy. Jeśli zadamy pytanie, umiejętnie dobierając słowa, wielu rzeczy się dowiemy, a osoba, którą pytamy, nie poczucie się krytykowaną i osądzaną. A nie można oceniać ani pacjenta, ani rodziny. To jest sytuacja tragiczna, niepodobna do żadnej innej, dla większości to pewnie najgorsze, co ich w życiu spotkało.

#### Nie sposób pocieszyć.

- Nie wolno mówić, że się rozumie, co taka osoba przeżywa, bo skąd ja mam wiedzieć, skoro sama nie straciłam dziecka. Mogę powiedzieć, że wyobrażam sobie, co to za ból. Albo: „Nawet nie jestem sobie w stanie wyobrazić pani cierpienia”. Nie wolno także mówić: „Jesteście jeszcze młodzi, tyle życia przed wami” albo: „To dobrze, że macie w domu drugie, zdrowe dziecko”. To nie jest wtedy istotne. Bo nawet jeśli to prawda, ci ludzie właśnie mierzą z wiadomością, że stracą ukochane dziecko - to jedno, jedynie, niepowtarzalne. Ono jest nie do zastąpienia - to po-



#### Doktor Eugenia Szuszkiewicz

• Wspiera Fundację Pallium for Ukraine, która pomaga paliatywnie chorym dzieciom i dorosłym w objętej wojny Ukrainie. Potrzebne jest wsparcie finansowe i rzeczowe, bo brakuje ogromnie. Fundacja organizuje zbiórki na zrzutka, pl - „Pomoc dla dzieci i dorosłych potrzebujących opieki paliatywnej w Ukrainie”

pierwsze. A po drodze - ludzie cierpią, nie wolno tych uczuć umniejszać.

#### Czy forma rozmowy naprawdę ma takie znaczenie? Po co energia, po co to wszystko? Przecież nie nie oddali tego, co dla człowieka najgorsze.

- Ależ ma, i to ogromne. Potwierdzają to nawet naukowe badania prowadzone z udziałem osób, które straciły bliskich. To, w jaki sposób odnieśliśmy się do tych, którzy czeka strata, czy potraktujemy ich z szacunkiem, szacunkiem odnieśliśmy się do sytuacji, pomaga przyjąć informację, przeżyć, oświecić się z tym bólem. Wpływa także na to, jak rodzice będą sobie w stanie poradzić z opieką nad dzieckiem, później z żałobą.

Ta rozmowa zapadnie im w pamięć do końca życia. To są tak drastyczne informacje, doznanie silnego stresu, że uruchamiają się wszystkie zmysły. Będą nawet pamiętać, jakie ściany były w pokoju, w którym rozmawialiśmy, w jakim byłem ubranii. Zapamiętają. Jeśli byli potraktowani bez szacunku, w pośpiechu, jeśli byli zbyci albo niezrozumiani.

To jest czas, gdy trzeba otoczyć człowieka siecią bezpieczeństwa, powiedzieć, że będzie miał dostęp do nas przez 24 godziny na dobę, na każde pytanie będzie odpowiedź z naszej strony, na każdy objaw - reakcja. Rodzic musi wiedzieć, że przyjdziemy, jeśli będzie nas potrzebował, nauczymy obsługiwać sprzęt i podpowiemy, jak reagować na kolejne objawy u dziecka. I że będziemy wtedy, gdy śmierć będzie nadchodzić.

#### Informujecie, gdy jest już blisko?

- Tak, jeśli proces umierania się rozpoczyna, rodzice powinni mieć tę świadomość, czy rodzic rozumie przekaz, parafrazować. Nie wolno używać niejasnego języka. I trzeba używać słów z dużą uważnością. Lekarz pyta na przykład: „Dlaczego nie podał pan tych leków?”. „Dlaczego tak się pani zachowuje?” I to jest błąd - bo w ten sposób wychodzi na osobę, która atakuje i osądza.

#### Kiedys śmierć była bliżej.

- Były czasy, gdy ludzie umierali częściej we własnych łóżkach niż w szpitalu. Byli otoczeni rodziną i bliskimi, teraz często jest przy umierającym lekarz i zaawansowana medyczna aparatura. My nie odganiamy bliskich od dziecka, nawet gdy wykonujemy medyczne procedury. Kiedy nadchodzi koniec, tłumaczymy, że nie ma już sensu męczyć dziecka zabiegami, badaniami i dokarmianiem. To jest moment trzymania za rękę, pożegnania, spokoju. A lekarz jest z boku, reaguje, aby nie było cierpienia.

#### Rodzice doceniają?

- To jedna z wielu pozytywnych stron mojej pracy - czuję wdzięczność i sympatię rodziców. Bardzo starają się stosować do zaleceń lekarskich, czekają na moje wizyty. Gdy w ramach hospicjum domowego przyjeżdżam na odległą wioskę, żeby odwiedzić pacjenta, w gospodarstwie zatrzymuje się życie - krowy niewiodą, kury nieakarmione, bo przyjechała pani doktor, trzeba posłuchać, porozmawiać. Próbuje obdarować mnie jakimiś, pokazując swoją wdzięczność. Ostatnio miałam trudniejszy czas, bo wielu było trudnych pacjentów i śmierci. Spotkałam rodziców, którym się kiedyś opiekowałam. Powiedzieli, że do końca życia zapamiętają, jakim wzrokiem patrzyłam na mnie ten chłopiec w ostatnich chwilach życia, jak bardzo mi ufał. I ja go nie zapomnę. To był bardzo dzielny sześciolatek, który nie chciał mówić rodzicom, że go coś boli, żeby ich nie martwić. Mówił więc mi, na ucho. I ja pamiętam to spojrzenie. Zdarza mi się słyszeć od rodziców takie dobre słowa, które wzmacniają. „To, co robicie, jest cudowne, bardzo potrzebne. Proszę nie przestawać”. Rozmawiała Agnieszka Urazinska