

**Dr Hanna Hamer**

Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku

**KONFERENCJA NAUKOWA:  
V EDYCJA PODLASKIEJ SZKOŁY  
MEDYCYNY PALIATYWNEJ**

**Nowa Wola 7 czerwca 2014**

Na Podlasiu, od pięciu lat, hospicja pod patronatem wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie medycyny paliatywnej organizują spotkania pracowników i zaproszonych gości – ekspertów medycznych i psychologicznych, w celu wymiany doświadczeń, polepszenia opieki nad pacjentami terminalnie chorymi i pogłębienia integracji środowiska ([www.hospicjum.podlasie.pl](http://www.hospicjum.podlasie.pl)). Dotychczas takie sesje odbyły się w Wigrach i trzykrotnie w Białymstoku. W 2014 roku po raz pierwszy zaproszono naukowców różnych specjalności i konferencja nabrała charakteru w pełni naukowego.

Wykładowców i licznych gości, gospodarz konferencji dr n. med. Paweł Grabowski przywitał wykładem *Profesjonalizm medyczny na nowo odczytany*. Podkreślał konieczność doskonalenia miękkich umiejętności społecznych w kontakcie lekarza z pacjentem, jego rodziną, fizjoterapeutami i personelem pielęgniarskim, kładąc nacisk na współpracę, otwartość, chęć ustawicznego rozwoju i kierowanie się wartościami wyższymi. Dobitnie potępił trzy zasady wszczepione mu przez wykładowców na studiach: „Pamiętajcie, że a) każdy pacjent to idiota, b) unikajcie rodziny chorego jak zarazy, c) dbajcie głównie o własne interesy”. Humanistyczne przesłanie wykładu dra Grabowskiego (m.in. wiara w dobroć, bliski kontakt z pacjentem, uśmiech, uważne słuchanie, unikanie tzw. „zrezygnowanego rozsądku” u lekarzy)

spotkało się z entuzjastycznym aplauzem słuchaczy. Na zakończenie prelegent przedstawił sylwetkę dra Alberta Schweitzera (1875-1965), teologa, filozofa, który zdobył nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny.

Następnie mgr Monika Ksepko, psycholog, pracująca w hospicjum w Nowej Woli mówiła „O potrzebie doskonalenia umiejętności komunikacyjnych w opiece paliatywnej” – o tym jak trudno zmierzyć się choremu z własnym, pełnym bólu, światem, jak trudno zaakceptować nieuchronnie nadchodzącą śmierć, jak przezwyciężać przejmujący lęk. Także o tym, jak przygotować pacjenta do odejścia, szanując zarazem autonomię jego decyzji oraz jak przekazywać umierającym pacjentom i ich rodzinom trudne informacje. Sugerowała unikanie takich barier w kontakcie, jak osądzanie, dawanie rad, porównywanie, żartowanie, flirtowanie (!), stawianie siebie (lekarza) na pozycji autorytetu. Podkreślała wartość w zespole paliatywnym wzajemnego wsparcia wśród lekarzy, rolę zaufania, kompromisów i współpracy, co sprzyja nie tylko dobrym relacjom, ale także poczuciu bezpieczeństwa u pacjentów i wzrostowi efektywności i satysfakcji z pracy u lekarzy i pielęgniarek.

Kolejna prelegentka, dr n. med. Jolanta Iwanowska z Białostockiego Centrum Onkologii przedstawiła *Trudne decyzje w medycynie paliatywnej*. Poruszyła niezwykle kontrowersyjny temat eutanazji dobrowolnej i bez zgody (nieprzytomnego) pacjenta oraz czynnej (podanie trucizny) i biernej (zaniechanie leczenia podtrzymującego życie). Omówiła liczne warunki wydania zgody na eutanazję w Holandii (od 1990 roku), Belgii, Albanii, Luksemburgu, oraz w trzech stanach USA: w Texasie, Oregonie i Montanie, podkreślając zarazem zapis w Polskim Kodeksie Etyki Lekarskiej: „nie wolno stosować eutanazji w żadnej formie, bo to zabójstwo”. Odróżniła od eutanazji sedację paliatywną, czyli podanie leków zmniejszających cierpienie umierającego, głównie w zespole splotania, co także budzi wiele kontrowersji i bywa traktowane jako „pozbycie się kłopotu dla wygody rodziny”. Wykładowczyni poparła zarazem ideę zaprzestania uporczywej terapii, czyli podtrzymywania funkcji życiowych przedłużających cierpienia osoby, która bez leków i/lub respiratora umarłaby z pewnością. Art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi, że „lekarz

w stanach terminalnych nie ma obowiązku podtrzymywania życia”. Lekarze w Polsce bojąc się jednak posądzenia o eutanazję pozorują działania i unikają wzięcia odpowiedzialności za los umierającego (czemu prelegentka nie dziwi się, bo uzasadnianie w polskim sądzie decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii bywa przykre, żmudne i może skończyć się posądzeniem lekarza nawet o zabójstwo). Pacjent (o dziwo!) „nie ma prawa umrzeć w karetce” (cytat z wykładu), dlatego stosuje się zabiegi reanimacyjne w szpitalu, aby móc stwierdzić, że śmierć nastąpiła na oddziale. Mocnym akcentem końcowym było stwierdzenie dr Iwanowskiej, że opieka paliatywna jest przeciwna działaniom skierowanym na skrócenie życia chorego, a nastawiona na wszechstronną całościową opiekę nad terminalnie chorym człowiekiem.

Następny mówca, mgr Marian Lech, psycholog i psychoterapeuta, omówił zasady tzw. treningu Balinta w zespole hospicyjnym. Ten rodzaj zajęć przypominający do złudzenia dobrze znany od 50. lat rogersowski trening interpersonalny jest nastawiony na nazywanie przeżywanych emocji i rozumienie ich wzajemnego powiązania, zarówno przez lekarza, jak i pacjenta terminalnego we wzajemnej relacji. Podczas treningu Balinta grupa lekarzy od 8 do 12 osób analizuje kolejne swobodne i szczere opowieści uczestników o ich przeżyciach z pracy w hospicjum, wykorzystując także technikę psychodramy. Przesłanie wystąpienia mgra Lecha: „jeśli nie zrozumiesz dokładnie chorego pacjenta, nie możesz mu pomóc” spotkało się z aprobatą audytorium.

Na temat alternatywnych technik komunikacji z chorym u kresu życia wypowiedział się mgr Sebastian Kukło z Białostockiego Centrum Onkologii – m.in. o języku migowym dla osób niesłyszących i słabo słyszących, o piktogramach dla autystyków, o piśmie Braille’a dla niewidzących i słabo widzących, o piśmie Lorme’a dla głuchoniewidzących. Niezwykle żywo przedstawiany wykład (szkoda, że bez prezentacji multimedialnej) uzupełniały ciekawe informacje o naskalnych obrazkach w różnych jaskiniach, o znaczeniu kolorów, dźwięków (w tym – m.in. o porozumiewaniu się gwizdami na kanaryjskiej wyspie Gomera), gestów, dotyku (atawizm!), o ciekawym wykorzystywaniu emotikonów (choć gubi się wtedy żart, ironię i inne niuanse komunikacji

społecznej) w użyciu smartphonów i tabletów. Wykład mgra Kuklo poszerzył wiedzę słuchaczy o alternatywnych sposobach komunikacji, nie tylko z ciężko chorym człowiekiem.

Radcy prawni mec. Piotr Nikończuk i mec. Karol Kafka szczegółowo omówili niedoskonałości prawne art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zwłaszcza brak definicji „stanu terminalnego” oraz przedstawili zagrożenia dla lekarzy wynikające z treści art. 148, 150 i 15i Kodeksu Karnego. Karany może być w Polsce także ten, kto „zaniecha wysiłku pomocy widząc, że ktoś chce popełnić samobójstwo”. Wielu lekarzy blokuje w działaniach uwalniających pacjentów od zbędnych cierpień fakt, że Polska nie ratyfikowała Europejskiej Konwencji Bioetycznej (czyli np. tzw. testamenty życia są nieważne).

Po przerwie, dr Zbigniew Bomert poruszył problematykę tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej dla hospicjum domowego. Pod adresem [biuro@dla-lekarza.pl](mailto:biuro@dla-lekarza.pl) autor udziela wszelkich potrzebnych informacji przy tworzeniu takiej dokumentacji z zachowaniem ochrony danych osobowych przed niepowołanymi ludźmi i z różnymi zabezpieczeniami niepożądanego utraty danych medycznych.

Następnie dr Hanna Hamer z NWSP w Białymstoku wygłosiła wykład *Wypalenie zawodowe a stres i depresja* wskazując sposoby ochrony przed skutkami wypalenia zawodowego (wykład dostępny na stronie internetowej [hospicjum.podlasie.pl](http://hospicjum.podlasie.pl)). Przeciwwstawiła się (z kilkoma barwnymi przykładami) popularnemu pogładowi, że to tylko słaba psychicznie jednostka odpowiada za swój stan, stawiając tezę, że w równym stopniu winny jest kryzys w organizacji, nieprawidłowy system pracy, niedbający o ludzi pracodawca. Wypalenie zawodowe ma sześć głównych źródeł: przeciążenie pracą, brak wpływu osoby na to co się wokół i z nią dzieje, zbyt niskie wynagrodzenie (zwłaszcza zmiana: mniej płacy za więcej pracy), pogorszenie relacji międzyludzkich, planowe niszczenie współpracy w zespole i konieczność wyboru między sprzecznymi wartościami (np. stosowanie się do sztywnych przepisów regulaminu vs postępowanie zgodne z własnym, odmiennym systemem wartości). Po omówieniu splotu „stres-depresja-wypalenie zawodowe” wykładowczyni przywołała model idealnego pracodawcy:

rozumie trudną sytuację pracownika, stosuje indywidualne podejście, ulepsza działania organizacji, aby przeciwdziałać zawodowemu wypalaniu się innych członków zespołu, zmniejsza obciążenia (a praca jest sensowna i doceniana), daje tyle autonomii, aby pracownik mógł mieć poczucie wpływu i kontroli, nagradza cyklicznie w różny sposób, stosuje działania fair play (nie kłamie, nie manipuluje), wysyła na urlop, rozumie znaczenie psychoterapii, a nade wszystko – nie obciąża jednostki winą za wypalenie zawodowe.

Słuchacze ze zrozumieniem przyjęli informację, że to tylko postulowany ideał... Wątek sposobów radzenia sobie z wypaleniem zawodowym był kontynuowany na warsztatach.

Mgr Małgorzata Anna Charyton z Instytutu Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu zaprezentowała wykład *Nieuleczalnie chorzy w świecie medycyny komplementarnej i alternatywnej Podlasia – perspektywa antropologii medycznej*. Punktem wyjścia były trzy (nieprawdziwe) stwierdzenia: a) obcy jest gorszy, b) każdy obcy jest gorszy, c) zawsze każdy obcy jest gorszy. Obcym dla lekarza jest tzw. szeptucha. Zainteresowanie słuchaczy wzbudziły konkretne wywiady z terminalnie chorymi niechętnymi medycynie tradycyjnej, wybierającymi właśnie szeptuchy. Medycyna ludowa (nie tylko ziołolecznictwo) z elementami parapsychologii jest na Podlasiu niezwykle popularna, zwłaszcza na wsiach. Prelegentka wysunęła przypuszczenie, że dzieje się tak dlatego, iż lekarze bywają w kontakcie zimni i obcy (a szeptucha ciepła, życzliwa, „swoja”); że czas kontaktu z lekarzem jest bardzo ograniczony (u „babki” dowolnie długi); że pomoc specjalisty jest narzucana pokornemu pacjentowi (u szeptuchy kładzie się nacisk na samoleczenie aktywnego klienta); że lekarz preferuje jeden sposób leczenia (w medycynie alternatywnej jest wiele technik pomocy); że lekarz ostro karci nieposłusznych pacjentów (w przeciwieństwie do szeptuchy). Mgr Charyton postulowała lekarzom, aby pytać chorego „jak mu pomóc i następnie akceptować wybrany przez pacjenta sposób”, z czym trudno się zgodzić, zważywszy, że w dobie internetu chorzy ludzie kierują się bałamutnymi informacjami m.in. z Google’a i wierzą im bardziej niż specjalistom. Pójdzie tu



drogą może skończyć się tragicznie dla pacjenta (i w konsekwencji dla lekarza). Audytorium zgodziło się natomiast z prelegentką, że ludzie mają prawo do odmowy operacji, bo np. silnie wierzący – w życiu po śmierci nie chcą być pozbawieni narządów lub inaczey okaleczeni. Odmowa poddania się zabiegom chirurgicznym nie musi oznaczać głupoty ani tchórzostwa.

Pani prof. Anna Kwiatkowska z Instytutu Psychologii PAN z Warszawy wystąpiła z niezwykle ciekawym wykładem *Koncepcje zdrowia, choroby i śmierci z perspektywy psychologii kulturowej*. Autorka szeroko omówiła Podlasie jako region zróżnicowany kulturowo, przeciwstawiając kulturę indywidualistyczną (m.in. etniczni Polacy, katolicy, mężczyźni, młodzi z miast i raczej zamożni) kulturze kolektywistycznej (m.in. mniejszości narodowe na Podlasiu, prawosławni i protestanci, starsi i raczej biedni). Wysznuęła również tezę, że w kulturze indywidualistycznej bez wysokiego poczucia własnej wartości nie może być mowy o zdrowiu. Idealem dojrzałej, zdrowej osoby jest tam afirmowanie JA, nacisk na realizację własnych potrzeb, gdzie cenionymi wartościami są: autorefleksja, niezależność każdego rodzaju, samorealizacja, hedonizm, poszukiwanie wrażeń, otwartość, rywalizacja. Pani Profesor wyraźnie skłaniała się w stronę kultury kolektywistycznej, w której o zdrowiu świadczy raczej dbałość o dobro grupy. Dalej zostało omówione pojęcie „starości” różnie rozumiane na świecie. I tak np. w Tybecie starość nadchodzi „kiedy najstarszy syn się ożeni”, u Eskimosów „kiedy wnuk ma już 8 lat” itd. Wykład zakończyło pokazanie rozumienia pojęcia „pomyślnej starości” w kulturze indywidualistycznej vs kolektywistycznej. Szkoda, że na omówienie choroby i śmierci z perspektywy psychologii kulturowej zabrakło już czasu.

Część wykładową zamknęły rozważania duchownych o cierpieniu, które warto i należy zaakceptować, co z pewnością pomaga odejść umierającym, którym medycyna nie jest już w stanie pomóc. Rozumiejąc duchowe przesłanie tego wątku, warto jednak podkreślić, że idea pomocy lekarskiej i psychologicznej, idea funkcjonowania hospicjów zakłada ograniczanie do minimum cierpienia terminalnie chorych ludzi. Na zakończenie pierwszej części Konferencji – podlaski konsultant ds. opieki paliatywnej dr Dariusz Kożuchowski, porównując nakłady na hospicja na

przestrzeni kilkunastu lat stwierdził, że finansowanie hospicyjnej opieki domowej jest obecnie zdecydowanie niewystarczające.

W drugiej części Konferencji odbyło się pięć warsztatów: 1. Praktyka radzenia sobie z wypaleniem zawodowym (dr Hanna Hamer); 2. Umiejętności komunikacyjne w praktyce zespołu hospicyjnego (mgr Monika Ksepko, dr n. kf. Agnieszka Wójcik); 3. Grupa Balinta – jak doskonalić jakość relacji w zespole i w pracy z osobą chorą i jej bliskimi (mgr Marian Lech); 4. Prawo medyczne dla osób pracujących w hospicjum (mec. Piotr Nikończuk, mec. Karol Kafka); 5. Alternatywne metody komunikacji (mgr Sebastian Kukło, mgr Wojciech Romatowski). Osoby uczestniczące w wykładach i warsztatach otrzymały certyfikaty.

Uczestnicy konferencji zgodnie podkreślali wysoką jakość wystąpień, ciekawy i zróżnicowany dobór tematów, perfekcyjną organizację konferencji.