

Rozmowa z dr. n. o zdr. Pawłem Wittem prezesem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki (Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci DSK UCK WUM)

Co skłoniło Pana do wyboru dwóch uznawanych za najtrudniejsze specjalizacji w pielęgniarstwie – pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz pielęgniarstwa paliatywnego?

Wybrałem je, ponieważ z całego wachlarza dostępnych szkoleń specjalizacyjnych były według mnie najciekawsze, wiązały się też z wykonywaną przeze mnie działalnością. Początki mojej pracy to anestezjologia i intensywna terapia dorosłych, potem kontynuowałem swoje zatrudnienie w tej specjalności w szpitalu pediatrycznym. W pracę w tej specjalności jest wpisana duża umieralność pacjentów. Dlatego opiekując się chorymi, zacząłem się zastanawiać nad zagadnieniem jakości śmierci, umierania, czyli problemem wciąż niedostrzeganym w Polsce. Temu tematowi poświęciłem swój doktorat. Wybór drugiej specjalizacji wydawał mi się wobec tego naturalny. Chciałem po prostu poszerzyć swoją wiedzę. Temu również służyła decyzja o podjęciu studiów podyplomowych z psychoonkologii klinicznej, których ukończenie pozwala na pracę w charakterze psychoonkologa udzielającego specjalistycznego wsparcia ludziom, którzy znaleźli się na bardzo niekorzystnym etapie swojego życia.

Czy jest ktoś, kto udziela wsparcia pielęgniarcom i pielęgniarzom anestezjologicznym lub paliatywnym? Są to przecież specjalności wyjątkowo mocno obciążające zarówno fizycznie, jak i psychicznie.

Z pewnością są to specjalności, które obciążają, czasem być może bardziej

psychicznie niż fizycznie. Jednak dotychczas w Polsce nie został wypracowany żaden system pomocy pracownikom medycznym, którzy stykają się ze śmiercią na co dzień. W porównaniu do policji, gdzie psycholog dyżuruje 24 godziny na dobę, a pracownicy komendy mogą w każdej chwili porozmawiać ze specjalistą, lekarze czy pielęgniarki nie mają takiej możliwości. Pracownik medyczny, jeżeli odczuwa taką potrzebę, może skorzystać z prywatnej konsultacji psychologicznej. Brak debriefingu, czyli spotkania z psychologiem, podczas którego byłaby szansa omówienia traumatycznego zdarzenia i otrzymania słów wsparcia, sprawia, że trudne sytuacje nawarstwiają się i coraz bardziej obciążają, doprowadza-

jąc do rotacji pielęgniarek i pielęgniarzy, szczególnie tych pracujących na oddziałach intensywnej terapii i anestezjologii.

Dlaczego właśnie tam?

Myślę, że wiele z nich ma już po prostu dość. Na oddziale intensywnej terapii i anestezjologii przebywamy głównie z pacjentami nieprzytomnymi, dlatego trzeba cały czas być czujnym i zwracać uwagę na wszelkie zmiany w parametrach podstawowych funkcji życiowych. Ponieważ z oficjalnych statystyk wynika, że śmiertelność na intensywnej terapii, szczególnie wśród dorosłych, wynosi nawet 70%, wśród personelu pielęgniarstwowego pojawia się czasem myślenie o bezsen- sie ich pracy. To sprawia, że w pewnym



Dr Paweł Witt

DYDAKTYKA

momencie zostaje zachwiana równowaga, przestajemy cieszyć się sukcesami, a widzimy tylko naszą bezradność.

Co uznaje się za sukces w intensywnej terapii?

Nadal za sukces uznaje się stan, w którym pacjent może opuścić oddział. Niestety w Polsce w dalszym ciągu podchodzimy ilościowo, to znaczy zwracamy głównie uwagę na to, czy pacjent przeżył, czy zmarł. Sukcesem zatem jest przeżycie pacjenta. Jednak nie zastanawiamy się, jaka jest później jakość jego życia.

Czy za sukces można uznać pomoc w godnym odejściu?

Tak jest w opiece paliatywnej. Tutaj bardzo dużym i dość trudnym osiągnięciem jest zapewnienie jakości umierania. W naszym kraju wciąż jest wielu przeciwników stwierdzenia, że istnieje dobra śmierć. Ludzie uważają, że pacjent ma oczekiwanie jedynie odnośnie do życia.

A jest inaczej?

Tak. Na pewnym etapie życia otrzymujemy informację, że nasz czas bardzo szybko się kurczy. Kiedy świadomie wkraczamy na ostatnią prostą swojego życia, czyli kiedy ktoś nas do tej chwili odpowiednio przygotowuje, na przykład osoba z personelu medycznego z nami szczerze porozmawia, to pojawiają się przesłanki świadczące o tym, że pacjenta interesuje, jak będzie umierał. Bo to jest dosyć przewrotne – dla jednych będzie to jakość życia z informacją, że jest się na etapie umierania, a dla innych jakość umierania, chociaż wciąż żyjemy.

Na co pacjent zwraca wtedy szczególną uwagę?

Na przykład, czy będzie odczuwał ból, duszność, czy pozostanie przy nim rodzina albo jak wyglądają poszczególne etapy odchodzenia. Pacjenci bardzo często na te tematy chcą rozmawiać. Niestety, nawet w opiece paliatywnej zdarzają się osoby do tego nieprzygotowane, które nie chcą rozmawiać i uciekają od tych tematów. Jak mówiłem, sukcesem w opiece paliatywnej jest zapewnienie komfortu umierania, jednak nie tylko w sensie uświadomienia samego procesu, ale również nakreślenia krótkofalowych celów

możliwych do zrealizowania w czasie, który nam pozostał.

Można oswoić się ze śmiercią i żyć dalej?

Można zaakceptować fakt, że jest się umierającym, i żyć dalej. Oswojenie się ze śmiercią nie oznacza położenia się do łóżka i oczekiwania na to, co nieuchronnie nadejdzie. Podobnie jak od rozmowy o umieraniu się nie umiera. Ten czas, w zależności od stanu zdrowia, można przecież poświęcić na coś całkiem innego. Dzięki lekom nowej generacji, które mogą zaktywizować człowieka mającego obniżony nastrój bądź będącego w depresji, można na przykład po raz ostatni odwiedzić ukochane miejsca, sprawiając, że okres odchodzenia, mimo że tak trudny, będzie wyjątkowy. Ta zmiana podejścia do procesu umierania determinuje pacjenta do niezwykle świadomego gospodarowania swoim czasem.

Czy psychoonkologia, o której Pan Doktor mówił, bardziej pomaga choremu, czy jego opiekunom?

Myślę, że psychoonkologia aż tak bardzo nie pomaga samym umierającym. Natomiast pomaga chorym. To konsekwencja programu kształcenia nastawionego na walkę. Walkę o to, by nie dać się depresji, załamaniu, żeby stawić czoła leczeniu. Psychoonkologia powinna wkraczać już w momencie rozpoznania choroby, kiedy człowiek rozpoczyna długotrwałą batalię. Tak jest za granicą, gdzie pacjent po otrzymaniu diagnozy, że choruje na nowotwór, powinien automatycznie odwiedzić psychologa. U nas zaś specjalista ten jest dostępny bardzo często dopiero w hospicjum. Moim zdaniem wtedy wsparcie psychoonkologiczne nastawione na walkę jest już nieprzydatne. Dla pacjenta paliatywnego ważne jest coś innego niż walka, bo przecież jego dotychczasowe leczenie to ciągła walka – mianowicie wyznaczanie celów, które jest w stanie realnie zrealizować. Myślę, że o wiele bardziej pożyteczne byłyby wtedy założenia psychologii umierania, tanatopsychologii, której czołowym reprezentantem w naszym kraju jest prof. Józef Binnebesel z Torunia. Na studiach podyplomowych z psychoonkologii umieraniu poświęconych jest zaledwie kilka zajęć. Zdecydowanie za mało, biorąc pod

uwagę, jak trudnym tematem jest rozmowa z umierającym i jego bliskimi. Ani na studiach pielęgniarskich, ani na lekarskich nie ma zajęć, które uczyłyby, jak porozmawiać z osobą umierającą. Tu leży klucz do zrozumienia, dlaczego osoby wykonujące zawody medyczne unikają tego tematu.

Uciekają od trudnych pytań?

Niektórzy rzeczywiście uważają, że pacjenci na końcowym etapie życia zadają trudne pytania. Owszem, zadają i zdają sobie sprawę, że nie są to łatwe sytuacje. Kiedy prowadzę taką rozmowę, staram się, aby to pacjent, a nie ja był prowadzącym. I dlatego też mogę powiedzieć, że pacjent, zadając pytanie dotyczące samej śmierci oraz procesu odchodzenia, zna już na nie odpowiedź. Od nas oczekuje jedynie potwierdzenia. Z mojego doświadczenia wiem także, że takie rozmowy pacjent prowadzi z reguły z jedną osobą, której zaufa najbardziej. Bardzo często nie jest to lekarz, tylko pielęgniarka. Dlatego, że to ją widzi najczęściej. Towarzyszenie człowiekowi w trakcie umierania jest według mnie jednym z najbardziej intymnych momentów w jego życiu. Dlatego powinniśmy mieć na to dużo czasu – czego, jak wiadomo, brakuje. I to bez względu na grupę zawodową.

Kto zatem wybiera pracę w tych dwóch trudnych specjalnościach?

Dla wielu młodych ludzi specjalność anestezjologii i intensywnej terapii jest po prostu nęcąca. Po pierwsze, jest bardzo techniczna. Na oddziale intensywnej terapii wykorzystuje się mnóstwo specjalistycznego sprzętu. Można się zatem wiele nauczyć. Po drugie, pracując tam, widzimy wymierny efekt swojej pracy. Cały czas ścigamy się z czasem, z tyłu głowy mając świadomość, że są tylko dwie opcje – albo pacjent przeżyje, albo nie przeżyje. Dla wielu praca w takich warunkach jest formą adrenaliny i wyzwania, które hartuje człowieka. Po trzecie wreszcie, daje ona możliwość pracy w zespole, który jest prawdziwym zespołem. Jest to jedyna specjalność, w której są jasne akty prawne mówiące, że personel pielęgniarski udzielający świadczeń pacjentom w anestezjologii i intensywnej terapii musi posiadać odpowiednie wykształcenie podyplomowe, a tym samym wykazać się pewnym zakresem kompetencji.

Ostatnio zauważamy bardzo duży napływ ratowników medycznych, którzy decydują się na studiowanie pielęgniarstwa, a następnie – po wejściu do systemu – na rozpoczęcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Podobną tendencję widać w opiece paliatywnej?

Zanim odpowiem, wróć do swoich początków w opiece paliatywnej. Rozpoczynając tę pracę, żywy był we mnie stereotyp, że jest ona odpowiednia dla doświadczonej, starszej osoby na emeryturze, która nie dając już rady w szpitalu, chce pochylić się nad umierającym i potrzymać go za rękę. Z czasem sytuacja się zmieniła. Od paru lat zauważam, że do opieki paliatywnej wchodzi coraz więcej młodych ludzi. Często są to osoby mające doświadczenie w anestezjologii i intensywnej terapii.

Myślę, że wynika to z charakteru pracy w opiece paliatywnej. Pracując w hospicjum, jesteśmy zdani wyłącznie na siebie. W domowej opiece paliatywnej pielęgniarstwo jest bardziej samodzielne niż w szpitalu, gdzie lekarza mamy zawsze pod ręką, a w razie potrzeby znajdują się także koleżanki czy koleżdy do pomocy. Myślę, że to samodzielność pracy i chęć sprawdzenia się, bo na pewno nie finanse, przyciągają młodych do opieki paliatywnej.

Czy uzyskanie specjalizacji pielęgniarstwa jest potrzebne i warto poświęcić?

Patrząc na specjalizację jako element kształcenia, podnoszenia kwalifikacji, świadomości i kompetencji, myślę, że jest potrzebne. Sądzę jednak, że wraz z uzyskaniem specjalizacji powinny zajść większe zmiany niż dotychczas. Zdobycie każdej specjalizacji jest trudne, jednak w przypadku specjalizacji pielęgniarstwa trudności zaczynają się już na etapie decydowania się na jej rozpoczęcie. Czyż nie powinno być tak, że pielęgniarstwo, podobnie jak lekarz, może robić specjalizację w ramach rezydentury? Brak takich regulacji sprawia, że pielęgniarstwo, przychodząc na specjalizację po kilku, kilkunastu godzinach pracy, są po prostu wykończone. Kiedy po poświęceniu kilkuset godzin i zdaniu egzaminu państwowego pielęgniarstwo

uzyska w końcu tytuł specjalisty, ustawodawca powinien dać jej jakieś konkretne kompetencje, których nie może wykonywać pielęgniarstwo innych specjalności. To kształtowałoby popyt i budowało rangę danej specjalizacji. Tego na razie brak. Niestety często dla ustawodawcy nie ma znaczenia, czy i jaką masz specjalizację. Zdarza się, że aby podjąć jakąś pracę – chociażby na oddziale anestezjologii – wystarczy ukończyć kurs kwalifikacyjny. Dlatego najczęściej podstawową przyczyną wyboru specjalizacji jest czynnik finansowy. Znalezienie się w innej grupie zaszerogowania i wyższe uposażenie stają się podstawową determinantą.

Nie można jednak powiedzieć, że w pielęgniarstwie nic się nie zmieniło...

Patrząc na pielęgniarstwo 10 lat temu i dziś, widzę dużą różnicę. Kilka lat temu byłem pierwszą w województwie mazowieckim osobą z naszego środowiska zawodowego, która zaczęła wypisywać recepty. Teraz tych osób jest całkiem sporo, korzystają oni ze swoich uprawnień. Dzięki wprowadzeniu odpowiednich przepisów duża część leków mogła być przepisana przez mnie w ramach kontynuacji wypisania. Nałożyło to na nasze środowisko dużą samodzielność, ale i odpowiedzialność. Mimo że część osób nie chce jej brać na swoje barki, myślę, że był to krok w dobrym kierunku.

Na czym jeszcze polega różnica?

Głównie na zwiększaniu kompetencji i ich uregulowaniu w aktach prawnych. Było to konieczne wraz ze wzrastającą świadomością prawniczą. I choć niektóre rozporządzenia, np. o samodzielnych czynnościach pielęgniarstwa, zbyt ograniczają możliwości działania naszego środowiska, to myślę, że zmiany idą we właściwą stronę. O receptach już wspominałem. Dobrze również, że wprowadzono poradę pielęgniarstwa. Jednak ona także ma swoje minusy, ponieważ pielęgniarstwo może przyjąć chorego i wypisać mu receptę, ale nie ma prawa wypisać zwolnienia. Nie rozumiem też, dlaczego wciąż nie mamy prawa stwierdzić zgonu. O potrzebie przygotowania odpowiednich regulacji, które wprowadziłyby taką możliwość, mówi się od lat, ale efekty wciąż są mierne.

Co Pan miał na myśli, mówiąc w jednym z wywiadów, że brakuje w pielęgniarstwie nowych młodych liderów?

To, że młodzi ludzie nie są zainteresowani przywództwem. Chcąc być dobrymi w swoim zawodzie i zarobić odpowiednie pieniądze, muszą poświęcić się pracy i doksztalcaniu. Na inną działalność po prostu brakuje im czasu. Szkoda, bo to właśnie za młodymi ludźmi mogłoby pójść inni. Dopiero ich żywiołowość, hart ducha i determinacja w połączeniu z doświadczeniem starszego pokolenia pielęgniarstwa mogłoby przynieść naszemu środowisku ożywczy impuls. Niestety nasze środowisko gubi to, że jest niespójne. Koleżdy lekarze bardzo często potrafią się zjednoczyć i razem stanąć do walki. Tylko jednomyślność gwarantuje sukces – a nam tego brakuje.

Czy młode pokolenie patrzy na swój zawód inaczej?

Przede wszystkim to pokolenie traktuje lekarzy jak współpracowników, a nie przełożonych. Lekarz już dawno przestał być zwierzchnikiem pielęgniarstwa, a stał się kolegą z jednej uczelni, z którym się współpracuje. Tutaj dostrzegam największą zmianę w porównaniu z dawnym modelem kształcenia kadry pielęgniarstwa opartym na liceach medycznych. Wtedy kształciło się z przeświadczeniem, że lekarz jest szefem, z którym nie wchodzi się w żadne dyskusje, że ma zawsze rację. To schematyczne myślenie, przez lata powielane przez kolejne generacje pielęgniarstwa, skończyło się. Teraz młode osoby potrafią bardzo często postawić granice. Są ambitne, chcą się uczyć, ale na pewne zachowania sobie już nie pozwolą.

W tym roku mury Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego opuścił kolejny rocznik absolwentów pielęgniarstwa. Czego chciałby Pan Doktor im życzyć?

Aby zostali w pielęgniarstwie, byli pewni własnej wartości, swojej wiedzy oraz swoich działań i stali się profesjonalistami, o których się mówi z szacunkiem. To dość długa droga, ale warta przebycia. ■

Rozmawiał Cezary Ksel