



*Rozmowa z dr. hab. Wojciechem Łebkowskim,
neurochirurgiem i członkiem komisji
ds. stwierdzania śmierci mózgowej Uniwersyteckiego
Szpitala Klinicznego w Białymstoku.*

Ze strachu przed piekłem

Co pan myśli o kampaniach społecznych na rzecz transplantacji?

Na pewno jest ich za mało. Jeżeli ja ich nie dostrzegam, to na pewno nie zauważają ich inni, równie zapracowani ludzie. Te kampanie skierowane są tak trochę w kosmos. Nie wiadomo kto ma być ich odbiorcą. O przeszczepach należy rozmawiać z młodymi ludźmi, bo to oni są potencjalnymi dawcami i to oni powinni mieć przy sobie oświadczenie woli.

Badania opinii społecznej podają, że większość Polaków popiera transplantacje.

Tak, ale do momentu, gdy ich to nie dotyczy. Mieliśmy przypadek osoby ze śmiercią mózgową, u której w rodzinie była osoba po przeszczepie nerki. Jednak gdy poinformowaliśmy rodzinę o możliwości pobrania narządowego, usłyszeliśmy: „Mowy nie ma”.

Jak pan myśli, dlaczego?

Taka reakcja wynika z nieświadomości, egoizmu albo ze specyficznego pojmowania wiary. Prawda jest taka, że nasze społeczeństwo często nie zna stanowiska Kościoła w sprawie transplantacji narządów, ale tak na wszelki wypadek

*Na przeszczepach zależy
tym, którzy to robią
i tym, którzy czekają
na nowy narząd*

nie zgadza się na oddanie narządów zmarłego, bo boi się piekła.

W katolickiej Hiszpanii nie boją się piekła? Tam jest przecież największa liczba przeszczepów.

Hiszpania ma lepiej dopracowane procedury. W Polsce prawo też jest po naszej stronie i zgodnie z ustawą można dokonać pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu za życia. Problem w tym, że u nas oprócz prawa obowiązują też obyczaje. Ze względów czysto ludzkich staramy się je respektować. Pytamy o pozwolenie rodziny, aby później nie tracić czasu na procesy sądowe.

To po co nam prawo, które jest sprzeczne z tradycją?

Ponieważ inaczej nic byśmy nie zrobili.

W Finlandii, Danii, Wielkiej Brytanii i w Niemczech prawo jest bardziej restrykcyjne. Jeżeli zmarły za życia nie wyraził żadnego stanowiska w tej sprawie, to konieczna jest zgoda rodziny. I tam problemów nie ma.

To jest zupełnie inny świat.

To może kampanie należy skierować do lekarzy?

Na przeszczepach zależy tym, którzy to robią i tym, którzy czekają na nowy narząd. Uświadamianie należy prowadzić na wszystkich szczeblach, ale szczególny nacisk należy położyć na edukację studentów medycyny, bo to od nich zależy przyszłość transplantacji.

A jeżeli zwiększy się liczba dawców, to kto będzie robić przeszczepy? Domyślam się, że liczba transplantologów w naszym kraju nie jest oszałamiająca.

W Polsce je około 400 transplantologów i chirurgów transplantacyjnych. Ośrodków też nie jest dużo, ale gdyby

cd. na str. 10 ⇔

⇐ *cd. ze str. 9*

powołano jeszcze dwa albo trzy, które zajęłyby się przeszczepami płuc, serca, to nie byłoby tak źle. Były próby powołania ośrodka transplantacji serca w Białymstoku, ale się nie udało.

Dlaczego?

Potraktowano ten pomysł jako próbę zabrania komuś pieniędzy. Jeden przeszczep to 200 tys. złotych. Gdyby u nas przeszczepiano serca, to pieniądze z ministerstwa zdrowia nie trafiałyby gdzie indziej.

Zrzednia szpitala rozmawia pan z rodzinami potencjalnych dawców, co jest najtrudniejsze w tych rozmowach?

Trudno to wyjaśnić w kilku zdaniach. Pacjenci, którzy są potencjalnymi dawcami, to przeważnie osoby młode, które jeszcze dzień wcześniej były zdrowe. Z powodu krwotoku śródmózgowego doszło u nich do śmierci mózgu. Rodzina, która przychodzi dowiedzieć się o stan swego bliskiego, domyśla się, że stało się coś niedobrego, ale wierzy, że wszystko będzie dobrze. Na dodatek widzi, że ich bliski oddycha, a jego serce pracuje.

*W Polsce osobę
zmarłą traktuje się
z ogromnym szacunkiem,
a wszelkie procedury
są zgodne z prawem*

Czyli żyje?

Nie żyje. Pacjent jest ciepły, różowy, oddycha, ale nie żyje. Prawda, że kompletna sprzeczność? W tym momencie do nikogo z bliskich nie dociera, że za pacjenta oddycha maszyna. Rodzina nie przyjmuje do wiadomości śmierci tej osoby, nie trafia do niej informacja, że będzie ściągana specjalna komisja, która potwierdzi diagnozę.

I co wtedy?

Trzeba odczekać. To zupełnie naturalne, że próbujemy odrzucić złe informacje. To tak jakby do pani zadzwonił ktoś bliski i powiedział: „Słuchaj,



dziadek nie żyje”. Najprawdopodobniej odpowiedziałaby pani: „Co ty mówisz? To niemożliwe”.

W tym trudnym momencie proponuje pan rodzinie oddanie narządów zmarłego do przeszczepu?

Nie proponuję, tylko informuję o takiej możliwości. Pytam, jakie było stanowisko zmarłego. Odpowiadam na pytania rodziny, wyjaśniam. Mówię prawdę o stanie chorego i o możliwości uratowania komuś życia.

Jakie są kontrargumenty?

Czasami słyszę: „Nie”, bez podawania przyczyny, innym razem: „Tyle się za życia namordował, nie będziemy go męczyli po śmierci”.

Nie trafiają argumenty, że przynajmniej można uratować kilka innych osób?

To nie są argumenty. Słowa: „Co mi tu pan opowiada, co mnie to obchodzi jak mi brat umarł?” nie należą do rzadkości. Czasami nic nie pomaga, a czasami trzeba poczekać. Warto po jakimś czasie jeszcze raz wrócić do rozmowy i wyjaśnić bliskim, że pacjent nie żyje i trzeba by cudu Łazarza, żeby to odwrócić. Lekarze cudów nie czynią.

Poczęstowano pana wyzwiskami?

Wielokrotnie.

Jakimi?

Hiena, sęp, morderca, padlinożerca... Nie biorę tego do siebie. Śmierć bliskiej osoby to tragedia i ogromne emocje.

Ludzie się boją. Czytają prasę, oglądają telewizję i widzą, co się dzieje na świecie.

To, co się dzieje na Filipinach, w Chinach czy w Tajlandii nie dotyczy nas. W Polsce osobę zmarłą traktuje się z ogromnym szacunkiem, a wszelkie procedury są zgodne z prawem. Próby straszenia, rozdmuchiwania sztucznych afer się nie powiodły.

Kto zajmuje się rodziną, która zdecydowała się oddać narządy bliskiej zmarłej osoby do przeszczepu?

Myszę, że... nikt. Rzeczywiście należałoby ten problem rozwiązać.

Kontakt rodziny dawcy z biorcą też jest zabroniony?

Bywały na świecie przypadki, że rodziny dawców domagały się wdzięczności albo doszukiwały się u biorcy cech wspólnych ze zmarłym dawcą i zaczynały ingerować w jego życie. Aby do takich sytuacji nie dopuszczać, w Polsce udziela się jedynie bardzo ogólnych informacji. Musimy pamiętać, że wolność jednego człowieka kończy się tam, gdzie zaczyna się wolność drugiego.

Rozm. **Danuta Ślósarska**



Prof. dr hab.
Romuald Bohatyrewicz,
kierownik Kliniki Anestezjologii
i Intensywnej Terapii Pomorskiej
Akademii Medycznej w Szczecinie.

Trudno uwierzyć, że bliski nam człowiek, któremu jeszcze bije serce nie żyje.

W świetle aktualnej wiedzy, człowiek umiera wtedy, gdy następuje śmierć mózgu. Kiedyś, gdy nie było jeszcze respiratorów, człowiek przestawał oddychać i pięć minut później następowało zatrzymanie krążenia z powodu niedotlenienia mózgu. Niezależnie od tego czy najpierw umierał mózg, czy przestawało bić serce, czas między jednym zdarzeniem a drugim był bardzo krótki i tych dwóch sekwencji się nie rozdzielało.

Dzisiaj, mimo że mózg już nie pracuje, jesteśmy w stanie przez kilka, kilkanaście godzin, a nawet tygodni zapewnić wentylację organizmu ze zmarłym mózgiem.

A skąd wiadomo, że nastąpiła śmierć mózgu?

Komisja składająca się z trzech niezależnych lekarzy musi stwierdzić brak jakichkolwiek odruchów klinicznych oraz przeprowadzić szereg testów. Jest specjalna instrukcja, w której opisane są szczegółowo wszystkie kryteria. Jeśli istnieją jakiegokolwiek wątpliwości to dalej leczy się pacjenta, tylko że takie leczenie – to taka trochę profanacja ciała zmarłego.

Co utrudnia decyzję o zaprzestaniu leczenia?

Przegrana w walce ze śmiercią. Śmierć pacjenta jest zawsze porażką zespołu, który leczył chorego. W takiej sytuacji trudno podjąć decyzję o zaprzestaniu terapii.

Rozm. **Danuta Ślósarska**



Dr Anna Jakubowska-Winecka,
psycholog kliniczny w Centrum
Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Przekazanie rodzinie wiadomości o śmierci kogoś bliskiego przez lekarza jest trudne i to jest zrozumiałe, ale dlaczego tak trudno uświadomić rodzinie, że ich zmarły bliski może podarować życie kilku ludziom?

Dla lekarza, którego powinnością jest ratowanie życia, śmierć pacjenta jest zawsze porażką i wyzwała szereg wątpliwości. Często rodzi się poczucie braku kompetencji zawodowych i poczucie winy. Ogromnym wyzwaniem dla niego jest już samo przekazanie informacji o śmierci pacjenta, którego jeszcze przed chwilą się ratowało. Po komunikacji: „Przykro mi, pacjent zmarł. Proszę jutro odebrać dokumenty”, lekarz powraca do swoich obowiązków. Na tym jego rola się kończy.

Gdy znajdzie się w tej drugiej sytuacji, musi rozmowę kontynuować, aby dowiedzieć się, jakie zmarły miał nastawienie do transplantacji. Ta sytuacja wymaga od lekarza konfrontacji z uczuciami rodziny zmarłego, odpowiadania na zarzuty, wyjaśniania szeregu wątpliwości.

Jak należy rozmawiać z rodziną?

Generalną zasadą jest prowadzenie dialogu, czyli wyjaśnienie problemu i oczekiwanie na informacje zwrotne. Na wszystkie pytania trzeba odpowiadać jasno i rzeczowo. Należy unikać języka medycznego i naukowego. Trzeba komunikować się językiem potocznym. Dobrze jest posługiwać się obrazem, przywoływać porównania, no i przede wszystkim wykazywać empatię.

Czy taką rozmowę musi prowadzić lekarz?

Mam długoletnie doświadczenie w pracy z pacjentami i wiem, że najlepiej jest, gdy tę rozmowę poprowadzi osoba, która leczyła zmarłego pacjenta, bo tylko ona jest w stanie odpowiedzieć na wszystkie pytania. Psycholog może ewentualnie podpowiedzieć lekarzowi w jaki sposób rozmawiać z daną rodziną. Może pełnić rolę wspierającą także dla tej drugiej strony.

Rozm. **Danuta Ślósarska**