



## LECZYĆ PO LUDZKU

Akcja społeczna „Gazety Wyborczej”  
oraz Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

# Szpital to nie jest dobre miejsce dla dzieci

W naszym szpitalu obowiązywało zarządzenie, że dziecko nie może umierać poza oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii. Gdy dziecko zaczynało umierać na kardiologii czy neurochirurgii, personel naciskał czerwony guzik. Rozlegał się alarm, a my musieliśmy jak najszybciej dobiec do pacjenta i podjąć resuscytację

ROZMOWA Z  
**dr. Tomaszem Danglem**  
anestezjologiem, założycielem  
Warszawskiego Hospicjum  
dla Dzieci

**DARIUSZ KORTKO: Jak umiera dziecko?**

**DR. TOMASZ DANGEL:** Normalnie, jak każdy.

**Nie boi się, nie płacze?**

- Nie, chyba że agonii towarzyszy duszność, wtedy każdy, nawet dorosły, wpada w panikę. Dzieci, szczególnie te ciężko chore, które większość swojego życia spędzają w szpitalach, myślą o śmierci bardzo praktycznie. Pytają na przykład, czy w niebie znów będą miały dwie nóżki, bo teraz lekarze musieli jedną amputować, albo czy odrosną im włosy, bo po chemioterapii im wypadły. Kogo tam spotkają. To bardzo praktyczne pytania. **Nie martwią się, że mama jest smutna?**

- Martwią się. Proszą mamę, żeby nie płakała, a nas, żebyśmy się za jej rodzicami, jak ich już nie będzie. **Pan pamięta pierwsze dziecko, które panu zmarło?**

- Byłem jeszcze studentem, należałem do koła anestezjologicznego w szpitalu na Marszałkowskiej. Na oddział intensywnej terapii przywieźli kilkuletnie dziecko z zespołem Waterhouse'a-Friderichsena. To masywny krwotok do nadnerczy. Reanimacja trwała około 40 minut, ale się nie powiodła.

**Dla studenta taki widok musi być szokiem.**

- To specyficzne doświadczenie. Jesteś w środku wydarzeń, a jednocześnie czujesz się jak widz w kinie. Tracisz poczucie czasu, wystrząsają się zmysły. Przysadka oraz nadnercza wydzielają hormony i nasza percepcja się zmienia. Inaczej widzisz, inaczej słyszysz. Wykonywałem masaż serca, a lekarz sztucznie oddychanie. Pamiętam jego spokój, umiejętność oceny sytuacji i zdecydowanie, gdy kazał przerwać resuscytację. Przez cały czas kontrolował sytuację. To był dr Jerzy Grębski, opiekun naszego koła studenckiego. Czulem, że spotkałem idealnego lekarza, takiego, jakim sam chciałbym być w przyszłości.

**Udało się to panu?**

- Nie od razu. Na początku lat 80. trafiłem do Centrum Zdrowia Dziecka. Zaczęłem pracować na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. W szpitalu obowiązywało zarządzenie, że dziecko nie może umierać poza naszym oddziałem. Na każdym piętrze były czerwone guziki. Gdy dziecko zaczynało umierać na kardiologii czy neurochirurgii, personel naciskał guzik. Rozlegał się alarm, a my musieliśmy jak najszybciej dobiec do pacjenta i podjąć resuscytację, która często bywa nieskuteczna. Przywożono nam dzieci w ciężkim stanie także z innych szpitali. Umierało nam co drugie. Teraz to się wydaje...

**...straszne?**

- Dla mnie najtrudniejsze do zaakceptowania były wtedy zgony zwi-

zane z operacjami kardiologicznymi. Raz w miesiącu na zebraniu w zakładzie patomorfologii omawialiśmy wszystkie dzieci, które zmarły na naszym oddziale. Staraliśmy się zrozumieć przyczynę zgonu, zastanawialiśmy się, czy nasze postępowanie było właściwe. Nigdy jednak nie omawialiśmy dzieci, które zmarły po operacjach serca, bo nie mieliśmy dostępu do historii choroby. Kiedyś, po kolejnym zgonie dziecka, które ja znieczulałem do operacji serca, dowiedziałem się, że kardiolog poinformował rodziców, że dziecko zmarło z mojej winy. Poszedłem do jego gabinetu i powiedziałem, że nie życzę sobie takiego traktowania, i od tej pory przestałem znieczulać do tych operacji. Ten lekarz żyje, dlatego nie chcę wymieniać jego nazwiska.

Pamiętam inną scenę, której nie mogę zapomnieć. Na oddziale pooperacyjnym leżał dorosły pacjent, który umierał po operacji serca. Docent Zbigniew Religa (wówczas nie był jeszcze profesorem) przy łóżku otworzył jego klatkę piersiową i podłączył aparat do krążenia pozaustrojowego. Wszyscy anestezjodolodzy wyszli wtedy z oddziału.

**Dlaczego?**

- Nie chcieli brać w tym udziału. **Czy nie jest powinnością lekarza, żeby walczyć do końca?**

- Dla mnie, młodego lekarza, było dziwne, że z jednej strony jest ten wspaniały chirurg, który walczy o pacjenta, a z drugiej anestezjodolodzy, którzy demonstracyjnie wychodzą. Dzisiaj, po ponad 30 latach, ta scena ma dla mnie wymiar symboliczny i wyraża konflikt między uporczywą terapią a ideą godnej śmierci. Wiem, że kardiologowi, który włożył mnóstwo pracy w operację, trudno się pogodzić z tym, że jego pacjent umiera, ale to nie powód, żeby dokonywał drastycznych rezykcji na pacjencie, który jest w agonii. Na naszym oddziale w CZD też był co najmniej jeden przypadek, kiedy lekarz przy łóżku otworzył klatkę piersiową, żeby wykonać masaż bezpośredni serca u umierającego dziecka.

**Nie próbowaliście temu zapobiec?**

- To były inne czasy. Poza tym mieliśmy ciągle nadzieję, że czarna seria się kiedyś skończy. Umieranie dzieci po operacjach serca było w CZD tematem tabu. Nie było żadnego forum, na którym moglibyśmy o tym otwarcie rozmawiać. Owszem, mieliśmy odprawy, czytało się na nich suche raporty, potem do szpitala przychodzili rodzice, przekazywaliśmy im informacje, że ich dziecko nie żyje, oni rozpaczali, a my odwracaliśmy się i uciekaliśmy na oddział lub blok operacyjny.

**A może już sami byliście znieczuleni. Czy do śmierci dziecka można się przyzwyczaić?**

- To nie była kwestia przyzwyczajenia się. Inaczej, bo spokojnie i z akceptacją, podchodziłem do śmierci dziecka, które miało np. nowotwór mózgu, bez szans wyleczenia, a inaczej do zgonów dzieci z prostymi wadami serca, które powinny żyć, a umierały z powodu komplikacji pooperacyjnych. Tych nie potrafiłem zaakceptować.



RAMUND NIKLAJSKI

- Nikt nas nie szkolił, nie mówił, żeby przytulić tych rodziców, wziąć ich za rękę, posiedzieć z nimi i wysłuchać. Zapraszałem ich do pokoju lekarskiego, prosiłem, żeby usiedli, nie robiłem tego na korytarzu. Poświęcałem im 10-15 minut, choć wcale nie uważałem, że zajmowanie się rodzicami w żalobie należało do moich obowiązków. Dzisiaj to brzmi nieprofesjonalnie, ale wtedy naprawdę nie wiedziałem, jak im pomóc.

**Żadnych wyrzutów sumienia z tamtego okresu?**

- Pamiętam Tomka. Miał 15 lat, leżał na naszym oddziale przez kilka dni po operacji zespolenia dużych naczyń w klatce piersiowej. Zajmowałem się nim, byłem za niego odpowiedzialny. Obserwowałem u niego nietypowe objawy, ale nie wpadłem na to, jaka była ich rzeczywista przyczyna. Zbyt długo zlekakaliśmy z kontrolnym cewnikowaniem serca. Chłopiec zmarł po ponownej operacji, podczas której okazało się, że chirurdzy nieprawidłowo połączyli naczynia. Do dziś wyrzucam sobie, że decyzja o ponownej operacji została podjęta zbyt późno.

**Dlatego odszedł pan z Centrum Zdrowia Dziecka?**

- Nie. W 1991 roku pojechałem na kurs opieki paliatywnej prowadzony przez prof. Jacka Łuczaka z Poznania i dr. Roberta Twycrossa z Oksfordu, światowego eksperta w tej dziedzinie. Po raz pierwszy spotkałem tam lekarzy, którzy mieli inne podejście do ludzi nieuleczalnie chorych, i zacząłem inaczej patrzeć na to, co do tej pory robiliśmy w szpitalu.

**Co robiliście źle?**

- Przede wszystkim w ogóle nie wiedzieliśmy, co to jest opieka paliatywna. Każde dziecko w ciężkim stanie było podłączane do respiratora i nikt się nie zastanawiał, czy to dla niego najlepsze rozwiązanie. W 1992 r. opracowałem projekt powołania zespołu, który opiekowałby się dziećmi umierającymi w naszym szpitalu i zajmował leczeniem bólu. Oznaczało to, że przestane pracować jako anestezjolog na sali operacyjnej. Mój szef się na to nie zgodził. W 1994 roku dostałem propozycję pracy w Instytucie Matki i Dziecka. Spotkałem tam wspaniałego lekarza prof. Zdzisława Rondio, pioniera anestezjologii dziecięcej w Polsce. Pozwolił mi zorganizować hospicjum. Na początku był to mały zespół: trzy pielęgniarki, pracownik socjalny, dwóch lekarzy. Jeździliśmy do pacjentów tramwajami i autobusami, a w nocy moim prywatnym samochodem. Mieliśmy pod opieką do 10 dzieci, teraz około 30.

**Ile dzieci umiera w Polsce?**

- Prawie 4 tysiące każdego roku, większość w szpitalach. W hospicjach domowych w minionym roku leczono około 900 dzieci.

**Tak powinno być?**

- To wynika z powszechnego przekonania, że w im cięższym stanie jest pacjent, tym prędzej powinno się go zawieźć do szpitala. Zresztą do niedawna nie było alternatywy, dopiero hospicja domowe sprawiły, że rodzi-

**Byli lekarze, którzy nie wytrzymywali, rezygnowali?**

- Wielu anestezjologów odchodziło. Oficjalnym powodem była chęć poprawy sytuacji materialnej, znajdowali zajęcia w firmach farmaceutycznych lub wyjeżdżali za granicę.

**Pan wytrzymał.**

- Poukladałem sobie to wszystko w głowie. Jeżeli ktoś chce zostać anestezjologiem, musi być świadomy tego, że pacjenci będą mu umierać. Na tym polega ta praca. **Brzmi dosyć chłodno...**

**Nie boję się śmierci, bo nie wierzę w śmierć jako taką. Nie wierzę, że to koniec, tylko początek dalszego życia**

