



Hospicjum to nie poczekalnia. To miejsce, gdzie życie odzyskuje swój blask – o nadziei na spokojne pożegnanie rozmawiamy z profesorem Tomaszem Dzierżanowskim

Polska znajduje się w światowej czołówce pod względem sieci opieki paliatywnej, jednak w obliczu nieuleczalnej choroby system to nie wszystko. O godnym odchodzeniu, walce z epidemią samotności, roli czworonożnych przyjaciół oraz o tym, dlaczego hospicjum stacjonarne bywa wybawieniem dla rodzin, rozmawiamy z dr. hab. n. med. Tomaszem Dzierżanowskim – lekarzem, humanistą, kierownikiem Kliniki Medycyny Paliatywnej WUM oraz przewodniczącym Rady Hospicyjnej Caritas.

Panie profesorze, powiedział pan przed chwilą, że w tym pokoju odbywają się najtrudniejsze rozmowy – o odchodzeniu. A jednak stara się pan tę przestrzeń „udomowić”. Czy w medycynie paliatywnej otoczenie to ważny element całego procesu?

Prof. Tomasz Dzierżanowski: Ogromne. Staramy się przełamać „szpitalność” tego miejsca. Pozbywamy się biurowych krzeseł, staramy się stworzyć tu domową atmosferę. To tutaj, w „pokoju terapeutycznym”, rodziny dowiadują się, że ich bliscy za chwilę odejdą, że trzeba się pożegnać. Tu jest dużo łez. Ale godność umierania to także prawo do tego, by te najtrudniejsze chwile przeżywać nie w sterylnej, zimnej sali, lecz w otoczeniu, które przypomina dom i daje choć minimalne poczucie bezpieczeństwa.

Polska jest krajem o jednej z najlepiej rozwiniętych sieci opieki paliatywnej na świecie. Mamy ponad 500 jednostek specjalizujących się w tym obszarze. Czy to oznacza, że jako pacjenci możemy czuć się bezpieczni?

Jesteśmy w światowej czołówce, jeśli chodzi o liczbę hospicjów na mieszkańca, wyprzedzając Niemcy czy Wielką Brytanię. W Polsce jest 560 jednostek opieki paliatywnej, prawie 500 zespołów domowej opieki paliatywnej, natomiast np. na Litwie jest jedno hospicjum, w dodatku prowadzone przez Polkę. Jesteśmy zaliczani do krajów najbardziej rozwiniętych, jeżeli chodzi o opiekę paliatywną, ale to nie oznacza, że każdy ma do tej opieki taki sam dostęp.

Od czego to zależy?

W dużej mierze od kodu pocztowego, od miejsca zamieszkania pacjenta. Są regiony niedoinwestowane, gdzie takich jednostek nie ma lub jest ich mało, a są miejsca, gdzie jest

ich nadmiar. Są też obszary, na których trudno zorganizować domowe hospicjum ze względu na duże odległości – tak jest np. na Podkarpaciu czy w Małopolsce. Jeśli specjaliści muszą dojeżdżać do chorego 150 km, to taka opieka jest już niemożliwa do zrealizowania. Tu właśnie ogromną rolę odgrywa Caritas, gdzie np. w Kielcach otwarto mieszkania chronione: pacjent „przenosi się” więc do nowego miejsca, które nie jest szpitalem, a w którym ma zapewnioną stałą opiekę medyczną. To jest kierunek, w którym powinniśmy iść: łączyć medycynę z opieką społeczną.

Polska jest w czołówce pod względem liczby placówek, ale czy mamy wystarczająco dużo specjalistów? Jak wygląda kształcenie kadr i z jakimi wyzwaniami mierzą się lekarze oraz pielęgniarki w tym obszarze?

Polska jako jeden z pierwszych krajów po Wielkiej Brytanii wprowadziła specjalizację dla pielęgniarek w 2002 roku i dla lekarzy w 2003 roku. Mamy więc specjalistki pielęgniarstwa opieki paliatywnej i specjalistów medycyny paliatywnej na najwyższym poziomie. Jesteśmy zaliczani do krajów najbardziej rozwiniętych, a jednak nie wszystko wygląda różowo. Słabiej wypada nasz wkład naukowy – wciąż brakuje osób z tytułami profesora czy doktora habilitowanego w tej dziedzinie.

Kolejnym potężnym wyzwaniem są płace. Wynagrodzenia oferowane lekarzom medycyny paliatywnej bywają dwukrotnie, a nawet trzykrotnie niższe niż „za rogiem” – na szpitalnym oddziale ratunkowym czy na oddziałach internistycznych. To wynika z braku zrozumienia specyfiki naszej pracy. Przecież tutaj leczy się najciężej chorych pacjentów. To ogromny wysiłek fizyczny, ale i psychiczny – codzienne mierzenie się ze śmiercią i cierpieniem, które nie zakończy się wyzdrowieniem, jest bardzo trudne dla personelu.

Dlatego do tej pracy nie garnie się wielu. Ci, którzy tu są, kierują się czymś innym niż wysokie wynagrodzenie. To ludzie realizujący specyficzną filozofię życia lub – tak jak w moim przypadku i wielu osób w Caritas – chrześcijańskie powołanie do niesienia miłości miłosiernej. Znam jednak wielu specjalistów niewierzących, których motywuje po prostu głęboka, ludzka miłość do drugiego człowieka. Bez zwiększenia nakładów na opiekę paliatywną nie osiągniemy jednak pełni tego, co chcemy dawać chorym. Potrzebujemy specjalistycznego sprzętu, a to kosztuje. Przez lata ta dziedzina była skrajnie niedofinansowana, a braki pokrywano głównie z ofiarności ludzi wielkiego serca w ramach organizacji takich jak Caritas.

Często rodziny zastanawiają się, czy lepsza jest opieka w domu, czy hospicjum stacjonarne. Boją się „oddać” bliskiego z różnych względów: że będzie zaniedbywany, że sąsiedzi będą mówić, że pozbyli się problemu.

Zawsze powtarzam, że do hospicjum się bliskiego nie „oddaje”, lecz „powierza” profesjonalnej opiece. Dom jest najlepszym miejscem dla chorego, dla jego komfortu psychicznego, ale bywają sytuacje, gdy opieka domowa jest ponad siły bliskich. Jeśli starsza, schorowana kobieta musi opiekować się chorym mężem, to ona nie da rady tego zrobić, chociażby fizycznie. To jest ciężka praca dla co najmniej czterech zdrowych rąk. W hospicjum stacjonarnym czy na oddziale opieki paliatywnej zdejmujemy z rodziny ten ciężar

– przewijania, kąpieli, walki z odleżynami. Dzięki temu bliscy mogą przestać być „pielęgniarkami”, a znowu stać się żoną, córką, wnukiem. Mogą po prostu być obok, trzymać za rękę, czytać książki i rozmawiać. To jest najcenniejszy czas i najważniejsze, co mogą dać choremu.

Gdyby miał pan dać jedną radę rodzinie, która stoi przed takim dylematem, co by to było?

Nie bójcie się prosić o pomoc. Hospicjum to wsparcie w najtrudniejszym czasie. Przygotujcie się praktycznie: zabierzcie całą dokumentację pacjenta, ale też ulubione rzeczy chorego: kocyk, poduszkę, zdjęcia rodzinne. A przede wszystkim – bądźcie. Nic nie zastąpi obecności i troski bliskich.

Nie wszyscy jednak mają obok siebie kochającą rodzinę. Wspomniał pan o „epidemii samotności”. To mocne słowa.

Bo nie mamy w Polsce po prostu problemu samotności – mamy jej straszliwą EPIDEMIEJ. Dotyka ona nie tylko seniorów, których rówieśnicy już poodchodzili, ale i najmłodszych, którzy żyją dziś w cyfrowym świecie. Młodzi ludzie nie potrafią trwać przy chorym, bo nie nauczyli się budować głębokich relacji wcześniej. Samotność to skutek braku więzi, która sprawia, że towarzyszymy bliskim także w cierpieniu i otaczamy ich troską. Dlatego na moim oddziale bardzo ważnym elementem jest wolontariat studencki.

Studenci medycyny – najbardziej zapracowana grupa – znaleźli czas na wolontariat na oddziale opieki paliatywnej?

Spodziewałem się sześciu osób, a przyszło 146 studentów. W tym roku jest ich już blisko 200! Ci młodzi ludzie uczą się czegoś, czego nie da im żaden podręcznik: bycia przy drugim człowieku w najtrudniejszym momencie. Kiedy widzę ich rozpromienione twarze po spotkaniu z pacjentami, wiem, że to będą lekarze, którzy okażą chorym i ich bliskim serce i zrozumienie.

Jest pan też inicjatorem „Karty praw pacjenta do kontaktu ze zwierzętami towarzyszącymi”. Dla wielu to kontrowersyjne – pies w szpitalu?

Dla samotnej osoby pies czy kot to często jedyna bliska istota. Zwierzę kocha bezwarunkowo. Pies jest dla mnie wzorem miłości Bożej – on się nie obraża, on po prostu jest. Jeśli pacjent ma umierać w godności, jak mówi ustawa, to jak można mu zabronić pożegnania z jedynym przyjacielem? Widziałem łzy wzruszenia u pacjentów z sąsiednich łóżek, gdy do kogoś przychodził pies. To są momenty, których nie zastąpi żadna tabletką. Pod petycją w tej sprawie podpisało się już prawie 60 tysięcy osób.

Czego dzisiaj najbardziej brakuje polskiej opiece paliatywnej?

Polska jest najszybciej laicyzującym się społeczeństwem na świecie. Oznacza to, że tradycyjna rola kapelana może nie być wystarczająca dla każdego – nie każdy pacjent go przyjmie. Jednocześnie potrzeby duchowe (sensu życia, domknięcia spraw) pozostają silne, także u osób niewierzących, i często uświadamiane są dopiero w obliczu śmierci. Musimy zrozumieć jako społeczeństwo, że opieka duchowa i społeczna to nie dodatek, ale fundament. W Wielkiej Brytanii są konsultanci opieki duchowej, bo potrzeby ducha pojawiają się u każdego, nie tylko u osób wierzących.

Jaką rolę odgrywa Caritas w polskim systemie opieki paliatywno-hospicyjnej?

W Polsce mamy trzy formy opieki paliatywnej: stacjonarną, domową oraz poradnie ambulatoryjne. Podstawą zawsze powinien być dom, bo to najlepsze miejsce dla człowieka, ale musimy być realistami. Gdy pacjent wymaga intensywnego leczenia bólu przez 24 godziny na dobę albo gdy rodzina nie daje sobie już rady, wtedy niezbędne jest wsparcie stacjonarne. I tu rola Caritas jest nie do przecenienia. W ośrodkach Caritas nie tylko „leczymy”, ale staramy się też „udomowić” tę trudną przestrzeń – pacjenci dostają nie tylko pomoc medyczną, ale też wsparcie duchowe, dobre słowo, zainteresowanie. Nie są sami w tych najcięższych chwilach, ale same nie pozostają też ich rodziny, które w Caritas otaczane są dodatkową opieką.

Caritas to także ogromne zaplecze techniczne, które finansowane jest w dużej mierze z ofiarności ludzi wielkiego serca. Są tam specjalistyczne sprzęty, jak chociażby urządzenia do podciśnieniowego leczenia ran – niesamowicie skuteczne w walce z odleżynami – czy nowoczesne wózki transportowo-kąpielowe. Caritas prowadzi wypożyczalnię sprzętu, gdzie za darmo można wypożyczyć sprzęt medyczny.

Czy pacjenci również czują się bezpieczniej w placówkach stacjonarnych niż w domach? Czy świadomość tego, że obok jest specjalista, pomaga?

W 2024 r. przyjąłem do kliniki blisko 500 pacjentów, z których 20 proc. wypisałem do domu, ustawiając oczywiście wcześniej leczenie przeciwbólowe, poprawiając stan kliniczny. Z tej grupy osób, większość zgłosiła się ponownie do Kliniki. Każdy pacjent przy wypisie otrzymuje skierowanie do naszej Kliniki, żeby – w razie powrotu – nie musiał przechodzić znów przez SOR. Pacjenci chcą wracać, właśnie dlatego, że tu czują się bezpiecznie – wiedzą, że nie będzie bolało, że jest uśmiechnięty personel, który jest na nich uważny, jest na każde zawołanie.