



Drogi Czytelniku,

Od kilku tygodni pracuję w nowym miejscu. Po 25 latach pobytu w Królestwie Holandii zdecydowałem się na ponowną emigrację, tym razem do Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii — kolebki ruchu hospicyjnego. W Holandii organizacja opieki paliatywnej zaczęła przybierać nieoczekiwany charakter. Zdecydowano się nie wprowadzać medycyny paliatywnej jako specjalizacji. Opiekę nad terminalnie chorymi powierzono lekarzom rodzinnym i lekarzom opieki długoterminowej. W szpitalach tą odpowiedzialnością obarczono anestezjologów. Tak więc znacznie zmniejszyło się pole działania dla internistów zainteresowanych medycyną paliatywną. Szkoda. Nie tylko ja nagle wyemigrowałem do Anglii. Przede mną zrobiło to kilku innych kolegów, wykształconych na konsultantów medycyny paliatywnej.

Udzielono mi gościny w małym hospicjum z 25-letnią tradycją nieopodal miasta Tunbridge Wells, w prowincji Kent. Placówka powstała najpierw jako hospicjum domowe. Dopiero od 7 lat istnieje tam oddział stacjonarny. Hospicjum utrzymuje się w 90% ze środków charytatywnych, a tylko 10% pochodzi z dotacji Narodowej Służby Zdrowia. To powoduje, że placówka jest prawie niezależna od Ministerstwa Zdrowia i może ustalać własne normy. Pierwszą rzeczą, która mnie uderzyła podczas spotkania z nowym miejscem pracy, był rozmiar tej instytucji. Hospicjum zatrudnia 140 osób, w tym sporą liczbę ludzi tylko na części etatu. Na 10 łóżek w Anglii przypada około 7–8 razy więcej personelu niż w Holandii. Wśród zatrudnionych osób znaczącą grupę stanowią pielęgniarki pracujące w domach pacjentów. Na oddziale jest zawsze 4–5 pielęgniarek i dwóch lekarzy. To bardzo dużo. Do tego trzeba doliczyć jeszcze 600 (!) wolontariuszy, z których najwięcej jest zaangażowanych w zdobywanie funduszy na opiekę.

Trzeba przyznać, że opieka hospicyjna w Wielkiej Brytanii jest o wiele bardziej intensywna niż w Holandii. Chorzy przyjmowani są najczęściej w trybie pilnym, jeżeli pojawiają się problemy w opiece domowej. Jednak zwykle przebywają krótko w placówce. Średni czas pobytu wynosi około 11 dni. Tygodniowo notuje się 4–6 przyjęć i tyle wypisów do domu lub zgonów. Tak więc od początku spotkałem się z potrzebą bardzo intensywnej opieki lekarskiej. Pracę ułatwiają mi dwie asystentki. Jedna z nich jest w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej (4 lata po 2 latach ogólnej praktyki klinicznej), a druga — odbywa specjalizację z pediatrii i realizuje 6-miesięczny staż kliniczny w hospicjum. Zatem obie asystentki są bardzo doświadczone i dobrze się z nimi współpracuje. Naszym dyrektorem medycznym jest lekarz rodzinny. Na szczęście nadzoruje on całą administrację i papierkową pracę na oddziale, dzięki czemu mam więcej czasu na opiekę nad chorymi.

Najciekawsza jest praca w zespole domowym. Jego szefową jest doświadczona pielęgniarka. Zespół spotyka się raz w tygodniu w hospicjum w pełnym składzie, a poza tym pielęgniarki są cały czas w ruchu. Jako lekarz często telefonicznie udzielam rad w trudnych sytuacjach, ale w gruncie rzeczy pielęgniarki pracują samodzielnie. To one utrzymują stały kontakt z lekarzami rodzinnymi, przygotowują przyjęcie nowej osoby do hospicjum, a także wypis z hospicjum do domu lub do opieki długoterminowej, ponieważ stan niektórych chorych uniemożliwia opiekę domową.

Podczas jednej z moich pierwszych konsultacji jechaliśmy razem z pielęgniarką zespołu opieki domowej do pacjentki, która przebywała w domu opieki długoterminowej. Wrażenie było okropne: stary (z początku XIX wieku) i zaniedbany dom. Po korytarzach snuły się dwie staruszki w stanie demencji. Nie mogliśmy znaleźć nikogo z personelu. Pacjentka, którą odwiedziliśmy, była zaniedbana, cierpiąca, miała dużą odleżynę krzyżową. Od dwóch dni nie przyjmowała płynów i pokarmów, na co nikt nie zareagował. Nikt też nie zdawał sobie sprawy z tego, że chora z powodu przerzutów do mózgu przyjmowała deksametason, a teraz przestała go otrzymywać. Towarzysząca mi pielęgniarka twierdziła, że ze znacznie gorszymi sytuacjami można się spotkać w tego rodzaju prywatnych instytucjach. Taki jest poziom opieki paliatywnej poza murami hospicjum — podobnie jak w wielu innych krajach pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Chorą przyjęliśmy jak najszybciej na oddział, gdzie, ku naszemu zdziwieniu, następnego dnia odżyła. Zaczęła jeść i pić, nic nie wskazywało,

by miała niebawem umrzeć. Zgodnie z obowiązującymi w hospicjum zasadami chorą musieliśmy w ciągu kilku dni ponownie wypisać. Czy wróciła do tego potwornego domu, z którego ją zabraliśmy?

Dla kolegów z Polski ten świat angielskiego hospicjum nie byłby żadną niespodzianką. Opieka paliatywna jest wszędzie taka sama. Ponieważ ta specjalność wymaga nie tyle drogich i niedostępnych technologii, co rzetelnej wiedzy lekarskiej i serca, polski lekarz prawdopodobnie także doskonale czułby się w otoczeniu Anglików czy Holendrów. Kiedyś doświadczyłem podobnego wrażenia w czasie odwiedzin w hospicjum w Ugandzie, jednym z najbiedniejszych krajów Afryki Równikowej. Po 5 minutach czułem się tam, jakbym był otoczony przyjaciółmi, których znam od lat. Pod tym względem hospicja na całym świecie tworzą jedną, wielką rodzinę.

Zbigniew Żylicz