

Wywiad z prof. dr hab. med. Krystyną de Walden-Gałaszko, konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny paliatywnej



Jest Pani psychiatrą. Proszę opowiedzieć naszym Czytelnikom, jak przebiegała Pani droga do medycyny paliatywnej.

Mimo że zajmuję się psychiatrią kliniczną, zawsze interesowały mnie zagadnienia „z pogranicza”. Przez długi czas była to problematyka zmęczenia i przeciążenia pracą. Pracowałam wówczas w Instytucie Medycyny Morskiej, potem przenieśliśmy się na Uniwersytet Gdański, a moim głównym zajęciem stała się dydaktyka. Pozostawiała ona jednak pewne poczucie niespełnienia. Było to przed dwudziestoma laty i zbiegło się z powstaniem gdańskiego hospicjum. Zgłosiłam się tam po kilku miesiącach z silnym przekonaniem, że muszę się włączyć w tę pracę.

Jak wyglądała Pani praca w hospicjum?

Początkowo chciałam się jedynie opiekować nieuleczalnie chorymi, jak każdy z kolegów lekarzy w tej grupie. Po pewnym czasie jednak — w miarę jak przybywało chorych — stało się jasne, że konieczne są także pewne działania organizacyjne. Wtedy zaczęłam odwiedzać wszystkich chorych przyjmowanych do hospicjum, próbowałam ocenić zarówno

ich stan, zwłaszcza w aspekcie psychologicznym, jak i ich podstawowe potrzeby w tym zakresie. Na tej podstawie, każdemu choremu przydzielaliśmy do opieki tych członków zespołu, którzy — według nas — mogli sobie najlepiej poradzić w konkretnych przypadkach.

Czy w hospicjum podejmowali Państwo próby szkolenia w zakresie medycyny paliatywnej?

Rzeczywiście, w miarę upływu miesięcy i lat pojawiła się potrzeba analizy zdobywanych doświadczeń, a także szkolenia nowych chętnych do pracy, również lekarzy rodzinnych, których pomoc w hospicjach stała się niezbędna, ze względu na coraz większą liczbę zgłaszanych chorych.

Przydatne okazały się wtedy moje osobiste obserwacje chorych, które przez wiele lat spisywałam. Dotyczyły one około 200 nowych pacjentów w stanie terminalnym rocznie. Wywiady, jakie z nimi przeprowadzałam, ujawniły wiele bardzo ważnych problemów w ich życiu, które stwarzała choroba nowotworowa i jej leczenie. To spowodowało, że postanowiliśmy powołać w 1993 roku Polskie Towarzystwo Psychonkologiczne. Nieco później bardzo nam pomógł prof. Marek Hebanowski, ówczesny kierownik Katedry Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Gdańsku, w której rozpoczęliśmy wykłady dla studentów medycyny, a także zajęcia dla lekarzy rodzinnych. Praca ta została uwieczniona powstaniem w 1995 roku Zakładu Medycyny Paliatywnej, który początkowo skupił cztery osoby.

Jak rozwijał się Zakład Medycyny Paliatywnej?

Poza analizą stresu wywołanego chorobą, powróciły moje zainteresowania obciążeniem pracą, teraz już przede wszystkim w kontekście ludzi zajmujących się medycyną paliatywną. Regularnie brałszy udział w licznych sympozjach naukowych, osobiście prowadziłam i nadal prowadzę wiele kursów z zakresu komunikacji i pomocy psychologicznej oraz dotyczących samej metodyki szkolenia. Doprowadziło to do powstania corocznie organizowanych

ogólnopolskich kursów pomocy psychologicznej. Odbłyło się ich już przeszło 20 i cieszą się sporym zainteresowaniem. Następnie, w odpowiedzi na potrzeby środowiska, zajęliśmy się także problematyką jakości życia chorych i jakości opieki paliatywnej.

Ponadto w Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej w Gdańsku udało się uzyskać etaty dla psychoonkologów. Od wielu lat pracuję w tym charakterze, przyjmując pacjentów dwa razy w tygodniu.

Kto zajmuje się psychonkologią?

Psychonkologią zajmują się przede wszystkim psycholodzy kliniczni, w mniejszym stopniu lekarze: pediatrzy, laryngolodzy, niektórzy lekarze rodzinni. Muszę przyznać, że niewiele jest w tym gronie psychiatrów, a na pewno zbyt mało onkologów. Obecnie Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne zrzesza przeszło 80 osób z całego kraju.

Chciałbym teraz przejść do Pani obowiązków związanych z funkcją konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej. Jakie zadania uważa Pani za najważniejsze do realizacji oraz co dotychczas udało się już zrealizować?

Konsultant krajowy jest odpowiedzialny za organizację medycyny paliatywnej w poszczególnych województwach, za poziom szkolenia w ośrodkach, a także edukacji lekarzy pracujących i specjalizujących się w medycynie paliatywnej. Ważna jest także współpraca z konsultantami krajowymi innych specjalności klinicznych (zwłaszcza lekarzy rodzinnych i onkologów) w zakresie kształcenia medycyny paliatywnej. Dodatkowym elementem jest planowanie i realizacja działalności naukowo-badawczej. W ramach pierwszego z wymienionych zadań za niezbędne uznałam przeprowadzenie swoistej inwentaryzacji — przygotowania raportu o stanie medycyny paliatywnej w Polsce. Po uzyskaniu niezbędnych funduszy udało się przeprowadzić ankietyzację całego kraju. Praca nad raportem dobiega końca, wprowadzane są ostatnie poprawki. Dokument wyraźnie ujawnia szereg „białych plam” w zakresie opieki paliatywnej w naszym kraju. Widać, że w niektórych rejonach brakuje tego typu ośrodków bądź dostęp do nich, ze względu na lokalizację, jest bardzo utrudniony. Okazało się też, że liczne budynki, w których mieszczą się ośrodki opieki paliatywnej, pochodzą nawet z 1900 roku, a w wielu przypadkach nie zostały uregulowane prawa własności. Ujawniły się braki sprzętowe i kadrowe. Wiele oddziałów opieki długoterminowej zostało zarejestrowanych jako oddziały paliatywne, tak więc niewłaściwy jest rozdział środków budżetowych przewidzianych na tę opiekę. Wciąż niewystarczający jest *monitoring* działalności ośrodków zakontraktowanych do sprawowania opieki paliatywnej, a ich dostęp do spe-

cjalistycznych czasopism i innych materiałów szkoleniowych ograniczony.

Co może wyniknąć z opracowania wspomnianego raportu?

Opracowany raport będzie stanowić podstawę programu naprawczego. Jego realizację ma wspomagać Ministerstwo Zdrowia, jednak funduszy trzeba będzie poszukiwać w społecznościach i władzach lokalnych. Warto przy tym pamiętać, że w Polsce około 32 000 osób rocznie umiera z powodu wszystkich chorób przewlekłych, w tym ponad 8000 z powodu choroby nowotworowej. Można przyjąć, że około 40% tych chorych docelowo znajdzie się pod opieką personelu wykształconego w zakresie medycyny paliatywnej. Pozostali będą prowadzeni przez lekarzy innych specjalności, zwłaszcza przez lekarzy rodzinnych. Na konsultanta krajowego nakłada to obowiązek stałej troski o jak najlepsze kształcenie tych osób w zakresie medycyny paliatywnej. Można powiedzieć, że pewnym sukcesem jest tu niedawne porozumienie z Narodowym Funduszem Zdrowia, uznające specjalistyczny charakter opieki paliatywnej, co stworzyło możliwość korzystania z tej opieki bez skierowania od lekarza POZ, nie wykluczając stałej opieki tego ostatniego. Udało się też przyjąć zasady finansowania medycyny paliatywnej, które — mimo że nie są w pełni zadowalające — stanowią istotny punkt wyjścia do dalszych działań. Cały czas dążę do zwiększenia roli konsultantów wojewódzkich, by służyli fachowym wsparciem w swoim środowisku, a równocześnie weryfikowali i nadzorowali ośrodki ubiegające się o kontraktację. Musimy bowiem starać się, by ośrodki te prezentowały pewien niezbędny standard opieki, niezależnie od trudnej obecnie sytuacji ekonomicznej opieki zdrowotnej.

Do czego należałoby dążyć?

Ideałem byłoby, gdyby w każdym województwie wykształciła się nie tylko odpowiednio liczna grupa specjalistów z zakresu medycyny paliatywnej, ale by powstały również ośrodki referencyjne o charakterze badawczym. Obecnie jest ich niewiele. Moim zdaniem byłoby wskazane, by poszczególne zespoły zaczęły się specjalizować w zakresie konkretnych zagadnień medycyny paliatywnej. Czy tak się stanie, zobaczymy.

Co może Pani Profesor powiedzieć o powstającym w tym roku Polskim Towarzystwie Medycyny Paliatywnej?

Należy przypomnieć, że od wielu lat funkcjonuje w naszym kraju Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej. Jest to niewątpliwie zasłużona organizacja o charakterze społecznym, to znaczy skupiająca osoby o różnym profilu zawodowym, poświęcające się

opiece paliatywnej, zarówno lekarzy, jak i psychologów, socjologów czy pielęgniarki, a także wiele innych osób. Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej jest natomiast typowym towarzystwem lekarskim, odpowiedzialnym obecnie za kształtowanie i rozwój medycyny paliatywnej w Polsce. W 2004 roku planowany jest pierwszy zjazd naukowy nowego Towarzystwa. Wymaga to opracowania odpowiedniego programu naukowego, konieczne wydaje się nawiązanie współpracy z ośrodkami zagranicznymi i zaproszenie znanych specjalistów zagranicznych do udziału w tym zjeździe. Uważam też, że ważnym elementem działalności Towarzystwa powinno być zaangażowanie w powszechną edukację społeczną dotyczącą zagadnień związanych z nieuleczalną chorobą nowotworową czy podejściem do problematyki śmierci. Chodzi tu między innymi o doprowadzenie do właściwego postrzegania roli hospicjów, które obecnie zbyt często kojarzą się jedynie z nieuchronnym umieraniem i brakiem nadziei.

Jak więc widać, plany rozwojowe są rozległe. Wydaje się jednak, że mało jest odpowied-

nie przygotowanych ludzi, by wprowadzać je w życie.

Rzeczywiście, to istotny problem. Wydaje się, że wiadomo, co należy robić, ale często brakuje ludzi. Muszę jednak powiedzieć, że i tu pojawiła się nadzieja. W lutym bieżącego roku pierwszych 50 lekarzy uzyskało tytuł specjalisty medycyny paliatywnej, zdając egzamin państwowy. Stanowił on zwieńczenie pracy i zaangażowania osób zajmujących się obecnie i w przeszłości tą dziedziną medycyny. Obecnie mamy więc pierwszych specjalistów już niemal w każdym województwie, a kolejni lekarze specjalizują się. Jest to niewątpliwy dowód na rozwój medycyny paliatywnej w Polsce. Jest to specjalizacja szczegółowa trwająca 2 lata, którą można podjąć po większości podstawowych specjalizacji klinicznych. Docelowo w Polsce potrzeba nam 400–500 specjalistów. Mam nadzieję, że kiedyś do tego dojdziemy.

Bardzo dziękuję za rozmowę.

Zebrał dr med. Łukasz Stolarczyk