

Wywiad z profesor Krystyną de Walden-Gałaszko,

byłym Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny paliatywnej



Pani Profesor, może zaczniemy od przyjemnych i optymistycznych spraw. Jakie ma Pani życzenia dla osób związanych z medycyną paliatywną?

Przede wszystkim życzę dalszego zaangażowania i mobilizacji. Wiadomo, że przy sprzyjających okolicznościach organizacyjnych, administracyjnych i finansowych wachlarz możliwości się poszerza i powstają warunki korzystniejsze do dalszego działania.

Nawiązując do warunków, o których Pani wspomniała, wszyscy jesteśmy zgodni co do tego, że służba zdrowia potrzebuje zdecydowanych działań zarówno ze strony służb medycznych, jak i ekip rządzących. Jakie warunki powinny być spełnione, aby usprawnić i polepszyć zakres opieki paliatywnej?

Ze strony organizacyjnej nie widzę takiej potrzeby. Istniejące struktury działają prawidłowo. Idealna byłaby sytuacja, gdyby powstało więcej

zespołów opieki domowej, nie stacjonarnej. W przypadku profesjonalnej opieki domowej niezwykle istotne jest właściwe przeszkolenie lekarzy i pielęgniarek w niej pracujących, szczególnie tych, którzy prowadzą działalność na małych obszarach. Opieka stacjonarna w sposób wystarczający zabezpiecza potrzeby w wielu województwach, jednak i w tym zakresie w niektórych województwach jednostek opieki stacjonarnej jest zbyt mało.

Pod względem finansowym wszyscy powinniśmy przyzwyczaić się do zmian, jakie przynosi czas. Na całym świecie jednostki opieki paliatywnej nie są finansowane wyłącznie z budżetu państwa i u nas ta sytuacja powinna się zmienić. Zdaję sobie sprawę z faktu, że społeczeństwo nie będzie w stanie pomóc naszym jednostkom, ale myślę, że wiążą się z tym zadania dla konsultantów wojewódzkich oraz innych osób odpowiedzialnych za rozwój opieki paliatywnej w danym regionie. Nie możemy wyłącznie czekać, aż coś dostaniemy.

Czy Pani zdaniem program studiów w wystarczającym stopniu uwzględnia zagadnienia dotyczące medycyny paliatywnej na różnych kierunkach kształcenia?

Uważam, że satysfakcjonująco opracowany jest program dla kierunku pielęgniarstwo oraz fizjoterapia. Niezwykle cenne dla osób z kierunku farmaceutycznego byłyby zajęcia z zakresu leczenia przeciwbólowego, stosowania opioidów. W przypadku kierunku lekarskiego moim zdaniem najbardziej potrzeba dodatkowych 30 godzin praktyk, prowadzonych na oddziałach stacjonarnych i w hospicjach. Aby zrealizować ten program, trzeba stworzyć silną kadrę dydaktyczną, zorganizować ośrodki odpowie-

działne za nauczanie, a docelowo zagwarantować także odpowiednią liczbę miejsc do realizacji staży specjalizacyjnych.

Jakie są Pani refleksje na temat 5 lat pełnienia przez Panią funkcji Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej?

Z biegiem czasu wizja tej funkcji zmieniała się. Na początku był wielki zapał i ogromne chęci do wprowadzenia zmian. Najpierw trzeba było dokonać przy pomocy konsultantów wojewódzkich dokładnej „inwentaryzacji” działających placówek. Dzięki dotacji Ministerstwa Zdrowia powstał raport o stanie opieki paliatywnej w naszym kraju, opracowano zasady i reguły, które później wcielano w życie. Dzięki tej dotacji dowiedzieliśmy się, ile dokładnie jest hospicjów stacjonarnych, ile jednostek opieki domowej. Stworzyliśmy mapę tzw. „białych plam”, których usunięcie było jednym z naszych głównych celów. Sądziłam, że będzie to zdecydowanie krótszy proces, lecz trwał przez cały czas pełnienia przeze mnie funkcji Konsultanta Krajowego, a „białe plamy” zmieniały swoje miejsca na mapie. Ciągłe musimy czuwać nad powstawaniem nowych ośrodków. To zadanie scedowałam na swojego następcę.

Z zakresu kształcenia kadry podjęliśmy działania, które doprowadziły do powstania programu specjalizacji z medycyny paliatywnej, a w 2003 roku pierwsi specjaliści złożyli państwowy egzamin. Dodatkowo, w znacznym stopniu osiągnęliśmy sukces w kształceniu w zakresie podstawowym. Konieczne stało się odbycie 40-godzinowego kursu z zakresu opieki paliatywnej, co jest wymagane przez regionalny oddział Narodowego Funduszu Zdrowia podczas kontraktowania usług.

Powstał również zespół, który opracował standardy postępowania w opiece paliatywnej, stworzył jednolity sposób działania w ośrodkach. Zespół zakończył już swoją pracę. Obecnie dokument ten ocze-

kuje w Ministerstwie Zdrowia na podjęcie dalszych kroków legislacyjnych.

Co udało się w ciągu tych lat osiągnąć, a co wymaga jeszcze dopracowania?

Dalszej kontroli wymaga sprawa właściwej liczby jednostek (opieki paliatywnej zarówno stacjonarnej, jak i domowej) w regionach. Należy położyć nacisk na zwiększenie liczby szkoleń dla lekarzy rodzinnych, szczególnie w małych miejscowościach. Według rekomendacji Rady Europy szkolenia powinny się odbywać także na poziomie średniego i wyższego szczebla. Główne ośrodki powinny wziąć na siebie obowiązek organizacji kursów doskonalących w medycynie paliatywnej, tak jak się to dzieje np. w Katowicach. Należałoby realizować takie pomysły również w pozostałych województwach. Ośrodki naukowo-badawcze powinny być zmotywowane do określenia swojej tematyki badawczej, stając się dzięki temu ośrodkami referencyjnymi. Jest to moje ogromne życzenie, które, mam nadzieję, uda się w przyszłości zrealizować nowemu Konsultantowi Krajowemu.

Czy teraz będzie miała Pani więcej czasu na realizację swojego hobby — podróży?

Jestem astrologicznym Koziorożcem — czyli pracoholikiem, a właściwie należałoby powiedzieć, że nie uciekam od pracy. Mimo przekazania innym wielu obowiązków, w moim kalendarzu trudno o lukę, choć czas wolny staram się zawsze dla siebie wygospodarować. Uwielbiam podróże, marzę, by odwiedzić wiele pięknych miejsc (Nepal, Indie). Czeka na mnie stos książek, które zapewne będę miała okazję przeczytać podczas podróży pociągiem, jest to rewelacyjne miejsce do nadrobienia zaległości. Nie ruszam się w podróż bez książki.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiały:

dr med. Małgorzata Krajnik i Sabina Bojko