

RAPORT O DOBRYM UMIERANIU

chwile

OSTATNIE
CHWILE
SZCZĘŚCIA

PUCKIE
HOSPICJUM
PW. ŚW.
OJCA PIO



”
*Własnej śmierci nie da się
 schrzanić, nie zdarzyło
 się, żeby ktoś umarł
 nieskutecznie, ale da się
 schrzanić wszystko to, co
 jest wokół śmierci*
 ”

ks. Jan Kaczkowski

Drodzy Państwo,

Oto Raport o dobrym umieraniu. Jestem głęboko przekonana, że jest bardzo potrzebny w naszych czasach. To pierwsze takie wydawnictwo w Polsce, narzędzie do rozpoczęcia dyskusji społecznej dotyczącej czasu dobrego i godnego umierania. Jak bardzo jest to ważny temat wiemy z całym Zespołem Puckiego Hospicjum, towarzysząc chorym i ich bliskim już od 15 lat, codziennie dostrzegając ich potrzeby, możliwości i ostatnie marzenia. Rozpoczynamy ogólnopolskie działania społeczne pod wspólnym hasłem „Ostatnie Chwile Szczęścia”.

Umieranie to nie tylko śmierć, ale przede wszystkim etap życia.

Co jest w nim najważniejsze?

Jakie mamy marzenia i pragnienia w obliczu śmierci? Jaka opieka i wsparcie jest oczekiwane? Co powiedzieć umierającemu? Jak się zachować w obliczu nieuniknionego? Jak ogromne znaczenie ma nasza uważność na potrzeby osób w ostatniej drodze życia?

Nasi eksperci, praktycy pracujący i towarzyszący na co dzień osobom odchodzącym, odpowiedzą na te pytania na podstawie doświadczenia z wielu chwil spędzonych przy łóżkach chorych, z ich bliskimi i rodziną.

Zaprosiliśmy do dyskusji Gości – osoby z różnych środowisk, z doświadczeniem zarówno profesjonalnym, jak i życiowym.

Najistotniejszym jednak głosem będą nasi Pacjenci, bohaterowie filmu dokumentalnego pt. „Jeszcze zdążę”, realizowanego przez wiele miesięcy w Puckim Hospicjum przez Aleksandrę Kutz. Tych osób w większości nie ma już wśród nas, ale ich refleksje w obliczu śmierci pozostały z nami na zawsze w rozmowach o rzeczach najważniejszych w ich życiu. Autorka filmu pyta o ostatnie pragnienia i pomaga ludziom je zrealizować, dzięki uważności całego zespołu hospicjum. Ten wyjątkowy film będzie można zobaczyć wkrótce.

Dziś zapraszam Państwa do lektury raportu, wspólnej refleksji oraz zaangażowania na rzecz edukacji społecznej w tak trudnym, ale nieuniknionym dla każdego z nas temacie umierania, kiedy to często od nas zależy jakość ostatnich chwil naszych bliskich. Głęboko wierzę, że mogą być ostatnimi chwilami szczęścia.

Yochim Labuda

Z pozdrowieniami, **Anna Jochim-Labuda**
 Dyrektor Puckiego Hospicjum

SPIS TREŚCI

I. CZŁOWIEK

- Szczęście człowieka na końcu życia. 8
Rozmowy o śmierci.
Czy umierający człowiek może być szczęśliwy?

II. BLISCY

- Wspólny, dobrze spędzony czas. 16
Rodzina i bliscy są najważniejsi.
Chcemy odchodzić w domu.
Czy znamy potrzeby ludzi umierających?
Czy chcemy znać prawdę? Jak rozmawiać?
Czas dobrej jakości. Trudności w opiece.

III. POMOC SPECJALISTYCZNA

- Świadomość odpowiedniej opieki. 30
Zakończenie leczenia przyczynowego.
Opieka paliatywna i hospicyjna.
Mała wiedza o medycynie paliatywnej.
Złe skojarzenia. Nasza opieka hospicyjna.
Piramida dobrego umierania. Chory w centrum uwagi.
Edukacja studentów medycyny.
Puckie Hospicjum. Cele kampanii.

Z powodu przewlekłych chorób umiera rocznie w Polsce około trzysetu tysięcy osób. Terminalnej fazie choroby towarzyszy wiele bolesnych objawów, problemy egzystencjalne i duchowe. Problem cierpienia ciężko chorych ludzi jest **powszechnym zjawiskiem społecznym**.

Żyjemy pełnią życia. Choroba zawsze nadchodzi w złym momencie. A my zupełnie nie wiemy jak zachować się wobec śmierci, jak dobrze przeżyć kres życia.

Dobre umieranie – współczesne ars bene moriendi - to dla nas przede wszystkim czas dobrej jakości życia i umocnienie poczucia godności człowieka w obliczu zbliżającej się śmierci.

Dobre umieranie to taki czas, jakiego byśmy sobie życzyli. Każdy ma do tego prawo.

Zacznijmy więc o tym rozmawiać...

WSTĘP

4.

Czy możesz powiedzieć o swoim życiu, że jest szczęśliwe? Wielu z nas uważa, że przed nami jest tak wiele czasu na realizację marzeń. W ciągłej pogoni za niejasno sprecyzowanymi celami, nie potrafimy czerpać przyjemności z tego co tu i teraz. Zapominamy o prostych przyjemnościach, które mogą sprawić więcej satysfakcji. Czy w tym kołowrotku jest miejsce dla naszych bliskich i paradoksalnie, dla nas samych? W tej życiowej przepychance zapominamy o tym, co jest naprawdę ważne. Wszyscy dążymy do szczęścia.

A czy chory, umierający Człowiek może być szczęśliwy? Jak ważne są ostatnie chwile szczęścia?

„Ostatnie Chwile Szczęścia” to kampania społeczna organizowana przez Puckie Hospicjum, mająca na celu wywołanie dyskusji na temat dobrego czasu umierania, a przede wszystkim znaczenia potrzeb ludzi umierających.

W naszej kulturze temat umierania jest wypierany, zapomniany, czynimy go tematem

tabu. Sprzyja temu postępująca w Polsce medykalizacja śmierci. Ponad połowa Polaków umiera w szpitalach, gdzie ich ostatnie dni i godziny życia coraz częściej upływają w obcym otoczeniu, bez możliwości na zauważenie ostatnich pragnień, czasem w cierpieniu fizycznym i psychicznym. To często przyczyna tego, że doświadczamy ogromnego stresu po odejściu kogoś bliskiego. A przecież umieranie to nie tylko śmierć, ale przede wszystkim etap życia. Jak często pytamy w takich momentach naszych bliskich jakie mają potrzeby, pragnienia, marzenia?

Ludzie słysząc diagnozę o zakończeniu leczenia przyczynowego, pozostają w strachu i bezsilności. Pozostaje nadzieja. Ważne, aby mogła stać się nadzieją na czas dobrej jakości w ostatnim etapie życia. Tę jakość zapewnia opieka paliatywna. I choć w 50% deklarujemy, że wiemy czym jest, okazuje się, że Polacy mają niewielką wiedzę dotyczącą medycyny paliatywnej (czyli tej, która w swoich celach ma zmniejszenie cierpienia osób w terminalnym etapie choroby).

RAPORT O DOBRYM UMIERANIU

Opieka paliatywna realizowana jest przede wszystkim w hospicjach (stacjonarnych i domowych). Hospicja są jednak rzadko postrzegane jako najbardziej odpowiednie miejsca dla osób w stanie terminalnym. Samo określenie „hospicjum” ma negatywne konotacje („umieralnia”), paraliżuje i niepokoi, ponieważ kojarzy się wyłącznie z bezsilnością i ostatecznością śmierci, jest często postrzegane jako zgoda na “wyrok śmierci”.

A to właśnie medycyna paliatywna i opieka hospicyjna pozwalają ulżyć ludziom w cierpieniu. Osoby potrzebujące wsparcia, poczucia bezpieczeństwa, godności, wolności dostają szansę na dobrze spędzony czas, często na ostatnie chwile szczęścia. W hospicjach pracują ludzie, którzy osobisty sens życia znajdują w pracy na rzecz drugiego człowieka. To nasi eksperci od empatii. Towarzyszą, słuchają, rozumieją potrzeby osób, które znajdują się w najtrudniejszym momencie życia.

W Puckim Hospicjum właśnie o tym zawsze mówił śp. Ks. Jan Kaczkowski – jego założyciel.



chwile.
OSTATNIE
CHWILE
SZCZĘŚCIA

”

*My chorzy wcale
nie potrzebujemy
pocieszactwa.
Potrzebujemy bliskości.
Potrzebujemy przekazu:
nie boj się, jestem przy
Tobie, Kocham Cię,
nigdy Cię nie zostawię.*

”

ks. Jan Kaczkowski

WSTĘP

6.

Przygotowując się do kampanii, przeprowadziliśmy ogólnopolskie badanie, w którym chcieliśmy dowiedzieć się, co dla ludzi zdrowych i szczęśliwych mogłoby sprawić, że ostatni czas byłby dla nich chwilami szczęścia? Jakie mają o tym wyobrażenia? Gdzie i jak chcieliby je spędzić? Co wiedzą o medycynie końca życia? Zderzyliśmy te wyobrażenia z rzeczywistością, jaką znamy z codziennej pracy. O tym będziemy dyskutować w ramach naszych działań społecznych. **Zapraszamy!**

Badanie ilościowe realizowane techniką CAWI na panelu badawczym
Termin realizacji wywiadów: 01-06.05.2019 r.

Próba: Badanie zrealizowane na próbie 500 osób w wieku 18-60 lat.
Badanie ogólnopolskie.
Struktura próby kontrolowana ze względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia i posiadanie dzieci.

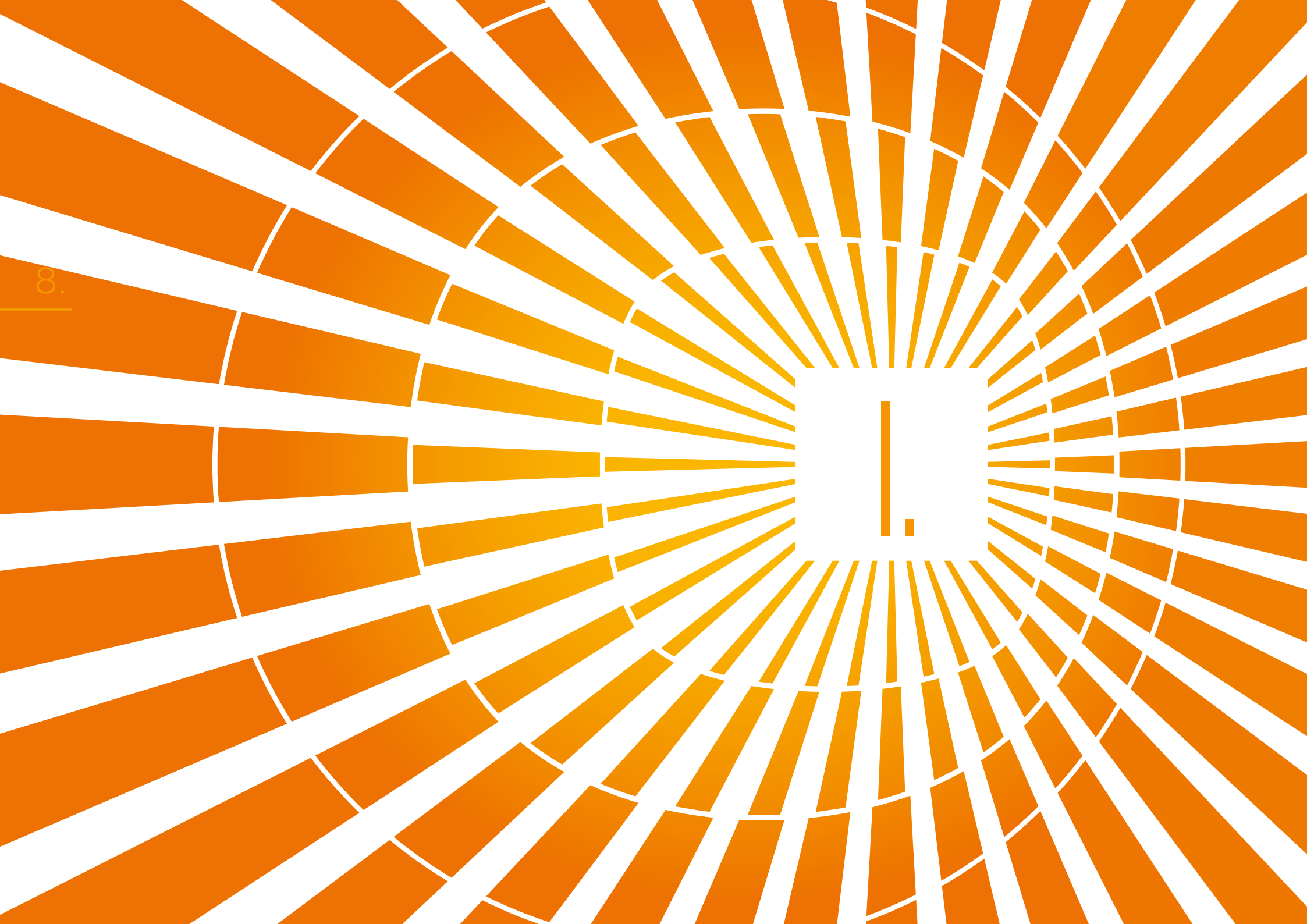
Badanie przeprowadziliśmy wśród osób, które deklarują że są szczęśliwe.

10 - najlepsze życie, jakiego
mógłbym się spodziewać



0 - najgorsze życie, jakiego
mógłbym się spodziewać





8.

CZŁOWIEK

Szczęście człowieka
na końcu życia

10. CZY UMIERAJĄCY CZŁOWIEK MOŻE BYĆ SZCZĘŚLIWY?



**MAŁGORZATA
MARCZEWSKA**



O. GRZEGORZ KRAMER

Kiedy pytam ludzi o śmierć, spotykam się z różnymi reakcjami. Najczęściej z niechęcią do kontynuowania tematu, niektórzy bardzo się boją.

Być może boimy się cierpienia i umierania bardziej niż śmierci. Byłam przy kilku śmierciach. Brałam udział w tym misterium odchodzenia z tego świata. Misterium śmierci, które przecież jest jednocześnie misterium życia. Żegnałam się z ukochanymi. Wiem, że na pewno pojawia się lęk, troska, współodczuwanie, ale może też pojawić się panika, gniew, bezsilność, przygnębienie, gorycz... Najważniejsze to przyjąć te emocje z Miłością.

**Czy umierający człowiek może być szczęśliwy? Nie wiem.
Czy można umierać z uśmiechem i spokojem serca? Tak.**

Czy jest możliwe coś takiego jak szczęście w Hospicjum?

Kiedy przez miesiąc mieszkałem w Puckim Hospicjum przekonałem się, że to, co wielu z nas widzi jako miejsce śmierci, dla większości mieszkańców (bo tak mówiliśmy o pacjentach), było rajem na ziemi. Nie sielanką, ale miejscem spotkania ze sobą, swoją chorobą, drugim człowiekiem i Bogiem. Właśnie spotkanie na tych poziomach jest rajem, bo raj to harmonia, poczucie sensu i przede wszystkim miłość. Aby tak jednak było, potrzeba ludzi zakochanych w drugim człowieku. Nie w zadaniowości (ta wypływa z miłości), ale miłości rozumianej jako oddawanie siebie - drugiemu, który cierpi.

ROZMOWY O ŚMIERCI

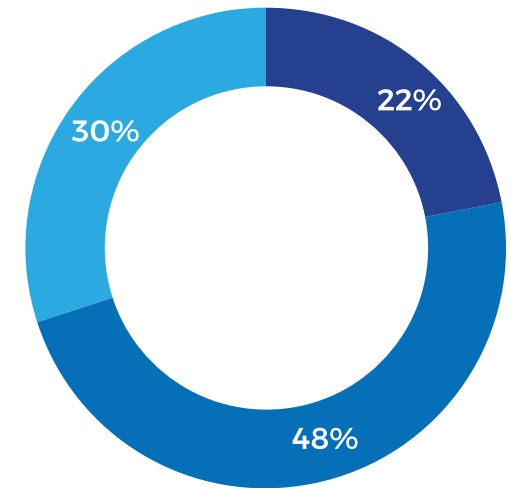
W naszej kulturze jesteśmy zupełnie nieprzygotowani na odchodzenie.

Boimy się śmierci, **45%** ludzi nie rozmawia o śmierci, **30%** nawet o niej nie myśli.

W związku z tym nie znamy swoich pragnień: co byłoby dla nas najważniejsze, czego byśmy sobie życzyli w ostatnich chwilach życia?

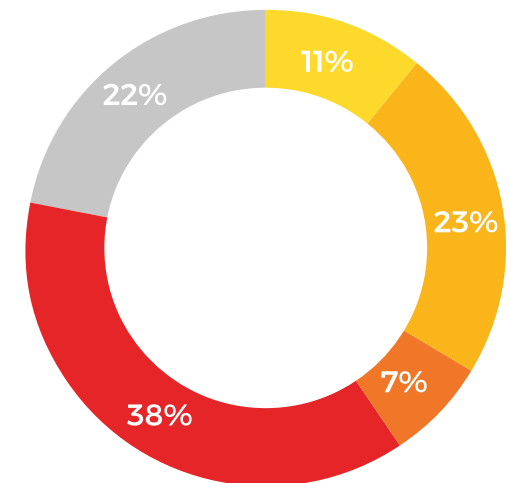
„Jedne, co z życia jest pewnie, to to, że nie będziemy żyć wiecznie”. Czy zdarzyło lub zdarza Ci się myśleć o swojej śmierci? Zaznacz jedną odpowiedź.

- tak, często myślę o śmierci
- tak, ale rzadko myślę o śmierci
- nie, wcale



Czy zdarza Ci się rozmawiać o swojej śmierci/umieraniu z innymi osobami? Zaznacz jedną pasującą odpowiedź.

- tak, w sytuacjach towarzyskich, raczej filozoficznie
- tak, ale tylko z najbliższymi
- nie – chcę rozmawiać, ale inni unikają tego tematu
- nie, unikam tego tematu
- nie wiem / trudno powiedzieć



MARZENIA NA KOŃCU ŻYCIA

12. Ludzie zdrowi zapytani o to, jakie mogliby mieć ostatnie

marzenia przed śmiercią, **37%** osób mówi o dalekich podróżach, zwiedzaniu świata,

około **10%** o ekstremalnych sportach. Rzeczywistość jest inna. W obliczu ciężkiej choroby - jak wiemy z doświadczenia - marzenia chorych dotyczą głównie relacji i bycia blisko z ukochanymi ludźmi. Odchodzący ludzie nadal starają się smakować życie, podkreślać bycie potrzebnym dla innych, chcą rozmawiać, pożegnać się, naprawić relacje.

”

Moi chorzy w hospicjum nie żałują tego, że nie byli na ekskluzywnych wczasach w Tajlandii, ale że nie zawalczyli o swoje relacje, (...), że nie przytulali się wystarczająco dużo.

”

ks. Jan Kaczkowski



AGNIESZKA WEJER ■ Pielęgniarka

Marzenia są ograniczone stanem, w jakim jest chory. Stan pacjenta potrafi zmienić się z chwili na chwilę. Miałam taką sytuację, że Pani dobrze czuła się w dzień, rozmawiała, odwiedzała ją rodzina. W nocy stan się pogorszył. Widziałam, że proces odchodzenia się zaczął. Za oknem spadł pierwszy śnieg. Wybiegłam i przyniosłam Pani płatkę śniegu. To był impuls, nie da się wytłumaczyć. Widziałam śmiejące się oczy, tak bardzo się ucieszyła. To była prawdziwa radość w tej ostatniej chwili. Sprawiałam jej radość, ale czy to było szczęście? Tego nie wiem. Dajemy chorym chwile radości i przestrzeń, w której mogą ją poczuć. Ważne jest, że pobędą na dworze, w ogrodzie, zapalą papierosa, zjedzą ulubioną potrawę. Ważne jest poczucie, że nie ograniczamy ludzi w ich pragnieniach. Czasem chcą się na przykład napić piwa. Wiadomo, że ze względu na chorobę nie wypiją całej butelki, ale wezmą łyka. To, że mogą to zrobić, daje im wielką satysfakcję.



CZŁOWIEK
Szczęście człowieka na końcu życia



Ks. Janusz Przygocki - Kapelan

Czy umierający może być szczęśliwy? Myślę, że tak. Dla człowieka wierzącego, katolika, który jest przygotowany na odejście przez odbytą spowiedź, przyjętą Komunię św. czy sakrament chorych – tak. Dzień śmierci jest najważniejszym dniem naszego życia, bo przechodzimy do wieczności. Oczywiście całym naszym życiem zasługujemy sobie na to, co nas czeka.

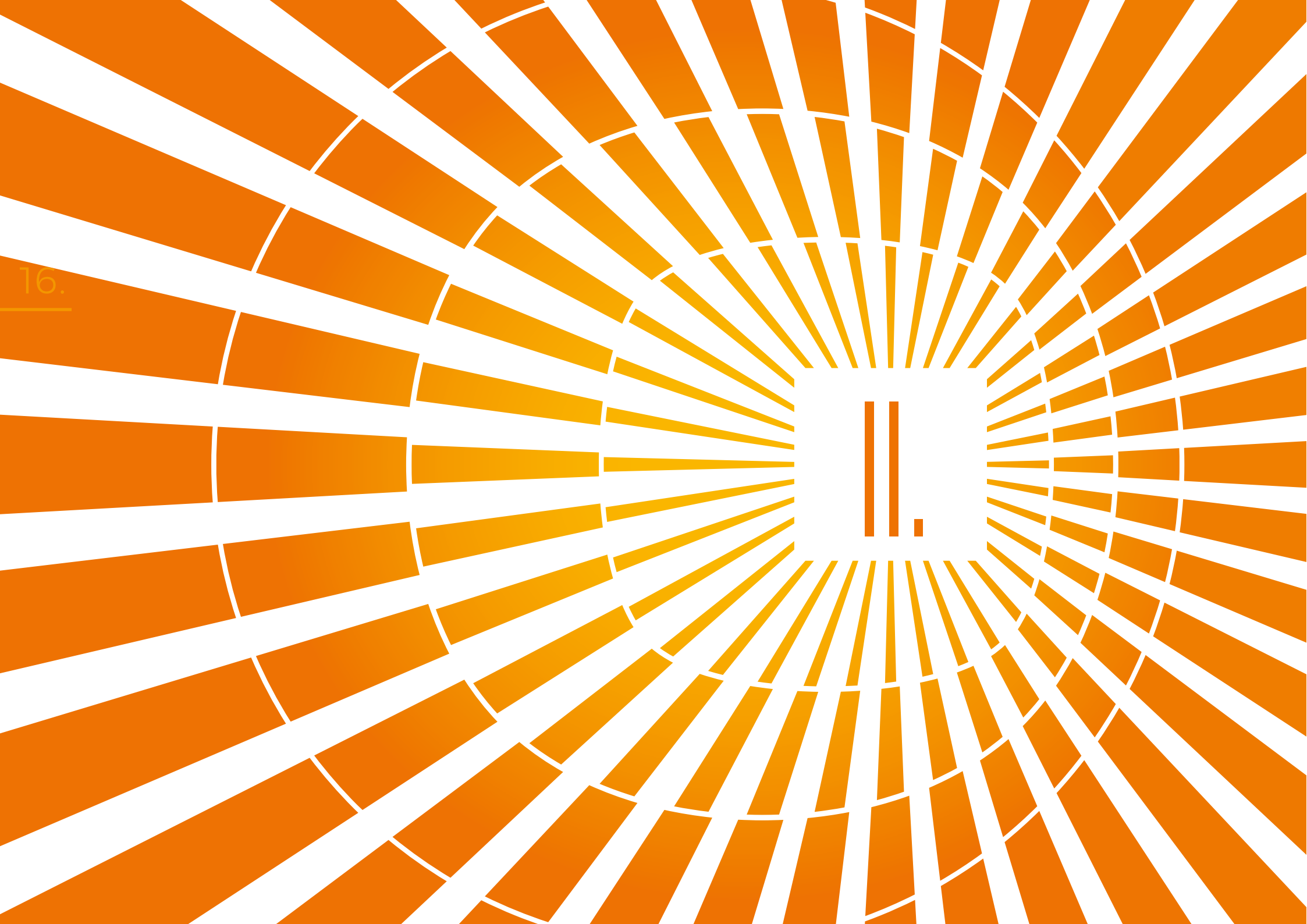
Osoby, z którymi rozmawiam w Hospicjum, będące w Kościele, które dobrze przeżyły swoje życie, spokojnie oczekują spotkania z Panem Bogiem. Pojawia się smutek związany z opuszczeniem najbliższych, których pozostawią w żałobie. W Puckim Hospicjum w większości odchodzą ludzie wierzący, związani z Kościołem Katolickim. Zdarzają się osoby innych wyznań czy też niewierzące. **Dla mnie jako kapłana, każdy podopieczny jest ważny**, z każdym chętnie rozmawiam na różne tematy. Miałem przypadek, kiedy kontaktowałem się ze Starszym Zboru, aby zapytać jak mogę pomóc chorej, będącej Świadkiem Jehowy, jakie mają zwyczaje związane z odchodzeniem.

Są ludzie, którzy podczas życia odsunęli się od Kościoła, choć pozostają wierzący. Choroba i myśl o zbliżającej się śmierci często wzbudzają pragnienie powrotu, dlatego tak ważną rolę jest opieka duszpasterska. W Hospicjum częstym sakramentem jest namaszczenie chorych czyli modlitwa z prośbą o zdrowie duszy i ciała. **Warto zaznaczyć, że nie ma czegoś takiego jak „ostatnie namaszczenie”**. W modlitwie tej nie ma ani jednego słowa o śmierci, modlimy się o zdrowie. Jesteśmy po tym sakramencie w stanie łaski uświęcającej. Zdarza się, że nasi podopieczni boją się przyjąć sakrament namaszczenia chorych, mówią: jeszcze nie teraz, mam na to czas. Dopiero spokojna rozmowa pozwala na zrozumienie, czym jest ten sakrament, oczywiście, jeśli chory wyraża chęć rozmowy z księdzem. Wybór zawsze należy do niego.

W Hospicjum codziennie sprawowana jest Msza święta. Ważnym dla mnie jej elementem jest modlitwa w intencji całego Hospicjum, w intencji pacjentów i ich bliskich, zmarłych i ich rodzin, pracowników oraz wszystkich wspierających Hospicjum.

„Każdy z nas wie, że kiedyś umrze, jeśli ta osoba czuje się komfortowo to może to zaakceptować i być szczęśliwa.”





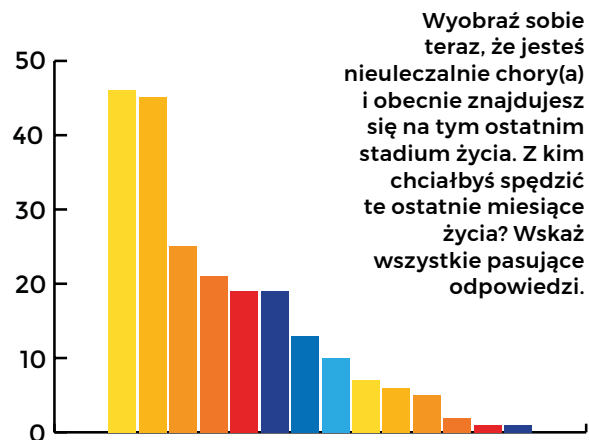
16.

BLISCY

Wspólny, dobrze spędzony czas

BLISCY

18.



- z rodziną
- z partnerem / partnerką
- z przyjaciółmi
- z moją córką
- z moim synem
- z matką
- z ojcem
- nie wiem / trudno powiedzieć
- pod opieką specjalistów
- z obcymi ludźmi
- z innym człowiekiem rodziny
- z teściową
- z kimś innym
- z teściem

Śmierć stała się nam obca, nieoswojona. Znikła tradycja obcowania ze zmarłym, która wynikała z wielopokoleniowych domów. Wskutek tego narasta stres i strach związany z odejściem bliskich ludzi. Odchodzimy często w obcym miejscu, umieramy w szpitalach. W większości deklarujemy, że najważniejsze jest spędzenie ostatnich chwil wśród bliskich. Czy jednak zdajemy sobie z tego sprawę, jak wielki wpływ mamy na jakość końca życia osoby w chorobie.



ALEKSANDRA KUTZ ■ reżyserka filmu „Jeszcze zdążę”

Najważniejsze są relacje i ich jakość. Najsmutniej umierają ludzie niekochani. Rolą bliskich jest być z odchodzącymi, posłuchać czego chcą, nie bać się momentu przejścia. Zadajmy sobie pytanie „Czego ja się boję, czego mój lęk dotyczy? W procesie umierania nie ma już żadnej ściemy, bo nie możemy mieć już z niej korzyści. Moment odejścia jest szansą na prawdę, a prawda dotyczy tego, jaki byłeś całe życie. Zmienia się myślenie w odczuwanie. Dla moich bohaterów liczy się wyłącznie miłość. Oczywiście to poczucie miłości związane jest z bólem, podobnie jak przy narodzinach. Ale sami chorzy i ich bliscy byli szczęśliwi. Nie z tego, że umierają, ale skoro już umierają, zrobili wszystko żeby odejść jako ludzie szczęśliwi. Rozmawiali ze sobą – szczerze, odpuszczali sobie i wybaczaali, dużo się dotykali. To, że potrafili rozmawiać wynikało wyłącznie z miłości. Rodziny i bliscy brali siłę z miłości. Mieli też odwagę poprosić o pomoc, przyznać się do strachu czy niewiedzy. Dzięki temu otrzymali pomoc i wsparcie w Puckim Hospicjum.

CHCEMY ODCHODZIĆ W DOMU

20.

Wg danych statystycznych w Polsce umiera około 400 tysięcy osób rocznie,

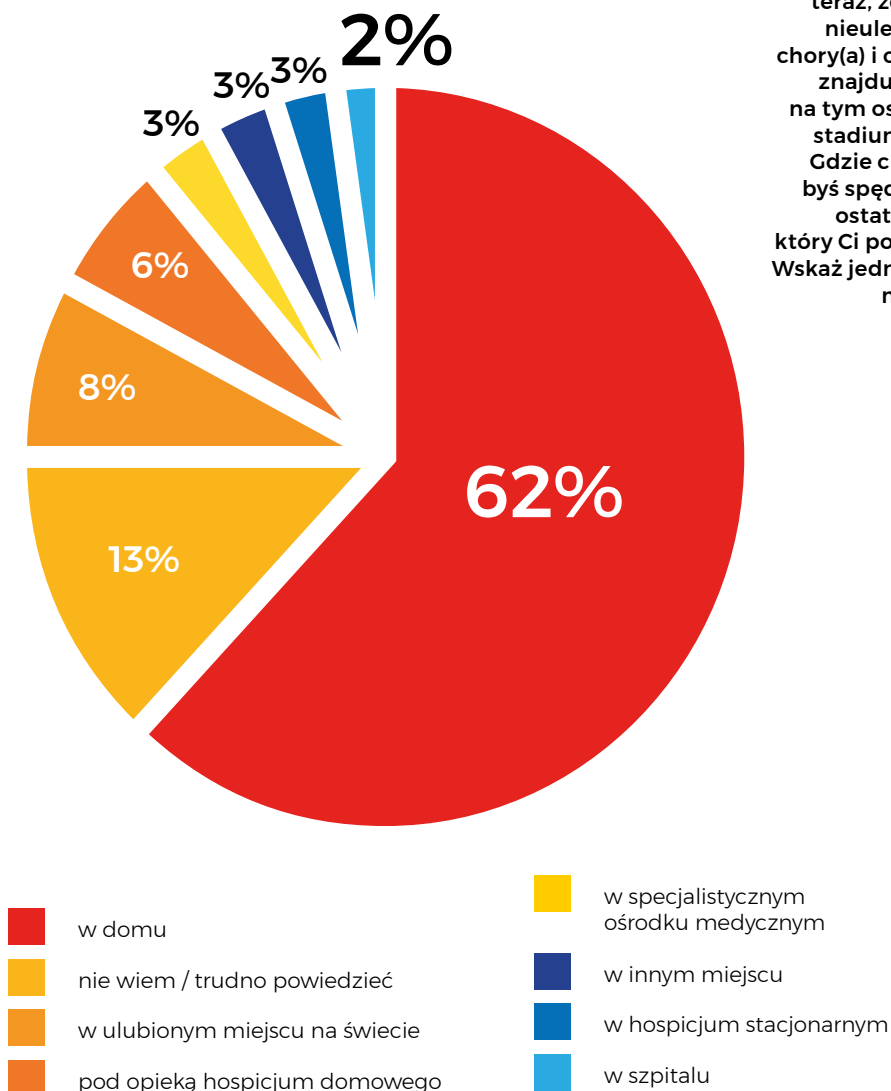
26% zgonów spowodowanych jest chorobami nowotworowymi.

Szacuje się, że ponad **50%** osób z chorobami nowotworowymi umiera w szpitalach.

Tymczasem w większości deklarujemy, że miejscem, gdzie chcielibyśmy spędzić

ostatnie chwile jest dom **62%**.

Tylko **2%** z nas wskazuje szpital. Z doświadczenia wiemy, że zdarzają się ludzie dla których obecność lekarza czy białego fartucha daje poczucie bezpieczeństwa.



NIE WIEMY, JAK OPIEKOWAĆ SIĘ CHORYM

Jesteśmy słabo przygotowani do opieki, nie mamy wiedzy i wsparcia instytucjonalnego. Nie potrafimy rozmawiać. Dominuje magiczne myślenie „będzie dobrze”. Często ukrywamy przed chorymi bliskimi prawdę, nie wiemy jak się zachować. W tych sytuacjach opieka hospicjum domowego jest najlepszym rozwiązaniem.



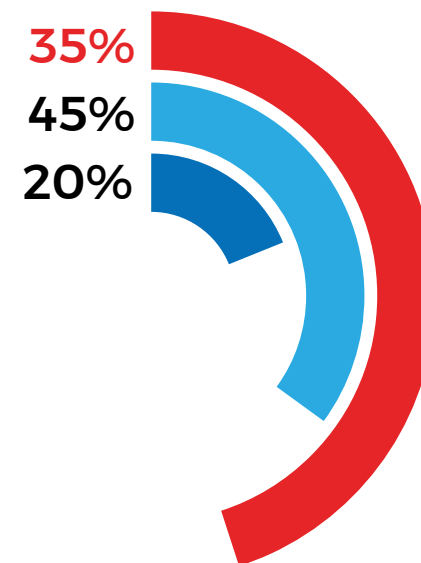
OLA LADEMANN ■ pielęgniarka. specjalistka opieki paliatywnej

Pacjent w stanie terminalnym, wypisywany ze szpitala często nie ma wystarczających informacji dokąd dalej pójść, jak postępować, jakie leki brać czy w jaki sposób się odżywiać. Słyszymy „nikt nam nie powiedział, że trzeba włączyć specjalistyczne żywienie, że trzeba zapisać się do poradni paliatywnej, nie rozumiemy co podawać, jak podawać - jak żyć”. Po śmierci pacjenta cała rodzina zostaje z żalem do personelu medycznego i do systemu ochrony zdrowia. Rodzina boi się, że nie będzie mogła pomóc bliskiemu, czują bezradność, niepewność.

Z zespołem Hospicjum Domowego jesteśmy w domu chorego przynajmniej dwa razy w tygodniu jako personel pielęgniarstwa, dodatkowo lekarz, psycholog, rehabilitant, dietetyk w zależności od stanu pacjenta i potrzeb. Ogromne znaczenie ma praca Psychologa, bo czasami zdarza się, że pacjenci nam wszystkich rzeczy nie mówią. Psycholog pomaga nam zrozumieć dlaczego pacjent zachowuje się tak a nie inaczej, z czego wynikają relacje i jak z nimi pracować.

Każdy z nas ma swoich pacjentów pod opieką, znamy się. Jesteśmy dla nich i ich bliskich dużym wsparciem. Zawsze wiedzą, że mogą zadzwonić a my ich uspokoimy, powiemy np. że objawy są normalne, że tak może być. Zespół jest pod telefonem 24h/dobę. Czasem zdarza się, że jedziemy do domu chorego w nocy.

Chcielibyśmy teraz skupić się na chorobie nie Twojej ale kogoś z Twoich bliskich. Wyobraź sobie, że bliska Ci osoba otrzymała tę trudną diagnozę, według której znajduje się w terminalnym stadium choroby nowotworowej i pozostały jej maksymalnie 3 miesiące życia. Jak myślisz, czy wiedział(a)byś jak zaopiekować się taką chorą osobą?



OPIEKA HOSPICJUM DOMOWEGO

22.



ALICJA MAKOWSKA ■ pielęgniarka. specjalistka opieki paliatywnej. dyrektor operacyjny

Istotą domowej opieki hospicyjnej jest połączenie siły rodziny oraz najbliższych z wiedzą i profesjonalizmem interdyscyplinarnego zespołu Hospicjum, przy zaangażowaniu Wolontariuszy. Wspólnie z bliskimi zespół pracuje nad stworzeniem możliwie najlepszych warunków do życia z chorobą w środowisku domowym. Jeżeli stan pacjenta zmienia się, chory wymaga większej opieki i częstszych wizyt personelu, jest to kwalifikacja do opieki stacjonarnej. Czasem po kilkudniowym pobycie na oddziale hospicyjnym, stan chorego ulega poprawie, a rodzina nabywa nowych umiejętności aby pielęgnować chorego. Wówczas chory wraca do swojego domu i ponownie obejmowany jest opieką Hospicjum Domowego.

Jest możliwość wielokrotnego korzystania z procesu opieki, o ile stan zdrowia chorego tego wymaga i lekarz ubezpieczenia zdrowotnego do takiej opieki wystawi skierowanie. Warunkiem zasadniczym, zaraz po wskazaniach medycznych, jest wydolność opiekuńcza środowiska chorego.

W związku z Twoimi rozmyślaniami o śmierci podjąłeś(aś) się którychś z poniższych działań? Zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi.



CZY ZNAMY POTRZEBY LUDZI UMIERAJĄCYCH?

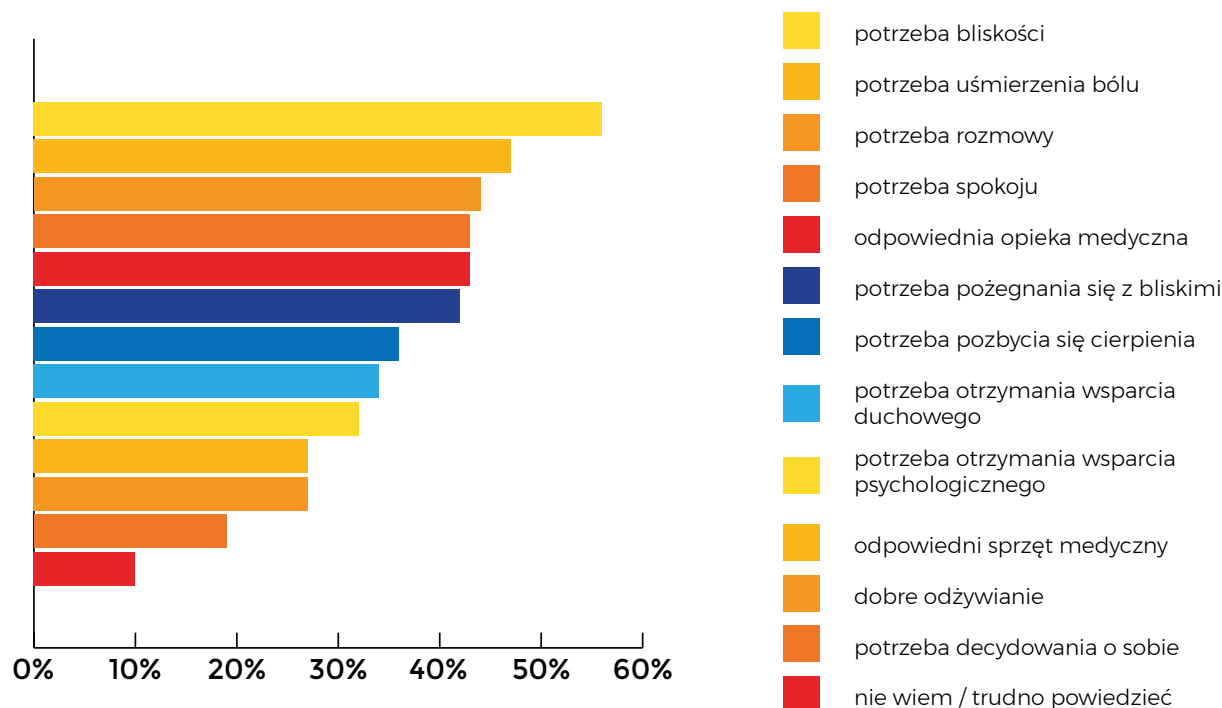
PROBLEM

Wstyd, zerwanie kontaktów z otoczeniem. Zamknięcie się w sobie i konflikt z rodziną. Poczucie wykluczenia, a nawet stygmatyzacji. Tak czują się często osoby w terminalnej fazie choroby onkologicznej. To samo mogą odczuwać ich bliscy. Zadajmy sobie pytanie, czy znamy prawdziwe potrzeby cierpiących? Nasze wyobrażenia są wręcz wspaniałe, lecz kompletnie dalekie od rzeczywistości.

23.

POTRZEBY UMIERAJĄCYCH WG. RESPONDENTÓW

Cały czas rozmawiamy o sytuacji, w której Twój bliski otrzymał diagnozę i pozostały mu tylko 3 miesiące życia. Jak myślisz, jakie najważniejsze potrzeby ma taka osoba? Wskaż wszystkie potrzeby.



FAKTY

TABU ŚMIERCI I CHOROWANIA

- Wstyd raka i innych chorób
- Medykalizacja śmierci
- Ryzyko leczenia uporczywego
- Izolowanie młodych od choroby i odchodzenia
- Izolacja chorych i samotność na ostatnim etapie życia
- Przeświadczenie, że „lepiej nie mówić”
- Brak wiedzy o tym, jak zachować się wobec chorych
- Przeświadczenie że zawsze trzeba walczyć
- Niska świadomość możliwości leczenia bólu

IZOLACJA I WYKLUCZENIE

- Zamknięcie chorych i ich bliskich w domu
- Utrata dotychczasowych więzi społecznych
- Uwikłanie w wewnętrzne relacje w domu, nierzadko toksyczne
- Brak przyjaznego miejsca dla chorych i ich bliskich - szpital i hospicjum źle się kojarzą
- Brak wsparcia psychologicznego

BLISCY

Wspólny, dobrze spędzony czas

CZY CHCEMY ZNAĆ PRAWDĘ?

24.

To trudne. Chcemy wiedzieć „ile nam zostało”. Od bliskich słyszymy: nie myśl o tym, wyjdiesz z tego, będzie dobrze. To słowa wypowiedane w dobrych intencjach, z nadzieją, której nie chcemy stracić. To naturalne pragnienie utrzymania życia. Ale to zaklinanie rzeczywistości, diagnoza się nie zmienia. Zatajanie prawdy jest dla wielu osób sposobem na pocieszenie odchodzącego. U chorego natomiast pojawia się niepokój. Takimi postawami pozbawiamy siebie możliwości spędzenia dobrego, wspólnego czasu. Czasu wypełnionego miłością, rozmową, czasu na pożegnanie.

Dezinformacja

Mowa i myślenie magiczne

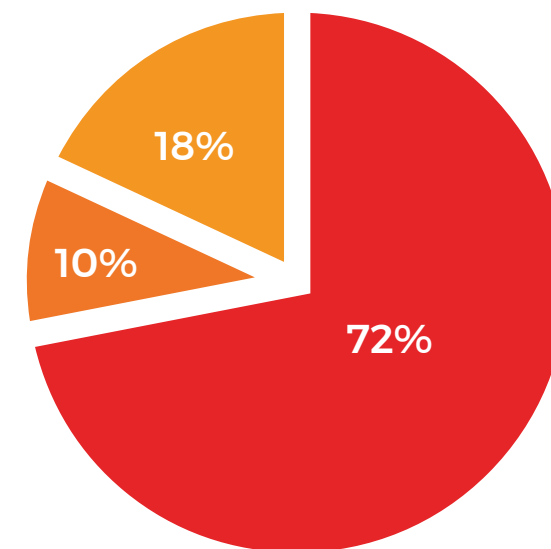
- Chwytaj dzień
- Doceniaj to, co masz
- Wszystko będzie dobrze
- Musisz dobrze jeść
- Ciesz się każdą chwilą
- Trzeba myśleć pozytywnie
- Do końca trzeba mieć nadzieję
- Trzeba mieć zawsze nadzieję
- Nie wolno się poddawać
- Nie można się stresować



”
Dajcie chorym wolność,
to są wolni ludzie

”
ks. Jan Kaczkowski

Wyobraź sobie teraz, że przeszedłeś(aś) badania w kierunku diagnozy. **Czy chciałbyś znać prawdę o swoim stanie zdrowia, spodziewając się, że możesz otrzymać informację o tym, że nie pozostało Ci wiele miesięcy życia?**

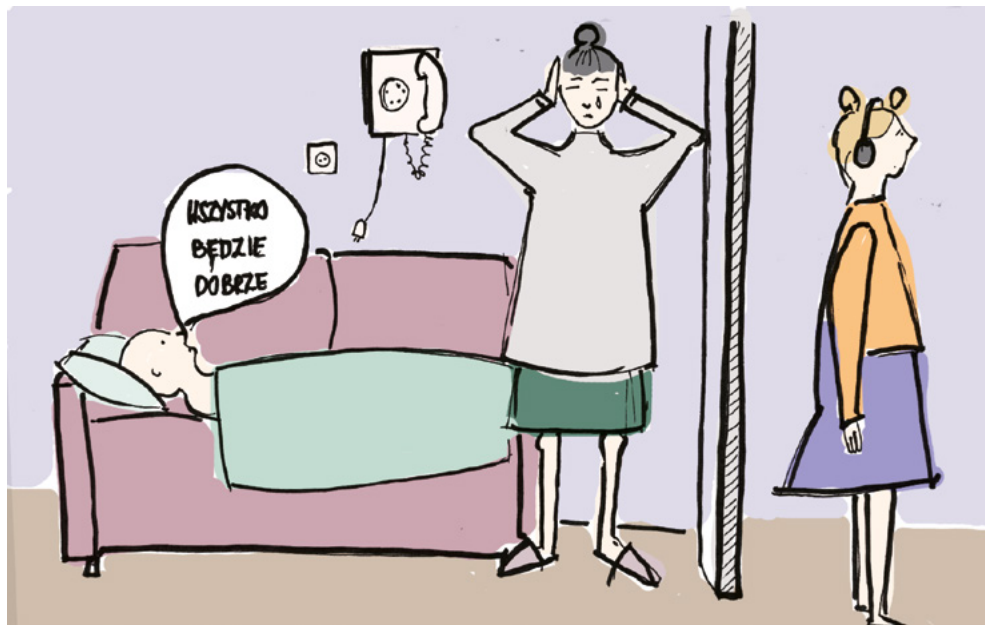


- tak
- nie
- nie wiem / trudno powiedzieć



DR DOROTA OLSZEWSKA ■ lekarz, specjalista medycyny paliatywnej

W opiece hospicyjnej spotykamy także pacjentów, którzy pomimo przewlekłego leczenia specjalistycznego w ośrodkach onkologicznych, nie chcą poznać informacji o zaawansowaniu choroby czy ewentualnych dalszych rokowaniach. Komunikacja z takim pacjentem jest trudniejsza, ale musimy szanować podjęte decyzje podopiecznych. Dzięki współpracy całego naszego zespołu udaje się niekiedy wspólnie wyjaśniać istniejące problemy. Niezwykle ważne jest, aby stworzyć partnerską relację z pacjentem, która będzie dawała wsparcie i poczucie bezpieczeństwa. Dbamy o to, aby pacjenci przez cały czas czuli, że są dla nas ważni. Zapewne łatwiej jest pracować z pacjentami, którzy znają swoją chorobę i mają świadomość jej zaawansowania. Te osoby korzystają z ostatnich chwil życia. Często słyszymy o planowanych wycieczkach np. w odległe rejony świata. To jest czas z komfortem świadomego życia.



JAK ROZMAWIAĆ?

26.



ANNA SALETRA ■ psycholog, psychoonkolog

Pacjenci trafiają do hospicjum, kiedy dostają informację, że leczenie się zakończyło, że nic się już nie da zrobić, że to już koniec. Podkreślam, że to leczenie tutaj trwa, że dziś ma formę leczenia objawowego, że jesteśmy w takim miejscu, gdzie są lekarze, pielęgniarki, opiekunki. To bardzo uspokaja - że nie przyszedłem tutaj tylko się położyć i dokonać żywota, ale że jest kolejny etap leczenia. Leczenie jest przeformatowane z takiego intensywnego, ostrego, na objawowe. Żeby Pana nie bolało, żeby nie było duszności, żeby było spokojnie. To bardzo często uspakaja. Pojawia się myśl: aha to jeszcze tu o mnie ktoś zadba, zawalczy, nawet jeśli nie o moje wyzdrowienie, to o mój komfort. To są podstawowe rzeczy, które warto mówić.

Mamy tendencję do tego, żeby nadzieję na „będzie lepiej” przenosić do końca. My oczywiście nigdy nie odbieramy nadziei, bo ona zawsze z nami jest. Dajemy nadzieję na różne rzeczy do ostatniego momentu. Często „będzie lepiej” oznacza, że będzie spokojnie.

Dużo czasu poświęcam rodzinie. Moment nawiązania relacji z rodziną chorego jest dla mnie kluczowy. Zbudowanie pierwszego momentu zaufania, zabranie niepokoju, uspokojenie. Czasem pada takie stwierdzenie „pacjent jest najważniejszy”. Tak, ale rodzina też jest najważniejsza. Ja dbam o bliskich, myślę o nich, chcę żeby poczuli się bezpiecznie. Wtedy dużo prościej jest pewne rzeczy powiedzieć. **To bardzo ważne dla bliskich, aby później mogli mieć relację z chorym w większej bliskości.**

Często jest tak, że pacjent ma już jakieś pogodzenie, jest na drodze godzenia się z tym, że życie dobiega kresu. Jednak rodzina nie pozwala na to, walcząc za wszelką cenę. Trochę niestety dla własnego sumienia, żeby w przyszłości nie zarzucić sobie, że ja czegoś nie zrobiłem, nie dopełniłem. **Naszą rolą jest odbarczenie od takiej myśli, przekierowanie myślenia na: „zrobiłem wszystko, co było możliwe”.** Rodziny, często obciążone swoimi powinnościami, obawą co powiedzą inni ludzie, albo własną historią, mają przekonanie, że muszą walczyć do końca.

”

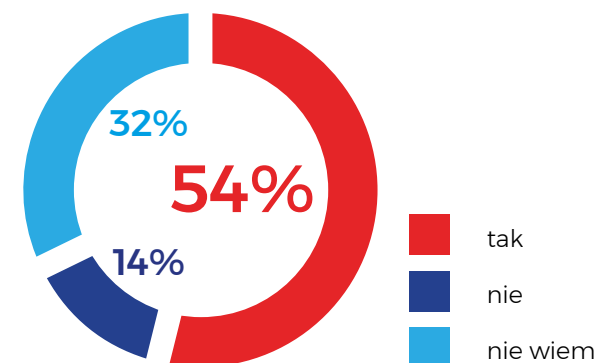
Im bardziej będziemy autentyczni, mówmy, że się boimy, nie mówmy, że będzie dobrze.”

”

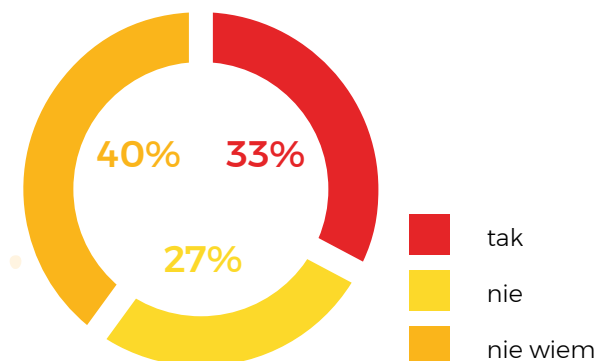
ks. Jan Kaczkowski

Cały czas rozmawiamy o sytuacji, w której Twój bliski otrzymał diagnozę i pozostały mu tylko 3 miesiące życia. Czy powiedziałbyś takiej osobie:

„Będzie dobrze, do końca trzeba mieć nadzieję”?



„To ostatnie chwile Twojego życia, chcę aby były szczęśliwe”?



TRUDNOŚCI W OPIECE

Osoby opiekujące się chorymi, najczęściej znajdują się w nowej sytuacji. Sytuacji, w której opiece poświęcają i podporządkowują całe swoje życie. Często traktują brak leczenia, jako stan tymczasowy, nie zdając sobie sprawy z tego, że bliska osoba nie będzie już leczona. Starają się pielęgnować chorego tak, aby nabrał sił, wymuszając na nim spożywanie posiłków, nawet kiedy jest to dla chorego bolesne.

Istotną rolę odgrywają problemy komunikacyjne: nierozumienie potrzeb chorego, ignorowanie preferencji i nawyków chorego, lub z drugiej strony, bezkrytyczna uległość wobec jego wszystkich życzeń.

Można powiedzieć że definicję chorego wyznacza jego/jej relacja z osobą opiekującą się. Są to codzienne czynności karmienia i pielęgnacji, a także skomplikowane relacje emocjonalnej zależności, które łączą chorego z bliskim. Charakter tej relacji bywa podobny do relacji matki i dziecka; należy jednak pamiętać że jest to relacja dwóch dorosłych osób. Fakt, że chory jest często osobą starszą niż osoba opiekująca się nim i znajdował się często (lub przez większość życia obojga) wyżej na hierarchicznej drabinie rodzinnej władzy, dodatkowo utrudnia kształtowanie tej relacji.

NAJCZĘSTSZE TRUDNOŚCI W OPIECE

- Uporczywa opieka
- Brak wiedzy o tym, co jest potrzebne osobie chorej
- Brak wiedzy o właściwym odżywianiu i alternatywnych formach żywienia osób terminalnie chorych
- Brak wiedzy o dostępnym sprzęcie medycznym i jego zaletach
- Brak wiarygodnego źródła wiedzy o opiece w domu
- Brak świadomości, jak ważny jest komfort chorego i jak go budować
- Spełnianie wszystkich (nawet szkodliwych) próśb chorego
- Brak strategii opieki



27.

*Na początku to była po prostu masakra
- nie wiadomo co z tym łóżkiem, a
ojciec ma przecież przerzuty do kości.
Leżał na kanapie to ciągle niewygodnie,
poprawianie tych poduszek.
Ciągle się dusił więc my w strachu już o to
oddychanie. Nie wiadomo, czy lepiej, żeby
siedział czy leżał, jak ma leżeć.
Czy wolno mu wstawać do toalety.
Kiedy powinien zacząć wstawać? Czy
może powinien chodzić chociaż po domu,
a może właśnie nie wolno.*

BLISCY

Wspólny, dobrze spędzony czas

CZAS DOBREJ JAKOŚCI

28.



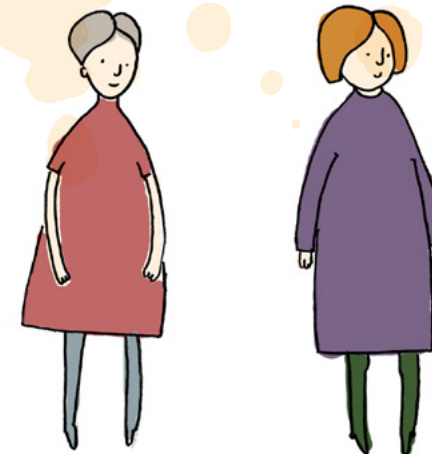
WIOLETTA BRONIARZ ■ opiekun medyczny

Praca opiekunki to czynności pielęgnacyjne, poprawianie komfortu, pomoc w ogarnięciu najbliższego środowiska pacjenta, karmienie, toaleta, czesanie, czasem malowanie paznokci. Dbanie o ciało - każdy zakamarek ciała jest oglądany z czułością, szacunkiem, zachowaniem intymności.

Z pacjentami, z którymi tworzy się relacja, w ogóle nie widzę choroby, ona nigdy nie przystania mi człowieka. Dlatego nie mam oporów przed zbliżaniem się. Przy przebieraniu, ściąganiu koszuli trzeba niemal przytulić się do pacjenta. Ile razy buziaka się dostanie. To ciężka praca, która uczy pokory. Mam duże doświadczenie, ale każdy pacjent to jest nowa historia - uczy się siebie nawzajem. Ludzie mają swoje przeżycia, swoje rany, złe doświadczenia (w tym ze służbą zdrowia). Dlatego mija jakiś czas zanim się otworzą na nas. Gdy tak się stanie, często trudno opanować wzruszenie. Trzeba rozumieć, że są bezbronni, oddają się w nasze ręce, dają wszystko to co mają, nie mają nic więcej. Zaakceptować to i się nie bać to jest ogromne zaufanie. Zawsze pytam o zgodę na pielęgnację. Trzeba być bardzo delikatnym, żeby nie urazić, podejść zawsze indywidualnie. Ta praca wymaga dużej kreatywności. Zmusza nas to do pracy nad sobą, nad uważnością. Na nocnych dyżurach, kiedy jest więcej czasu, pacjenci mówią nam o ważnych rzeczach, o których nie mówią rodzinie. Potem zdarza się, że my naprowadzamy rodzinę na pragnienia pacjentów, które sprawiłyby przyjemność. Ktoś tęskni za swoim zwierzątkiem i chciałby go zobaczyć. Wtedy sugerujemy rodzinie, żeby przyprowadziła psa.

Wiele myślę o sytuacjach, kiedy bliscy obawiają się choroby, kiedy chory się wstydzi. Wiemy, że jeśli jest dobra relacja w rodzinie, jest miłość, są więzi, to nie ma takich sytuacji. Rodziny boją się opieki. Ten lęk wynika z całego życia. Przykład: Tata był wojskowym, był w domu wojskowy dryl, niedopuszczalne było np. chodzenie bez szlafroka, naturalność. Tak akurat poukładało się w ich modelu życia. Teraz przewijanie Taty jest trudne. Tata czuje dyskomfort i bliscy. To nie jest tylko przejście granicy fizyczności, ale głębsza sprawa. Ten lęk wynika z całego życia. Chory broni się przed bliskimi, a oni mają niemoc, opór. Dobrze, że szukają pomocy w hospicjum. Nasz Zespół ma o wiele łatwiej, bo jesteśmy obcy. Chorzy pozwolą się nam sobą zaopiekować. Rodziny często są przeciążone, zmęczone, z trudnymi emocjami lub nie mają prawidłowej wiedzy o opiece. Jak są zmęczeni to się odsuwają. Jeśli tylko pozbędą się wyrzutów, że „oddali bliskiego”, mogą poczuć ulgę i poczuć się szczęśliwi, że bliski jest zaopiekowany.

Osoby opiekujące się terminalnie chorymi to przede wszystkim osoby płci żeńskiej. Zgodnie z tradycyjną rolą kobiety w naszej kulturze (zakonnice, pielęgniarki, salowe, przedszkolanki - przykłady można długo mnożyć) to od kobiet oczekuje się, że zaopiekują się bliskim wymagającym opieki, szczególnie opieki stałej. Tego oczekują również (same od siebie i nawzajem) również kobiety.



**KAROLINA GORZKIEWICZ ■ dietetyk,
specjalista ds. żywienia**



Jedzenie jest pewną formą opieki nad drugim człowiekiem. Człowiek, który jest najedzony jest zapiekiwany, ma komfort, inaczej śpi, inaczej reaguje na leki.

Są jednak sytuacje, kiedy pacjent nie ma ochoty jeść, cierpi. Często rodzina chce karmić na siłę. A to już zjawisko uporczywej opieki. Moją rolą jest, aby z rodzinami rozmawiać – chory nic nie musi.

Rodziny reagują bardzo różnie. Jeśli już mnie trochę znają, to słuchają - nie chcą szkodzić. Czasami jednak dalej upierają się, że chory musi zjeść, bo musi być silniejszy. Wtedy wiemy, że w głowie bliskiego jest zupełnie inny obraz sytuacji. Jeśli chory nie chce jeść, powinniśmy odpuścić. Lekarz decyduje o tym czy i kiedy włączyć żywienie dojelitowe czy pozajelitowe.

Często jednak można uszczęśliwić chorego jedzeniem. Pod koniec życia wracamy do smaków, zapachów. Słyszymy na przykład: ta kapusta smakuje tak, jak robiła moja babcia. Założenia dietetyczne to jedno. A drugie to spełnianie pragnień związanych z jedzeniem, które jest bardzo istotne. Dla chorego też jest bardzo ważne, aby mógł próbować smaki, czasem nawet tylko powąchać. Wiemy, że pacjent nie będzie w stanie zjeść kotleta schabowego, ale ważne, żeby mógł wziąć kawałek do ust, powąchać, czy nawet popatrzeć. Często chorzy szukają ulubionych czy wyraźnych smaków. Dlatego w Hospicjum pieczemy ciasto z truskawkami, bo ono pachnie. Nasi pacjenci lubią lody, czasem mają ochotę na coś gazowanego. Pan Staś bardzo chciał zjeść kaczkę. Przyrządziliśmy ją i był taki szczęśliwy. Czasem zrobienie grilla jest nie tylko atrakcją, ale możliwością zjedzenia kawałka kiełbasy, co daje chorym chwile szczęścia.

”

*W życiu nie chodzi o to, żeby
było jakoś, ale o jakość.*

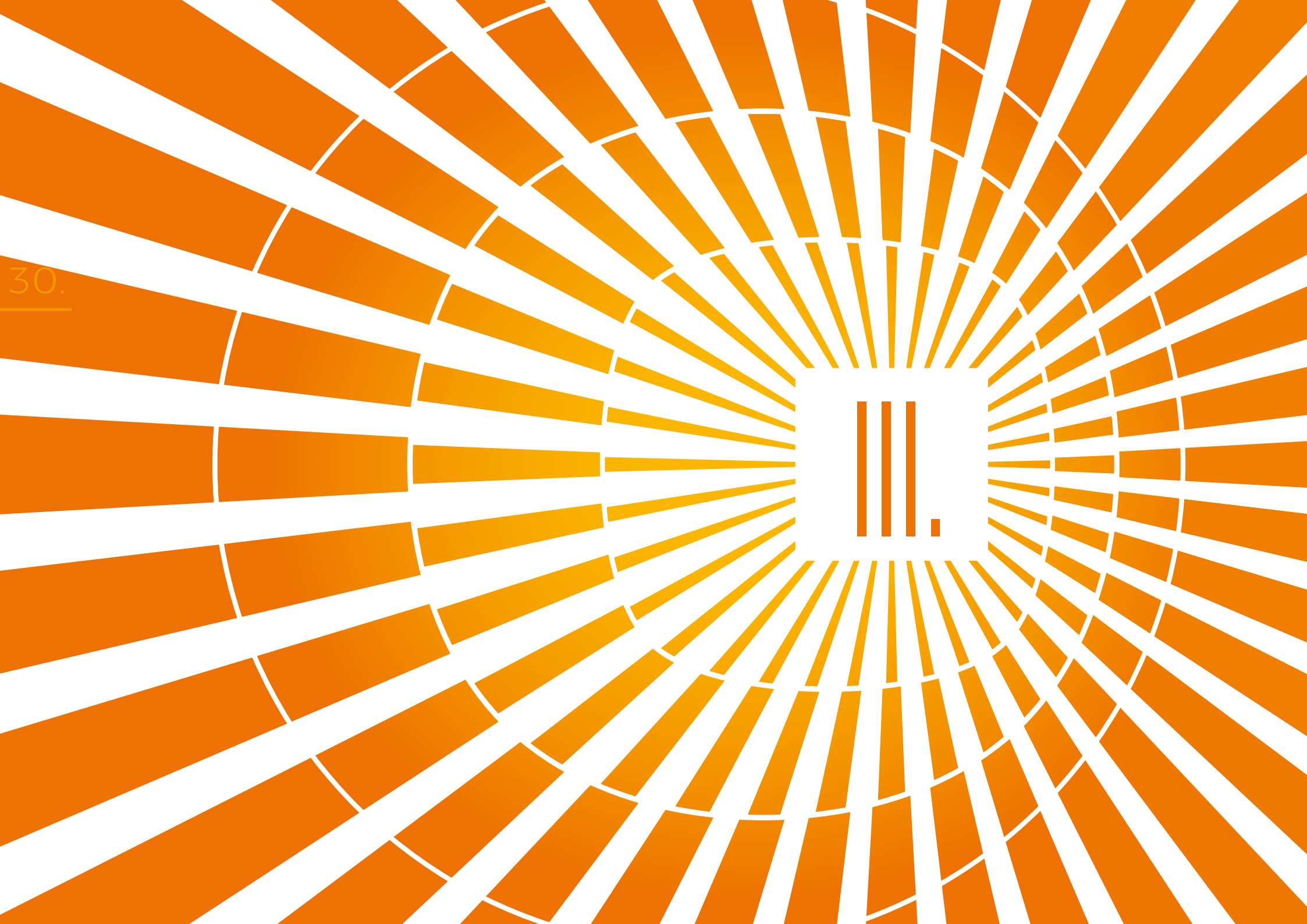
”

ks. Jan Kaczkowski



BLISCY
Wspólny, dobrze spędzony czas

30.



POMOC SPECJALISTYCZNA

Świadomość odpowiedniej opieki

ZAKOŃCZENIE LECZENIA PRZYCZYNOWEGO

32.



ZAKOŃCZENIE LECZENIA PRZYCZYNOWEGO - PROBLEMY

- Brak informacji o tym, jak zaawansowana jest choroba
- Brak wyraźnego komunikatu o niepowodzeniu terapii
- Niewystarczająca informacja o tym, jak odtąd postępować
- Brak informacji o dostępnych usługach (formach opieki)
- Konieczność kupienia sprzętu medycznego
- Brak wsparcia psychologicznego



OPIEKA W DOMU - Problemy

- Brak wiedzy o tym, jak zaawansowana jest choroba, stąd brak dbałości o komfort
- Wysokie koszty opieki (finansowe i ludzkie – obciążające najbliższych)
- Niewystarczająca opieka ze strony lekarza rodzinnego i pielęgniarki środowiskowej
- Stres oczekiwania na miejsce w ośrodku opiekuńczym lub hospicjum
- Niewystarczający dostęp do leków przeciwbólowych i innych form opieki paliatywnej
- Karetka nie przyjeżdża na wezwanie lub nie udziela pomocy
- Brak wsparcia psychologicznego



dr DOROTA OLSZEWSKA ■ specjalista medycyny paliatywnej

Formułkę „zakończyliśmy leczenie przyczynowe - Pan już nie musi do nas przychodzić” pacjent może usłyszeć w dwóch sytuacjach. Pierwsza to taka, kiedy pacjent jest wyleczony i w okresie kilku lat obserwacji nie zdiagnozowano postępu choroby. W drugim przypadku to moment, kiedy obserwujemy dalszy postęp choroby onkologicznej i w procesie leczenia onkologicznego dochodzimy do granicy wyczerpania wszystkich możliwości terapii. Pacjent wówczas powinien zostać skierowany pod opiekę wykwalifikowanego zespołu medycyny paliatywnej.

Chorzy, o których mowa w niniejszym dokumencie, to ludzie, których leczenie przyczynowe zakończyło się. W większości są na ostatnim etapie życia. Ich funkcje życiowe są często zaburzone długotrwałą chorobą oraz (często jeszcze mocniej) wyniszczającymi praktykami leczniczymi. Powoli tracą zdolność do zapewnienia sobie samodzielnie środków i działań niezbędnych do codziennego funkcjonowania. Są to najczęściej osoby leżące lub znaczną część dnia spędzające w łóżku i wymagające pomocy drugiej osoby. Od pomocy drugiej osoby w znacznym stopniu są zależne. Bliscy chorego, a przede wszystkim osoba wyznaczona na głównego opiekuna chorego, zmagają się z wieloma problemami, dezinformacją i osamotnieniem. Rodziny często nie otrzymują wsparcia od innych osób czy instytucji.

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA

DEFINICJE

33.

Jest to wszechstronna i całościowa opieka nad chorymi. Polega na objawowym leczeniu chorób nieuleczalnych – w tych przypadkach nie można leczyć przyczyn, a choroba postępuje i znacznie ogranicza pacjentów.

Opieka paliatywna i hospicyjna ma – w miarę możliwości:

- **poprawić jakość życia** chorych,
- **zapobiegać bólowi** (lub go uśmierzać),
- **zapobiegać innym objawom** somatycznym choroby (lub je uśmierzać),
- **łagodzić cierpienia** psychiczne.

Kiedy przysługuje ci opieka paliatywna i hospicyjna

- **jeśli masz chorobę**, której nie da się wyleczyć (np. nowotwór, lub wrodzoną wadę rozwojową),
- **jeśli dostałeś skierowanie** od lekarza.

Warunki udzielania świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej

- **stacjonarne** – w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej,
- **domowe** – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia,
- **ambulatoryjne** – w poradni medycyny paliatywnej;
- **perinatalna opieka paliatywna** w ośrodku diagnostyki prenatalnej, w ośrodku kardiologii prenatalnej, w zakładzie genetyki, w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym



OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA W POLSCE

34.

Medycyna paliatywna polega na podwyższaniu jakości życia człowieka w obliczu nadchodzącej śmierci. Mamy dziś wiele możliwości, aby łagodzić cierpienie. Odpowiednio dobrana terapia, pozwala choremu dobrze funkcjonować nawet w zaawansowanym stadium choroby. Specjaliści od opieki paliatywnej potrafią złagodzić praktycznie wszystkie nieprzyjemne doznania związane z umieraniem.

Opieka paliatywna nad chorą osobą to przede wszystkim obecność, zainteresowanie i danie człowiekowi w tym ważnym i trudnym momencie poczucia, że nie jest pozostawiony sam sobie.

W 1993 roku Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej powołało Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, a w 1998 roku włączono opiekę paliatywno-hospicyjną do systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Pierwsze hospicja działały wyłącznie na zasadzie wolontariatu. Wolontariuszami byli również lekarze i pielęgniarki. W 2000 roku rozpoczęto kształcenie specjalistyczne z opieki paliatywnej dla lekarzy i pielęgniarek.

W 2018 roku liczba podmiotów leczniczych opieki paliatywnej i hospicyjnej to 488 instytucji, w tym: 90 publicznych, 266 prywatnych i 132 prowadzone przez NGO (stowarzyszenia i fundacje)*.

Usługi hospicyjno-paliatywne świadczone są w trzech rodzajach ośrodków/zespołów: hospicja stacjonarne i oddziały medycyny paliatywnej (176 w 2018r.) , hospicja domowe (379 w 2018r.), poradnie medycyny paliatywnej (146 w 2018r.)*. Rocznie opieką paliatywną obejmowanych jest ok. 100 tys. osób, z tego wśród osób dorosłych ok. 90% stanowią pacjenci z rozpoznaniem nowotworu*.

W Polsce świadczenia z zakresu opieki paliatywnej są świadczeniami gwarantowanymi w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

źródło: *Forum Hospicjów Polskich, ** ** Medycyna Paliatywna 2018; 10(1): 24-29

”

*Skuteczność
medycyny paliatywnej
proponuje pacjentom
przeżycie choroby
bez niepotrzebnego
dyskomfortu, umożliwiając
pozostanie w swojej roli:
matki, syna, ojca, córki
i tak dalej.”*

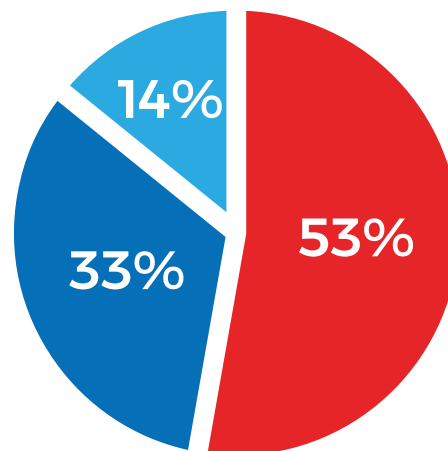
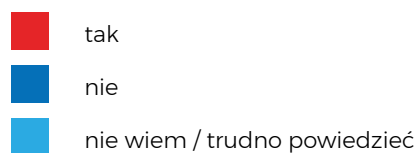
”

ks. Jan Kaczkowski

MAŁA WIEDZA O MEDYCYNIE PALIATYWNEJ

Na podstawie doświadczeń oraz badań, wiemy, że w społeczeństwie nie ma wystarczającej wiedzy dotyczącej opieki paliatywnej. Tak jak powszechnie wiemy, do jakich specjalistów zwrócić się z konkretnymi chorobami, czy też naturalna jest opieka ginekologiczna i położnicza przy przychodzeniu człowieka na świat, tak kompletnie nie wiemy, jacy specjaliści pomogą nam w ostatniej naszej drodze.

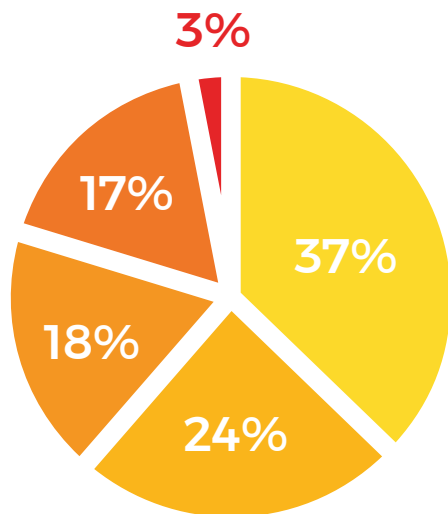
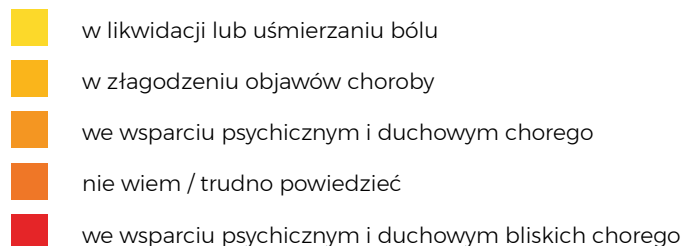
Czy słyszałeś(aś) kiedykolwiek o medycynie paliatywnej? Zaznacz jedną odpowiedź



Medycyna paliatywna, zwana również medycyną końca życia, to dział medycyny zajmujący się opieką nad pacjentami znajdującymi się w terminalnym stadium nieuleczalnej choroby.

Co w medycynie paliatywnej (końca życia) jest Twoim zdaniem najważniejsze?

W czym ma się ona w największym stopniu pomagać? Zaznacz jedną odpowiedź.



Jacy specjaliści zajmują się medycyną paliatywną? Wpisz w polu poniżej wszystkich specjalistów, którzy przychodzą Ci do głowy



35.



POMOC SPECJALITYCZNA
Świadomość odpowiedniej opieki

OPIEKA PALIATYWNA TO PRACA INTERDYSCYPLINARNEGO ZESPOŁU PRZY UDZIALE BLISKICH CHOREGO.

dr DOROTA OLSZEWSKA

Zastanawiamy się często co zrobić, aby pacjenci częściej mogli korzystać z konsultacji w Poradni Medycyny Paliatywnej. Pracę należy rozpocząć od informacji do lekarzy rodzinnych czy lekarzy z poradni specjalistycznych o możliwości współpracy z Poradnią Medycyny Paliatywnej. Zastanówmy się czy nie warto równolegle z leczeniem onkologicznym objąć także opieką pacjenta w warunkach właśnie poradni medycyny paliatywnej?

Interdyscyplinarny zespół Poradni - lekarz, pielęgniarka, psycholog, dietetyk, rehabilitant - zapewni wsparcie dla pacjenta podczas przewlekłego leczenia onkologicznego takich jak np. walka z bólem czy uporczywe wymioty związane z prowadzoną chemioterapią. To kompleksowe spojrzenie i wsparcie dla pacjenta w chorobie.

LEKARZ
SPECJALISTA
MEDYCYNY
PALIATYWNEJ

PIELĘGNIARKA
SPECJALISTA
OPIEKI
PALIATYWNEJ

OPIEKUN
MEDYCZNY

PSYCHOLOG
PSYCHOONKOLOG

CHORY

REHABILITANTKA

DIETETYK

DUCHOWNY

WOLONTARIUSZE

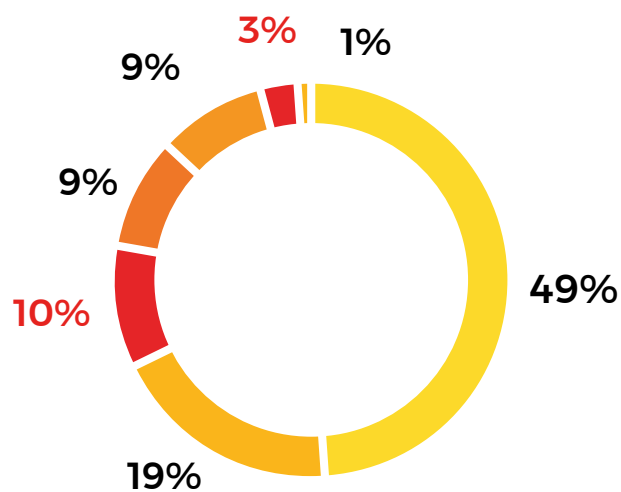
BLISCY

HOSPICJA SĄ NADAL RZADKO POSTRZEGANE JAKO NAJBARDZIEJ ODPOWIEDNIE MIEJSCA DLA CHORYCH OSÓB W OSTATNIM ETAPIE ŻYCIA

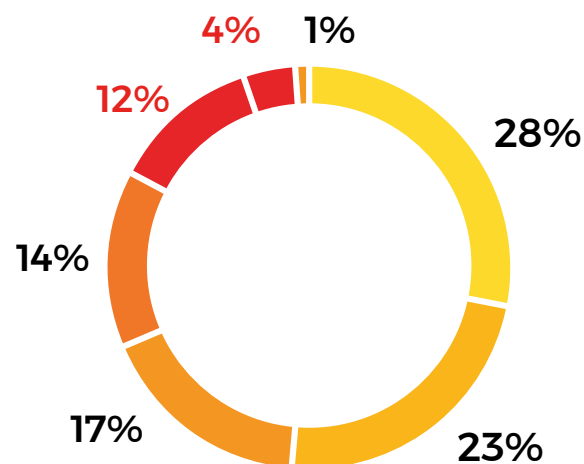
Pomimo wielkiej pracy tysięcy osób związanych z ruchem hospicyjnym w Polsce oraz działaniom prowadzonym przez organizacje wspierające, nadal hospicja nie kojarzą się jako miejsca odpowiednie dla ludzi z postępującą i niepoddającą się leczeniu chorobą.

Cały czas rozmawiamy o sytuacji, w której Twój bliski otrzymał diagnozę i pozostały mu tylko 3 miesiące życia. Gdzie Twoim zdaniem powinna przebywać ta chora osoba?

A gdzie Twoim zdaniem taka chora osoba otrzyma najlepszą opiekę? Wskaż jedno takie miejsce.



- w domu
- nie wiem / trudno powiedzieć
- pod opieką hospicjum domowego
- w szpitalu
- w specjalistycznym ośrodku medycznym
- w hospicjum stacjonarnym
- w innym miejscu (jakim?)



- w specjalistycznym ośrodku medycznym
- w domu
- nie wiem / trudno powiedzieć
- w szpitalu
- pod opieką hospicjum domowego
- w hospicjum stacjonarnym
- w innym miejscu (jakim?)

Proszę nie używać słowa "Hospicjum", proszę mówić "przychodnia". A proszę też nie mówić słowa Puck, mama może się domyślić. Nie mówimy mamie o tym, że ma nowotwór, mówimy, że miała guzek. Mama ma już 90 lat i swoje życie przeżyła.



POMOC SPECJALITYCZNA
Świadomość odpowiedniej opieki

ZŁE SKOJARZENIA

Hospicjum

Umieralnia

Umieranie

Szybkie umieranie

Takie miejsce

Bezsilność



Inny szpital

Następny szpital

Oddali matkę do hospicjum

O tym się nie myśli

Nie oddam matki do hospicjum

O tym się nie mówi

Tej nazwy się nie wypowiada

Stamtąd się nie wychodzi



ANNA SALETRA ■ psycholog,
psychoonkolog

Nasza rola w pracy z rodziną zaczyna się od oswojenia z miejscem, jakim jest hospicjum. Pokazujemy, że to miejsce jest dobre, bezpieczne, kojące, że to nie jest coś przeciwko choremu. Niestety nadal często pojawiają się słowa czy myśli: „oddaliśmy matkę, ojca, męża, żonę do hospicjum”, z którymi nie czujemy się dobrze. My od razu staramy się przeformułować je na: „wybrałem najlepsze miejsce, jakie jest możliwe, bo nie mam kompetencji, siły, nie potrafię dobrze zająć się chorym bliskim”. Chcemy uwolnić rodzinę od poczucia winy. Oddaje się starą kapotę. To jest moment na opowiedzenie o hospicjum. Co my tu robimy, jak robimy. Jak zapewniamy bezpieczeństwo.

NASZA OPIEKA HOSPICYJNA

W hospicjum, w codziennej pracy kładziemy głównie nacisk na zapewnienie jak najwyższej jakości życia pacjentom. Pomagamy im, ich bliskim oraz wszystkim zaangażowanym w opiekę oraz codzienne towarzyszenie człowiekowi w chorobie.

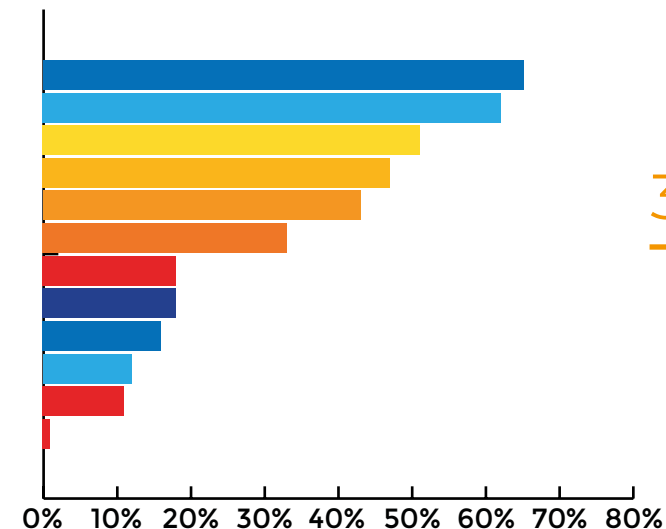
Naszym zadaniem jest zapewnienie choremu i bliskim poczucia bezpieczeństwa oraz uświadomienie im, że życie trwa nadal. Jest nadzieja na komfort życia w chorobie, na każdy dzień, godzinę, minutę aż do końca.

Hospicjum to miejsce, gdzie:

- grupa profesjonalistów zaopiekuje się chorym i jego bliskimi oraz postara się zaspokoić wszystkie potrzeby w tym czasie.
- dzięki pomocy medycznej i opiekuńczej człowiek nie musi cierpieć fizycznie, egzystencjonalnie i duchowo
- umierający ma zapewnioną opiekę i uważność na swoje potrzeby, serdeczność, wolność decydowania o sobie, godność.
- zje coś dobrego, może pobyc z ukochanym zwierzakiem, zapalić papierosa, spotkać się z bliskimi.
- opieka w hospicjum jest całkowicie bezpłatna (wystarczy mieć ubezpieczenie).



Zastanów się teraz nad działalnością hospicjów. Jak myślisz jakie działania mieszczą się w zakresie hospicjum? Wskaż wszystkie pasujące odpowiedzi.



- zapewnienie opieki medycznej
- uśmierzanie bólu
- troska o potrzeby chorego
- wsparcie psychologiczne dla chorego
- zapewnienie właściwego odżywiania
- wsparcie psychologiczne dla bliskich chorego
- spełnianie ostatnich marzeń chorego
- ratowanie życia za wszelką cenę
- reanimacja
- nie wiem / trudno powiedzieć
- spełnianie wszelkich próśb i zachcianek chorego
- zapewnienie godnego odejścia

POMOC SPECJALITYCZNA
Świadomość odpowiedniej opieki

PIRAMIDA DOBREGO UMIERANIA

40.

Hierarchia
potrzeb chorego
w terminalnym
etapie
choroby

O szczęściu i komforcie umierającego człowieka możemy mówić tylko wtedy, gdy odchodzeniu nie towarzyszy cierpienie fizyczne i psychiczne chorego oraz jego bliskich. Minimalizacja problemów, zaspokojenie potrzeb umierającego oraz uważność otoczenia na prawdziwe potrzeby chorego, daje szansę bliskim i choreму na **dobrze, świadome umieranie**.



CHORY W CENTRUM UWAGI



ALEKSANDRA LADEMANN ■ pielęgniarka, specjalista opieki paliatywnej

Czym różni się praca pielęgniarki paliatywnej od tej jaką powszechnie znamy? Głównie tym, że mamy warunki, aby mieć czas dla każdego pacjenta. Tu jest spokój, nie ma chaosu. Rozmawiamy, mamy czas, żeby usiąść z pacjentem, przytulić go, wysłuchać. Wszystko w zależności od potrzeb chorego.

Czasem Rodziny po wejściu do hospicjum mają do nas wyczuwalny dystans, zamykają się w sobie. Nauczyłam się przez tyle lat, że nigdy nie oceniam. Z czegoś wynika ich zachowanie. Mają swoje historie, o których nie wiemy. Dopiero potem budujemy relacje. Pojawia się bliskość międzyludzka. Największą radość sprawia mi, kiedy rodziny przychodzą i nam dziękują. Pomimo smutku, żałoby, potrafią powiedzieć nam miłe słowa. To nas buduje, daje energię.

Kiedy przyjmujemy pacjenta, zapraszamy rodzinę do angażowania się w opiekę nad chorym, bo wtedy wszyscy czują się bezpieczniej. Lepiej jest, jeśli zachowują się jak w domu, nie są sparaliżowani strachem. Pacjenci też nas sobie wybierają z całego personelu, mają swoich ulubieńców. To jest normalne, przed jednym się bardziej otwieramy, a przed innym mniej. Trafiła do nas Pani, która cieszyła się z tych dni, kiedy u nas była. Ciągle się coś działo, ktoś ją odwiedzał, podawał jej herbatkę. Poczła się zaopiekowana, że to wszystko robi się dla niej, była w centrum uwagi, poczuła się po prostu ważna. Pacjenci często zapadają w naszą pamięć i serce. Potem się o nich myśli.

Czasem znajomi mówią: jak Ty tam możesz pracować? A ja tak lubię moją pracę. Nigdy bym jej nie zmieniła. Nie jest łatwa, psychicznie bardzo obciążająca, ale bardzo dużo mnie nauczyła. Inaczej patrzę na świat.





**PUCKIE
HOSPICJUM**
PW. ŚW.
OJCA PIO

42.

Tworzymy zespół współpracowników, wolontariuszy, przyjaciół, darczyńców, który działając w oparciu o wspólne wartości i zdefiniowane cele, wspiera chorych i ich bliskich na ostatniej drodze życia.

W 2018 roku pod opieką hospicjum stacjonarnego i domowego znajdowało się 529 pacjentów. W Poradni Medycyny Paliatywnej udzieliliśmy niemal tysiąca porad.

Nasi pacjenci nie tylko chorują i odchodzą, ale po prostu żyją, ciesząc się bieżącym dniem.



”

*Chroni nas w życiu poczucie,
że drugi człowiek nas kocha,
że mu na nas zależy.”*

”

ks. Jan Kaczkowski



PUCKIE HOSPICJUM

W RAMACH NASZEJ DZIAŁALNOŚCI FUNKCJONUJĄ GRUPY WSPARCIA SKIEROWANE DO RÓŻNYCH OSÓB

POMORSKA GRUPA WSPARCIA IM. RAFAŁA ZAWIDZKIEGO

Grupa wsparcia skierowana jest do osób po chorobie nowotworowej, w trakcie leczenia, ale również dla ich bliskich, rodzin i osób wspierających. Rozmawiamy o chorobie, o odwadze, o codziennych sprawach, o życiu. Wspieramy siebie nawzajem, dajemy sobie siłę i nadzieję, rozumiemy, bo wszyscy przeszliśmy podobną drogę. Razem potrafimy pozbyć się strachu, osiągnąć spokój i radość życia.

GRUPA WSPARCIA DLA OSÓB W ŻAŁOBIE

W grupie wsparcia spotykamy się z osobami po stracie bliskich. Celem grupy jest pomaganie w przeżywaniu żałoby w taki sposób, aby po niej można było wrócić do normalnego życia, już bez osoby, którą straciliśmy. W żałobie trzeba dać sobie prawo do przeżycia trudnych emocji, złości, żalu, smutku. Czasami nie mamy z kim podzielić się nimi, nie chcemy obciążać innych swoim smutkiem. Bez przeżycia żałoby nie można jej zakończyć. Grupa pomaga wszystkim osobom, które się zgłoszą, niezależnie od tego czy pożegnali bliską osobę w Puckim Hospicjum.

OPIEKA NAD DZIEĆMI OSIEROCONYMI

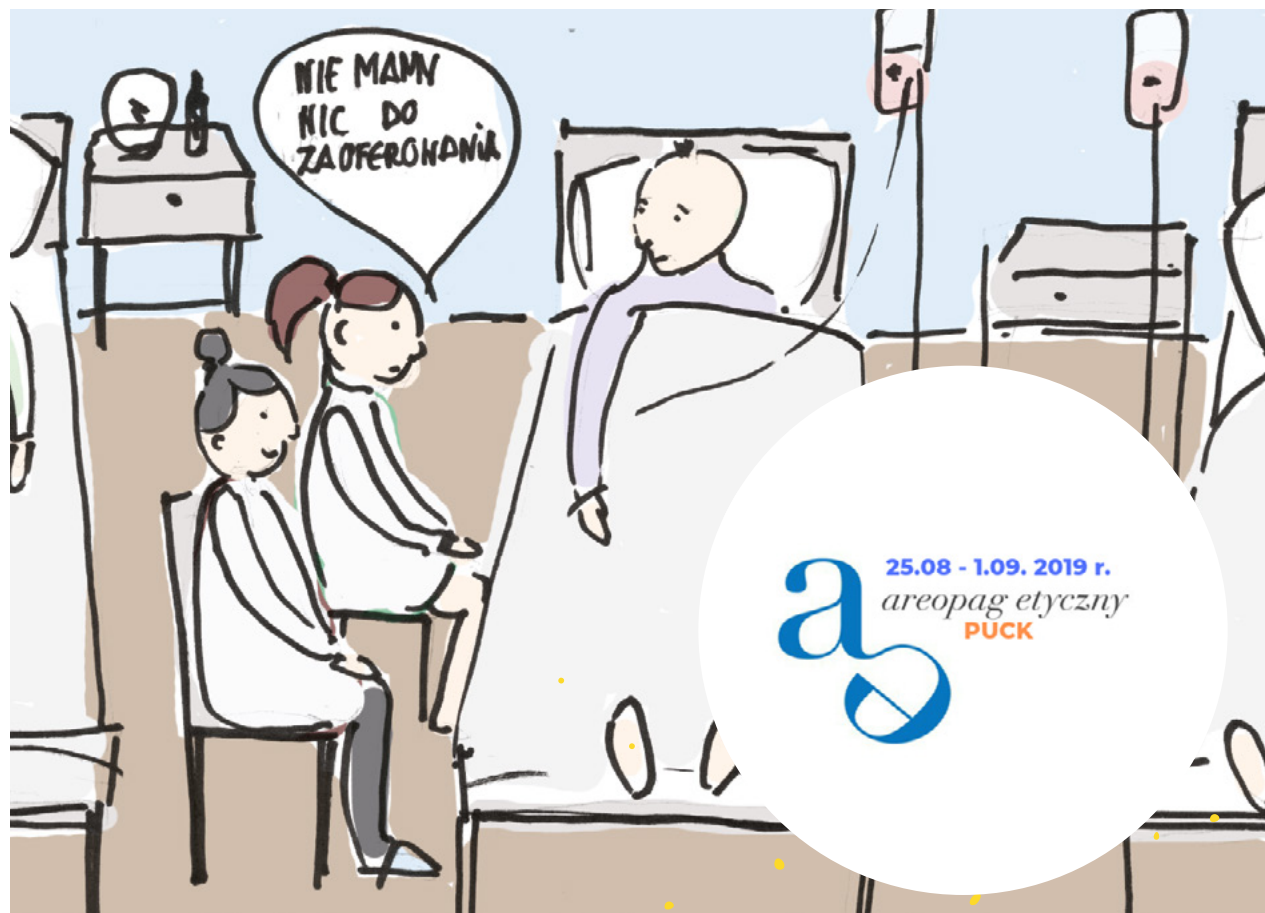
Grupa wsparcia skierowana jest do dzieci, które mają za sobą przeżycia związane z chorobą bliskiej osoby, licznymi wizytami w szpitalach, a potem przejściem przez okres śmierci i są na etapie żałoby. Chcemy, żeby dzieci poczuły się bezpiecznie w grupie innych dzieci, które mają za sobą podobne przeżycia. Staramy się wyciszać ich emocje i lęki. Pomagamy opiekunom zrobić wszystko, aby dziecko było nadal szczęśliwe, uczymy jak z dzieckiem być, szczerze rozmawiać i pomóc mu odnaleźć się w codziennych sytuacjach, ale w nowej rzeczywistości.

POMOC SPECJALITYCZNA
Świadomość odpowiedniej opieki

EDUKACJA STUDENTÓW MEDYCyny

Puckie Hospicjum od lat organizuje wyjątkowe wydarzenie edukacyjne skierowane do studentów medycyny wydziałów lekarskich, skupiając uwagę na najtrudniejszych rozmowach lekarz-pacjent w obliczu braku możliwości na wyleczenie czy obliczu śmierci. To szansa na edukację młodych, dopiero wchodzących w zawód lekarzy, od których w przyszłości będzie zależał sposób i efekty wspierającej, dobrej komunikacji ze swoimi pacjentami w tym najtrudniejszym momencie.

44.



72%

osób chciałoby usłyszeć prawdę o swoim stanie zdrowia, spodziewając się otrzymać informacje, że nie pozostało wiele miesięcy życia

81%

ludzi chciałoby usłyszeć diagnozę od lekarza

OSTATNIE CHWILE SZCZĘŚCIA W PUCKIM HOSPICJUM

W hospicjum **Pani Wiesia** cieszyła się z obecności swojej siostry. Ich szczególna więź wypełniała przestrzeń miłością. Kiedy kapitanem na rejsie, który obierasz, jest twoja siostra, można być spokojnym o kurs statku. Poprowadził Wiesię na bezpieczne lądy.



45.



Uważna na innych Wolontariuszka, podała **Monice** pędzel i farby. Spod pędzla Moniki zaczęły wydobywać się kolorowe obrazy. Uwierzyła, że warto. Nauczyła się malować ustami w hospicjum. Nigdy bowiem nie jest za późno na to, aby spróbować. Talent można odkryć w sobie bez względu na miejsce i czas.



„Chciałbym jeszcze raz poczuć radość zimowych zabaw”. **Pan Zdzisław** ulepił trzy bałwany przed oknami hospicjum. Dały radość nie tylko Jemu, ale i innym chorym.



Pan Kazimierz zapytał, czy mógłby raz jeszcze spotkać się ze swoimi przyjaciółmi. Bliscy przywieźli do hospicjum ukochane gołębice. Pogłaskane, ostatni raz poszybowały nad głowę Pana Kazimierza.

POMOC SPECJALITYCZNA
Świadomość odpowiedniej opieki

SŁOWO NA KONIEC



46.

MAŁGORZATA REGOSZ-KACZKOWSKA ■ lekarz, dyrektor rozwoju

Moja zawodowa droga zatoczyła koło: zaczynałam pracę jako ginekolog-położnik. Wiele dyżurów spędziłam na sali porodowej, pomagając człowiekowi przyjść na świat. Teraz, kiedy pracuję jako lekarz w hospicjum, otaczając opieką lekarską umierających, często porównuję okres umierania do porodu. Kiedy kobieta przestaje być ciężarną i staje się rodzicą, wszyscy wiedzą, że właściwą opiekę znajdzie na porodówce. Kiedy człowiek z chorego staje się umierający, analogicznie, najlepszą opiekę znajdzie w hospicjum. Interdyscyplinarność opieki hospicyjnej: wsparcie lekarskie, pielęgnacyjne, opiekuńcze, psychologiczne, rehabilitacyjne, duchowe, dietetyczne i finansowe (wiele hospicjów jest za darmo) zwalnia bliskich z trudu opieki nad umierającym człowiekiem i pozwala spędzić ostatnie chwile koncentrując się na relacjach. Słowa księdza Jana Kaczkowskiego: „Nie bójcie się bliskości. Nie czekajcie, bo jest coraz później. Kochajcie teraz” nabierają w hospicjum szczególnego znaczenia.

Często pytam moich pacjentów, czym zajmują lub zajmowali się zawodowo, jak im się poukładało w życiu, kto ich odwiedza. Pamiętam opowieść pacjenta, z zawodu brukarza, alkoholika, który dawno zaniedbał i porzucił swoją rodzinę. Wiele lat spędził na ulicy i w domach opieki społecznej, pogardzany, niechciany, brudny, samotny. U nas czysty, pachnący, zagadywany, masowany. Przejmujące były słowa tego bardzo prostego człowieka: „nie myślałem, że jeszcze w życiu spotka mnie takie szczęście, jak tu u was, w hospicjum. Czuję się jak człowiek. Normalnie zwróciliście mi godność...”

Wraz z całym Zespołem Puckiego Hospicjum jesteśmy gotowi do pomocy każdemu człowiekowi, akceptując nieuchronność śmierci. Z wielką uwagą dbamy o dobro i godność drugiego człowieka. Zawsze dajemy pacjentom, ich bliskim oraz sobie nawzajem czas i relacje najwyższej jakości. To były standardy ks. Jana Kaczkowskiego, a my każdego dnia o Nim pamiętamy. Wierzę, że nasze działania skłonią ludzi do refleksji i zachęcą do świadomego podejścia do umierania. Sukcesem będzie, jeśli dzięki nam choć jedna osoba poczuje ostatnie chwile szczęścia.

”

Pewien król w Starym Przymierzu śmiertelnie zachorował i prosił Boga o uzdrowienie. Bóg powiedział: “Dobrze. Dodaję do twojego życia pięć lat. Co z tym czasem zrobisz?”. To jest clou. Co z tym czasem zrobisz?

”

ks. Jan Kaczkowski

CELE KAMPANII

chwile

OSTATNIE
CHWILE
SZCZĘŚCIA

47.

- 1. ZMIANA MYŚLENIA, OTWARCIE LUDZI NA MYŚLENIE, ŻE MOŻEMY LEPIEJ ŻYĆ I LEPIEJ UMIERAĆ, DZIĘKI UWAŻNOŚCI NA POTRZEBY DRUGIEGO CZŁOWIEKA.**
- 2. UŚWIADOMIENIE LUDZIOM JAK WIELKĄ ROLĘ W DOBRYM ODCHODZENIU ODGRYWAMY MY BLISCY! OD NAS ZALEŻY JAKIEJ JAKOŚCI BĘDZIE TEN CZAS.**
- 3. WYWOŁANIE DYSKUSJI W PRZESTRZENI PUBLICZNEJ NA TEMAT DOBREGO UMIERANIA**
- 4. EDUKACJA NA TEMAT MEDYCYNY I OPIEKI PALIATYWNEJ. BRAK WIEDZY CZĘSTO SKUTKUJE CIERPIENIEM CHORYCH ORAZ ICH BLISKICH.**
- 5. EDUKACJA DOTYCZĄCA DZIAŁALNOŚCI HOSPICYJNEJ. ZMIANA BŁĘDNego POSTRZEGANIA HOSPICJÓW, NIWELOWANIE MYLNYCH PRZEKONAŃ.**
- 6. PROMOWANIE NAJWYŻSZEGO STANDARDU OPIEKI HOSPICYJNEJ W POLSCE.**

PUCKIE
HOSPICJUM
PW. ŚW.
OJCA PIO

NASI GOŚCIE

48.



**PUCKIE
HOSPICJUM
PW. ŚW.
OJCA PIO**



O. GRZEGORZ KRAMER

Jezuita, proboszcz w Opolu, w przeszłości duszpasterz młodzieży we Wrocławiu, odpowiedzialny za powołania do zakonu jezuitów, W 2017 roku pracował w Puckim Hospicjum.

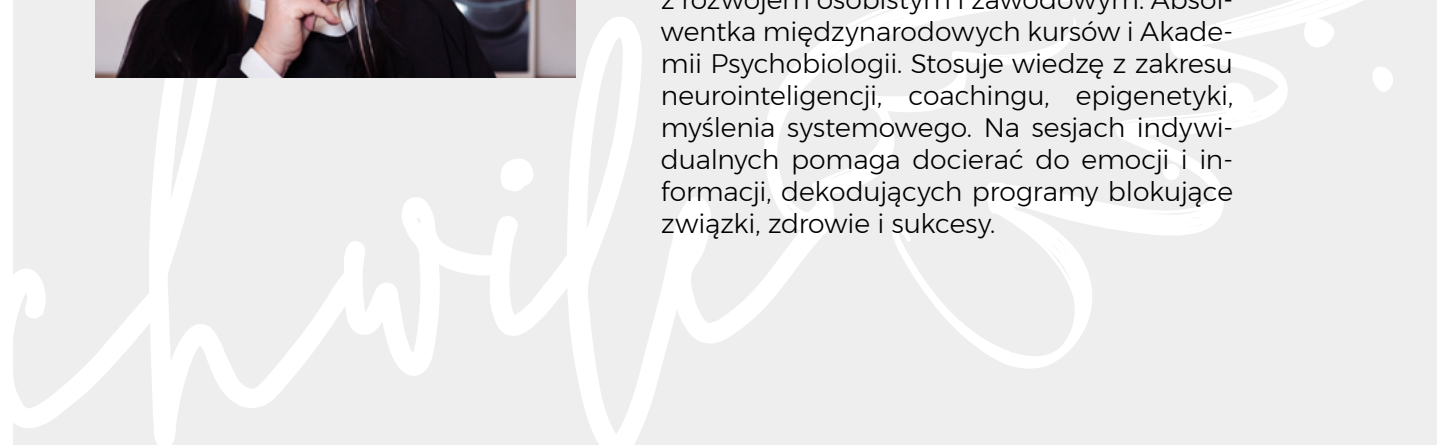
Autor trzech książek: „Męskie serce”, „Bóg jest dobry” oraz „Łobuzy - grzesznicy mile widziani w Kościele”.



MAŁGORZATA MARCZEWSKA

Ekspertka od potencjału emocjonalnego człowieka

Uczy świadomości i wolności emocjonalnej. Ma wieloletnie doświadczenie w pracy z rozwojem osobistym i zawodowym. Absolwentka międzynarodowych kursów i Akademii Psychobiologii. Stosuje wiedzę z zakresu neurointeligencji, coachingu, epigenetyki, myślenia systemowego. Na sesjach indywidualnych pomaga docierać do emocji i informacji, dekodujących programy blokujące związki, zdrowie i sukcesy.





ŚP. KS. JAN KACZKOWSKI (1977-2016)

49.

**Śp. Ksiądz Jan Kanty
Kaczkowski pozostaje
naszym Honorowym
Prezesem Zarządu.**

Stowarzyszenie Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio jest owocem pracy ks. Jana Kaczkowskiego, który poświęcił całe dorosłe życie osobiste i zawodowe w celu niesienia pomocy każdemu potrzebującemu człowiekowi. Zarząd wraz z całym Zespołem Hospicjum kontynuuje misję ks. Jana.

ZARZĄD

50.



mgr ANNA JOCHIM-LABUDA

Dyrektor Hospicjum, pielęgniarka

Z Puckim Hospicjum związana od jego początków w 2004 roku. Z wykształcenia i zamiłowania pielęgniarka z wieloletnim stażem, absolwentka kierunku Pielęgniarstwa Gdańskiej Akademii Medycznej, menedżerskich studiów podyplomowych w zakresie: Zarządzania Zakładami Opieki Zdrowotnej, Zarządzania Finansami, Prawa w Służbie Zdrowia. Zwolenniczka ciągłej edukacji, gwarantującej podążanie za potrzebami pacjenta i celami opieki nad osobą chorą. Od 2016 roku z sukcesami zarządza hospicjum, dbając o utrzymanie standardów wprowadzonych przez ks. Jana. Wolontariuszka programu Wolontariat Polska Pomoc w Afryce. Profesjonalizm, zaangażowanie oraz podmiotowe traktowanie drugiego człowieka to trzy cele, które realizuje każdego dnia.



lek. med. MAŁGORZATA REGOSZ-KACZKOWSKA

Dyrektor Rozwoju, lekarz

Absolwentka Akademii Medycznej w Gdańsku. Jako lekarz, wspiera pacjentów i ich bliskich w hospicjum stacjonarnym i domowym. Od kwietnia 2016 roku w roli Dyrektora Rozwoju Hospicjum, dba o realizację wizji i marzeń jego Założyciela. Współtwórczyni Fundacji im. ks. Jana Kaczkowskiego, której celem jest pielęgnowanie i szerzenie pozostawionych treści opartych o bliskość, szacunek i pomoc drugiemu człowiekowi. Prywatnie bratowa śp. ks. Jana Kaczkowskiego.



mgr ALICJA MAKOWSKA

Dyrektor Operacyjny, pielęgniarka

Z Hospicjum związana od momentu powstania. Specjalistka opieki paliatywnej, absolwentka Wydziału Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Ukończyła studia podyplomowe - Skuteczny Menadżer w Służbie Zdrowia oraz wiele specjalistycznych kursów. Pełnomocnik Systemu Zarządzania Jakością. Odpowiedzialna za profesjonalną opiekę medyczną pacjentów Puckiego Hospicjum. W pracy nastawiona na drugiego człowieka, pacjenta, jego rodzinę oraz współpracowników.

NASI EKSPERCI



WIOLETTA BRONIARZ

Opiekunka medyczna, terapeuta zajęciowy

W Puckim Hospicjum od 2009 roku. Codziennie pomaga osobom śmiertelnie chorym i opiekuje się nimi. Towarzyszy pacjentom i ich rodzinom w tym trudnym, a zarazem szczególnie ważnym momencie, którym jest odchodzenie. Praca w Hospicjum wymaga od niej wysiłku oraz samodyscypliny, wrażliwości i głębokiego zrozumienia, które współgrają z szacunkiem, satysfakcją i wieloma innymi pozytywnymi emocjami.



ANNA SALETRA

Psycholog, psychoonkolog, psychoterapeuta

Z Puckim Hospicjum związana od listopada 2015. Pracuje w oddziale stacjonarnym na rzecz pacjentów i ich bliskich oraz w hospicjum domowym. Towarzyszy ludziom, którzy zmagają się z chorobą, a co za tym idzie przeżywają trudne uczucia związane z lękiem przed cierpieniem i śmiercią.

Ma wieloletnie doświadczenie w pracy z grupą. W Hospicjum współprowadziła grupę wsparcia dla osób w żałobie oraz udziela indywidualnego wsparcia osobom po stracie. Wspiera również Wolontariuszy pracujących w Oddziale Hospicjum.



ALEKSANDRA LADEMANN

Pielęgniarka, magister pielęgniarstwa, specjalistka opieki paliatywnej

Z Hospicjum w Pucku związana od 2009 roku. Obecnie zajmuje stanowisko pielęgniarki koordynującej w oddziale stacjonarnym oraz sprawuje opiekę pielęgniarską u chorych w domu. Praca daje jej radość, zadowolenie, spełnienie, wiele uczy. Uwielbia kontakt z ludźmi, w pełni angażując się w to, co robi.



KAROLINA GORZKIEWICZ

Dietetyk, dyplomowany specjalista ds. żywności i żywienia, technolog żywności

Związana z Puckim Hospicjum od 2009 roku. W zawodzie dietetyka pracuje około 17 lat. Na co dzień pracuje jako dietetyk kliniczny między innymi w Puckim Hospicjum. Zawód, który wykonuje, to połączenie pasji, miłości do ludzi oraz dobrego i świadomego żywienia. Poza pracą na oddziale, wspomaga pracę poradni paliatywnej. Od niedawna jest również dietetykiem pacjentów w hospicjum domowym.



ks. JANUSZ PRZYGOCKI

Kapelan Puckiego Hospicjum

Ukończył Studia w Gdańskim Seminarium Duchownym, w tym roku obchodził 25 lecie

kapłaństwa. W Pucku pracuje od 2013 r. jako kapelan Hospicjum i wikariusz parafii św. Ap. Piotra i Pawła. trzy lata spędził wspólnie z ks. Janem Kaczkowskim, w czasie jego choroby.

Interesuje się fotografią. Na rowerze przejechał ponad 70 tysięcy kilometrów i odwiedził 25 państw.



dr DOROTA OLSZEWSKA

Kierownik Medyczny Hospicjum

Ukończyła Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Gdańsku, posiada specjalizacje: onkolog-radio-terapeuta, specjalista medycyny rodzinnej, specjalista medycyny paliatywnej. Pracę w opiece hospicyjnej rozpoczęła w 1989r. w Stowarzyszeniu Hospicjum im Św. Wawrzyńca w Gdyni. Jest laureatką wielu nagród: Nagroda im. Dr Aleksandry Gabrysiak otrzymana od Prezydenta Miasta Gdyni, za pracę lekarza w Hospicjum, Nagroda w I edycji Konkursu "Lekarz niosący ulgę w bólu" im. Macieja Hilgiera, w kategorii „Lekarz pracujący w poradni leczenia bólu”. Od 2011r. pracuje w Puckim Hospicjum na oddziale stacjonarnym, w opiece domowej oraz w Poradnia Medycyny Paliatywnej. Od 2014r. pełni funkcję Kierownika Medycznego.



AGNIESZKA WEJER

Pielęgniarka

W Puckim Hospicjum pracuje od początku, czyli od 2004 r. Początkowo była to bardziej posługa, wolontariat. Jej misja w Hospicjum rozpoczęła się poprzez osobiste doświadczenie choroby osoby bliskiej. Wtedy zetknęła się ze wspaniałą opieką Hospicjum im. E. Dudkiewicza w Gdańsku, gdzie wraz z chorującym Bratem była uczestniczką pierwszej w Polsce kampanii społecznej „Hospicjum to też życie”. Kocha swoją pracę i zawsze wie, że jest w dobrym miejscu i czasie, w Zespole, który został nieprzypadkowo dobrany.



MARIA (MAJKA) WIECZOREK

Marketing & Fundraising Manager, autorka raportu

Przez 20 lat związana z branżą komunikacji marketingowej. Pracowała w największych domach mediowych w Polsce, prowadząc komunikację dla wielu marek. Zawsze skupiona na wsparciu innych ludzi, przeniósła swoje doświadczenie do organizacji NGO. Od 2017 roku w Zespole Puckiego Hospicjum, gdzie wspiera Zarząd w rozwoju placówki oraz działaniach na rzecz promowania najwyższego standardu opieki hospicyjnej w Polsce.

52.



ALEKSANDA KUTZ

Artystka, Dziennikarka, Ambasadorka społeczna

Zaangażowana w wiele projektów społecznych, gdzie zapala serca ludzi do zmiany świata na lepszy. Współorganizuje oraz prowadzi wydarzenia charytatywne oraz pracuje na rzecz wielu społecznych instytucji. Doświadczenie zdobywała w licznych projektach telewizyjnych, radiowych i prasowych. Produkowała, reżyserowała i redagowała programy dla TVN Warszawa oraz TVN Style. Widzom telewizyjnym znana jako prowadząca: "W trasie", "Ola na wakacjach", "Ola w trasie", "Najgorszy Polski Kierowca", „Przyjazne Motocyklistom”.

Od 2016 roku realizuje film dokumentalny w Puckim Hospicjum. Obraz pt. „Jeszcze zdążę” jest odpowiedzią na pytanie o sens życia. Realizuje go ze względu na podziw i wdzięczność dla wyjątkowego miejsca, jakim jest Puckie Hospicjum. Tam odszedł Jej Przyjaciel – Jacek Szymczak, operator i reżyser związany z TVN.

Film jest jemu dedykowany.

**Autorka raportu (koncept, redakcja, opracowanie):
MARIA WIECZOREK**

**Nadzór merytoryczny:
ZARZĄD PUCKIEGO HOSPICJUM**

**Badania:
ZYMETRIA Sp. z o.o. - Badanie ilościowe realizowane
techniką CAWI na panelu badawczym**

**TOUCHIDEAS - Badania eksploracyjne metodą
etnograficznych wywiadów indywidualnych i grupowych,
Realizacja: Beata Giermasińska & Karol Dworakowski**

**Rysunki: BEATA GIERMASIŃSKA
Opracowanie graficzne: grahanka.pl
Korekta: 38 Content Communication**

**PODZIĘKOWANIA ZA WOLONTARYJNE
WSPARCIE PROJEKTU DLA:
Zespołu Zymetria Sp. z o.o.
Zespołu 38 Content Communication**

PUCK 2019



**PUCKIE
HOSPICJUM**
PW. ŚW.
OJCA PIO

ul. Dziedzictwa Jana Pawła II 12 | 84-100 Puck

1% KRS 0000231110

Nr konta 49 1020 1912 0000 9202 0148 8055