

Chorować bez domu

Nie jestem lekarzem. Jestem Prezesem Hospicjum Św. Krzyża w Warszawie, zwanego Mokotowskim od siedziby. Założyliśmy je 22 lata temu, w 1987 roku, jako jedno z dwóch pierwszych Hospicjów Domowych w Warszawie. Przez 10 lat pracowali tylko wolontariusze: lekarze, pielęgniarki, psychologzy i ludzie różnych zawodów. Choć za przykładem Gdańskiego Hospicjum pragnęliśmy sprawować tylko opiekę nad chorymi na raka z Mokotowa, lecz życie obaliło tak wąską formułę. Zgłaszali się do nas wszyscy potrzebujący pomocy: niepełnosprawni, ciężko chorzy na rozmaite choroby, nie tylko nowotworowe, biedni... Od razu powiedzieliśmy: nie tylko nowotwory, i w tym przekonaniu utwierdził nas Pan Prof. Jacek Łuczak, który powiedział: „Pani Magdaleno, miała pani dwie racje przyjmując wszystkich chorych, którym należy się opieka paliatywna”.

Przychodzili też bezdomni, często chorzy – nie tylko somatycznie. Ale nawet ci z niewielkimi schorzeniami byli chorzy na duszy, chorzy na nieprawdopodobną samotność, pogrążeni w depresji i psychozach. Nie mogliśmy ich zostawić własnym losom, szukaliśmy więc innych form pomocy. Przychodziły całe rodziny z różnymi problemami: rozbite, inwalidzkie, osierocone i patologiczne. W rezultacie zrobiła się taka mieszanka, że kiedy Matka Teresa z Kalkuty odwiedziła Warszawę, utwierdziła mnie w przekonaniu, że tych wszystkich chorych trzeba wepchnąć do jednego worka, i że skoro ja czuję, że to będzie właściwa formuła, nie należy z tym walczyć. I przestałam z tym walczyć. Nasze hospicjum rozwijało się jakby samo i to do tego stopnia, że dopiero po 8 latach działalności napisaliśmy statut, a w roku 1995 zarejestrowaliśmy Hospicjum jako stowarzyszenie, potem jako organizację pożytku publicznego. Rejestracja jest na Warszawę i okolice.

Pierwszeństwo mają ludzie najbiedniejsi i najbardziej potrzebujący opieki.

Nie chcę mówić tu o naszym Hospicjum, ale przedstawiłam się dlatego, żeby było jasne, skąd znam problematykę, powiedziałabym, że dogłębnie. Chcę mówić o problemie: chorować i umierać bez domu.

Co to w ogóle znaczy? Proszę sobie wyobrazić, że dla mnie to, co się dzieje, jest jakąś nierzeczywistością. Problematyka jest ogromna, wybiorę więc kilka spraw najistotniejszych.

W tym celu zaproszę państwa w podróż, ale aby się w nią udać potrzebny będzie wehikuł czasu. Będziemy podróżowali w czasie w tył, bo sytuacja chorych bezdomnych w Polsce przypomina wiek XIX. Także przemieszczać się będziemy w przestrzeni, bo jest ona zupełnie nietypowa i wymaga dużej wyobraźni. Bezdomni to wcale nie są ci, którzy mieszkają w noclegowniach, bo tam przeby-

wa zaledwie ok. 30-40 % bezdomnych. Prawdziwi bezdomni dla mnie to ci, którzy zalegają ogródki działkowe, piwnice, strychy, klatki schodowe, dworce, skąd są przeganiani, no i co chyba najgorsze miejsca – pustostany, które są pozbawione wody, światła, gazu, ubikacji, nie ma tam nic. Są tylko mury i najłatwiej jest tam zamarznąć lub spłonąć, bo gdy jest zimno, to robi się jakiś ogienek. Przebywający w tych wszystkich miejscach stanowią około 50 – 60% bezdomnych w Polsce.

W znacznej mierze są to alkoholicy. Najistotniejsze jest tutaj rozpoznanie problemu, dlatego użyłam słowa nierzeczywistość – brak prawdziwych statystyk. Badania, które mamy, są wycinkowe, a wybór populacji do badań jest wg mnie dużym błędem. Jako podstawę statystyk bierze się ludzi osiadłych w schroniskach i noclegowniach. Tymczasem to są trochę inni ludzie. Czasami nawet pracują. Znam ludzi, którzy wynajmują swoje mieszkanie, a tu mieszkają, by spłacić swoje długi. Nie chcę się jednak rozdrabniać. Faktem jest, że problem bezdomności, w skali ogólnopolskiej jest problemem słabo znanym, mimo wielu prac naukowych na ten temat. Badania CEBOS z roku 2005, zamówione przez Zarząd Miasta Warszawy, kosztowały 24000 zł. Były robione 2 razy, w kwietniu, tylko w noclegowniach i schroniskach. Bezdomni dostawali za anonimowy udział w badaniach 5 zł., ewentualnie papierosy i czekoladę, mówili co chcieli, a potem tak się śmiali, przychodząc do nas na posiłki, że było nam przykro, bo te badania stały się podstawą opracowania, a to opracowanie CEBOS stało się źródłem strategii miasta stołecznego w zwalczaniu bezdomności.

Wracam jednak do chorych. Jak wiadomo w postępowaniu leczniczym kolejność jest mniej więcej taka: etiologia, patologia, diagnoza, prognoza i terapia czyli leczenie. Relacje pomiędzy tymi etapami w przypadku bezdomnych są całkowicie zachwiane, po prostu nie istnieją. W etiologii i patologii potrzebna jest geneza i opis choroby, a raczej współistniejących chorób. Tymczasem ludzie bezdomni nie mają najczęściej dokumentów, zwłaszcza medycznych, ani świadomości swojej choroby. Oni nie odróżnią hemoroidów od nowotworu odbytu, ani choroby płuc, którą mają lub kiedyś mieli, od zwyczajnej grypy. Idą do lekarza, jeśli uda im się do niego dostać i otrzymują doraźną pomoc. Nawet jeśli jest to antybiotyk, to niewiele daje, bo jak zauważył dr Owczarek, brakuje badań diagnostycznych, a w bezdomnych uderza to w sposób szczególny. Ustawa o pożytku publicznym w pierwszym momencie wydawała się dla nas pomocna, bo nie było właściwych uregulowań prawnych. Przedtem pozwolono nam korzystać z dotacji miejskich, m. inn. na wykonywanie przez szpitale diagnostycznych badań laboratoryjnych dla naszych pacjentów. Mieliśmy dobrych lekarzy, (m.in. pulmonologa, internistów, gastroenterologa, kardiologa, stomatologów, własny aparat EKG i USG), leczenie bezdomnych było więc dość dobrze prowadzone. Po wejściu na dobre ustawy, czyli po roku 2005, przestaliśmy dostawać jakiegokolwiek pieniądze na leczenie i badania od Miasta i administracji publicznej, a NFZ odmówił nam kontraktu.

Teraz przyjrzymy się diagnostyce w leczeniu osoby bezdomnej, ewidentnie chorej. Bez badań lekarz stwierdza to, co mu się wydaje, według swojej najlepszej wiedzy, czasem solidnej praktyki, lecz bez możliwości sprawdzenia zasadności rozpoznania.

Prognoza – co można prognozować dla człowieka, który nie ma miejsca pobytu?

Terapia – leczenie: – gdzie są lekarstwa?

Człowiek, który ma zapalenie płuc, dokąd ma pójść? Łazi po schroniskach i w końcu ma tak dosyć, że zalega w swoim pustostanie ponownie. Jest tutaj miejsce na przypis, bardzo ważny, o słabej wykrywalności gruźlicy, która wróciła triumfalnie i zagraża każdemu z nas.

Według statystyk wojewódzkiego szpitala gruźliczego w Otwocku, spośród osób dotkniętych otwartą gruźlicą, które są hospitalizowane tylko niestety 2 miesiące, (na podstawie przepisów N F Z), 30% stanowią bezdomni. Jest to stan alarmujący, bo przecież bezdomni nie stanowią 30% społeczeństwa, tylko mały procencik. Nawet w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc przy ul. Płockiej, kiedy przyszedłem z tą statystyką, okazało się, że tam nie robi się tego typu obliczeń.

Ludzie, którzy leczą się z powodu gruźlicy znikają po tych 2 miesiącach, choć powinni przychodzić do Poradni, dostawać leki, ale w rzeczywistości oni często albo tych leków nie biorą, albo wcale nie przychodzą. Mówił mi dr Szczuka, który jest szefem epidemiologii na Płockiej, jak pielęgniarki zmuszają osoby bezdomne do połknięcia leków przeciw gruźlicy, wpychając je im do ust. A gdzie jest, przepraszam, godność człowieka? Człowiek upokorzony w ten sposób, choćby w najlepszej wierze, dla jego dobra (bo inny wypłuł lek do kosza za drzwiami), więcej już nie przyjdzie.

Natomiast przyjdzie z powrotem do szpitala, znowu prątkujący, nawet znów płując krwią aby mieć dach nad głową i solidne wyżywienie na kolejne 2 czasem 3 – najlepiej zimowe miesiące.

W międzyczasie będzie zarażał otoczenie: tych ludzi możemy spotkać wszędzie: w barach, poczekalniach dworcowych, w komunikacji miejskiej, na peronach, w zajezdniach, gdzie koczują na podłodze wagonów tramwajowych i w autobusach, na poczcie, gdzie udają, że czekają w długich kolejkach itp.

Kolejnym pytaniem jest: jak można, nie będąc ubezpieczonym, uzyskać leczenie? Przepisy są bardzo skomplikowane. Trzeba postarać się o wywiad środowiskowy pracownika OPS- jako podstawy do krótkiego okresu ubezpieczenia zdrowotnego. To proste w odniesieniu do osób mieszkających w noclegowniach i schroniskach, ew. w czasie pobytu w szpitalu (o ile zainteresuje się pacjentem pielęgniarka socjalna szpitala!).

A co z tymi z *pomieszczeń niemieszkalnych*, koczującymi na ławkach, w cudzych ogródkach, na schodach, strychach, węzłach cieplnych, zsypach, w piwnicach, wagonach, na dworcach, latem na ławkach i przystankach?

Mogą iść do lekarza POZ i zapłacić za wizytę oraz kupić leki, jeśli mają pieniądze: jest to typowa pomoc doraźna, nie prowadząca do rozpoznania i leczenia poważnych schorzeń.

Tak rozwijają się bez przeszkód najgroźniejsze choroby, nie rozpoznane i nie zwalczane.

Przejdę teraz do wniosków.

Jest takie stare powiedzenie, że jeśli chcemy naprawdę pomóc komuś, kto jest już na dnie, to nie wolno nam z góry podawać ręki i ciągnąć go. Trzeba do tego człowieka zejść w dół, tak jak to robił Brat Albert, by razem wejść na górę: zachowując naszą tożsamość, robimy wszystko, patrząc jego oczami. Wnioski są następujące:

1. Tym, co jest najbardziej potrzebne, jest zmiana sposobu traktowania ludzi bezdomnych: jeśli okażemy im szacunek i zainteresowanie zachowują się poprawnie, choć bywają rzadkie wypadki słownej agresji. Nawet jeśli zupełnie pijanych oddajemy w ręce Straży Miejskiej musimy zachować spokój i umiar – my nie wiemy, jakie krzywdy i zranienia doprowadziły człowieka do stanu upodlenia.

Na podstawie długiej praktyki pomocy bezdomnym stwierdzamy, że najskuteczniejszym środkiem prowadzącym do prawdziwej pomocy jest duszpasterstwo ludzi bezdomnych, czepiące wzory skuteczności choćby z metod Ojca Józefa Wrzesińskiego, czy Brata Alberta, które powinny być znane wszystkim, którzy chcą im pomóc.

Jeśli oni idą do noclegowni, gdzie jest «wychowawca», jak w więzieniu, w domach poprawczych, z których często wyszli, w domach wychowawczych, gdzie się znaleźli dzięki toksycznym rodzicom, w domach dziecka – oni tego dłużej nie wytrzymują. Wiele osób odchodzi z domów dziecka w dniu 18 urodzin, wieczorem, żeby nikt nie zauważył, prosto na dworzec.

Co dalej? My ich «wyłapujemy». I co? Nie wiele możemy zrobić. Dlatego myślę o duszpasterstwie bezdomnych. Przymierzaliśmy się do tego przez prawie 20 lat. W tej chwili pomagają nam Księża Pallotyni z Konstancina i chyba się wreszcie udaje: będziemy mieli trzydniowe rekolekcje wielkopostne, po których sobie wiele obiecujemy, potem uroczystości Wielkanocne. Chciałabym jeszcze wspomnieć o roli parafii, które nie rozumieją, że jak zaproszą bezdomnych na rekolekcje czy nabożeństwa, to oni nie przyjdą, bo brzydko pachną i obecni tam odsuwają się od nich.. Jeżeli w Warszawie istnieją dwie pralnie i łaźnie publiczne, z których jedna mieści się u Bonifratrów na Nowym Mieście, a druga przy ul. Siennickiej (okolica Kamionka), to bezdomni np. z Okęcia nie przyjadą tam absolutnie na pewno.

2. Drugą, ogromnie ważną sprawą, jest zmiana przepisów.

Art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP zapewniające obywatelom prawo do leczenia w stosunku do bezdomnych jest pustą literą. Pilnie potrzebne są nowe przepisy, nowy model ubezpieczenia zdrowotnego, może na wzór Niemiec, gdzie istnieje osobne ubezpieczenie dla osób bezdomnych, oraz realny dostęp do leczenia.

3. Myślę, że bardzo istotną sprawą jest formacja osób, które zajęłyby się specjalnie ludźmi bezdomnymi, nie tylko nauka stosowania przepisów pomocy społecznej. Potrzebna jest umiejętność postawienia się w roli tego człowieka, tak jak stawał się Chrystus. Mamy przykłady ludzi, którzy pokazali nam jak to robić, jak stosować duszpasterstwo – Sw. Wincenty Pallotti potrafił przebrać się za starą babę i siedzieć przy chorym niewierzącym, oczekującym rychłej śmierci, aż go swoją dobrocią doprowadził do zbliżenia do Boga.

Na koniec przytoczę bardzo drastyczne przykłady na dowód, że bezdomni chorzy często nie są przyjmowani przez szpitale.

Chory, który zgłosił się do naszego Hospicjum, bo kiwał się na nogach, więc nie został przedtem przyjęty do Markotu (jako rzekomo pijany), miał odmrożone nogi. Stracił je, bo nie chciano go przyjąć do szpitala w porę. Ten człowiek już nie żyje. Zostały nam po nim wstrząsające fotografie odmrożonych nóg, potem zdjęcia po ich amputacji, gdy zaczęła się gangrena oraz zaświadczenie, że pacjent nie wymaga hospitalizacji.... Takich przykładów jest wiele. Była u nas dziewczyna z martwą ciążą, której nie chciano przyjąć do szpitala z powodu braku ubezpieczenia, konsekwentnie odmawiając pomocy, doczekała się ratunku dosłownie o krok od śmierci.

Przepisy, które dotyczą leczenia ludzi bezdomnych, są tak skomplikowane, czasem wręcz nie wykonalne, a szpitale tak bardzo boją się zadłużenia, że to powoduje skutki dramatyczne.

Musimy to przerwać, by nie pozostawić bezdomnych bez opieki medycznej.