

Dziecko w HOSPICJUM



Lubelskie Hospicjum dla Dzieci zapewnia opiekę domową, stacjonarną oraz perinatalną, świadczoną bezpłatnie przez całą dobę. Są nią objęte nieuleczalnie i śmiertelnie chore dzieci i młodzież w Lublinie oraz na terenie województwa lubelskiego.

Na czym polega opieka paliatywna nad dzieckiem? Jaką pomoc mogą otrzymać rodzice, kiedy medycyna jest już bezradna? O tym mówi ojciec **Filip Leszek Buczyński**, założyciel i prezes Lubelskiego Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia.

Rozmawia JAKUB ŻELAWSKI

Czym się różni opieka paliatywna dla dzieci od tej dla dorosłych?

— Zaczęć od różnic medycznych. Nasi podopieczni to pacjenci w wieku kilku miesięcy albo kilku bądź kilkunastu lat, zazwyczaj dotknięci chorobami wieku rozwojowego lub nawet perinatalnego (powstałymi przed narodzeniem). Tu sama medycyna paliatywna nie wystarcza, konieczne są rozbudowane kompetencje z zakresu pediatrii. Hospicja dla dorosłych często opiekują się głównie pacjentami z chorobami nowotworowymi, grupa naszych pacjentów jest bardzo zróżnicowana. Wytyczne NFZ-etu umożliwiają przyjęcie chorych z szeregiem różnego rodzaju schorzeń: mięśniowo-nerwowych, metabolicznych, nowotworowych, okołoporodowych, perinatalnych.

Są też różnice psychologiczne. U nas szczególnie ważną rolę odgrywa opieka terapeutyczna nad całą rodziną. Nasi pacjenci często mają bardzo młodych rodziców i małe rodzeństwo, które nie rozumie całej sytuacji i czuje ogromną bezradność wobec choroby. U starszych dzieci na sposób radzenia sobie z żałobą mają wpływ dynamiczne przemiany związane z okresem dojrzewania. Dlatego kładziemy nacisk na intensywną opiekę systemową nad rodziną przez cały – nieraz długi – czas pobytu pacjenta w hospicjum, a potem przez dwa lata po jego odejściu, w formie grup wsparcia dla osieroconych. Dbamy o podejście holistyczne: ważne jest zarówno ciało, jak i sfera zdrowia psychicznego; dobre funkcjonowanie na poziomie materialnym, ale też potrzeby kulturowe i duchowe.

Jak bliscy radzą sobie z traumą? Są jeszcze w stanie wyobrazić sobie szczęśliwą przyszłość?

— To długi proces. Rodzinie zawsze towarzyszy ogromna nadzieja, że uda się dziecko uratować. Najpierw jej źródłem jest medycyna konwencjonalna, a gdy ta okazuje się bezradna, zwracają się często ku metodom niekonwencjonalnym. Innym źródłem nadziei bywa duchowa relacja z Bogiem.

Kiedy pacjent umiera, dla rodziny rozpoczyna się proces żałoby. Pojawia się bunt i niezgoda, dochodzą do głosu bolesne uczucia: tęsknota, złość, gniew, pragnienie bliskości. Rodzina żyje czasem nie chronologicznym, ale psychologicznym – to czas, kiedy dziecko żyło, kiedy mogli je kochać i tulić. I do tego czasu wracają myślami. Mówienie o teraźniejszości lub przyszłości wywołuje u nich rozdrażnienie i ból. Potrzeba czasu, by zaczęli się koncentrować na tym, co jest tu i teraz, myśleć o przyszłości i szczęściu.

Taki rodzaj dezintegracji pozytywnej, kiedy idzie się dwa kroki do tyłu po to, żeby zaraz pójść trzy kroki naprzód, pojawia się



Ojciec **Filip Leszek Buczyński**, franciszkanin, psychoterapeuta, certyfikowany psychoonkolog, superwizor Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego, przewodniczący Rady Ogólnopolskiego Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej. Absolwent Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego (magister teologii i doktor psychologii). Od 1991 r. jako wolontariusz sprawował opiekę duszpasterską i psychologiczną nad pacjentami Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej w Lublinie. W 1997 r. założył Stowarzyszenie Lubelskie Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia, w którym do dzisiaj społecznie pełni funkcję prezesa, psychologa i duszpasterza. Jest również wykładowcą Papieskiego Fakultetu Teologicznego we Wrocławiu i Uniwersytetu Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie i Wrocławiu.

dopiero po wielomiesięcznym przepracowywaniu żałoby. To długi i bolesny, ale możliwy do przejścia proces akceptacji tego, że – mówiąc symbolicznie – ty jesteś tam, my jesteśmy tu i szczęście każdego z nas jest możliwe, ale nie jest już szczęściem wspólnym.

Na czym polegają wspomniane niekonwencjonalne metody?

— Czasem czytam książki, których autorzy przekonują, że potęga twojego myślenia (tzw. myślenie pozytywne) pomoże poradzić sobie z nowotworem lub chorobami autoimmunologicznymi, a wizualizacja pozwoli wygrać walkę z chorobą. To nie jest prawda. Czym innym jest szukanie pewnego rodzaju zasobu psychicznego, a czym innym przekonywanie pacjenta, że do wyzdrowienia wystarczy pozytywne myślenie.

Często rodzice nadają chorobie znaczenie magiczne. Na przykład szukają w sobie winy, uważając, że skoro Pan Bóg jest Panem życia, a ich dziecko choruje, to znaczy, że czymś zawinili i zostali tą chorobą ukarani. Takie rozumowanie nieraz strasznie niszczy sferę życia duchowego, a jednocześnie odbiera nadzieję na dalsze leczenie.



Spotkanie Rodzin w Żałobie. Lubelskie Hospicjum oferuje wsparcie nie tylko medyczne, ale również duchowe i emocjonalne dla wszystkich bliskich dziecka.

Fot. Archiwum Lubelskiego Hospicjum dla Dzieci im. Matego Księcia

nie. Podczas pierwszej rozmowy z rodzicami – albo i z samymi pacjentami – staram się tę kwestię podejmować. Niektórzy chorobę dziecka traktują jako wyzwanie, próbę, a nawet jako udział w dziele zbawiania świata. Ale na stwierdzeniu: „To twoja wina, że jesteś chory lub że zachorował twój bliski” nikt nie skorzysta. Czasem pacjent ma świadomość, że umiera, a jednocześnie głębokie przeświadczenie, że on i jego bliscy cierpią przez niego, bo to on nie ma dość siły, by sobie z tym poradzić.

Sam jestem terapeutą i mogę powiedzieć, że wszelkie mniej lub bardziej magiczne interwencje terapeutyczne, inspirowane potęgą pozytywnego myślenia, wyrządzają dużą krzywdę.

Jakie jeszcze pułapki albo wyzwania – praktyczne i psychologiczne – napotykają rodziny, które muszą konfrontować się z ciężką chorobą dziecka?

— Jest mnóstwo ludzi, którzy próbują żerować na nadziei osób dotkniętych chorobą lub ich rodzin. Przychodzi taki szarlatan do domu i mówi: „Co, powiedzieli wam, że nie ma już nadziei? Ja wam pomogę, jeszcze możemy coś zrobić!” Wyciąga fiolkę za 2700 zł i wmawia, że to cudowny lek, który może uzdrowić dziecko. Ale aby kuracja była skuteczna, trzeba kupić dwie fiołki. Rodzice kupują, a po kilku dniach dziecko umiera...

Zawsze proszę rodziców, żeby informowali nas, jeśli zdecydują się na jakieś alternatywne formy dalszego leczenia. Może się zdarzyć, że bez naszej wiedzy podadzą środki nieznanego pochodzenia, nasze lekarstwa przestaną działać – niektóre leki i pseudo-

leki np. znoszą działanie morfiny – i przysporzą dziecku niepotrzebnego cierpienia. Niektóre hospicja w takiej sytuacji rezygnują z opieki, natomiast my wychodzimy z założenia, że trzeba uszanować decyzje rodziców i dalej pomagać, a jednocześnie rozmawiać i wyjaśniać.

Rodzice mówią chorym dzieciom prawdę? Tłumaczą, co się z nimi dzieje?

— W literaturze przedmiotu jest opisywana pewna specyficzna forma komunikowania w rodzinie: faza udawania. Rodzina, kierując się miłością do dziecka, chcąc je chronić, dozuje mu wiedzę na temat stanu jego zdrowia. I potem dochodzi do dramatycznego momentu, kiedy ta bańka pęka. Nagle dziecko mówi: „Powiedźcie mi wreszcie, co się dzieje, bo ja chyba umieram!”. A rodzice w milczeniu poprawiają poduszeczkę, podają następne leki, proszą o konsultacje kolejnych lekarzy. Niedawno umierała 17-letnia dziewczyna, miała ogromne problemy z oddychaniem i rodzice powiedzieli jej, że przyczyną jest płyn w opłucnej. Chora domagała się więc wizyty lekarza, żeby usunąć ten płyn. W końcu jednak usłyszała od mamy, że to przerzut nowotworowy. Kwadrans później poinformowała swoich przyjaciół, korzystając z wszelkich dostępnych kanałów komunikacji: „Kochani, ja umieram i to nie jest żart. Jak ktoś chce się pożegnać, zapraszam!”. Przez trzy dni odwiedziły ją dziesiątki młodych ludzi z całej Polski. W niecałą godzinę po wyjściu ostatnich gości zmarła.

Zdarza się, że przyjeżdżamy do domu, a rodzice mówią: „Proszę nie wspominać, że jesteście z hospicjum”. Odpowiadamy: „Proszę państwa, dziecko pewnie już wie, bo przed domem stoi samochód z naszym logo”.

Kłamstwo w dobrej wierze nie jest usprawiedliwione?

— Wypracowaliśmy pewien wzorec komunikacji – nie przekazujemy na siłę pełnej informacji, tylko podążamy za pacjentem. Jeśli jest to mały człowiek, tak przygotowujemy rodziców, by to oni mogli z nim porozmawiać, także na temat odchodzenia. Gdy trudne pytania zadaje 16- czy 18-latek, również nie należy go okłamywać. Bo kłamstwo to też forma braku szacunku. Prawda powinna być przekazana w miłości, a jednocześnie z pełnym wsparciem. To jest dewiza naszego zespołu zarówno w pracy z rodzicami, jak i z młodymi pacjentami.

Pamiętajmy, że dziecko dostrzega milczenie rodziców, niezręczne próby zmiany tematu, a jednocześnie jego ciało dostarcza mu informacji, że jest coraz gorzej. Często czerpie też wiedzę z internetu – sprawdza tam leki, które otrzymuje. Poza tym zwykle wie, że oddział hematologii to nie pulmonologia, że są tam dzieci, które chorują na nowotwory i walczą o życie.

Jak można zachować równowagę: skutecznie zatroszczyć się o własny dobrostan i jednocześnie o zdrowie podopiecznego? Tak by w pełni wykorzystać ten ostatni wspólny czas, ale nie przestymulować ani samego siebie, ani podopiecznego?

— Ciekawą formą komunikacji, która temu sprzyja, jest komunikacja w milczeniu. Czasem obie strony wszystko wiedzą, a dialog odbywa się na poziomie niewerbalnym. Rozmowę zastępuje bliskość, trzymanie za rękę, wzajemne zatroskanie. Wtedy obie strony nie starają się udawać, że się nic nie dzieje, tylko bez słów przekazują sobie myśli i emocje. Byliśmy świadkami sytuacji, kiedy słowa nie były już potrzebne, ale było w tym bardzo dużo czułości, bliskości, milczącego żegnania się. Taka postawa wynika z dużej dojrzałości rodziców i samego pacjenta.

Nasze sugestie są tylko pewną propozycją, bo nie chodzi o wchodzenie z butami w życie rodzinne i mówienie: „My wam teraz pokażemy, jak powinniście się zachowywać”. Dopiero gdy rodzina zapyta, wskazujemy, jakie rozwiązanie z naszej perspektywy byłoby optymalne. Mamy wypracowany pewien schemat, ale w konkretnym przypadku może się on okazać chybotliwy i rodzina uzna, że chce to zrobić inaczej. I jej prawo do decyzji jest kluczowe.

Mówicie też o tej najtrudniejszej chwili – o śmierci?

— Przygotowujemy również na ten moment, rodzina ma więc jakieś wyobrażenie o tym, co ją czeka w sensie emocjonalnym i praktycznym. Niemniej zachowuje prawo do tego, by np. w ostatniej chwili zmienić zdanie i podjąć decyzję o przewiezieniu dziecka do szpitala, wezwać pogotowie albo nawet helikopter. Czasem nie chcą, by umierało w domu, tylko w szpitalu albo na oddziale stacjonarnym – bo tam może jeszcze coś zrobić. Cała wiedza medyczna wskazuje, że dziecko jest w fazie agonalnej, ale musimy ▶

to życzenie spełnić. Prawo bliskich do podążania za swoim sercem jest ważne i nienaruszalne!

Niejednokrotnie dochodzi do dramatycznego styku dwóch wizji: naszej i rodziców. Mamy świadomość, że dziecko będzie bardziej cierpieć, ale jesteśmy bezradni. Czasami do umierającego dziecka przyjeżdża lekarz, który nie znając ani pacjenta, ani jednostki chorobowej, dysponuje: „Bierzemy natychmiast do szpitala, bo będzie za późno”. Dziecko umiera w szpitalu, ale rodzice nadal pielęgnują w sobie magiczne myślenie, że gdyby trafilo tam wcześniej, udałoby się je uratować. To sytuacje bardzo trudne dla wszystkich, również dla nas.

Co się dzieje potem? Zdarza się, że rodziny czują do was żal?

— Rodzina informuje nas o pogrzebie albo nie. Czasem na niego zaprasza, czasem nie. Ja oczywiście staram się być na każdym, żeby pożegnać dziecko. A rodzinom proponujemy grupy wsparcia dla osieroconych. Zdecydowana większość z nich korzysta, część jednak nie jest zainteresowana. Zdarza się, że nie chcą, bo czują do nas żal albo złość. Ale czasem po prostu nie mają takiej potrzeby, np. żyją w zżytej ze sobą wielopokoleniowej rodzinie, która udziela sobie ogromnego wsparcia i nie chcą spotykać się z innymi rodzicami, którzy stracili dziecko. Krótko mówiąc, oferujemy wsparcie, a oni mogą z niego skorzystać albo nie. Szanujemy wolność decyzji. Czasem zgłaszają się do grupy wsparcia po kilku miesiącach, jeśli uznają, że jednak sobie sami nie poradzą. Jesteśmy otwarci.

W jaki sposób dbają o siebie opiekunowie i pracownicy? Jakie działania państwo podejmują, aby zachować równowagę?

— Często jesteśmy kolejnym zespołem leczącym, rodzice mają już wieloletnie relacje z lekarzami z różnych oddziałów szpitalnych i przenoszą emocje – często negatywne – na naszych specjalistów.

Każdy pracownik hospicjum może korzystać z wizyt u psychoterapeutów w naszej przychodni. Jeżeli czuje, że w danym dniu potrzebuje przerwy, po prostu ją sobie robi. Czasem kryzys dotyka całego zespołu, bo np. umarło czworo dzieci naraz i wszyscy próbują te emocje z siebie wyrzucić. Wtedy prosimy psychoterapeutę z zewnątrz, by przeprowadził terapię grupową. By jako osoba bezpośrednio niezaangażowana przyjrzał się, co się w nas dzieje, a czego my czasem nie widzimy, i określił, w jaki sposób możemy sobie wzajemnie pomóc.

Czasowo odsuwani od wypełniania obowiązków są też pracownicy, którzy sami mają dzieci w wieku zbliżonym do umierającego pacjenta. Oczywiście profesjonalnie zajęliby się takim dzieckiem, ale kosztowałoby to ich zbyt dużo. Dlatego staramy się ich chronić, żeby nie doszło do przeforsowania, i wysyłamy kogoś innego.

Jeśli ktoś pracuje do godziny szesnastej, a siedzi w pracy dłużej, najczęściej wyganiają go do domu. Chcę, by miał świadomość, że celem jego życia nie jest praca w hospicjum. W czasie pracy powi-

nien oczywiście wykonywać przydzielone mu zadania, ale musi mieć też swoje pasje, przyjaciół, rodzinę, życie towarzyskie. To zapewnia pewnego rodzaju odskocznik, która pozwala naładować akumulatory, i daje możliwość spojrzenia na co dzień na świat z innej perspektywy.

Dwa albo trzy razy w roku organizujemy sobie wspólne grille. Spotykamy się w 50–60 osób, biesiadujemy, śmiejemy się, bawimy do tego bladego świtu, wspominamy – czasem na smutno, czasem na wesoło. Bo praca to jest część naszego życia, którą wspólnie realizujemy.

Bardzo, bardzo rzadko ktoś odchodzi z zespołu. Najczęściej wyjeżdża po prostu w inną część Polski, bo np. wychodzi za mąż albo się żeni. To naturalny, kolejny etap życia. Natomiast nie ma u nas fluktuacji kadr, bo to też nie służyłoby realizacji naszej misji.

Jacy specjaliści wchodzi w skład zespołu hospicyjnego?

— W zespole opieki domowej pracuje łącznie około 20 osób, które odwiedzają podopiecznych w domach. Są to lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholodzy i psychoterapeuci, pracownik socjalny, kapelan. Mamy do dyspozycji poradnię rehabilitacyjną, stomatologiczną, zdrowia psychicznego.

W szczególnych sytuacjach, gdy opieka nad dzieckiem w domu rodzinnym jest niemożliwa, oferujemy też opiekę stacjonarną w Domu Matego Księcia. Powody bywają różne, np. kwestie socjalne, niewydolność rodziny albo choroba, która wymaga całodobowej opieki i nieustannego kontrolowania parametrów pacjenta. W oddziale stacjonarnym również pracuje około 15 osób.

Zespół opieki perinatalnej, w którym współpracują lekarz, psycholog, koordynator i położna, to pewna konsekwencja ustawy za życia wprowadzonej około trzech lat temu, kiedy powstał osobny koszyk świadczeń gwarantowanych z przeznaczeniem na hospicjum perinatalne. Wcześniej robiliśmy to na własną rękę,

współpracując z wieloma klinikami na terenie Lubelszczyzny. Tu w grę wchodzi przypadki nieodwracalnej choroby, najczęściej w 16., 17., 18. tygodniu ciąży, kiedy badania potwierdzają lub dają wysoce prawdopodobną hipotezę, że dziecko ma np. zespół Edwarda lub zespół Patau, często wiążące się z wielofunkcyjną wadą serca. Zatrudniamy kilka osób, które realizują świadczenia w ramach kontraktu NFZ-etu na opiekę perinatalną, i mamy umowy z kilkoma klinikami na Lubelszczyźnie.

Ilu podopiecznych ma hospicjum?

— Z reguły jest to 40–50 dzieci w hospicjum domowym, najczęściej między 7 a 10 w stacjonarnym, najmniej w opiece perinatalnej. W ramach tej ostatniej formy opieki mamy obecnie kilka rodzin korzystających z konsultacji Zespołu Wsparcia Osieroconych, który towarzyszy, wspiera, udziela pomocy; na indywidualne życzenie zapewniamy też dodatkową pomoc psychoterapeutów.

W jaki sposób pacjenci są kwalifikowani do opieki hospicyjnej?

— Najczęściej dziecko przebywa już na jakimś oddziale w szpitalu. Kiedy lekarze podejmują decyzję o zakończeniu leczenia przyczynowego, proszą rodziców, żeby się z nami skontaktowali, albo sami kontaktują się w ich obecności.

Nasza kierownik medyczna przyjeżdża do szpitala, bada dziecko, konsultuje z lekarzem prowadzącym i informuje, w jakim zakresie realizujemy opiekę paliatywną. Jeśli rodzice się zgadzają, lekarz prowadzący wypisuje skierowanie do hospicjum dziecięcego, wskazując jednostkę chorobową z listy refundacji Ministerstwa Zdrowia. W przypadku kontroli NFZ-etu w hospicjum musimy przedstawić skierowanie lekarza POZ-u, na którym jest wykazane, że pacjent spełnia wszystkie wymagane kryteria opieki hospicyjnej.

Jeśli hospicjum ma być stacjonarne, lekarze z rodzicami ustalają, kiedy dziecko będzie do niego przyjęte. Jeśli domowe, to zanim pacjent wyjdzie ze szpitala, najczęściej przywozimy do domu łóżko, materac stało- albo zmiennociśnieniowy, koncentrator tlenu, inhalator, pulsoksymetr. Czasami również agregat prądotwórczy, bo sprzęt wymaga ciągłej dostawy prądu, a w niektórych miejscach bywa on okresowo wyłączany (będące w wyposażeniu akumulatory nie wystarczają na długo). I kiedy przyjeżdża karetka z pacjentem, w domu już czeka nasz lekarz i pielęgniarka oraz jeden z rodziców, bo drugi jedzie zazwyczaj karetką. Najczęściej zostajemy kilka godzin, żeby dokładnie zaznajomić rodziców ze specyfiką naszej opieki. W tym czasie podpisują też oni wszelkie wymagane zgody i uczą się używania sprzętu medycznego.

Jak często zespół odwiedza domowych pacjentów?

— Zgodnie z umową z NFZ-tem zapewniamy co najmniej dwie wizyty pielęgniarki w tygodniu i dwie wizyty lekarskie w miesiącu. Oczywiście to minimum, zwykle wizyt jest więcej, zależnie od aktualnego stanu pacjenta. Rodzic otrzymuje grafik całego personelu medycznego wraz z wykazem telefonów; wie, kiedy dyżuruje fizjoterapeuta, psycholog, kapelan, i o każdej porze dnia i nocy może sprawdzić, kto jest akurat do dyspozycji.

Lekarz i pielęgniarka dyżurują w cyklu opieki całodobowej, a do pozostałych specjalistów rodzice mogą o każdej porze dnia i nocy zadzwonić i poprosić o konsultację albo wizytę. A zespół po prostu wsiada w samochód i jedzie pięć albo sto pięć kilometrów, nawet w środku nocy. Mają więc ogromne poczucie bezpieczeństwa.

A czy zdarza się, że wbrew wszelkim diagnozom dziecko zaczyna zdrowieć?

— Tak, czasem nagle w sposób mniej lub bardziej niezrozumiały, niewyjaśnialny z medycznego punktu widzenia, stan dziecka zdecydowanie się polepsza. Specjaliści mówią, że może jeszcze tydzień, może dwa... a ono przeżywa wiele miesięcy. Robimy kolejne badania i okazuje się, że rozwój choroby się zatrzymał. Wtedy mówimy rodzicom: „Kochani, wasze dziecko nie musi być już dłużej pod naszą opieką”. I zdarza się, że oni nadal chcą tej opieki, bo – jak twierdzą – publiczna służba zdrowia nie zagwarantuje im takiego poziomu świadczeń! Wtedy odpowiadamy: „Teraz dziecku jest potrzebna bardzo intensywna fizjoterapia – albo jakiegokolwiek inny rodzaj terapii – która bardziej pomoże i da lepsze rokowania niż opieka paliatywna”. A oni w końcu z uśmiechem przyjmują

do wiadomości, że po prostu wypuszczamy ich córkę albo syna spod naszych skrzydeł.

Skąd rodzice mogą czerpać wiedzę na temat opieki paliatywnej?

— Na rynku jest mnóstwo książek na ten temat. Najróżniejsze publikacje można znaleźć także na stronie naszego Hospicjum (hospicjum.lublin.pl). Są tam np. poradniki i artykuły w formie pdf, do bezpłatnego pobrania. Jeden z poradników napisałem wspólnie z rodzicami, którzy byli pod opieką naszego hospicjum perinatalnego. Zamieszczamy też kolejne numery naszego informatora pt. „Mały Książę”. Każdy, kto chce się dowiedzieć, co to znaczy opieka paliatywna i jak jest realizowana, znajdzie wszystkie potrzebne informacje.

JAK POMÓC

- **1 proc. podatku** – w rozliczeniu podatkowym trzeba podać nr KRS: 0000004522
- **Darowizna finansowa** na konto bankowe: Bank Millennium S.A. 03 1160 2202 0000 0000 6017 6058
- **Darowizna rzeczowa:** środki pielęgnacyjne i higieniczne – pieluszki w każdym rozmiarze, podkłady, mokre chusteczki, dobrej jakości emolienty.
- **Zakrecona Akcja** Zebrane plastikowe zakreśki są przekazywane do firmy recyklingowej, a uzyskane pieniądze przeznacza się na zakup prezentów dla dzieci, finansowanie wyjazdów wakacyjnych dla rodzin podopiecznych oraz wyjazdów (spotkań) terapeutycznych dla Rodzin w Żałobie.

Wolontariat w Hospicjum

Liczy około 100 osób gotowych do bezinteresownej pracy na rzecz podopiecznych.

Formy wolontariatu:

- **Pomoc w pracy biurowej i organizowaniu działań promocyjnych** (koncerty, eventy), kwestowanie – wymaga złożenia formularza zgłoszeniowego pobranego ze strony.
- **Bezpośredni kontakt z dziećmi i ich rodzinami** – chętni są zobowiązani złożyć formularz zgłoszeniowy oraz wziąć udział w rozmowie i badaniach psychologicznych, które pozwolą poznać motyw bezinteresownej pomocy w hospicjum. Wolontariusze jeżdżący do dzieci powinni być pełnoletni, nieobciążeni żałobą po kimś bliskim. Ważny jest też otrzymany w testach profil osobowości. Po pomyślnym przejściu badań i rozmowy biorą udział w wewnętrznym szkoleniu z zakresu opieki paliatywnej.

Szczegółowe informacje – na stronie hospicjum.lublin.pl (w zakładce „pomagam”).