ഡോ. ഇ. ദിവാകരനുമായി സംവാദം - IV

കേരളത്തിൽ സാന്ത്വന പരിചരണം ആരംഭിക്കുന്നതെന്നാണ്? ഇത്തരമൊരു പ്രസ്ഥാനം (movement) ആരംഭിക്കാനുള്ള സാഹചര്യങ്ങൾ എന്തൊക്കെയായിരുന്നു?

ഇന്ന് നാം അറിയുന്ന തരത്തിലുള്ള പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ആദ്യം ആരംഭിച്ചത് പാശ്ചാത്യ നാടുകളിലായിരുന്നല്ലോ. അവിടങ്ങളിൽ രോഗികളെ പാർപ്പിക്കുന്ന Hospiceകൾ ഉണ്ടാക്കിയെടുത്താണ് ഇത് നടത്തിയിരുന്നത്. ഇന്ത്യയിലും ഈ ദിശയിൽ ചില സംരംഭങ്ങൾ ഉണ്ടായി. 1984 ൽ സ്ഥാപിക്കപ്പെട്ട ശാന്തി അവേദ ആശ്രം അത്തരത്തിൽ പെട്ട ആദ്യത്തെ സ്ഥാപനമാണ്. പല കാരണങ്ങൾ കൊണ്ടും അത്തരം Hospiceകൾക്ക് ഇന്ത്യയിൽ വേരോട്ടമുണ്ടായില്ല. ഒന്നാമതായി സാമ്പത്തികം തന്നെ. ഇന്ത്യയിലെ ജനസംഖ്യാനുപാതികമായി നോക്കിയാൽ ഒരു സമയം ഏതാണ്ട് അമ്പതുലക്ഷത്തിലധികം പേർക്ക് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ആവശ്യമുണ്ടായിരിക്കും. ഇത്രയും പേരെ കിടത്തി പരിചരിക്കാനുള്ള സംവിധാനമുണ്ടാക്കുന്നത് നമുക്ക് താങ്ങാനാവാത്ത സാമ്പത്തിക ബാധ്യതയാണ്. മറ്റൊരു കാരണം സാംസ്കാരികമാണ്. ജീവിതാന്ത്യത്തിലെത്തിയ ഉറ്റവരെ ഒരാശ്രയ കേന്ദ്രത്തിലാക്കി പോരുക എന്നത് ഇഴയടുപ്പം കൂടിയ നമ്മുടെ കുടുംബ ബന്ധങ്ങൾക്കും സംസ്കാരത്തിനും ചേർന്നതുമല്ല.

കാലിക്കറ്റ് മോഡൽ

ഈ അവസരത്തിൽ അർത്ഥവത്തായ ഒരു പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനമുണ്ടാകുന്നത് 1993ൽ കോഴിക്കോട് മെഡിക്കൽ കോളേജിനോട് ചേർന്നാണ്. മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ അനസ്തീസിയ വിഭാഗം മേധാവിയായ ഡോ. രാജഗോപാലും അദ്ദേഹത്തിന്റെ തന്നെ ശിഷ്യനായ ഡോ. സുരേഷ്കുമാറും അവരുടെ സുഹൃത്ത് അശോകനും ചേർന്നാണ് ഇത്തരമൊരു സംരംഭത്തിന് തുനിഞ്ഞിറങ്ങുന്നത്. നിരന്തരമായ വേദനയനുഭവിക്കുന്നവരെ സമഗ്രമായി പരിചരിക്കാനുതകുന്ന ഒരു സംവിധാനം നിലവിലില്ലെന്ന് അവർ വ്യക്തിപരമായ അനുഭവത്തിലൂടെ തിരിച്ചറിഞ്ഞു. അത്തരം രോഗികളെ ചികിത്സിക്കാനുള്ള ഒരു പെയിൻ ക്ളിനിക്ക് ഉണ്ടാക്കാനായിരുന്നു ആദ്യ ശ്രമം. അനസ്തിസിയ വിഭാഗം മേധാവിയായ ഡോ. രാജഗോപാലിന് അതിനൊരിടം കണ്ടെത്താൻ വിഷമമുണ്ടായില്ല. ഓപ്പറേഷൻ തിയറ്ററിനടുത്തൊരു മുറി, പ്രത്യേകിച്ച് ആവശ്യമൊന്നുമില്ലാത്തതിനാൽ അറ്റന്റർമാർ കയ്യുറകൾ പൗഡർ ചെയ്യാനായി ഉപയോഗിച്ചിരുന്നത്, വൃത്തിയാക്കിയെടുത്തു. ആ മുറിയിൽ വച്ച് വേദനിക്കുന്ന രോഗികളെ ചികിത്സിക്കാനാരംഭിച്ചു. അപ്പോഴാണ് പുതിയ പ്രശ്നങ്ങൾ. രോഗികളെ പരിചരിക്കാൻ ഡോക്ടർമാർ മാത്രം പോരല്ലോ. നഴ്സിങ്ങ് പരിചരണം വേണം, സഹായികൾ വേണം. ഡോക്ടർമാരുടെ സുഹൃത്തുക്കളും, അവരുടെ ഭാര്യമാരും സഹായത്തിനെത്തി. പരിചരണം തുടങ്ങിയപ്പോൾ മറ്റൊരു വസ്തുതയും വെളിവായി. ഇത്തരം രോഗികളെ പരിചരിക്കാൻ ഉറ്റവർ തയ്യാറാണ്. അവരെ അതിന് പ്രാപ്തരാക്കുകയേ വേണ്ടൂ. ചികിത്സാപരിപാടിയിൽ രോഗികളെയും ബന്ധുക്കളെയും പങ്കാളികളാക്കുകയും അവരെ പരിചരണ കലയിൽ ശാക്തീകരിക്കുകയും ചെയ്താൽ ക്ളിനിക്കിലെ പരിചരണം വീട്ടിൽ തുടർന്നു ചെയ്യാൻ സാധിക്കുമെന്ന് തിരിച്ചറിഞ്ഞു. നിരന്തരമായ വേദന (Chronic Pain) എന്നത് പൊതുവേ ഡോക്ടർമാർ നേരിടാൻ മടിക്കുന്ന ഒരവസ്ഥയാണ്. ചികിത്സയിലെ ആ ഒരു വിടവാണ് ഇവർ നികത്തിയത്. സ്വാഭാവികമായും

മറ്റു ചികിത്സാവിഭാഗക്കാർ ഇത്തരം വേദനയനുഭവിക്കുന്നവരെ ഈ ക്ളിനിക്കിലേയ്ക്ക് പറഞ്ഞയക്കാൻ തുടങ്ങി. ഫലപ്രദമായ വേദനാഹാരികളും, ചികിത്സകരുടെ ഹൃദ്യമായ സമീപനവും, സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരുടെ ഫലപ്രദമായ സാമൂഹ്യ ഇടപെടലും ആ പെയിൻ ക്ളിനിക്കിനെ താമസിയാതെ നല്ലൊരു പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സെന്ററാക്കി മാറ്റി.

താരതമ്യേന വിഭവ ശേഷി കുറഞ്ഞ ഒരു മൂന്നാം ലോകരാഷ്ട്രത്തിൽ ഫലപ്രദമായ ഒരു പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനമുണ്ടായി വന്നത് അക്കാലത്ത് അന്താരാഷ്ട്ര പാലിയേറ്റീവ് കെയർ വൃത്തങ്ങളിൽ വലിയ ചർച്ചാവിഷയമായി. കാലിക്കറ്റ് മോഡൽ എന്നു വിശേഷിപ്പിച്ച ഈ സംവിധാനത്തിന്റെ പ്രത്യേകതകൾ എന്തൊക്കെയായിരുന്നു? രോഗികളെയും വീട്ടുകാരെയും ചികിത്സാപദ്ധതിയിൽ പങ്കാളികളാക്കുക, സർക്കാരിന്റെയും സർക്കാരിതര സ്ഥാപനങ്ങളുടെയും നിലവിലുള്ള സൗകര്യങ്ങൾ പരമാവധി പ്രയോജനപ്പെടുത്തുക. പോരായ്മകൾ സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരെ കൊണ്ട് പരിഹരിക്കുക. വികസ്വര രാജ്യങ്ങൾക്കൊക്കെ മാതൃകയാക്കാവുന്ന ഒന്നാണിതെന്ന് മനസ്സിലാക്കിയ ലോകാരോഗ്യ സംഘടന 1996 ൽ ഈ സ്ഥാപനത്തെ ഒരു ഡമോൺസ്ട്രേഷൻ സെന്റർ ആയി പ്രഖ്യാപിച്ചു. കോഴിക്കോട് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സെന്ററിന്റെ മുൻകയ്യോടെയും സഹായത്തോടെയും മറ്റു ജില്ലകളിലും ഇത്തരം സംരംഭങ്ങൾ ഉണ്ടായി തുടങ്ങി. ഒരുപക്ഷെ, തികച്ചും കോഴിക്കോട് മോഡൽ എന്നു പറയാവുന്ന തരത്തിലുള്ള ഒരു സംരംഭം ആദ്യമായുണ്ടാകുന്നത് തൃശ്ശൂരിലാണ്, 1997ൽ. തൃശ്ശൂരിലെ പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റി, അന്നത്തെ തൃശ്ശൂർ മെഡിക്കൽ കോളേജ്/തൃശ്ശൂർ ജില്ലാശുപത്രിയുമായി ചേർന്നുകൊണ്ട് 1997ൽ ആദ്യമായി ഒരു പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സെന്റർ തുടങ്ങി. ഇതിന്റെ ആരംഭത്തെയും വളർച്ചയെയും കുറിച്ച് സവിസ്തരം മറ്റൊരു ലേഖനത്തിൽ പറഞ്ഞിട്ടുണ്ട്.

1994 മാർച്ച് 16 നാണ് ഇന്ത്യൻ അസോസിയേഷൻ ഓഫ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എന്ന ദേശീയ സംഘടന നിലവിൽ വരുന്നത്. 2002 ജനുവരി 20 നാണ് തൃശ്ശൂരിലെ ഹോട്ടൽ എലൈറ്റിൽ വച്ച് ചേർന്ന പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തകരുടെ സമ്മേളനത്തിൽ വച്ച് ഡോ. എം. ആർ രാജഗോപാൽ ഇന്ത്യൻ അസോസിയേഷൻ ഓഫ് പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ സംസ്ഥാന ഘടകത്തിന് രൂപം കൊടുത്തതായി പ്രഖ്യാപിക്കുന്നത്.

സാന്ത്വനമേകാൻ അയൽക്കണ്ണികൾ

മുമ്പ് സൂചിപ്പിച്ച കാലിക്കറ്റ് മോഡലിൽ നിന്നും വ്യത്യസ്തമായ ഒരു പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണ നയം ഉണ്ടാകുന്നത് 2003ൽ നിലമ്പൂരിലാണ്. അവിടെ കോഴിക്കോട് മോഡലിൽ നിന്നും വ്യത്യസ്തമായി പൊതുജനങ്ങളുടെ പങ്കാളിത്തത്തിലൂന്നിയ പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണം വ്യാപകമായി. കോഴിക്കോട് മോഡലിൽ പോരായ്മകൾ സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരെ കൊണ്ട് നികത്തുക എന്നതിനുപകരം ഇവിടെ പോരായ്മകൾ ഡോക്ടർമാരെയും നഴ്സുമാരെയും കൊണ്ട് നികത്തുക എന്ന് പറയാൻ മാത്രം പരിചരണത്തിന്റെ നേതൃത്വം സാധാരണ ജനങ്ങൾ ഏറ്റെടുത്തു. സാധാരണക്കാരുടെ നേതൃത്വത്തിൽ നടത്തുന്ന ഇത്തരം പരിചരണ സംവിധാനത്തിന് വളരെ വേഗം പ്രചാരം കിട്ടി. സാന്ത്വനമേകാൻ അയൽകണ്ണികൾ (Neighbour hood Network in Palliative Care - NNPC) എന്നൊരു പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണ മാതൃക രൂപപ്പെട്ടു വന്നു. പരിശീലനം സിദ്ധിച്ച പാലിയേറ്റീവ് കെയർ വളണ്ടിയർമാർ തങ്ങളുടെ അയൽപക്കത്ത് കിടപ്പിലായ രോഗികളെ കണ്ടെത്തുകയും അവരുടെ സമഗ്രപരിചരണത്തിൽ ക്രിയാത്മകമായി ഇടപെടുകയും അങ്ങിനെ ഇടപെടുമ്പോൾ ആവശ്യമായ ഡോക്ടർമാരുടെയും നഴ്സുമാരുടെയും സേവനം എത്തിച്ചുകൊടുക്കുകയും ചെയ്യുന്ന ഒരു പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണ സമ്പ്രദായമാണ് എൻഎൻപിസി ചെയ്യുന്നത്. നിലവിലുള്ള അംഗീകരിക്കപ്പെട്ട പാലിയേറ്റീവ് കെയർ കേന്ദ്രങ്ങൾ അയൽ പ്രദേശങ്ങളിലെ ഇത്തരം പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കുവേണ്ട സഹായങ്ങൾ ചെയ്തുകൊടുക്കു

ന്നു. അത് പരിശീലനമാകാം, ഡോക്ടർമാരുടേയും നഴ്സുമാരുടേയും സേവനമോ മരുന്നുകളോ മറ്റുപകരണങ്ങളൊ ആകാം. ആ പ്രദേശത്തെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനം വളർന്നുവരുന്നതിനനുസരിച്ച് മാതൃസ്ഥാപനം അവരുടെ സഹായം കുറച്ചുകൊണ്ട് വരികയും പുതിയ സംവിധാനം സ്വയം പര്യാപ്തമാക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. കാലിക്കറ്റ് മോഡലിനേക്കാൾ വേഗം എൻഎൻപിസി മോഡൽ പ്രചാരത്തിലായി. ലഭ്യമായ വേദികളെല്ലാം എൻഎൻപിസി യെ കുറിച്ച് വിശദീകരിക്കാൻ ശ്രമിച്ചിരുന്ന ഡോ. മാത്യൂസ് നമ്പേലിയെപ്പോലുള്ളവരാണ് പാലിയേറ്റീവ് കെയറിനെ ഒരു ജനകീയ സംരംഭമാക്കി മാറ്റിയത്. സാധാരണക്കാരുടെ മുന്നേറ്റമായി വന്ന ഈ പ്രസ്ഥാനത്തിന് ധൈഷണികമായ പിൻബലം കൊടുത്തതും അതിന് പാലിയേറ്റീവ് കെയറിലെ പൊതുജനാരോഗ്യ സമീപനം (Public Health approach to palliative care) എന്ന മാനം നല്കിയതും ഡോ. സുരേഷ് കുമാറായിരുന്നു. ഈ പൊതുജന പങ്കാളിത്തത്തോടെയുള്ള പാലിയേറ്റീവ് പ്രവർത്തനം വളരെ വേഗം ലോകശ്രദ്ധയെ ആകർഷിച്ചു.

This community approach in palliative care, 28 years after Alma Ata, shows the way forwards for palliative care to palliative care for all. If similar strategies can be employed elsewhere, that woud be a very important step forward for global palliative care (Journal of public health policy 2007 vol. 28, No.1) അക്കാലത്ത് ഇന്ത്യയിലാകമാനം മുന്നൂറ്റി മുപ്പതോളം പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സെന്റർ ഉണ്ടായിരുന്നതിൽ ഇരുനൂറ്റി അറുപതോളം പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സെന്ററുകൾ കേരളത്തിലായിരുന്നു.

പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പോളിസി

എൻഎൻപിസിയിൽ നിന്നും പിന്നീട് പെട്ടെന്നൊരു വളർച്ചയുണ്ടാകുന്നത് 2008-ൽ കേരള സർക്കാർ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പോളിസി പ്രഖ്യാപിച്ചതോടെയാണ്. ഒരു ജനകീയ പ്രസ്ഥാനമായി മാറിയ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തനം സ്വാഭാവികമായും ജനപ്രതിനിധികളുടെ ശ്രദ്ധയാകർഷിച്ചു. സർക്കാറിന്റെ കർമ്മ പരിപാടിയിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എങ്ങനെ ഉൾപ്പെടുത്താം എന്നതിനെക്കുറിച്ച് വളരെ ദീർഘമായ ചർച്ചകൾ നടന്നു. ഒരു പാലിയേറ്റീവ് കെയർ നയത്തിന്റെ രൂപരേഖ തൃശ്ശൂരിൽ വച്ച് നടന്ന ചർച്ചയിൽ ഉരുത്തിരിഞ്ഞു വന്നു. അത് സർക്കാറിന് സമർപ്പിക്കുകയും 2008ൽ സർക്കാർ ഒരു പാലിയേറ്റീവ് കെയർ നയരേഖ പ്രഖ്യാപിക്കുകയും ചെയ്തു. പാലിയേറ്റീവ് കെയർ നടപ്പാക്കേണ്ടത് സന്നദ്ധപ്രവർത്തകർ നടത്തുന്ന സംവിധാനങ്ങളും, തദ്ദേശ സ്വയം ഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളും പ്രദേശത്തെ സർക്കാർ ആരോഗ്യസ്ഥാപനങ്ങളും ഒത്തുചേർന്നാണ് എന്നതാണ് പോളിസിയുടെ നിർദ്ദേശം. പാലിയേറ്റീവ് കെയറിനായുള്ള അടിസ്ഥാന സൗകര്യം വികസിപ്പിക്കുന്നതിനും, പരിശീലനത്തിലൂടെ മാനവ വിഭവശേഷി വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനും പോളിസിക്ക് കഴിഞ്ഞു. സർക്കാർ സംവിധാനം ഈ ദിശയിൽ പ്രവർത്തിച്ചതോടെ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന് അഭൂതപൂർവ്വമായ വ്യാപനം സിദ്ധിച്ചു. ഇന്ന് എൻഎൻപിസി വഴി ഏതാണ്ട് മുന്നൂറിൽ താഴെ എണ്ണം പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സെന്ററുകളാണുള്ളത്. സർക്കാർ സംവിധാനത്തിലാകട്ടെ എണ്ണൂറിലധികം പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സെന്ററുകളുണ്ട്. പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പോളിസി വഴി ഇന്ന് ഒരു ത്രിതല പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനം നിലവിലായിട്ടുണ്ട്. സാധാരണ സന്നദ്ധപ്രവർത്തകർ നടത്തുന്ന പരിചരണം പോരാതെ വരുന്ന സന്ദർഭങ്ങളിൽ കുറെകൂടി ചികിത്സാ വൈദഗ്ദ്ധ്യം ആവശ്യമായവർക്ക് പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ വഴി പരിചരണം നല്കുന്നു. കൂടുതൽ ബുദ്ധിമുട്ടുള്ളവർക്കും കിടത്തി ചികിത്സ ആവശ്യമായവർക്കും താലൂക്കാശുപത്രികളിലെയും ജില്ലാശുപത്രികളിലെയും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇന്ന് ഒരേ സ്ഥലത്ത് സർക്കാറിന്റെയും സർക്കാരിതര സംഘടനകളുടെയും നേതൃത്വത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ നടക്കുന്നുണ്ട്. ഇവർ തമ്മിൽ എത്രകണ്ട് സഹകരണ

ത്തോടെയും പങ്കാളിത്തത്തോടെയും പ്രവർത്തിക്കാൻ സാധിക്കുന്നു എന്നതാണ് അവിടുത്തെ രോഗികൾക്ക് ലഭിക്കുന്ന പരിചരണത്തിന്റെ ഗുണമേന്മ തീരുമാനിക്കുന്നത്. ത്വരിത ഗതിയിലുള്ള പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ വ്യാപനത്തിൽ ആ പരിചരണത്തിന്റെ അന്തസ്സാരം ചോർന്നുപോകാതെ നോക്കേണ്ട ചുമതലയും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തകനുണ്ട്.