

# Wywiad z dr hab. med. Moniką Lichodziejewską-Niemierko, ordynatorem Ośrodka Dializy Otrzewnowej Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Gdańsku

Interview with Monika Lichodziejewska-Niemierko, MD, PhD, Head of Peritoneal Dialysis Unit of Department of Nephrology, Transplantology and Internal Diseases Department of the Medical University of Gdańsk



**Bardzo proszę, aby przedstawiła się Pani naszym Czytelnikom i powiedziała kilka słów o sobie.**

Nazywam się Monika Lichodziejewska-Niemierko i jestem lekarzem. Podkreślam to, ponieważ jest dla mnie najistotniejsze, a często ginie wśród tytułów i stanowisk. Jestem ordynatorem Ośrodka Dializy Otrzewnowej Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Gdańsku. Z dziedziną chorób wewnętrznych i nefrologią jestem związana od 22 lat. Posiadam tytuł doktora habilitowanego oraz specjalizację z chorób wewnętrznych, nefrologii i hipertensjologii. W Klinice Nefrologii prowadzę aktywny program dializote-

rapii otrzewnowej. Gdański ośrodek jest referencyjnym centrum tego rodzaju terapii w Polsce. Prowadzimy szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek z Polski, wyznaczamy standardy i jesteśmy autorami licznych publikacji zarówno naukowych, jak i dydaktycznych. Bierzymy także udział w realizacji międzynarodowych projektów badawczych. Obejmują opieką również chorych w okresie zachowawczego leczenia przewlekłej niewydolności nerek oraz po przeszczepieniu nerki. Jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Międzynarodowego Towarzystwa Dializy Otrzewnowej, jak również Europejskiego Towarzystwa Dializy i Transplantacji, a jednocześnie recenzentem jednego z najbardziej znanych miesięczników nefrologicznych *Nephrology Dialysis and Transplantation*. Od roku kieruję Zakładem Medycyny Paliatywnej w Akademii Medycznej w Gdańsku.

**Jak to się stało, że zainteresowała się Pani medycyną paliatywną?**

Moje pierwsze doświadczenia i podziw dla medycyny paliatywnej wiążą się z 3-letnim stypendium naukowym w Wielkiej Brytanii, które odbyłam w latach 1987–1990. Prowadziłam tam prace badawcze nad zakażeniami dróg moczowych, które stały się później podstawą mojego doktoratu. Pracowałam jednocześnie jako lekarz registrar w Instytucie Nefrologii. To właśnie w Cardiff, stolicy Walii zetknęłam się z działalnością hospicjów, a zwłaszcza z ho-

listycznym podejściem do człowieka nieuleczalnie chorego, postępowaniem zabezpieczającym jego potrzeby fizyczne, psychiczne i socjalne. W kolejnych latach dzięki wspieranej współpracy z dr. hab. Mikołajem Majkowiczem i dr. med. Zbigniewem Afeltowiczem z Kliniki Psychiatrii AMG przeprowadziliśmy długofalowe badania dotyczące jakości życia chorych dializowanych. Część z tych prawie 10-letnich obserwacji zawarłam w mojej rozprawie habilitacyjnej. Ponadto, zawsze miałam poczucie, że w medycynie inwazyjnej, którą sama się zajmuję, często nie zauważa się problemów danego człowieka. Chorego z przewlekłą niewydolnością nerek leczy się dializami, a za pomocą badań biochemicznych ocenia się, czy terapia jest adekwatna, czyli zapewniająca jak najdłuższe przeżycie według aktualnych standardów. Natomiast rzadko zastanawiamy się nad objawami, które występują u pacjenta, bo według przyjętych zaleceń chory jest dobrze dializowany. A przecież często występują u niego dolegliwości bólowe, jest zmęczony, ma poczucie utraty nie tylko zdrowia, ale też pracy, roli w rodzinie i społeczeństwie. Często towarzyszą mu lęk i depresja, które jak wiadomo z badań przeprowadzonych w ostatnich latach, wpływają na zwiększoną śmiertelność chorych. Te cierpienia fizyczne, psychiczne, socjalne i duchowe rzadko spotykają się ze świadomą reakcją lekarzy. Podobnie jak problemy rodziny przewlekle chorego, problem umierania, problem decyzji dotyczącej wstrzymania dializoterapii, która w stanie terminalnym nie przedłuża życia chorego, tylko wydłuża jego cierpienie. Wiele z tych kwestii mogłam omówić z prof. Krystyną de Walden-Gałuszko — współtwórcą medycyny paliatywnej w Polsce. Zarówno prof. Gałuszko, jak i prof. Bolesław Rutkowski — kierownik Kliniki Nefrologii i mój szef od wielu lat, którego darzę wielkim szacunkiem — wspierali moją decyzję dotyczącą objęcia kierownictwa Zakładu Medycyny Paliatywnej AMG.

**Jak Pani ocenia stopień edukacji studentów i młodych lekarzy z zakresu symptomatologii, która dominuje w medycynie paliatywnej, ale także dotyczy osób nieuleczalnie chorych?**

Nauczanie medycyny jest ukierunkowane na wiedzę dotyczącą aktywnej terapii choroby z zastosowaniem najnowszych technik i leków. Dzieje się tak zarówno podczas studiów medycznych, jak i szkolenia podyplomowego. Prowadząc zajęcia z medycyny paliatywnej dla studentów VI roku wydziału lekarskiego, zauważyłam, że są oni otwarci na nowoczesne metody leczenia, ale nie są świadomi wszystkich objawów choroby. Często zadają im pytanie: czy chory

dializowany cierpi z powodu bólu? Mimo iż wiedzą, że u pacjenta wykonano przetokę tętniczo-żylną wykorzystywaną do hemodializ, którą należy nakłuwać grubymi igłami 3 razy w tygodniu, że chorobie nerek towarzyszy osteodystrofia nerkowa, że chorzy mają polinuropatię mocznicową, studenci nie kojarzą tych aspektów choroby z bólem. Podczas zajęć zaczynają rozumieć, że postępowanie paliatywne to niezwykle istotna część procesu leczenia. Trudno się jednak dziwić, że dla części z nich medycyna paliatywna to nic ciekawego, nowoczesnego, satysfakcjonującego. Myślę, że będzie tak dopóki, dopóty zagadnienie medycyny paliatywnej nie będzie dodatkowo włączone w program każdego przedmiotu klinicznego nauczanego w ramach studiów i specjalizacji medycznych. Tak dzieje się np. w Stanach Zjednoczonych, gdzie do specjalizacji z nefrologii włączono obowiązkowy program szkolenia z zakresu opieki paliatywnej. Z kolei studentom medycyny podczas oddzielnych zajęć z medycyny paliatywnej na VI roku powinno się przekazywać najnowszą wiedzę z zakresu zarówno leczenia objawów, jak i pomocy psychicznej, socjalnej i duchowej, a także komunikacji z chorym, zwłaszcza w okresie terminalnym.

**Medycynę paliatywną niekiedy stawia się na przeciwstawnym biegunie do procesu leczenia. Co Pani o tym sądzi?**

To prawda, że medycyna paliatywna wciąż jest postrzegana jako niespecjalistyczna opieka nad chorym umierającym. Pamiętam moment objęcia przeze mnie kierownictwa Zakładu Medycyny Paliatywnej i opinie wielu kolegów lekarzy, że nie jest to odpowiednia dziedzina dla aktywnego specjalisty. Należy zmienić powszechnie przyjęty pogląd, że medycyna paliatywna obejmuje swoim działaniem jedynie okres umierania i tylko pacjentów onkologicznych. Oczywiście ci chorzy i ten okres ich życia to sfery działania medycyny paliatywnej, ale w XXI wieku powinniśmy tę dziedzinę postrzegać w znacznie szerszym kontekście. Już w piśmiennictwie anglosaskim mówi się o medycynie wspierającej, a więc zapewniającej zarówno zmniejszenie cierpienia fizycznego, jak i wsparcie psychiczne, socjalne i duchowe chorym oraz ich rodzinom na każdym etapie choroby przewlekłej, zwłaszcza nieuleczalnej. Dotyczy to okresu od zdiagnozowania schorzenia, poprzez aktywne leczenie, do momentu postępowania paliatywnego w fazie terminalnej i jeszcze później wspierania rodziny w czasie żałoby. Tak zresztą stanowi aktualna definicja opieki paliatywnej według Światowej Organizacji Zdrowia. Postępowanie wspierające/paliatywne powinno dotyczyć nie tylko pacjentów onkologicznych.

Pierwszą przyczyną zgonów w społeczeństwach cywilizowanych są choroby sercowo-naczyniowe: pacjent z zaawansowaną niewydolnością serca wymaga opieki paliatywnej w podobnym zakresie co chory onkologiczny, a tej opieki nie zapewnia mu na ogół specjalista kardiolog. Często pacjent nie zgłasza swoich dolegliwości i potrzeb, aby „nie martwić” swojego lekarza, który zapewnia mu specjalistyczne leczenie zgodne z najlepszymi standardami. Nierzadko wobec braku możliwości dalszej terapii specjalista ma poczucie porażki, a chory i jego rodzina sami borykają się z problemem umierania. Dlatego medycyna paliatywna powinna stanowić integralną część programów edukacyjnych z zakresu różnych specjalności medycyny, a specjaliści medycyny paliatywnej powinni brać aktywny udział w leczeniu pacjentów na każdym etapie choroby.

#### **Jakie osiągnięcie medycyny paliatywnej w Polsce uważa Pani za najważniejsze?**

Wielkim osiągnięciem jest uznanie w Polsce tej dziedziny za specjalistyczną i niezbędną dla chorych gałąź medycyny, a także zbudowanie systemu opieki domowej i stacjonarnej, stworzenie standardów opieki paliatywnej i uświadomienie konieczności jej finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Bardzo dużym sukcesem jest powołanie specjalizacji z medycyny paliatywnej oraz profesjonalnie prowadzona sformalizowana edukacja przed- i podyplomowa (podstawowa, zaawansowana i ciągła) z zakresu medycyny paliatywnej. Miałam okazję mówić o tym podczas wykładu na sesji *European Conference of Health Economics* zatytułowanej *Human and Economic Benefit of Hospice-Palliative Care* w Budapeszcie w lipcu bieżącego roku. Jesteśmy stawiani za przykład wśród krajów Unii Europejskiej, za co chwala należy się profesorom Krystynie de Walden-Gałuszko i Jackowi Łuczakowi, ale także lekarzom, pielęgniarkom, księżom, psychologom, wolontariuszom i wielu innym ludziom, bo bez ich bezinteresownego zaangażowania nie byłoby możliwe stworzenie takiego systemu opieki nad ciężko chorymi.

#### **Jakie ma Pani plany na najbliższą przyszłość?**

Chciałabym, aby medycyna paliatywna miała dowody swojej skuteczności (*evidence based medicine*) w różnych sferach jej działania. Dlatego prowadzę badania naukowe dotyczące obecności objawów i ich zwalczania poprzez stosowanie leków czy rehabilitację wśród przewlekłe chorych, ich wpływu na jakość życia oraz poziom negatywnych emocji. Zajmuję się również jakością edukacji przed- i podyplomowej w obszarze aspektów medycyny paliatywnej. W badaniach tych aktywnie

uczestniczą asystenci z mojego Zakładu: dr med. Aleksandra Modlińska — pełniąca jednocześnie funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. medycyny paliatywnej, dr med. Justyna Janiszewska — psycholog, lek. Tomasz Buss — wkrótce broniący swojej rozprawy doktorskiej oraz słuchaczki studiów doktoranckich: lek. Justyna Gołębiewska i lek. Magdalena Ossowicka. Chciałabym włączyć się również do europejskich programów badawczych. Liczę także na zacieśnianie kontaktów z hospicjami i wspólne prowadzenie szkoleń. Dzięki współpracy z Hospicjum im. Księdza Dutkiewicza w Gdańsku i zaangażowaniu duszpasterza hospicjów ks. Piotra Krakowiaka w czerwcu bieżącego roku zorganizowaliśmy 40-godzinny kurs podstawowy dla pracowników hospicjów wymagany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zakład Medycyny Paliatywnej AMG organizuje także kursy wymagane do uzyskania specjalizacji z medycyny paliatywnej, których merytorycznym kierownikiem jest prof. Krystyna de Walden-Gałuszko, będąca konsultantem krajowym w tej dziedzinie i wspierająca mnie swoim ogromnym doświadczeniem. Jednocześnie staram się przedstawiać aspekty medycyny paliatywnej w szerokim ujęciu podczas wykładów, np. na Konferencji Medycyny Rodzinnej w Szczecinie, Konferencji „Postępy Dializy Otrzewnowej” w Dźwirzynie (obie odbyły się w maju br.) czy podczas Krakowskich Dni Dializoterapii (wrzesień tego roku). W marcu bieżącego roku miałam zaszczyt i przyjemność być gościem prof. Zbigniewa Żylicza i dr med. Małgorzaty Krajnik. W Międzynarodowej Szkole Medycyny Paliatywnej w Bydgoszczy wygłosiłam wykład na temat problemu wstrzymania dializoterapii. Prowadzę również Ośrodek Dializy Otrzewnowej oraz działalność naukową i dydaktyczną z zakresu nefrologii i dializoterapii otrzewnowej. Oczywiście od nowego roku akademickiego będę prowadziła zajęcia dydaktyczne na Wydziałach Lekarskim i Nauki o Zdrowiu.

#### **Jest Pani bardzo zajęta osobą. Skąd czerpie Pani siły do działania?**

Moim oparciem jest rodzina. Mój mąż Maciej również jest lekarzem i ma równie wiele obowiązków jak ja. Staramy się jednak każdą wolną chwilę poświęcić naszym małym jeszcze córkom: 13-letniej Julii i 7-letniej Marcie. To ich sukcesy i radości, ale też smutki i rozczarowania, nasze wspólne rozmowy i muzykowanie (gramy na fortepianie), wyprawy dalekie i bliższe dają mi chęć oraz siłę do dalszej pracy.

#### **Dziękujemy za rozmowę**

*Rozmawiały: dr Małgorzata Krajnik  
i Sabina Bojko*