

## Wywiad z Ans Vielvoye-Kerkmeer, kierownikiem interdyscyplinarnego zespołu do zwalczania bólu na Uniwersytecie w Leiden i pionierem medycyny paliatywnej w Holandii

Interview with Ans Vielvoye-Kerkmeer,  
the chief of the interdisciplinary team for the pain management  
at Leiden University and the pioneer of palliative medicine in Holland

**Ans, znamy się od wielu lat, spotykamy się niemal codziennie na posiedzeniach różnych komisji i podczas rozmaitych wykładów. Od pewnego czasu jesteś członkiem rady naukowej Polskiej Medycyny Paliatywnej. W Holandii Twoja osoba nierozdzielnie kojarzy się z rozwojem medycyny paliatywnej. Czy mogłabyś czytelnikom PMP powiedzieć coś o sobie, kim jesteś, jaka była Twoja droga do tego, co robisz obecnie?**

Może zacznę od krótkiego przedstawienia się. Nazywam się Ans Vielvoye-Kerkmeer, urodziłam się w 1943 roku w Leeuwarden, mieście położonym na północy Niderlandów, we Fryzji. W 1952 roku moi rodzice przeprowadzili się do Rijswijk — miasta, które jest jakby przedmieściem Hagi. Po ukończeniu szkoły średniej zaczęłam studiować medycynę w Leiden. Po pewnym okresie uczenia się w szkole pielęgniarskiej rozpoczęłam specjalizację z anestezjologii.

W 1970 roku spotkałam po raz pierwszy mojego wielkiego inspiratora — profesora Sikkel, ginekologa zainteresowanego problemami umierających chorych. To on zorganizował pierwszy oddział dla takich osób. Pamiętam, że ta sala miała numer 88. Stała się ona dla nas symbolem. Na tej sali, zamiast 10 czy 12 chorych, przebywały tylko 4 osoby. To już był olbrzymi postęp! Chorzy czuli się dzięki temu bardziej „jak w domu”. Salę w inny sposób umeblowano, znajdowały się tam miękkie fotele, telewizor (w tamtych czasach było to rzadkością). Najważniejszą zmianę stanowiły nieograniczone odwiedziny rodzin. W autorytatywnej Holandii była to niemal rewolucja, przełom, chociaż o medycynie paliatywnej jeszcze nikt nie mówił, ani nawet nie myślał.

Bardzo szybko okazało się, że konieczne jest podejście interdyscyplinarne. W 1971 roku mój profesor, anestezjolog — prof. Spierdijk doprowadził do powstania pierwszego w Holandii zespołu zajmującego się terapią bólu, który składał się z lekarzy wielu dyscyplin. Wkrótce po rozpoczęciu specjalizacji zaczęłam się zajmować problemami bólu i opieką paliatywną. Formalnie specjalizacji w tej dziedzinie nie udało mi się nigdy zrobić, ponieważ w Holandii nie ma takiej możliwości. Wiedzę zdobywałam, czytając wiele czasopism, konsultując się z kolegami z zagranicy i uczestnicząc w międzynarodowych kongresach. Przyznaję, że dużo było w tym improwizacji.

Przełomem było utworzenie przez J. Bonica międzynarodowej organizacji zajmującej się badaniem przewlekłego bólu — *International Association for the Study of Pain*, która od początku skupiała także osoby zainteresowane opieką paliatywną nad pacjentami z chorobami nowotworowymi.

Wówczas, jeszcze podczas międzynarodowych zjazdów mówiono, że morfina powoduje uzależnienie i że należy tego leku używać bardzo oszczędnie. Jeżeli przewidywano, że chory ma przed sobą dłuższy okres życia, zabraniano podawania morfiny. Stosowano natomiast wszystkie inne leki, które nazywały się inaczej. Na przykład często stosowano pentazocynę (która powoduje bardzo nieprzyjemne działania niepożądane!) albo bezytramid, lek o wątpliwej reputacji, który udało się zarejestrować tylko w Holandii — dzięki lukom w przepisach. Na szczęście lek ten wycofano potem ze sprzedaży. Teraz wstydzę się, ponieważ wówczas sama tak postępowałam, tłumaczyłam to innym i uczyłam studentów. Ale robiliśmy to, co potrafiliśmy i to, w co wierzyliśmy. Prawdopo-

dobnie ważniejsze w tym wszystkim było nasze inne podejście do chorego, nasze zainteresowanie cierpieniem i empatia, które powodowały, że u wielu pacjentów ból stawał się bardziej znośny.

Dzięki moim zainteresowaniom problemami bólu mianowano mnie szefem zespołu do walki z bólem. Po urodzeniu drugiego syna w 1978 roku pracowałam w niepełnym wymiarze godzin. Naturalnie nie było łatwo jednocześnie kierować zespołem i wychowywać dzieci. Nigdy nie nudziłam się — nie miałam na to czasu. W 1991 roku, oprócz zajęć w szpitalu akademickim w Leiden, rozpoczęłam pracę w Instytucie Onkologicznym im. Antoniego van Leeuwenhoek w Amsterdamie. Przez wiele lat jeździłam tam dwa razy w tygodniu. Bardzo się zżyłam z zespołem pielęgniarskim i z niektórymi specjalistami. Wkładałam w pracę wiele serca i dlatego było mi bardzo przykro, kiedy zaproponowano mi wcześniejszą emeryturę. Niestety po wypadku, który miałam kilka lat temu, było to konieczne. Dzięki ciężkiej pracy, wnikliwej obserwacji pacjentów i ciągłej dyspozycyjności nabyłam wiele umiejętności, takich jak łączenie leków, używanie ich w taki sposób, aby działania niepożądane można było wykorzystywać terapeutycznie itd. Wszystko po to, aby pacjentowi można było przynieść ulgę w cierpieniu.

#### **Czy mogłabyś powiedzieć, jak rozumiesz różnicę między anestezjologią a medycyną paliatywną?**

Myślę, że na to pytanie nie będzie mi trudno odpowiedzieć. Anestezjologia to specjalizacja bardzo techniczna. Stosujemy blokady i różne inne metody inwazyjne. Ale anestezjologia nie zajmuje się tym, co mnie zawsze bardzo interesowało w medycynie paliatywnej: kontaktem z chorym. I to właśnie stało się przyczyną, dla której w pewnym momencie zaczęłam stosować mniej „techniki” i mniej zabiegów, a zajęłam się bardziej „duszą” chorego.

#### **Jakie działania Twoim zdaniem trzeba podjąć, aby w Holandii (a pośrednio również w Europie) medycyna paliatywna stała się bardziej akceptowana i dotarła do wszystkich lekarzy?**

W Holandii organizuje się bardzo dobre kursy i szkolenia z zakresu medycyny paliatywnej. Niestety, są one dostępne tylko dla nielicznych spośród zainteresowanych osób. Na szczęście na uczelniach mówi się coraz więcej o medycynie paliatywnej. W tym roku rozpoczynają się w Leiden tzw. Spotkania Dydaktyczne. Są one przeznaczone szczególnie dla studentów VI roku, czyli już prawie przygotowanych do pracy lekarzy. Będą oni szkoleni w zakresie

medycyny paliatywnej. Wykładowcami w tych programach są specjaliści, lekarze rodzinni i pracownicy socjalni. Zwracamy uwagę na powtórzenie wiedzy nabytej podczas wcześniejszych lat studiów. Chcielibyśmy, aby pomoc człowiekowi i ulżenie mu w cierpieniu stało się celem w życiu dla tych lekarzy.

Na prawdziwe instytucje medycyny paliatywnej jest chyba jeszcze za wcześnie. Konieczne jest większe zainteresowanie społeczności lekarskiej. Uważam, podobnie jak wielu moich kolegów, że obecnie bardzo ważne jest właśnie rozpowszechnianie tego zagadnienia. Dowodem tego jest olbrzymie zainteresowanie naszym kursem KOP, dotyczącym wiedzy z zakresu medycyny paliatywnej. Kurs prowadzi interdyscyplinarny zespół, co pozwala na utrzymanie jego wysokiego poziomu.

#### **Co Twoim zdaniem można uznać za najważniejsze osiągnięcie naukowe w medycynie paliatywnej?**

Odpowiedź na to pytanie nie jest prosta. Badania naukowe w zakresie medycyny paliatywnej są bardzo trudne do zrealizowania. Wiele z nich polega na przeprowadzeniu z pacjentami bardzo długich, męczących ankiet i wywiadów. Zawsze mam nadzieję, że wyniki czegoś nas nauczą i będzie je można wykorzystać. Nie zawsze tak jest. Może w przyszłości szansa na lepsze zrozumienie i leczenie chorych będzie większa. Może znając mechanizmy powstawania objawów, będziemy potrafili lepiej dobierać leki. Możliwość doskonalszego, skuteczniejszego leczenia wiąże się zapewne z lepszym poznaniem farmakogenetyki, np. dotyczącej leków przeciwbólowych. Myślę, że właśnie w tym zakresie obserwuje się największy postęp. Na razie jeszcze na etapie badań doświadczalnych, ale ufam, że niebawem te odkrycia będzie można zastosować w praktyce klinicznej.

#### **Jaki jest związek między eutanazją a medycyną paliatywną?**

Nie ma i nie powinno być żadnego związku czy zależności pomiędzy medycyną paliatywną a eutanazją. Eutanazja jest wyborem chorego, kiedy jego cierpienie jest, według niego, zbyt duże, nie do udźwignięcia i kiedy czuje, że nie ma innego wyjścia. Każdy z nas zna tego rodzaju beznadziejne sytuacje. Ale każdy z nas także doświadcza sytuacji, w której po spokojnej rozmowie, po zaofiowaniu naszej pomocy, wspartej wiedzą i doświadczeniem udaje się znaleźć nowe rozwiązanie i zaproponować inne wyjście. Dlatego nie należy decydować się na eutanazję zbyt szybko, jeżeli w ogóle.

Jednocześnie cierpienie chorego trzeba traktować poważnie, należy się nad nim uczciwie zastanowić, nie można zbywać pacjenta. Opieka paliatywna zawsze musi być na wysokim poziomie. Mówi się teraz w Holandii, że sedacja terminalna powinna zastąpić eutanazję. Uważam takie podejście za zupełnie niedopuszczalne. Sedacja terminalna jest rzeczywiście metodą zmniejszenia cierpienia człowieka umierającego, ale nie jest ona w żadnym sensie alternatywą dla eutanazji.

**Czy pracowałaś w przeszłości z kolegami z Polski? Jak to oceniasz z perspektywy lat?**

Przez wiele lat przyjeżdżali do Holandii polscy anesteziolodzy. Pracowali miesiąc lub dwa na naszym oddziale. Pamiętam Jana Bardzika, Marię Referowską i naturalnie Jankę Suchorzewską. Tych koleżanek i kolegów było znacznie więcej, ale mieli bardzo trudne

do zapamiętania nazwiska. Rozmowy z nimi były zawsze pouczające. Około 2 lata temu profesor Janka Suchorzewska zaprosiła mnie jako wykładowcę na zjazd naukowy do Gdańska. To było wspaniałe! Spotkałam ją wtedy po wielu latach, a wydawało się nam, że ten okres niewidzenia się był bardzo krótki. Dopiero kiedy zobaczyłam jej syna, dziś doświadczonego anesteziologa, a wówczas małego chłopca, uświadomiłam sobie, jak szybko upływa czas.

Na zakończenie chciałam dodać, że praca z chorym umierającym powinna być postrzegana przez nas lekarzy jako wyzwanie do lepszej opieki, jako zaszczyt, a nie udręczenie. Tak to zawsze odczuwałam i tak jest dalej.

Dziękuję za rozmowę.

*Rozmawiał: Dr Zbigniew Zylicz*