

# Wywiad z prof. dr hab. med. Ewą Jassem, kierownikiem Kliniki Alergologii Akademii Medycznej w Gdańsku



**Proszę o krótkie przedstawienie swojego doświadczenia zawodowego od momentu odebrania dyplomu lekarza.**

Od momentu ukończenia studiów pracuję w Katedrze i Klinice Chorób Płuc Akademii Medycznej, która w 2003 roku została podzielona na dwie jednostki: Klinikę Pneumonologii oraz Klinikę Alergologii. Objęłam funkcję kierownika drugiej z wymienionych klinik; jestem lekarzem chorób wewnętrznych i specjalistą z zakresu chorób płuc.

**Jak doszło do Pani spotkania z medycyną paliatywną?**

Moje zainteresowanie medycyną paliatywną wiąże się z poznaniem, a następnie przyjaźnią z dr Małgorzatą Krajnik, która od początku swojej pracy lekarskiej poświęciła się tej specjalności i zdobyła gruntowne wykształcenie w tym zakresie. (Dr med. Małgorzata Krajnik pracuje obecnie w nowopowołanej jednostce: Katedrze i Zakładzie Opieki Paliatywnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy — przyp. red.). Myślę, że od początku naszej znajomości fascynował mnie Jej entuzjazm i poświęcenie dla pracy z przewlekłe i nieuleczalne chorymi. Ta fascynacja przerodziła się potem w chęć współpracy. W pracy klinicznej zawsze najbardziej interesowałam się ra-

kiem płuca. Od lat moje zainteresowania naukowe dotyczyły jednak przede wszystkim biologii molekularnej tego nowotworu i wpływu wybranych zaburzeń molekularnych na jego rozwój, a zatem okresu poprzedzającego rozwój guza i jego wczesnej fazy. Natomiast kontakt z dr Krajnik i innymi osobami zajmującymi się profesjonalnie medycyną paliatywną dał mi możliwość lepszego poznania ostatniej fazy tej choroby. Nastąpiło zatem jakby „spięcie klamrą całej choroby” — od jej powstania do ostatniego etapu, i to chyba pozwoliło mi lepiej ją zrozumieć.

**Medycynę paliatywną określa się niekiedy jako system opieki (*care system*), w pewnym sensie przeciwstawiając ją systemowi leczenia (*cure system*). W której rzeczywistości bardziej się Pani odnajduje?**

Muszę przyznać, że jestem zdecydowanie przedstawicielem *cure system*, ale właśnie kontakt z lekarzami medycyny paliatywnej nauczył mnie pokory wobec choroby. Wyraźniej uświadomiłam sobie, że jest moment, w którym nie należy już walczyć za wszelką cenę, aczkolwiek nie oznacza to rezygnacji z jakichkolwiek działań lekarskich. I to chyba najcenniejsze doświadczenie zdobyte podczas tej współpracy. Sama nadal jestem przede wszystkim lekarzem leczącym, niekiedy bardzo intensywnie, co jednak nie oznacza, że zgadzam się z przeciwstawianiem obu wymienionych przez Pana systemów.

**Gdy w terapii dochodzi się do punktu, w którym widać, że nie uzyskuje się dalszych efektów, jak utrzymać autentyczny kontakt z chorym?**

To trudne i dość osobiste pytanie. Myślę, że umiejętność radzenia sobie z takimi sytuacjami przychodzi razem z doświadczeniem i wiekiem. Pomocna jest też oczywiście wiedza o samym przebiegu choroby. Pamiętam, że na początku mojej pracy zawodowej było mi niezwykle trudno pogodzić się z sytuacją, w której niewiele mogę już pomóc, a choroba — pomimo intensywnych działań — zmierza ku fatalnemu końcowi. To było dla mnie bardzo trudne

do zaakceptowania, stało się nawet przyczyną moich rozmyślań nad tym, czy nie zmienić zawodu. Cieszę się jednak, że tak się nie stało.

**Co jest podstawą nawiązania i utrzymania właściwej relacji z osobą śmiertelnie chorą?**

Podstawą takiej relacji jest przede wszystkim możliwie jak najskuteczniejsze uśmierzenie objawów choroby, często zupełnie obezwładniających. Duże znaczenie ma jednak sama gotowość do niesienia pomocy, dostępność lekarza i wytrwanie z chorym w jego cierpieniu. Rodzi się kontakt emocjonalny, który zwykle jest wsparciem dla pacjenta w ostatnim okresie choroby.

**Wydaje się, że bardzo istotna jest szczerość lekarza wobec chorego. Czy należy jednak mówić całą prawdę?**

Tak, oczywiście. Uczciwość wobec chorego ma zasadnicze znaczenie. Należy jednak zawsze słuchać swoich chorych. Nawet jeśli pacjent zdaje sobie sprawę, że cierpi na chorobę o złym rokowaniu, to zwykle chce usłyszeć od lekarza tyle, ile w danym momencie może znieść. Wydaje się, że w takiej sytuacji, nawet jeśli nie mówimy wszystkiego, nie jesteśmy nieszczerzy.

**Jak zajmować się tak trudną dziedziną medycyny jak opieka paliatywna i nie popaść w przygnębienie czy wręcz zupełnie załamanie?**

Wydaje mi się, że obecnie może być to nieco łatwiejsze niż dawniej. Opracowano standardy postępowania w walce z objawami chorób terminalnych. Kształceni są specjaliści, dzięki którym pacjenci doznają naprawdę wielkiej ulgi w cierpieniu. A więc opieka paliatywna nie opiera się już wyłącznie na trwaniu przy chorym i wsparciu psychicznym. Lekarz uświadamia sobie, że może być rzeczywiście skuteczny.

**Kiedyś chory z niewydolnością serca w przebiegu zaawansowanej choroby wieńcowej powiedział mi, że dla niego duszność jest objawem najgorszym do zniesienia i o wiele bardziej obawia się jej napadów niż bólu. Czy mogłaby Pani skomentować to w świetle własnych doświadczeń?**

Ja też spotkałam się z taką opinią chorych. Duszność to z pewnością jeden z najbardziej uciążliwych objawów, jakich można doświadczyć. Wiąże się to niewątpliwie z ogromnym lękiem. Chorzy mają poczucie bezpośredniego zagrożenia życia. Jest to poczucie bardzo realne, bo istotnie duszność towarzyszy sytuacjom, które często stanowią takie zagrożenie. Problemem duszności zajmują się od wielu lat, a podsumowaniem moich doświadczeń jest wydana

przed kilkoma miesiącami pierwsza polska monografia poświęcona temu zagadnieniu, którą miałam zaszczyt redagować.

**Czego dokonano w zwalczaniu duszności będącej objawem nieuleczalnej choroby układu oddechowego? Czy coś w tej kwestii jeszcze można zrobić?**

W ostatnich latach istotnie pogłębiła się wiedza na temat mechanizmów, które prowadzą do duszności, zwłaszcza w chorobach nowotworowych. Pozwoliło to na zmianę podejścia do leczenia pacjentów z tym objawem. Wdrożono farmakoterapię, której wcześniej w ogóle nie stosowano. Mam tu na myśli przede wszystkim opioidy. Ale nie tylko. Czy można coś jeszcze zrobić? Przede wszystkim widzę tu większe możliwości dla medycyny paliatywnej. Myślę, że jest to dziedzina, która powinna obejmować swoim działaniem nie tylko pacjentów z nowotworami. Z powodu duszności cierpią również chorzy na przewlekłe schorzenia układu oddechowego. Są oni albo pozostawieni sami sobie, albo nie mają właściwej pomocy ze strony lekarzy, którzy nie zawsze rozumieją mechanizmy prowadzące do duszności i nie wiedzą, jak sobie z tym objawem poradzić. Dobrym przykładem są chorzy z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Średni czas przeżycia w ciężkiej postaci tej choroby wynosi około 5 lat i jest porównywalny ze średnią życia chorego na niektóre nowotwory złośliwe. A są to chorzy w praktyce pozbawieni opieki specjalistycznej w zakresie zwalczania objawów. Należy przy tym pamiętać, że według przedstawionego w Parlamencie Europejskim raportu dotyczącego chorób układu oddechowego, przewlekła obturacyjna choroba płuc jest obecnie czwartą przyczyną zgonów na świecie.

**Jak Pani zdaniem przebiega proces edukacji studentów, a potem młodych lekarzy w zakresie zwalczania symptomatologii, która jest domeną medycyny paliatywnej, ale może także dotyczyć nieuleczalnych chorób przewlekłych?**

Jestem przekonana, że proces edukacji podąża we właściwym kierunku, choć na podstawie własnych doświadczeń mogę powiedzieć, że zdarza się, iż nawet specjaliści medycyny paliatywnej nie wiedzą, jakie są możliwości na przykład leczenia wewnątrzoskrzelowego. Na szczęście szkolenie podyplomowe, od czasu kiedy powstała specjalizacja w zakresie medycyny paliatywnej, wydaje się prawidłowo zorganizowane i tym, którzy chcą uzupełniać wiedzę, daje szansę na zdobycie potrzebnych wiadomości.

**Bardzo dziękuję za rozmowę.**

*Zebrał dr med. Łukasz Stolarczyk*