

Wysokiej jakości opieka medyczna i godna śmierć

Jeanne L. Steiner, DO

Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut, USA

Quality Care and a Good Death

Mayo Clin Proc 2011;86(3):227-228

Pochodzę z rodziny, w której jest dużo lekarzy, prawników i innych profesjonalistów. Dlatego też gdy moja mama doznała rozległego udaru mózgu, wszyscy mieliśmy nadzieję, że będzie pod dobrą opieką i że wyzdrowieje, ale jednocześnie byliśmy realistami. W czasie świątecznego weekendu z okazji Dnia Niepodległości (4 lipca) mama wypoczywała na jednej z wysp u wybrzeży Nowej Anglii. Wieczorem, po miłej kolacji i ożywionej dyskusji z resztą rodziny, położyła się spać. Rano znaleziono ją nieprzytomną. Najważniejszą sprawą było ustalenie rozpoznania i ustabilizowanie jej stanu w lokalnym szpitalu, a dopiero później – przetransportowanie jej do większego centrum medycznego, już na stałym lądzie. Wiedzieliśmy, że szpital położony na wyspie ma dobrą reputację, sami jednak zajmujemy się zarządzaniem w szpitalu i wiemy, jak skomplikowane jest zapewnienie pacjentom opieki na odpowiednim poziomie i jak często pomiędzy samymi pracownikami szpitala oraz pomiędzy lekarzami, pacjentami i ich rodzinami dochodzi do nieporozumień. Zdajemy sobie również sprawę z tego, że pracownicy mają dobre intencje i wkładają wiele wysiłku, aby poprawić jakość swoich usług, zmniejszyć ryzyko powikłań i zapewnić opiekę skoncentrowaną na pacjencie i rodzinie, ale mamy jednocześnie świadomość, że świąteczny weekend nie sprzyja realizowaniu tych postaw.

Na izbę przyjęć zajęto się nami w sposób przemyślany i troskliwy. Gdy mówiono, że jakaś czynność zajmie 10 minut i proszono nas o opuszczenie pomieszczenia na ten czas, rzeczywiście po 10 minutach mogliśmy wrócić. Serię badań, które miały potrwać nawet parę godzin, zaplanowano w takim czasie, żebyśmy mogli coś zjeść i zakwaterować się w hotelu. Te drobne, ale taktowne decyzje były zwiastunem głębokiego porozumienia między nami a pracownikami szpitala przez następne 24 godziny naszego pobytu tam.

Było dość późno w nocy, kiedy dr K., specjalista od udarów, spotkał się z nami. Zrelacjonował nam wyniki badań, pokazał zdjęcia tomografii komputerowej i szczegółowo wyjaśnił, jak rozległe jest niedokrwienie mózgu. Wszystko to brzmiało bardzo racjonalnie, ale my głównie zastanawialiśmy się, dlaczego przekazujący nam te wszystkie informacje lekarz jest tak poważny. Informacje, które przekazywał, wychodziły daleko poza to, co by-

liśmy w stanie zrozumieć w tym momencie. Wszystko stało się jasne dopiero wtedy, gdy lekarz zapytał nas, jaka byłaby wola mamy w sytuacji, gdyby trzeba było odłączyć ją od respiratora lub gdyby jej serce przestało bić. Mój ojciec, 90-letni, wciąż czynny zawodowo lekarz, powiedział, że wraz ze swoją żoną (są małżeństwem od 65 lat) dokładnie przedyskutowali tę kwestię i podpisali już wszystkie odpowiednie dokumenty. „Ale” – dodał ojciec – „podpisywaliśmy je, kiedy byliśmy zdrowi, a nie chorzy”. Dr K. wyczuł drżenie w głosie ojca i powiedział łagodnym tonem: „Nie musimy podejmować decyzji w tej chwili. Na razie będziemy wykorzystywać wszystkie możliwe formy leczenia.

Rano najbliższa rodzina mamy zebrała się na oddziale intensywnej terapii. Przywitałam się z rodzeństwem i powiedziałam im, że lekarz zajmujący się mamą, dr R., chciałby się z nami później spotkać. Mieliśmy podjąć decyzję. Gdy nadszedł wyznaczony moment spotkania, zostaliśmy zaproszeni do sali konferencyjnej, w której czekali na nas lekarz prowadzący, lekarz neurolog specjalizujący się w udarach mózgu, rezydent oddziału neurologii oraz pielęgniarka opiekująca się mamą. Cały zespół poświęcił nam pełną godzinę. Co więcej, żaden telefon ani pukanie do drzwi nie przerwało naszego spotkania – opieka nad resztą pacjentów musiała być bardzo skrupulatnie zaplanowana na ten czas. Dr R. rozpoczął spotkanie pytaniem „Jaką kobietą była pana żona”, dając w ten sposób do zrozumienia, w jakim kierunku zmierza rozmowa. Ton jego głosu był tak szczerzy i delikatny, że niektóre osoby z rodziny w pierwszej chwili nie zrozumiały, co kryje się za tym pytaniem. Następną godzinę spędziłyśmy, zastanawiając się nad jakością życia mamy przed udarem i jak mogłoby ono wyglądać, gdyby przeżyła. Różnice były ogromne, a wola mamy w takiej sytuacji jasna, ale dr R. dalej w sposób delikatny prowadził z nami rozmowę krok po kroku, uważnie odpowiadał na nasze pytania, wysłuchiwał naszych wątpliwości przemyśleń do czasu, aż decyzja wyłoniła się sama. Mieliśmy spędzić z mamą trochę czasu na osobności, później – kiedy będziemy już gotowi – lekarze mieli odłączyć mamę od respiratora.

Kiedy nadszedł czas, pielęgniarka zaprowadziła nas do pokoju, w którym mieliśmy czekać, podczas gdy mama była odłącza-

na. Kiedy wróciliśmy, była przykryta przytulnym kocem. Po kilku godzinach pielęgniarka powiedziała nam, że mama zostanie przeniesiona do innego pokoju, w którym będziemy mieli więcej prywatności. Pomyślałam cynicznie, że prawdziwym powodem przenosin jest raczej potrzeba zwolnienia łóżka na oddziale intensywnej terapii niż nasza wygoda, ale w rzeczywistości okazało się to dobrym rozwiązaniem dla rodziny. Zostaliśmy umieszczeni w prywatnym, wygodnie urządzonej pokoju z widokiem na miasto. Pokój był cichy i spokojny, a my staraliśmy się zachować ten spokój i ciszę, patrząc na spływającą morfinę i wsłuchując się w nieregularny i coraz płytszy oddech mamy.

Kiedy mama umarła, zaledwie dzień po tym, jak dostała udaru mózgu, byliśmy zszokowani i zrozpaczeni, tak jak każda rodzina w takiej sytuacji. Dzięki opiece, jaką otoczył nas szpital, za którą jesteśmy bardzo wdzięczni, łatwiej było nam przetrwać te trudne chwile. Przekazałam podziękowania dr. R, który powiedział mi, że część jego pracy polega na tym, żeby zadbać o godną śmierć pacjenta. Głęboko doceniam jego umiejętności i zaangażowanie i uważam, że był on jedną z najważniejszych osób, które przyczyniły się do realizacji tej idei. Wiem również,

że ucieleśnione przez niego wartości musiały być częścią kultury wszystkich pracowników tego szpitala, ponieważ wszystkie pielęgniarki, lekarze, technicy i inny personel pomocniczy traktowali nas z życzliwością i szacunkiem, co pomogło nam zmierzyć się ze śmiercią mamy.

Wiele zostało już powiedziane na temat jakości opieki medycznej i wskaźników, które świadczą o dobrej opiece, nie spotkałam się jednak, aby jako jej miernik brano pod uwagę uczucia towarzyszące pacjentowi i jego rodzinie. Śmierć mamy była dla nas wielką stratą, ale mieliśmy poczucie, że ukochaną przez nas osobę i naszą rodzinę otoczono wspaniałą opieką. Protokoły leczenia, zaawansowane techniki obrazowania i monitorowania wpłynęły oczywiście na jakość opieki medycznej, ale największe wrażenie zrobiła na nas życzliwość, szacunek i komunikatywność personelu: w izbie przyjęć, poczekalni oraz bezpośrednio przy mamie.

Adres do korespondencji: Jeanne L. Steiner, DO, Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, 34 Park St, New Haven, CT 06519; USA. E-mail: jeanne.steiner@yale.edu

© Translated and reproduced with permission from Mayo Clinic Proceedings.

Sprawdź swoją wiedzę

Medycyna po Dyplomie

PROGRAM EDUKACYJNY – DERMATOLOGIA
AKREDYTOWANY PRZEZ POLSKIE TOWARZYSTWO DERMATOLOGICZNE

Vol. 20/Nr 11/Listopad 2011

- | | | | | |
|-----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | a. <input type="checkbox"/> | b. <input type="checkbox"/> | c. <input type="checkbox"/> | d. <input type="checkbox"/> |
| 2. | a. <input type="checkbox"/> | b. <input type="checkbox"/> | c. <input type="checkbox"/> | d. <input type="checkbox"/> |
| 3. | a. <input type="checkbox"/> | b. <input type="checkbox"/> | c. <input type="checkbox"/> | d. <input type="checkbox"/> |
| 4. | a. <input type="checkbox"/> | b. <input type="checkbox"/> | c. <input type="checkbox"/> | d. <input type="checkbox"/> |
| 5. | a. <input type="checkbox"/> | b. <input type="checkbox"/> | c. <input type="checkbox"/> | d. <input type="checkbox"/> |
| 6. | a. <input type="checkbox"/> | b. <input type="checkbox"/> | c. <input type="checkbox"/> | d. <input type="checkbox"/> |
| 7. | a. <input type="checkbox"/> | b. <input type="checkbox"/> | c. <input type="checkbox"/> | d. <input type="checkbox"/> |
| 8. | a. <input type="checkbox"/> | b. <input type="checkbox"/> | c. <input type="checkbox"/> | d. <input type="checkbox"/> |
| 9. | a. <input type="checkbox"/> | b. <input type="checkbox"/> | c. <input type="checkbox"/> | d. <input type="checkbox"/> |
| 10. | a. <input type="checkbox"/> | b. <input type="checkbox"/> | c. <input type="checkbox"/> | d. <input type="checkbox"/> |

Proszę wpisać dane albo przybić pieczętkę z adresem

Imię i Nazwisko

Adres

Telefon e-mail

I specjalność stopień II specjalność stopień

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Medical Tribune Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie ul. 29 Listopada 10 dla celów marketingowych, w tym dla marketingu produktów i usług innych podmiotów. Zgadzam się na otrzymywanie informacji handlowych przesyłanych środkami komunikacji elektronicznej. Podane dane nie będą udostępniane innym podmiotom (odbiorcom). Dane zostały podane dobrowolnie. Każdej osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Odpowiedzi prosimy nadsyłać do dnia 30 listopada 2011 r. (decyduje data stempla pocztowego)