

Procedura powiadamiania o śmierci pacjenta

—“*In Person, In Time...*”

The procedure for death notification — “*In Person, In Time...*”

Krzysztof Sobczak

*Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej, Katedry Medycyny Społecznej
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*

Abstract

Informing of a patient's death is difficult for physicians as well as patient's families. Breaking bad news is part of clinical experience of physicians and existential experience of patient's close relatives. The professional manner of death notification may effectively reduce the level of stress and other negative emotions in both parties involved. Special information procedures defining cardinal rules of professional death notification have been devised to help physicians in this process. One of them, created in the United States in the 1990s, is the communication protocol — “*In Person, In Time*” — Recommended Procedures for Death Notification”, discussed in the present paper.

Key words: patient's death, information; patient's death, physician; patient's death, family; doctor-family relationship

Słowa kluczowe: śmierć pacjenta, informacja; śmierć pacjenta, lekarz; śmierć pacjenta rodzina; relacja lekarz–rodzina pacjenta

Anestezjologia Intensywna Terapia 2013, tom XLV, nr 4, 260–263

Jednym z najtrudniejszych zadań lekarza, będącym zarazem jego obowiązkiem, jest przekazanie informacji o śmierci pacjenta. Już sama śmierć chorego powoduje z reguły nieprzyjemną reakcję emocjonalną, którą dodatkowo mogą pogłębić stres i lęk związany z koniecznością przekazania informacji o zgonie. Zwyczajowo, obowiązek ten spoczywa na lekarzu prowadzącym lub pełniącym dyżur. Wyniki badań wskazują, że emocjonalne trudności napotymane przez lekarzy w powiadamianiu rodziny o śmierci pacjenta są odwrotnie proporcjonalne do liczby zgonów, które wystąpiły w praktyce lekarza [1]. Należy przy tym pamiętać, że rola lekarza może nie ograniczać się do rutynowych działań administracyjnych, ale bywa, że dotyczy także uzyskania informacji na temat ewentualnego sprzeciwu pacjenta co do pobrania narządów do przeszczepienia. Dyskomfort po-

głębia niepokój powodowany niemożliwą do przewidzenia reakcją bliskich na informację o śmierci chorego (szok, agresja, wątpliwości itd.). Bardzo często, w przypadku orzeczenia śmierci mózgu pojawia się niezrozumienie i niedowierzenie wiadomości, jaką przekazuje lekarz. Dla rodziny ciało pacjenta podłączone do skomplikowanej aparatury medycznej, wciąż ciepłe, z zachowaną czynnością układu krążenia, jeszcze kilka chwil temu uważane za żywe, ma być uznane na mocy przekazanej przez lekarza informacji za martwe.

Właściwy sposób powiadamiania o śmierci pacjenta może skutecznie zmniejszyć poziom stresu czy natężenie szoku w pierwszych chwilach po przekazaniu wiadomości o śmierci bliskiej osoby. Dla większości ludzi moment ten jest niezwykle traumatyczny i prawdopodobnie zostanie zapamiętany przez nich do końca życia. Forma tego rodzaju

Należy cytować anglojęzyczną wersję artykułu:

Sobczak K: The procedure for death notification — “*In Person, In Time...*”. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2013; 45: 241–243.

informacji jest więc niezwykle istotna dla jego najbliższych, którzy dotknięci stratą, reagują emocjonalnie. Profesjonalny sposób informowania pacjentów wpływa znacząco także na stan psychiczny lekarzy, zmniejsza stres czy lęk, co może skutecznie wzmacniać poczucie profesjonalizmu. Wyniki badań wskazują, że doświadczenie w informowaniu o śmierci pacjenta może zupełnie nie wystarczyć do opanowywania reakcji lękowych czy redukowania poziomu stresu, który staje się w tej sytuacji udziałem lekarza. Samo doświadczenie, bez posiadania fachowej wiedzy na temat profesjonalnych sposobów przekazywania tej najtrudniejszej z wiadomości, może powodować reakcje zupełnie przeciwne — zwiększenie poziomu lęku i stresu wraz z każdą nową koniecznością przekazania informacji. Oceny kursów, które dotyczyły umiejętności profesjonalnego przekazywania wiadomości o niekorzystnym rokowaniu i śmierci pacjenta, prowadzone dla studentów medycyny wykazały, że właściwa wiedza w tym zakresie oraz opanowanie procedury komunikacyjnej przynosi wyraźne zwiększenie poczucia kompetencji i profesjonalizmu (z 23% do 74%) [2, 3].

Zachodnie uniwersytety medyczne, dostrzegając ważność tych przestrzeni komunikacji, zarówno ze strony rodzin pacjentów, samych lekarzy, jak i społecznego odbioru poziomu usług medycznych, począwszy od lat 80. zaczęły wprowadzać dla studentów kursy dotyczące umiejętności przekazywania niekorzystnych wiadomości. Kursy te łączą aspekty teoretyczne (znajomość protokołów komunikacyjnych, wiedzę z zakresu psychologii klinicznej oraz komunikacji interpersonalnej i społecznej) z praktycznymi (umiejętnościami odczytywania i kontrolowania mowy ciała, wyrażania empatii, znajomości strategii reakcyjnych itd.). Następnie, zgodnie z dynamiką zajęć klinicznych, nabyte w ramach kursu umiejętności są doskonalone. Początkowo dzieje się to przez obserwację lekarza rezydenta, a następnie poprzez samodzielne przekazania informacji pod jego nadzorem. W kwestii omawianego zagadnienia w USA powstała na przestrzeni lat bogata literatura przedmiotu. Analizuje się w niej teoretyczne i praktyczne aspekty dotyczące skutecznej komunikacji niekorzystnych wiadomości, uwzględniając na przykład wiek pacjenta, dynamikę śmierci (nagła czy spodziewana), przyczynę zgonu, status społeczny rodziny (w aspekcie odbiorcy wiadomości) czy nawet proveniencję religijną. Praktyczne wskazówki dla studentów i stażystów dotyczą charakterystyki możliwych zachowań bliskich, właściwych form przekazywania wiadomości, możliwych błędów, sposobów zachowania podczas udzielania informacji aż po realizację konkretnych procedur formalno-administracyjnych.

Na gruncie medycznych form komunikacji istnieje wiele schematów mających ułatwić lekarzom przekazanie niekorzystnych informacji. Do jednych z najbardziej popularnych w USA należy SPIKES (*A Six-Step Protocol for Delivering Bad*

News) opracowany na początku lat 90. przez Roberta Buckmana [4–6]. Jest on skierowany głównie do lekarzy przekazujących pacjentowi informację o niekorzystnym rokowaniu, ale używa się go także w sytuacjach, kiedy informuje się rodzinę lub najbliższych o śmierci pacjenta. Pierwsza powszechnie uznana instrukcja ściśle dotycząca przekazywania informacji o śmierci o nazwie *In Person, In Time — Recommended Procedures for Death Notification* [7] powstała w USA w 1992 roku na zlecenie Biura Prokuratora Generalnego Stanu Iowa i została zaadaptowana przez różnego rodzaju służby państwowe [8]. Stała się także podstawą do wypracowania procedur informacyjnych w placówkach medycznych.

Przytoczona procedura opiera się na pięciu podstawowych zasadach, które charakteryzują praktyczny sposób przekazania informacji. Według protokołu wiadomość ma być przekazywana:

- **osobiście** (*in person*). Spotkanie stanowi podstawę innych warunków procedury. Podkreśla się potrzebę uszanowania prywatności i swobodnej reakcji emocjonalnej, stąd wynika konieczność, aby spotkanie z bliskimi odbywało się w takich warunkach, aby nie mogło być zakłócone przez osoby postronne;
- **w odpowiednim czasie** (*in time*) — informacja musi być przekazana jak najszybciej, ale warunkiem niezwłoczności jest odpowiednie przygotowanie: posiadanie pewności odnośnie do tożsamości zmarłego, wiadomości na temat okoliczności (i/lub przyczyn) śmierci, informacji (jeśli takie są możliwe) dotyczących stanu zdrowia osoby, która otrzymuje wiadomość, ustalenia, czy będzie potrzebna pomoc innych mogących być dla niej wsparciem (takich jak np. duchowny czy bliscy) oraz ustalenia, kto powinien być obecny, a kogo obecność jest zbędna w momencie przekazywania informacji;
- **parami** (*in pairs*) — wiadomość powinien przekazywać zespół dwuosobowy, w którym osoby stanowią dla siebie wzajemne wsparcie, są przygotowane, określiły podział ról oraz są gotowe, aby udzielić pomocy powiadomianym osobom w razie potrzeby;
- **w zrozumiałym sposobie** (*in plain language*) — informację należy przekazywać wprost, mówiąc powoli oraz zdaniami pojedynczymi, podając możliwe szczegóły, a następnie odpowiadając na pytania. Mówiąc o zmarłym, należy używać jego imienia i nazwiska. Rozpoczynając przekazywanie informacji, zwraca się uwagę na konieczność zastosowania frazy ostrzegającej, (jak np.: „Mamy do przekazania bardzo złą wiadomość...”) oraz podsumowania wyrażającego współczucie (jak np.: „Przykro mi, że tak się stało”). Wskazuje się również na to, aby nie używać zwrotów reifikujących (jak, np.: „ciało, zmarły” itp.) lub też fraz zbyt poufałych czy wartościujących (jak np.: „To trudniejsze niż ludzie myślą/Większość ludzi w podobnej sytuacji.../Gdybym był na pana miejscu...”).

— **ze współczuciem** (*with compassion*) — istotny charakter modelu informacyjnego określa empatyczność, próba rozumienia emocji towarzyszących osobom, które otrzymują wiadomość o śmierci kogoś bliskiego. Protokół podkreśla, aby przekazujący informację unikali odwoływania się do subiektywnych opinii i osobistych przekonań (np.: religijnych — „To była wola Boża”). Profesjonalizm przekazania niekorzystnej wiadomości oparty na empatii zakłada gotowość wsparcia i pomocy — ofertę skontaktowania się z osobami mogącymi udzielić wsparcia (duchowny, rodzina, przyjaciele) czy towarzyszenia bliskim podczas pożegnania ze zmarłym (jeśli jest to możliwe i sobie tego życzą). Istotne jest również to, aby chwila informowania o śmierci pacjenta nie była momentem przekazania osobistych przedmiotów zmarłego. Należy pamiętać, że taka informacja jest niezwykle traumatyczna, jej przyjęcie wymaga czasu i posiada swoją indywidualną dynamikę. Dlatego część przekazywanych informacji może nie zostać zrozumiana czy też może zostać uznana za nieistotną. Warto więc zapisać nazwiska czy numery telefonów, które okażą się dla bliskich pomocne w późniejszych etapach i koniecznych procedurach.

Niezwykle ważnym aspektem procedury jest zwrócenie uwagi na konieczność analizy procesu przekazania wiadomości, jakiej powinno się dokonywać w zespole, który to robi. Ustalenie tego, co wymaga dopracowania, oraz tego, co było prawidłowe to istotne elementy poszerzania miękkich kompetencji i kształtowania profesjonalizmu. Jest to również dobry moment na podzielenie się swoimi odczuciami i emocjami związanymi z pacjentem czy sytuacją, w której przekazywano wiadomość o jego śmierci bliskim. Szczerza rozmowa i wzajemne zrozumienie stanowi istotny czynnik redukujący stres czy przygnębienie.

Poza różnicami, jakie wynikają ze szczegółowych aspektów organizacyjno-formalnych placówek medycznych, w protokołach informacyjnych (analizowanych na podstawie zgromadzonego piśmiennictwa) można wyrazić stały schemat określony przez powyższą instrukcję. Inne protokoły, jak na przykład scenariusz podstawowych informacji dla lekarzy rezydentów Dyer [9], rozbudowują wytyczne o zasady informacji telefonicznej — akcentując obok przekazania wiadomości konieczność informacji o gotowości lekarza do spotkania z bliskimi, pomocy i udzieleniu im szczegółowych informacji. Bardzo często zdarza się, że tego rodzaju zawiadomienia dokonuje się w czasie, kiedy bliscy przebywają w pracy. Również protokół *In Person, In Time...* podkreśla, aby, dzwoniąc, upewnić się (jeżeli istnieje taka możliwość), że osoba otrzymująca informację przyjmuje ją w miejscu ustronnym, po to, aby na jej reakcję emocjonalną nie miała wpływu obecność przypadkowych osób.

Jeszcze inne scenariusze rozszerzają protokół o instrukcje zachowania się w przypadku konieczności identyfikacji ciała (przygotowanie i osobiste towarzyszenie bliskim).

Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z ustawą federalną w każdym szpitalu w USA występuje kliniczna komórka powołana do wymiany informacji na temat zapotrzebowania i dostępności możliwych narządów do przeszczepu (OPO, *Organ Procurement Organization*). W przypadku wystąpienia śmierci mózgowej, zgodnie z protokołami informacyjnymi, lekarz prowadzący lub dyżurujący informuje tylko o śmierci pacjenta. Formalną zgodę na pobór narządów uzyskuje uprawniony do tego koordynator (przeszkolony również w obszarze komunikacji). Rola lekarza prowadzącego lub dyżurującego ogranicza się jedynie do przekazania koordynatorowi informacji o możliwej zgodzie i ewentualnym zachęcaniu bliskich do jej wyrażenia [9]. Dlatego omawiane instrukcje nie uwzględniają sytuacji, w której lekarz, przekazując wiadomości o śmierci pacjenta, jednocześnie pyta bliskich o jego stanowisko w kwestii zgody na pobranie narządów.

Określenie schematów komunikacyjnych może wydać się próbą z góry skazaną na niepowodzenie. Każda sytuacja, w której przekazuje się informację o śmierci pacjenta, jest inna, niemożliwa do przewidzenia w swojej dynamice i reakcjach emocjonalnych rodziny. Niezależnie jednak od złożoności i indywidualnego charakteru takich sytuacji, oczekiwania bliskich pozostają z reguły zawsze takie same. Poza realizacją procedur medycznych od lekarza oczekuje się wsparcia informacyjnego i emocjonalnego [10]. Z tej perspektywy właśnie dokonuje się ocena profesjonalizmu lekarza. Żadne instrukcje czy protokoły nie są w stanie zastąpić empatii personelu medycznego, ale mogą nakreślić pewne schematy postępowania, które określają typowe, uniwersalne zachowania nawet dla nietypowych sytuacji. Wiedza na temat właściwych form przekazywania wiadomości niewątpliwie czyni tę trudną i stresującą sytuację znośniejszą także dla lekarzy.

W polskiej literaturze przedmiotu problem przekazywania wiadomości o śmierci pacjenta jest w zasadzie zupełnie pomijany. Należy jednak zaznaczyć, że kwestia kształtowania i rozwijania kompetencji miękkich przez pracowników ochrony zdrowia jest coraz wyraźniej zauważana. W literaturze i badaniach empirycznych z zakresu jakości usług leczniczo-opiekuńczych [11] czy w ramach programów dydaktycznych kierowanych do studentów kierunków medycznych coraz wyraźniej podkreśla się znaczenie jakości komunikacji jako jednego z ważniejszych determinantów procesu terapeutycznego [10, 12, 13]. W szerokich ramach zagadnienia istnieje wiele publikacji w zakresie strategii komunikowania wiadomości o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu [12, 13]. Pojawiają się również próby konstruowania

procedur informacyjnych w tym zakresie [14]. Niemniej, jest to problem wymagający osobnego omówienia. Konstytuują go bowiem takie czynniki jak na przykład: psychosomatyyczny stan chorego, jego zapotrzebowanie na informację, rodzaj diagnozy, możliwości terapeutyczne, a także specyficzne uwarunkowania aksjologii kulturowych i społecznych.

Piśmiennictwo:

1. Informing Families of a Patients Death: Guidelines for the Involvement of Medical Students. American Medical Association 1989: 1–3; <http://www.ama-assn.org/resources/doc/code-medical-ethics/818a.pdf>
2. Garg A, Buckman R, Kason Y: Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ* 1997; 156: 1159–1164.
3. Shoenberger JM, Yeghiazarian S, Rios C, Henderson SO: Death notification in the Emergency Department Survivors and Physicians. *West J Emerg Med* 2013; 14: 181–185.
4. Buckman R: How to break bad news: a guide for health care professionals. The Johns Hopkins University Press, Baltimore 1992: 65–97.
5. Buckman R, Kason Y: How to break bad news — a practical protocol for healthcare professionals. University of Toronto Press, Toronto 1992.
6. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP: SPIKES — A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist* 2000; 5: 302–311.
7. In Person, In Time — Recommended Procedures for Death Notification. 1992, 1995, 2008; http://www.iowa.gov/government/ag/helping_victims/contents/In_Person_In_Time_2008.pdf.
8. Moldovan E: The bad news bearers: the most difficult assignment in law enforcement. *ProQuest Discovery Guides*: May 2009: 1–23.
9. Dyer KA: Death Pronouncement and Death Notification: what the resident needs to know. Dealing with Death & Dying in Medical Education and Practice; <http://www.journeyofhearts.org/kirstimd/AMSA/pronounce.htm>, AMSA Convention March 30, 2001.
10. de Walden-Gałuszko K: Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Warszawa 2011; 198.
11. Zarzeczna-Baran M, Bandurska E, Nowalińska M, Daniluk R: Ocena jakości usług opiekuńczo-leczniczych dokonana przez pacjentów psychiatrycznego leczenia zamkniętego. *Ann Acad Med Gedan* 2012; 42: 41–52.
12. Świrydowicz T: Psychologiczne aspekty przekazywania niepomysłnych informacji o rozpoznawaniu choroby i prognozie. *Nowa Medycyna* 2001; 7: 74–78. <http://www.czytelniamedyczna.pl/1316,psychologiczne-aspekty-przekazywania-niepomyslnych-informacji-o-rozpoznaniu-chor.html>.
13. de Walden-Gałuszko K: U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. *Mak-Med*, Gdańsk 2000.
14. Barton-Smoczyńska I: Metoda pięciu kroków. Przekazywanie informacji o śmierci dziecka lub chorobie dziecka w czasie ciąży — komunikacja z ciężarną pacjentką. *Życie i płodność* 2009; 4, <http://www.zip.yellow-team.pl/kwartalnik/artukul/119/>.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Krzysztof Sobczak
Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej GUMed
ul. Tuwima 15, 80–210 Gdańsk
e-mail: ksobczak@gumed.edu.pl

Otrzymano: 13.03.2013 r.

Zaakceptowano: 13.07.2013 r.