

Kaj lahko stori medicinska sestra proti dehumanizaciji medicine

Ta naslov je pravzaprav nesmiseln; medicina, ki se je razvijala kot veda, odkar pomni človek, bi se niti ne mogla niti ne smela dehumanizirati in vendar je čas, v katerem živimo, takšen, da tudi druge vede, ki naj bi bile človeku kot posamezniku blizu, izgubljajo svoj pomen prav za tega posameznika, da postajajo splošne, bolj raziskovalne kot ukrepajoče, da se človeku odtujujejo in se torej dehumanizirajo. Posameznik postane v znanosti le podatek, akt, ki ga obravnavamo, da pojasnimo celoto problemov. — To je morda en razlog za dehumanizacijo. V medicini je tudi res, da so se z rastjo civilizacije v posameznih deželah odprla vrata zdravstvene službe zelo na široko. Zdravstvena vzgoja je ljudi zainteresirala za zdravje in ko se je zaradi tega močno dvignila frekvenca varovancev in bolnikov, so druge že prej, mi pa šele v zadnjih letih ugotovili, da so nas interes in potrebe ljudi prehiteli in da nas je mnogo premalo, da bi vse to zmogli.

Zdravstvene probleme družbe nasploh še nekoliko obvladamo, za posameznike pa je zmanjkalo časa, prostora in ljudi. Problem časa in prostora se da z dobro organizacijo in smotrnim delom še kakó premostiti, primanjkljaja ljudi in pomanjkljivega odnosa človeka do človeka pa nikakor ni moč obvladati. Malo pretirano je, pa vendar ne tako daleč od resnice, če rečemo, da nas čas terorizira in tehnika prevladuje. Saj tudi v osebnem življenju in v stikih, ki si jih želimo, nismo prosti: čas nas preganja, niti nam ne dovoljuje postanka in pomenkov. Čas je denar — še ni tako dolgo, ko smo to uvoženo frazo grajali, medtem ko nam je danes marsikdaj že kar življenjsko geslo in ob sistemu obračunavanja storitev v zdravstvu, je skorajda težko human odnos, čas, porabljen za sočloveka, ovrednotiti kot časovno in storitveno polnovredno aktivnost, o čemer smo se že večkrat pogovarjali. Nemara pa je to razlog, da se delo medicinske sestre pogosto še podcenjuje in da si mlajše kolegice kar rade izberejo bolj medicinsko-tehnično področje dela, kjer se da vse tako lepo konkretno ovrednotiti. »Navadna« nega bolnika je tako že nekoliko degradirana, dejansko pa postaja in bo še bolj, kadar bodo sposobne, ambiciozne, razgledane medicinske sestre našle hvaležnejše področje dela, medtem ko bi bolniku z manj zanimivo diagnozo, če bi tendenca še dalje šla v to smer, ostale samo resignirane kolegice, tiste, ki imajo bolniško sobo samo za prestopno postajo, in nekaj idealistk, ki jih novi čas ni potegnil za seboj. Normalna strokovna pot medicinske sestre je, da začne s fizično zahtevnejšim delom, s konkretnimi posameznimi dolžnostmi, in da kasneje prevzema kompleks-

nejše in obširnejše dolžnosti. Ni res, da dela za bolnika ali varovanca samo tista sestra, ki je ob njem; res pa je, da mora biti tudi tista sestra ob postelji — čeprav mlada — polnovredna kot človek in kot strokovna delavka, saj bolnik srečuje zdravstveno službo po posameznem zdravstvenem delavcu in čim dlje je ta ob njem, toliko bolj enači celotno službo s posameznikom, ki ga pozna, naj bo kakršenkoli že. Torej bi stiske ob pomanjkanju medicinskih sester nikakor ne smeli reševati z zniževanjem ravni tistih medicinskih sester, ki imajo osebno in konkretno na skrbi nepretrgano nego bolnika. In ko se ob strokovnem napredovanju umaknejo od bolniške postelje, ob pestrih strokovnih zadolžitvah, raziskavah in organizacijskih nalogah ne smejo pozabiti, da je njihov strokovni obstoj potreben le zaradi varovancev oziroma bolnikov; spet je čas tisti, ki nas preganja, da na tiste posameznike, za katere smo odgovorni, včasih pozabimo zaradi širine svojih nalog. Zato ni tako nesmiselna zahteva, da mora vsaka medicinska sestra, bodisi organizatorica dela, učiteljica ali raziskovalka, vedno imeti stike s posameznimi varovanci ali bolniki, da se ji v spominu nikoli ne zabriše primarni razlog njene strokovne eksistence. Tu bi torej že bil možen eden izmed odgovorov na vprašanje: Kako se medicinske sestre borimo proti dehumanizaciji? Se pravi s prisotnostjo kvalitetne medicinske sestre ob bolniku. To prisotnost seveda zagotovimo le z zadostnim številom sester, njihovo kvaliteto pa z dostojnim življenjskim standardom. »Nobenega visoko kvalitetnega dela ne moremo kupiti po nizki ceni ali ga uporabljati pod neprimernimi delovnimi pogoji«, je dejala Margareta Kruse¹ na kongresu ICN v Mehiki leta 1973¹.

In kako je s prevladovanjem tehnike? Ni tehnični moment tisti, ki bi bil kriv dehumanizacije; sodobne in napredne znanosti uporabljajo za svoje uspešno delo vsa nova dognanja, tudi tehnična; ne smemo pa dovoliti, da bi elektronika nadomestila človeka kot človeka. Namen tehničnih novosti je eksaktnije delo in prihranek časa zdravstvenih delavcev za njihove čisto humane obveznosti do bolnika. In če tega časa nočemo ali pa ne znamo več tako porabiti, nikar za to ne dolžimo tehnike in se ne skrivajmo za njo, saj nas je v mnogočem osvobodila rutinskega dela in nam daje čas za individualno, vrednejše delo ob bolniku in za bolnika, če nam to le dopuščata naša lastna miselnost in miselnost ustanove, v kateri smo.

Zakaj izgublja tudi slovenski bolnik občutek varnosti in pa individualne obravnave?¹ Tudi naš bolnik doživlja npr. bivanje v bolnišnici enako kakor drugod v Evropi: vse je tako neosebno, nihče ti nič ne pove, bolnik ni več človek.² Ker hospitalizacija še vedno najbolj prizadene odraslega človeka kakor tudi otroka, se bom zadržala ob tem primeru. Kaj se je zgodilo z bolnišnicami, v čem nas je čas prehitel? Sodobna zdravstvena služba je bolnišnicam vendar posvetila toliko pozornosti, modernizirali smo stavbe, projektirali novo opremo, notranjo urejenost; diagnostično terapevtska oprema je brezhibna, medicinske veje so specializirane, vse je boljše — in dražje. In prav zaradi tega moramo, kakor drugod, tudi mi misliti na finančno-ekonomska izhodišča: Slovenija je razmeroma majhna, kompletna bolnišnica je torej smiselna le za veliko število prebivalcev, čim bolj je opremljena, toliko večje mora biti njeno zaledje, ker ga lahko pač smotno obvlada. Vse to je res, kaj bi torej lahko bilo narobe?

Ustrezno tem konceptom dobivamo po Sloveniji, tudi zunaj Ljubljane večje, razvite bolnišnične centre. Morda niso vsi še taki kolosi, kot jih drugod po svetu

že imajo, vendar skoraj že vsi presegajo tisto število postelj, ko bi ob klasični tehnologiji vodenja in organiziranju komunikacij na vseh ravneh bilo še možno normalno počutje bolnikov. Te komunikacije niso več same po sebi umevne, kot so v manjši ustanovi, ampak morajo biti za delavce in varovance načrtovane in organizirane kot vsa druga področja poklicnih dolžnosti. Smo na to pravočasno in povsod pomislili?

Glede na to razumljivo koncentracijo vrhunskih služb pa sleherni dan doživljamo, da mora človek tedaj, ko je najbolj bolan, preplašen, potreben tolažbe in svojih bližnjih, najdlje od doma. Hujša ko je bolezen ali okvara, toliko dalj mora. V teh sodobnih, dovršenih zdravstvenih ustanovah bo dobil primerno strokovno pomoč v obliki čim zanesljivejše diagnoze in medicinskih ukrepov. Dvomim pa, da smo že dosegli, da bi se res dobro počutil kot človek, kot samostojna osebnost.

Na tem področju pa nima dolžnosti le bolnišnica, ampak tudi pristojna zdravstvena služba doma. Bolniku damo napotnico, plačamo zanj prevoz, krijemo stroške in to tudi za eno leto, če je treba. Ne zanima nas pa več tako zelo, če ga bo šel kdo od svojcev lahko obiskat, kako se bodo vzdrževali družinski stiki. Obveznih obiskov domačega zdravnika ali patronažne sestre v bolnišnici v sklopu osnovnih dolžnosti si, kot se zdi, še ne moremo privoščiti, prostovoljci so pa zelo zelo redki, a zato toliko bolj razveseljivi in dragoceni. In ko pride svojec, ni nujno, da so ga sploh obvestili o režimu obiskov. Kdo ga sprejme, kdo mu pomaga, da najde pot do prave sobe neprestrašen, brez slabega občutka zaradi lastne nevednosti in brez občutka krivde, ker posega v nedotakljivi režim službe, ki se ji mora podrediti vsak, kdor stopi skozi malone zastrašujoče impresivne vhode takih zdravstvenih ustanov.

Strokovne pristojnosti medicinskih sester sicer ne obsegajo bolnišnične arhitekture v njenih zunanjih učinkih, saj še za ozka lastna delovna področja nimamo vselej dovolj potrebnega vpliva; je pa brezpogojno naša strokovna naloga, da ugotovimo, kako te ustanove kot stavbe učinkujejo na bolnike.

Slovinci gradimo svoja središča pa tudi velike zdravstvene ustanove smiselno in smotrno glede na predvideni bodoči razvoj. Vsi današnji prebivalci Slovenije pa — tudi popolnoma zdravi ne — še niso zmožni slediti tem dogajanjem in jih sprejemati neprizadeto. Medicinske sestre same niti ne moremo razpravljati o pravilnosti uporabe slovenskega gradbenega prostora, imamo pa vse možnosti in dolžnosti, da ugotovimo, kako bolnišnice kot stavbe vplivajo na bolnike pa tudi na njihove svojce. — Zadevne študije so pokazale, da večini povprečnih Slovencev (torej tudi večini bolnikov) daje predstavo o varnem domu ne prevelika hiša z ne preveč ljudmi, zelenje in cvetje, okna s pogledom na košček narave, kjer si oko počije od vsakdanjosti.

Slovenija še nima mnogo velemestnih otrok in rafinirani tehnični sistemi za odpiranje vrat, za transport in signale zbuja občudovanje in tudi strah, predvsem pa občutek še večje oddaljenosti od znanega domačega okolja.

Ne sprejmite tega razmišljanja kot želje, da bi naj stavbe, ki jih moramo graditi za desetletja vnaprej, bile videti kakor tiste desetletja za nami. Saj še prehitro zastarijo in nato vse predolgo čakajo na obnovo. Namen teh mojih razmišljanj je v tem, da bi vas spomnila na vaše prve občutke, ko ste tu doma ali kje

drugod prvič vstopali v hiše, ki so presegale vaše dosedanje izkušnje, spomnila na to, ko ob vsem tehničnem komfortu le še kdaj z nostalgijo pomislimo na stare, nerodne, nepraktične prostore, v katerih smo prej včasih delali. Seveda so taka čustva nekoristna in sentimentalna, a so vendarle prisotna, in to celo pri nas, ki znamo ceniti vse, kar nam prinaša novi čas. — Naša dodatna naloga, če živimo in delamo v taki ustanovi, pa je, da smo razumevajoči vodniki tistim, ki iz svojih skromnih vasi in mestec »od včeraj« prihajajo v te ustanove »za jutri«. Kar je postalo nam že samo po sebi umevno, njim še ni. Nasprotno, bolezen in strah pred njo ter njenimi posledicami sta jih še bolj zavrta.

Čudovite, koristne nove aparature bodo v bolnikovi zavesti to šele takrat, ko bodo spoznali njihove naloge in vrednost njihovega delovanja za lastno zdravje. Kolikokrat bi bolnik ob takih pregledih rad vprašal, kako in zakaj, pa si ne upa. Ne čakajmo na vprašanja, ki jih ni, ne skoparimo z besedami. Ena izmed pomembnih značilnosti človeka je, da zna govoriti in je sposoben kontaktiranja; spomnimo se tega tudi ob bolniku, ponudimo mu besedo, saj dobimo zanjo zupanje in sodelovanje, kar nam je za uspešno delo nujno potrebno.

W. Häfner pravi, da je danes na najnižji stopnički hierarhične lestvice v zdravstveni ustanovi še vedno bolnik. Njegova naloga je pasivna. Lahko se sicer pritoži, če se s čim ne strinja, a se mora zaradi tega še danes bati neljubeznive nege in oskrbe.

Spočetka včasih pasivna poslušnost morda pomaga premagati strah pred boleznijo, ob okrevanju pa ga je vedno manj strah, želel bi vedno več osebne človeške svobode in takih bolnikov ali varovancev konservativni zdravstveni delavci ne marajo.

Ob sprejemu je bolnik potreben vsestranske individualne obravnave, pa ga vključimo v pavšalni sprejemni ceremonial, pogosto s težnjo, da bi ga čimprej podredili režimu ustanove in ga depersonalizirali. Določimo mu dnevni ritem, pravice do intimnosti nima več, razen nujnih strokovnih stikov ima bolnik s terapevtskim teamom le malo zvez, le redko prosimo bolnika za sodelovanje, še vedno pa se dogaja, čeprav je težko verjeti, da se o bolniku v njegovi prisotnosti govori kot o 3. osebi, materinsko razpoložene sestre pa ga povrh degradirajo še v otroka s tipično otroško dvojino: »Zdaj se bova pa umila . . . in bova jedla«. Dehumanizacija ima včasih na zunaj kar ljubeznive oblike, ali ne?

Pa pridajmo končno še to, da je bolnik izoliran od svojega okolja in ljudi, da pogosto leži v postelji brez potrebe le zato, ker od njega, pa naj bo kakršenkoli že, pričakujemo, da bo v postelji: ko živi v brezdelju in zapade v apatijo, mu to zamerimo, namesto da bi priznali, da ga je do tega privedlo vse naše delovanje.

Prav bi bilo torej, da medicinske sestre, ko delamo na svojih operativno-tehničnih področjih, opredelimo tudi svoje psihosocialne strokovne naloge, kar velja tudi za medicinske sestre zunaj bolnišnice.

Današnji svet človeku posamezniku ni naklonjen, pogosto je sam in v anonimnosti izgubljen. Kadar je iz kakršnihkoli razlogov le na robu dogajanja (bolezen, starost, psihične krize), je prej in huje prizadet, toda tudi človek sodobnega časa mora včasih najti miren kot, kamor »si hodi zdraviti rane«. Včasih potrebuje pri tem nekaj toplih besed, včasih pa le mir in občutek varnosti. In znati bi morali dati oboje.

Bolniku v prid se moramo tudi sestre vseh delovnih področij truditi, da bo vloga bolnišnice v racionalno organizirani zdravstveni službi sodobna in brez zgodovinskih obremenitev.⁴

1. Bolnišnica je le za tiste bolnike, ki jim obravnavanje izven nje ne more pomagati: socialnih indikacij za hospitalizacijo v popolni socialno-zdravstveni službi pa seveda ni.

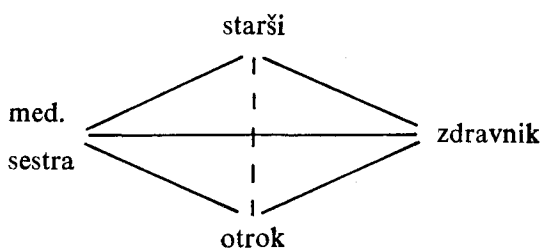
2. Bolnišnica je primarno namenjena medicinski obravnavi in ne le osnovni negi, ki jo ob organizirani službi opravljamo doma (patronaža).

3. Bivanje v bolnišnici naj bo v bolnikov prid čim krajše, da se bo lažje ponovno vključil v življenje, mora pa zato biti obravnavanje čim intenzivnejše.

4. Potrebe po hospitalizaciji so manjše ob kompletni izvenhospitalni socialno-zdravstveni službi.

5. In končno: v bolnišnici je treba mnogo manj osebja, če bolnika ne bomo nasilno pasivizirali, kadar ni to neobhodno potrebno, in tudi njegova osebnost bo manj prizadeta.

Morda bi bilo prav, da na bolnika otroka še posebej mislimo, saj ga dehumanizacija in odnosi prizadenejo težje in večkrat lahko tudi nepopravljivo.



Shema kaže, da je naravna družinska zveza otrok — starši oslABLJENA ali včasih celo prekinjena. Most med starši in otrokom vzdržujeta medicinska sestra in zdravnik, kar za obadva pomeni strokovno obvezo.

Ker otrokovi duševnosti le posvečamo več pozornosti kakor odraslemu bolniku, ne bi ponavljala znanih postulatov v zvezi z otrokovo hospitalizacijo, ampak bi vas spomnila le na specifični vprašalnik medicinske sestre, ki nam zelo pomaga ob delu z malim bolnikom. Otrokovim dokumentom priložimo (in obvezno vsi preberemo) list s temi podatki:

- a) kako otroka kličejo doma;
- b) kako sam kliče mamo in očeta;
- c) kako je ime bratom in sestram;
- d) katera je najljubša igračka (če se le da, naj jo ima s seboj);
- e) kakšne zgodbice ima najrajši;
- f) kaj bere najrajši;
- g) česa se najbolj boji;
- h) pozna zdravstvené delavce že od prej (v dobrem ali v slabem);
- l) česa nikoli ne je;
- j) ali je že »čist« podnevi in ponoči;

- k) kako zahteva nočno posodo;
- m) kako je navajen zaspati, ali ima »ninicio«?
- n) kaj mislite, da bi morali še vedeti?

Predvsem pomembno pa je: čim več časa za otroka, kar naj bi pa veljalo tudi za odraslega bolnika.

Kako bomo to dosegli? Le z dobro organizacijo in z ekonomično izrabo medicinskih sester: z remizo že postianih postelj, s posebno službo za spremljanje bolnikov in za odnašanje materiala, z dostavljanjem sortiranega perila, hrane in zdravil, z enotno doktrino sestrskega dela.

Več časa za bolnika pa ne pomeni le več nege, opazovanja, posegov, administracije, to je več časa za to, da kratko malo smo pri bolniku, ne pa v pisarni, čajni kuhinji ali kjerkoli, le v bolniški sobi ne.

In ob koncu, da ne bomo ugibale, kako smo v svojih prizadevanjih uspešne ali neuspešne, lahko z majhno anketo bolnike povprašamo, kako so se pri nas počutili, kot na primer:

1. Ali ste ob urah počitka podnevi ali ponoči res imeli mir?
2. Ali so vam pojasnili vse, kar ste vprašali?
3. Ali so vas vprašali kdaj po vaši družini?
4. Ali so imeli dovolj časa za vas?
5. Ali so vam ob bolečinah pomagali?
6. Ali je hitro kdo prišel, če ste zvonili?
7. Ali so vam povedali, kako morate živeti doma?

To je le nekaj skromnih vprašanj iz širokega področja naših humanih dolžnosti do bolnika. Odgovori ne bodo znanstveno vredno pojasnili, kako je z dehumanizacijo medicine v naši ustanovi; le majhna orientacija bodo, toda saj se nehumanost ne izraža v velikih, grobih prekrških, vendar pa je vsak dan prisotna, v drobnem, stalnem ignoriranju bolnikovih osebnih čustev, želja in težav, kakor se tudi humanost našega dela normalno ne kaže v velikih dejanjih, ampak v vztrajnem, kulturnem, nenaveličanem in osebnem odnosu do slehernega, za katerega prevzemamo strokovno odgovornost.

Literatura:

1. Poročilo Anice Gradišek ob XV. kongresu Mednarodne zveze medicinskih sester v Mexico-Cityju. Zdr. obzornik št. 3/1973.
2. Vsi naslednji prispevki so izšli v zborniku: Krankenpflege in unserer Gesellschaft, Stuttgart 1972.
Jutta Thomae: Die Notwendigkeit einer adäquaten Information des Patienten im Krankenhaus;
Erwin Jahn: Funktionsdifferenzierung im Krankenwesen;
Michael Hertl: Das Kind in der Krankenhausumwelt und die Rolle der Schwester;
Wiltrud Haefner: Autorität — Ihre Bestimmung und Funktion im Krankenhaus.

ČE DELAVEC V SEBI NIMA ŽIVE ZAVESTI, KAJ JE NJEGOVA DOLŽNOST, SAMOUPRAVLJANJE NE MORE KORISTITI NE NJEMU NE DRUŽBI.

Josip Vidmar
predsednik SAZU