

ETIKA V PRAKSI – IZLOČANJE IN VSTAVLJANJE URINSKIH KATETROV

ETHICS IN PRACTICE – INSERTION AND EXTRACTION OF URINE CATHETERS

Jana Šmitek

UDK/UDC 616.62-008.222.083:614.253.52

DESKRIPTORJI: *etika zdravstvene nege; urinska kateterizacija*

DESCRIPTORS: *ethics, nursing; urinary catheterization*

Izvleček – V članku avtorica na kratko predstavlja etiko v povezavi s celostno obravnavo bolnika. Naše odločanje in delovanje vodi načelo neškodovanja, kar je potrebno upoštevati tudi pri vstavljanju urinskih katetrov. Predstavljene so etične dileme pri vstavljanju urinskih katetrov. Najbolj etično vprašljivo je množično vstavljanje urinskih katetrov starejšim bolnikom, ki ne morejo odločiti o sebi, pri katerih so ravno medicinske sestre dostikrat pobudnice za tak način reševanja problemov z izločanjem.

Abstract – The present article presents ethical issues related to holistic patient care. Our decisions and actions are lead by the principle of not hurting in general, also when inserting urine catheters. Ethical dilemmas related to urine catheter insertion are presented. The most ethically scrutinized question is routine insertion of urine catheters to the elderly who can not take any decisions about themselves, and in whom nurses are often the main initiators for such solution of elimination problems.

Uvod

Vsaka obravnava bolnika, naj bo telesna, duševna ali družbena, je povezana s strokovnimi in etičnimi smernicami. Poseg v bolnikovo telo ni samo tehnični postopek, pri katerem določamo korake in način izvedbe, ampak predstavlja celovito dejanje, ki vključuje tudi predvidevanje bio-psiho-socialnih posledic, dobrih ali slabih. Ko presojamo o svojih odločitvah in dejanjih s stališča dobrega ali slabega, gre za etično presojo. Ko utemeljujemo potrebnost določenega postopka, gre za strokovno presojo. Strokovnost in etika sta v zdravstveni negi tesno povezani, tako da Bishop in Scudder (1990) obe področji enačita s trditvijo, da mora biti tisto, kar zaznavamo kot strokovno, tudi etično, in da je tisto, kar je v zdravstveni negi etično, tudi strokovno. Obe stališči morata v namenu in posledicah bolniku zagotoviti dobro (oziroma dobrobit), pravilno (v postopku), koristno (za bolnika) in sočutno ravnanje.

Strokovne smernice določajo indikacije, namen, način in kakovost postopka ter vključujejo varovalne mehanizme za zagotavljanje načela neškodovanja bolniku. Načelo neškodovanja je poleg dobronamernosti osnovno biomedicinsko načelo.

Etične smernice so tiste, ki opravičujejo namen posega v bolnikovo telo s stališča dobrega, pravega in koristnega. Etične smernice v tem kontekstu celovito obravnavajo vse dejanske ali možne bio-psiho-socialne okoliščine, ki pri določeni obravnavi/pose-

gu nastopijo, in vodijo naše strokovne odločitve. Kadar smo v dvomu, ali je naše delovanje oziroma odločanje res v korist bolniku ali mu morda celo škoduje, govorimo o etični dilemi.

Etika

Etika je v najširšem pomenu nauk o dobrem, pravilnem ali koristnem odnosu do drugega – človeka, živali, narave ali neživega okolja. Odnos vključuje tudi naše ravnanje. Po Aristotelu je etika odnos do drugega človeka, ki se izraža z dobrim za drugega človeka in dobrim samim po sebi. V tem pogledu je dobro utemeljeno predvsem v koristi drugega (prejemnika dobrega) in ne v koristi etičnega subjekta (izvajalca dobrega), čeprav se del »dobrega« po odnosu/dejanju odraža tudi pri njem kot občutek dobrega, pravega ravnanja.

Enaki pogledi nas vodijo v strokovni etiki. Dobro, pravilno, koristno se izraža v našem medsebojnem odnosu in ravnanju do drugega (bolnika, uporabnika) ter odločanju za drugega. Medsebojni odnos vključuje srečanje strokovnega delavca in bolnika/uporabnika storitev, verbalno in neverbalno komunikacijo, spoštovanje sicer abstraktnih norm, kot so človekove/bolnikove pravice, vrednote, individualni pogoji, človekovo dostojanstvo, spoštovanje sočloveka v neposrednih okoliščinah. Dober medsebojni odnos zahteva empatični pristop – razumevanje bolnika v nje-

govi luči videnja problema. Medsebojni odnos vključuje največji delež etičnih smernic.

Strokovno ravnanje, ki vključuje strokovne postopke in posege, je v prvi vrsti podvrženo strokovnim smernicam, ki določajo, kdaj je določen postopek ali poseg potreben, na kakšen način ga opravimo, kaj uporabimo, zaporedje korakov in kako zagotovimo varnost za bolnika. Strokovno ravnanje vključuje tudi etične smernice, ki jih, kadar gre za poseg v bolnikovo telo, opredeljujemo kot biomedicinske smernice. Osnovni vodili sta delovanje v korist bolnika ali »delati dobro« in neškodovanje (ne škodovati). Kadar se slabemu vplivu ne moremo povsem izogniti, se odločamo za način obravnave, ki bolniku povzroča manjšo škodo.

Strokovne odločitve morajo temeljiti na strokovnih smernicah in vključevati etične poglede na dejanske in možne posledice odločitev. Pretehtane naj bi bile celostno – s stališča telesnega, duševnega (osebnostnega in čustvenega) in družbenega gledišča, predvsem pa s stališča bolnikovega osebnega doživljanja.

Zato nobenega medicinsko tehničnega posega na bi smeli opravljati rutinsko brez individualnega strokovnega ocenjevanja, kaj določena odločitev za poseg bolniku v dolgoročnem pogledu lahko povzroča.

Do dobrih, pravih odločitev nam pomagajo tudi teorije etičnega odločanja in ravnanja. Deontološko načelo ravnanja nam narekuje, kako moramo delovati kot pripadniki stroke v vseh enakih ali podobnih okoliščinah (da ne smemo škodovati, da moramo delovati dobro, spoštovati bolnikovo dostojanstvo, avtonomijo...), ne glede na našo povezanost z bolnikom. Deontološki pristop je načelni pristop, ki izključuje bolnika kot individualno bitje. Po deontološkem pristopu delujemo pri vseh bolnikih enako.

Po načelu etike skrbi, ki je za področje zdravstvene nege prvenstvena etična teorija, pa za bolnika odločamo in ukrepamo z odgovornostjo in empatijo; to sta osnovni strokovni vrlini, ki na osnovi celovitega pristopa omogočata razumevanje in individualno obravnavo bolnika. Bolnik in njegova situacija sta edinstvena in edinstven je v okviru izbire tudi pristop.

Izločanje kot osnovna življenjska aktivnost

Izločanje (urina) in odvajanje (blata) spadata med osnovne življenjske aktivnosti, brez katerih si ne moremo predstavljati življenja. Obe aktivnosti omogočata organska sistema, ki ju sestavljajo posamezni organi z različnimi osnovnimi funkcijami. Od izpada dejavnosti posameznih organov je odvisen način medicinske obravnave bolnika.

Po rojstvu se normalno vzpostavijo vse osnovne življenjske aktivnosti, tudi izločanje in odvajanje. Odsoten pa je nadzor nad omenjenima funkcijama, ki je povezan z bio-psiho-socialnim razvojem človeka/otroka. Otrok šele do približno tretjega leta starosti razvije sposobnost nadzora nad izločanjem in odva-

janjem. Pri tem ima pomembno vlogo tudi družbeno okolje oziroma pričakovanja. Kontinenca blata in urina je namreč tudi pričakovana družbena norma in predstavlja pomemben korak pri doseganju neodvisnosti otroka. Vzpostavitev kontinence pomembno vpliva na razvoj in zavedanje dostojanstva otroka – človeka. Ker predstavlja družbeno normo, nekaj normalnega, je kontinenca zelo pomemben dejavnik pri dojemanju človekove samopodobe. Izguba nadzora nad izločanjem in opredelitev bolnika kot inkontinentnega lahko bolniku povzroči hudo duševno travmo in spremeni samopodobo.

Samopodoba je sestavina štirih glavnih predstav o sebi: *osebnostne identitete, telesne podobe, samospoštovanja ali samovrednotenja in zaznavanja družbene vloge* posameznika. Pri izgubi življenjskih aktivnosti, ki predstavljajo del normalnega (človeka ali življenja), pride do motenj v samopodobi, najbolj do motenj v telesni podobi. Odstopanja v telesni podobi lahko nastanejo zaradi izgube nadzora nad telesno funkcijo, izgube telesne funkcije ali zaradi spremembe fizičnega videza (Matteson, McConell, Linton, 1997). Izguba telesnih funkcij je le del problema; običajno se sekundarno pridružijo še občutek sramu, krivde (pri odvisnosti od drugih), izogibanje socialnim stikom, zapiranje vase in druge osebnostne motnje.

Doživljanje samopodobe in motenih funkcij izločanja in odvajanja je močno povezano tudi z bolnikovim spolom in življenjskim obdobjem, ker se nadgrajuje še z drugimi bolnikovimi osebnimi problemi, kot so na primer nezmožnost izbire partnerja, okrnjena spolna funkcija, nezmožnost spolnega življenja... Zato motenj pri izločanju in odvajanju ne smemo obravnavati le kot bolnikov fizični problem, še manj pa kot izključno medicinski ali negovalni problem, kar se v večini primerov dogaja.

Raziskave na področju dolgotrajno vstavljenih urinskih katetrov

Madigan in Felber (2003) predstavljata študijo člankov o zapletih in ukrepih pri dolgotrajno vstavljenih urinskih katetrih iz desetletnega obdobja (1992–2002), po kateri izstopajo naslednji pomembni podatki:

1. Urinski katetri so v 40 % vzrok za bolnišnično okužbo.
2. Oskrbovanci v domovih za ostarele (1540 obeh spolov) so bili zaradi urinskih katetrov izpostavljeni trikrat večji nevarnosti za hospitalizacijo, daljši hospitalizaciji in so dlje prejeli antibiotično terapijo v primerjavi z oskrbovanci, ki nikdar niso imeli vstavljenega urinskega katetra.
3. Pri oskrbovancih, ki so imeli od 76 % do 100 % dni oskrbe vstavljen urinski kateter, je obstajala trikrat večja možnost, da umrejo v letu dni, kot pri oskrbovancih, ki niso nikdar imeli urinskega katetra.

4. V manjši študiji so ugotavljali v 72 % prisotnost zapletov; v 48 % zamašitev, v 37 % zamakanje ob katetru in v 30 % pojav hematurije.
5. Pojav bakterij v urinu, povezan z dolžino vstavljenih katetrov, je bil ugotovljen v nešteti študijah.

Jain in sod. (1995) navajajo, da je na posameznih področjih zdravstvenega varstva od 41% (enote intenzivne nege) do 58% po nepotrebnem vstavljenih urinskih katetrov (splošni oddelki). Manasinghe s sod. (2003) je na vzorcu 836 bolnikov ugotavljal vstavitve urinskega katetra v prvih 24 urah pri 10,7% bolnikov, od tega v 38% neupravičeno, čeprav večina avtorjev priporoča, da se, če je le mogoče, vstavljanju urinskih katetrov za daljše obdobje izogibamo (Saint, 2000; Cravens, Zweig, 2000; Sulzbach, 2002).

Jones in Brand (2002) v smernicah, temelječih na izsledkih, navajata, da je z vstavljenim urinskim katetrom poleg bolnišničnih okužb v večjem odstotku povezan tudi pojav delirija pri starejših bolnikih.

Psiho-socialno stanje in vpliv urinskih katetrov na posameznikovo doživljanje in kakovost življenja obravnava manjše število študij. Paterson (2000) in Wilde (2003) izpostavljata stigo kot psihološko posledico vstavljenega urinskega katetra, Wilde tudi sram oziroma zadrego. Samo-stigmatizacija zaradi inkontinence dokazano prispeva k pojavu depresije. Večina študij o tem je obravnavala ženske. Nadzorovanje kontinence je zato pomembno ne le za preprečevanje depresije, temveč tudi za splošno kakovost življenja in vključevanje v družbo (Rondol-Klym, Colling, 2003).

Tudi če upoštevamo samo telesne dejavnike (brez izpostavljanja ekonomskih posledic), se poraja vprašanje, ali so bili urinski katetri vedno vstavljeni upravičeno (etični vidik) in kakšna so bila doživljanja bolnikov – varovancev v zvezi z njimi (individualni vidik) in v zvezi z neizogibnimi zapleti. Če izhajamo iz etičnega načela prvenstvenega neškodovanja, bi se ob navedenih podatkih morali zamisliti: Katera praktična odločitev je za bolnika/varovanca v določenih okoliščinah boljša oziroma manj škodljiva?

Etične dileme pri vstavljanju urinskih katetrov

Urinski kateter je nedvomno najpogosteje uporabljen tehnični pripomoček za ponovno vzpostavlanje ali vzdrževanje sicer motene dejavnosti sečnega mehurja. Glede na dostopnost, sorazmerno enostavnost postopka in cenovno sprejemljivost je uvajanje urinskih katetrov v institucionalni obravnavi bolnika postalo povsem rutinski postopek, pri katerem nič več ne presojava o absolutnih indikacijah za poseg, ne o možnih posledicah, ne o bolniku kot avtonomnem subjektu, ki naj bi imel pravico odločati, kaj se bo z njim dogajalo, ne o prednosti koristi bolnika pred našimi

koristmi (enostavnejša obravnava), niti o drugih neetičnih in nestrokovnih posledicah, ki lahko sledijo.

Etična dolžnost medicinskih sester oziroma zaposlenih v zdravstveni negi je zagovorništvo bolnika in njegovih koristi (Bandman, Bandman, 1995; Yeo, Moorhouse, 1996; Curtin, Flaherty, 1982; Potter, Perry, 1993), kar pomeni varovanje bolnika pred neugodnimi vplivi in zaščita pred neetičnim, nestrokovnim ali nezakonitim obravnavanjem bolnika s strani sodelavcev ali drugih zdravstvenih delavcev (Šmitek, 1998). Zagovorništvo bolnika s strani lastne vključenosti sproži vprašanje: Ali sem ravnal/a pravilno? Vprašanje ne zajema samo presojanja pravilnosti lastnih odločitev, ampak tudi presojanje odločitev in delovanja sodelavcev, oziroma presojanje pravilnosti delovanja na ravni zdravstvene nege na splošno.

Ali obstajajo etične dileme ob vesplošni uporabi urinskih katetrov?

V praksi vemo, da obstajajo različne indikacije za vstavljanje urinskih katetrov:

- a) Absolutna indikacija nastopi takrat, ko bolnik zaradi bolezenske spremembe nikakor ne more izločiti urina na naraven način (akutna ali kronična retenca urina) in mu z vstavitvijo urinskega katetra v bistvu »rešujemo življenje«.
- b) Relativna indikacija nastopi takrat, ko je zaradi bolnikovega trenutnega bolezenskega stanja priporočljivo, da vstavimo urinski kateter, da mu olajšamo izločanje, preprečujemo zaplete in hkrati omogočimo učinkovito zdravljenje (npr. operativni poseg, poškodba, v posameznih primerih potreba po natančnem vodenju tekočinske bilance in podobno, odprta perinealna ali sakralna rana) (Saint, 2000).
- c) Vstavitve urinskega katetra brez indikacije pa je posledica »tehnizacije« v zdravstveni negi, ko zaposleni dajejo prednost rešitvam negovalnih problemov s tehničnimi pripomočki, čeprav obstajajo druge, za bolnika boljše rešitve, in ko tak način obravnave postane rutina. V tem primeru v ospredju ni korist bolnika, temveč interesi zaposlenih (»enostavnejše« vodenje in »nadzor« življenjske aktivnosti; s čimer bolniku odvzamemo pravico do samooskrbe v okviru zmožnosti).

Kadar gre za absolutno medicinsko indikacijo zaradi narave bolezni, nujnega nadzora izločanja, neposredne nevarnosti nastanka zapletov v zvezi s kožo in kjer pričakujemo le začasno vstavitve urinskega katetra, bolnikove posredne ali neposredne koristi predstavljajo prednost pred škodljivostmi, ki jih vsak tak poseg vključuje. Kadar za urinski kateter ni več absolutne indikacije ali kadar imamo na voljo druge rešitve, bi morali presojeti, katera rešitev je za bolnika optimalna. Urinski kateter pri dolgotrajni uporabi namreč predstavlja nevarnost za izgubo funkcije mehurja in zelo veliko nevarnost za pridobitev okužbe.

Sodobna zdravstvena nega bolnika poudarja pomen celostne (holistične) obravnave, kar pomeni biopsiho socialni pristop na vseh področjih. Tudi »rutinske« medicinsko tehnične posege je potrebno razčleniti z bio-psiho-socialnega stališča, če želimo ravnati etično.

S stališča razumevanja »telesnega« (področja) mora strokovno ravnanje vključevati razumevanje fiziologije organov in organskih sistemov in v primeru uporabe tehničnih pripomočkov tudi razumevanje spremenjene funkcije organa ter ravnanje za ohranjanje naravne funkcije organa (Sulzbach, 2002). Strokovno ravnanje je tudi etično ravnanje. Če vemo, da tehnični pripomoček (kateter) vpliva na funkcijo organa (mehur), potem je nujno zagotavljanje takih pogojev bolnikove obravnave ali ravnanja, da se ohrani čim bolj naravna funkcija in prepreči zaplete oziroma, da se čim hitreje vzpostavi naravna funkcija.

Etično vprašanje, ki se pojavi v zvezi z zgoraj omejenim (telesnim) področjem, je tudi, ali bolnik dobi dovolj ustreznih in razumljivih informacij za samoskrbo urejanja izločanja s pomočjo urinskega katetra in zagotavljanje varnosti. Vstavljen urinski kateter je »proteza«, ki zahteva ustrezno poučevanje bolnika in spremljanje bolnikovega zaznavanja ali zaskrbljenosti, kar vodi k boljšemu sprejemanju pripomočka (Roe in Brocklehurst, 1987).

Na »duševnem« področju bolnika običajno niti ne ugotavljamo, kaj mu urinski kateter pomeni. Urogenitalno področje je najbolj intimno področje človekovega telesa. O problemih v zvezi s tem področjem javno ne razpravljamo, jih skrivamo. Naravne funkcije urogenitalnega področja (kontinenca, spolna funkcija) so del človekovega jaza, samopodobe in telesne podobe ter človekovega dostojanstva. Vsaka večja sprememba pa pomeni spremenjeno doživljanje samega sebe, lahko tudi izgubo lastnega dostojanstva. Pri vstavitvah urinskega katetra za krajši čas bolnik ni toliko osebno ali čustveno obremenjen, ker se lahko tolaži z mislijo, da je vstavljeni kateter le začasen pripomoček. Pri dlje trajajoči ali trajni vstavitvi pa bi morala biti obravnava bolnika individualna in celovita z upoštevanjem psihosocialnih posebnosti in problemov, ki jih bolnik doživlja. Tudi na tem področju se je potrebno z bolnikom pogovoriti, mu predstaviti možne rešitve in s strinjanjem bolnika najti najboljšo rešitev. Wilde (2003) navaja, da so bolniki z dolgotrajno vstavljenim katetrom potrebovali skoraj leto dni, da so se navadili nanj in ga sprejeli. Poleg tega je kateter motil njihovo družbeno življenje in dobro počutje. Zaskrbljenost v družbi je povzročal strah pred puščanjem urinske vrečke, strah pred zadahom, zamašitvijo katetra ali potreba po praznitvi vrečke v javnosti ali izven doma.

Z družbenega stališča ni namen izpostavljati, kakšen odnos ima družba do bolnikov z motnjami izločanja in odvajanja. Če bi družba imela povsem poziti-

ven odnos, bolniki ne bi imeli občutka stigmatizacije zaradi svojih problemov, jih ne bi skrivali in bi se o njih lahko sproščeno pogovarjali. V družbi namreč še vedno veljajo pravila norme in normalnega in vsi odkloni od norme človeka izpostavljajo kot posebnega, zaznamovanega, stigmatiziranega. Bolniki z urinskim katetrom so zaradi pripomočka pogosto v zadregi, jih je sram in se počutijo stigmatizirane in ranljive (Wilde, 2003).

Vstavljen urinski kateter za daljše obdobje je za bolnika lahko tudi družbeni problem. Zaradi motene spolne funkcije se lahko spremenijo odnosi v družini. Posameznik z moteno spolno funkcijo pa je lahko družbeno izpostavljen kot manjvreden (posebno moški, ki se identificirajo s spolno zmožnostjo), ali pa sam pri sebi doživlja občutke manjvrednosti (spremenjeno doživljanje sebe in svoje telesne podobe).

Tudi naše, strokovno stališče do motenj izločanja je družbeno stališče. Zaposleni v zdravstveni negi prav tako predstavljamo »družbo«, ki s svojimi stališči in odnosi sprejema ali odklanja določene načine ravnanja in razmišljanja. Zdravstveni delavci bi se morali vprašati, kaj je pri posameznih življenjskih aktivnostih, v tem primeru pri izločanju, bolj naravno, normalno, na kakšen način je možno bolnikom boljše ali prej pomagati, in se izogibati rutinski obravnavi bolnikov. Vstavljen urinski kateter nenazadnje vpliva na kakovost življenja (Tovornik, 2003). Spremljajo ga zapleti kot bakteriurija, ki kadarkoli lahko preide v vnetje mehurja (Saint, 2000; Cravens in Zweig, 2000) ali ledvic (Madigan, Felber, 2003), spazmi mehurja in bolečine (Sulzbach, 2002), zamašitev katetra, nalaganje kristalov v kateter ali nanj (Madigan, Felber, 2003), razjeda sečnice zaradi pritiska samega katetra ali še pogosteje zaradi vlečenja katetra, zatekanje urina ob katetru in drugi.

Kdaj nastopijo etične dileme

Največje etične dileme v zvezi z vstavljanjem urinskih katetrov izvirajo prav iz (ne)strokovnega odnosa do tistih bolnikov, ki so najbolj ranljivi (izpostavljeni tem problemom) in nezmožni soočati ali v celoti odločati o sebi in se znajdejo v položaju odvisnosti in podrejenosti. Starejši bolniki, zelo prizadeti bolniki (bolniki v terminalni bolezni, stanja po CVI, po poškodbah...), duševno moteni bolniki namreč v sistemu zdravstvenega varstva težko izražajo svoja stališča, želje in potrebe. Pri teh bolnikih zdravstveni delavci pogosto prevzamemo pobudo za odločanje (pozicija moči, v kateri bolnik »nima besede«), bolnike izključimo kot nesposobne soočanja, včasih jih celo stigmatiziramo kot zmedene, neracionalne, nesposobne izražanja in zaznavanja, namesto da bi zagovarjali njihove koristi. Bolnikom neupravičeno odvezujemo pravico do avtonomnega odločanja, saj jih o svojih namenih in postopkih pogosto niti ne obveščamo. Takim »označenim« bolnikom že ob sprejemu

vstavimo urinski kateter, ob predpostavki, da bodo inkontinentni, in niti ne preverjamo dejanskega stanja ali se ne potrudimo, da bi kontinenco vzdrževali z drugimi pristopi. Prednosti enostavnejše oskrbe bolnika (naše koristi) postavimo pred koristi bolnika in se nam tako dejanje zdi povsem normalno in ustrezno, čeprav ima lahko škodljive posledice.

Z vstavitvijo urinskega katetra onemogočimo naravno odpornost organizma proti okužbi, ki sestoji iz tesno stisnjene sfinktra uretre in rednega spiranja uretre in mehurja ob izločanju (Mallik, Hall, Howard, 1998). Posledica je okužba uretre in mehurja prek urinskega katetra.

Naslednja stopnja pri bolniku je izguba funkcije izločanja na kognitivni ravni, ker bolnik v svoji miselni shemi sčasoma izgubi občutek in potrebo po izločanju, kar se zelo hitro lahko zgodi pri zgoraj omenjenih bolnikih. Na fizični ravni se funkcija izgublja zaradi neaktivnosti/neraztezanja mišic mehurja. Z dolgotrajno vstavitvijo urinskega katetra s prostim pretokom urina bolniku psihofizično škodujemo. Ob odpustu potem bolnika strokovno zaznamujemo kot inkontinentnega (tudi če ob sprejemu ni bil), čeprav bi na tak način izgubljeno funkcijo izločanja praviloma morali imenovati hospitalizem. Hospitalizem pomeni v zdravstveni ustanovi pridobljeno bolezen, poškodbo ali drugo stanje, kamor lahko uvrstimo tudi zaradi nestrokovnosti izgubljeno življenjsko aktivnost bolnika. Stigmatizacija bolnika kot inkontinentnega, čeprav ni ali ob sprejemu ni bil, pomeni grobo nespoštovanje človekovega dostojanstva. Ob odpustu ali premestitvi bolnika v drugo ustanovo pa običajno strokovno nikogar več ne zanima, ali bo bolnik pridobil oziroma kako bo ponovno pridobil izgubljeno funkcijo izločanja, ali bo vse življenje odvisen od urinskega katetra in kako se bo soočal z vnetji sečnega mehurja, kar so redni zapleti vstavljenih urinskih katetrov.

Dileme, ki se pojavljajo ob množičnem vstavljanju urinskih katetrov bolnikom v naši vsakodnevni praksi, zadevajo strokovnost in etiko. Na splošno bi jih lahko združili v naslednjih točkah:

- Ali je prav, da je urinski kateter sredstvo izbora za uravnavanje (motenj) izločanja ali bi s strokovnega stališča (tako medicine kot zdravstvene nege) morali opredeliti indikacije in druge načine obravnave;
- ali ob odločanju za vstavitev urinskih katetrov spoštujemo bolnika, njegove psihofizične zmožnosti in sposobnosti, pravico do so- in samoodločanja, bolnikovo dostojanstvo;
- ali se v naših odločitvah odraža skrb za bolnika v celostnem pomenu ali nas pri odločanju vodijo naše koristi;
- ali je etično in strokovno, da pri svojem delu ne upoštevamo načel in stališč, ki so znanstveno utemeljena in tako zavestno škodujemo bolniku.

Vemo, da strokovno odločitev za vstavljanje urinskega katetra sprejme zdravnik. Zelo pogosto pa prav medicinske sestre spodbujajo vstavitev urinskega katetra, čeprav brez posebne indikacije (Sulzbach, 2002). Kot zagovornice bolnikovih koristi bi medicinske sestre, ki ob bolniku preživijo največ časa, prve morale skrbeti za bolnikovo čim bolj naravno izločanje, v zdravstvenem timu pa dajati pobude za odstranitev urinskega katetra, ki ni absolutno indiciran, čim bi poznale možnost drugačnega uravnavanja bolnikovega problema izločanja. To seveda pomeni več aktivnosti zdravstvene nege in večjo obremenitev zaposlenih, vendar je do bolnika veliko bolj etično in strokovno od klasičnih odločitev.

Sklep

Vsak medicinsko tehnični poseg in postopek v zdravstveni negi spremljajo strokovne in etične smernice. Etična načela nas usmerjajo v individualno obravnavo bolnika, pri kateri že pri odločanju za postopek/poseg v bolnikovo telo ugotavljamo prednosti in slabosti odločitve in izbiro tiste možnosti, ki je za bolnika najbolj ustrezna, najboljša, najmanj škodljiva. Postopki in posegi pri bolnikih ne morejo biti rutinski, kajti rutinski pristop izgubi sestavine namena, cilja in varnosti za bolnika, ki je individualno bitje z lastnimi potrebami, odzivanji, občutki in doživljanji, pravicami, vrednotami in vlogami.

Vstavljanje urinskih katetrov je v naši praksi soračmeroma rutinski postopek. Analiza prakse kaže, da smo ob rutini pozabili na bolnika in da je tudi skrb za izločanje usmerjena bolj v naše nadziranje izločanja kot v bolnikovo življenjsko aktivnost, ki jo je potrebno ohranjati ali ponovno vzpostaviti. Še bolj smo zanemarili psihosocialne vidike, ki spremljajo dolgotrajne vstavitve urinskih katetrov. Glede na številne etične dileme, s katerimi se soočamo pri vstavljanju urinskih katetrov, bi morali na strokovni ravni opredeliti indikacije za uravnavanje motenj izločanja z urinskimi katetri in bolniku na osnovi njemu lastnega doživljanja in soodločanja omogočiti druge možne nadomestne načine. Velikega pomena je informiranje in poučevanje bolnika za pravilno samooskrbo.

Etičnega ali neetičnega ravnanja ne moremo izražati s statističnimi podatki. Neetično ravnanje in škoda, ki jo bolnik pretrpi, je vedno individualna, kar je potrebno upoštevati tudi pri odločitvi za vstavitev urinskega katetra.

Literatura

1. Bandman EL, Bandman B. Nursing ethics through the life span. Englewood Cliffs: Prentice Hall International, 1995.
2. Bishop, AH. in Scudder, JR. The Practical, Moral and Personal Sense of Nursing. Albany: State University of New York Press, 1990.
3. Cravens DD, Zweig S. Urinary catheter management. Am Fam Phys, 2000; Jan. 15. <http://www.aafp.org/afp/20000115/369.html>.

4. Curtin L, Flaherty MJ. Nursing ethics, theories and pragmatics. Englewood Cliffs: Prentice Hall International, 1982.
5. Jain P, Parada JP, David A, Smith LG. Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. *Arch Intern Med*, 1995; 155: 1425–9.
6. Madigan E, Felber D. Care of patients with long-term indwelling urinary catheters. *Online Journal of Issues in Nursing* 2003; http://www.nursingworld.org/ojin/hirsh/topic2/tpc2_1.htm
7. Mallik M, Hall C, Howard D. Nursing knowledge & practice: a decision making approach. London: Bailliere Tindall, 1998.
8. Matteson MA, McConnell ES, Linton AD. Gerontological nursing: concepts and practice. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1997.
9. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing: concepts, process & practices. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 1996.
10. Roe BH, Brocklehurst JC. Study of patients with indwelling catheters. *J Adv Nurs*, 1987; 12(6): 713–9.
11. Saint S. How to prevent urinary catheter-related infections in the critically ill. *J of Crit Ill*, 2000; 15(8): 419–23.
12. Sulzbach LM. Ask the experts. *Crit Care Nurse*, 2002. <http://www.looksmart.com>
13. Šmitek J. Vloga profesorja zdravstvene vzgoje na kliničnem oddelku. Diplomsko delo. Pedagoška fakulteta in Visoka šola za zdravstvo. Ljubljana, 1998.
14. Tovornik M. Kakovost življenja s stalnim urinskim katetrom. v Gantar M. ur. Inkontinenca urina in blata: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Laško, 17. in 18. marec 2003, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, Ljubljana: 2003.
15. Wilde MH. Life with indwelling urinary catheter: the dialectic of stigma and acceptance. *Qual Health Res*, 2003; 9(13): 1189–204.
16. Yeo M, Moorhouse A. Concepts and cases in nursing ethics. 2nd ed. Peterborough: Broadview Press, 1996.