

DEZINFEKCIJA V ZDRAVSTVU

Milena Skubic, Matjaž Koren

Nenehna skrb v zdravstvu je prav gotovo preprečevanje infekcij. Hierarhija preprečevanja infekcij je naslednja:

- redno čiščenje,
- konserviranje,
- dezinfekcija,
- sterilizacija.

Brez dvoma so vsi štirje vidiki pomembni in jih na vseh področjih v zdravstvu moramo upoštevati.

Neživo umazano zaznamo, vidimo in nanjo pogosto opozarjamo. Je moteča, saj daje slabo luč ustanovi že ob prvem stiku.

Živa umazanija pa ni takoj opazna, ne daje takojšnjih znamenj, zato je nevarno, da se nanjo prepozno odzovemo. Neživa umazanija se povečuje počasi in jo preprosto odstranimo s čistilnimi sredstvi, živa umazanija pa se povečuje hitro. Z rednim čiščenjem jo sicer lahko začasno zmanjšamo, vendar se lahko sama po sebi zelo hitro poveča. V 1 ml je lahko do 1000 bakterij in do 65000 virusov (dr. Hachmann 1993).

Dezinfekcija

Dezinfekcijska sredstva lahko uporabljajo strokovnjaki in tisti, ki so dovolj izobraženi za ravnanje z njimi.

Samo ime dezinfekcijskega sredstva, ki se na trgu pojavlja, ne pove še ničesar. Poznati moramo njegove aktivne substance, da lahko precenimo, ali ustreza našim zahtevam.

Glede na kemizem delovanja ločimo dve skupini.

Prva skupina aktivnih substanc deluje tako, da povzročajo nepovratne reakcije na mikrobih, in sicer:

Z oksidacijo – tako delujejo halogeni (klor, jod) in perspojine (vodikov peroksid, perocetna, permravljična kislina).

Z alkiliranjem – tako delujejo vsi aldehidi (glutaraldehid, formaldehid, glioksal kot sinergist), etilenoksid.

Z koagulacijo – alkoholi in fenoli.

Nova skupina so aminoderivati – glukoprotamini, ki jih bomo zaradi pomembnosti podrobno predstavili v enem od naslednjih člankov, saj bodo sčasoma zamenjali aldehydna sredstva.

Ker ta skupina povzroča nepovratne reakcije, mikrobi ob pravilni uporabi odmro in ne pride do adaptacije, kar pomeni, da dezinfekcijskih sredstev iz te prve skupine ni treba menjavati.

Druga skupina aktivnih substanc deluje tako, da povzročajo povratne reakcije. To pomeni, da vplivajo samo na metabolizem mikrobov. Pri teh pa lahko pride do počasne adaptacije in jih je potrebno menjavati oziroma povečevati koncentracijo.

V to skupino spadajo amfotenzidi in kvarterne amonijeve spojine. Zaradi navedenega učinkovine iz druge skupine opuščamo kot dezinfekcijska sredstva, kajti zanesljivi so le čistilni učinki.

Tab. 1. Delovanje nekaterih aktivnih substanc v razkužilih.

Skup. razk.	G. poz.	G. neg.	spore	TBC	kvas.	plesni	virusi
Perocet. k.	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Klor in sp.	+++	+++	++	++	++	++	++
Aldehidi	+++	+++	++	+++	++	++	+++
Alkoholi	+++	+++	–	++	++	++	++
Bigvanidi	+++	++	++	–	+	++	selekt.
Kvarterne s.	+++	+	–	–	+++	+++	selekt.
Aminoderivat	+++	+++	–	+++	+++	+++	++

Legenda:

- +++ zelo uspešno
- ++ uspešno
- + manj uspešno
- neuspešno

Pri vseh aktivnih substancah je seveda treba poznati še primerno koncentracijo, čas delovanja na posamezne mikrobove, kako raztopine pripravljamo, kako dolgo so aktivne, kako vplivajo na okolje, ceno itn.

Te podatke moramo zahtevati od proizvajalca komercialno pripravljene razkužila in navodila tudi upoštevati.

Delovanje razkužil je v osnovi odvisno od štirih vidikov, in sicer:

- kemije (mikrobicidnih lastnosti razkužil),
- mehanike,
- temperature,
- časa delovanja.

Zmnožek vseh štirih dejavnikov je pomemben za dezinfekcijski učinek. To pomeni, da je pri višji koncentraciji potreben krajši čas, oziroma pri višji temperaturi in mehaniki nižja koncentracija. Vedno je treba upoštevati navodila proizvajalca.

Problem pri uporabi razkužil je ta, da se pretežno pripravljajo približne koncentracije, ne upoštevajo se kontaktni časi, zlasti ne pri uporabi razkužil za kožo pred odvzemi oziroma injekcijami.

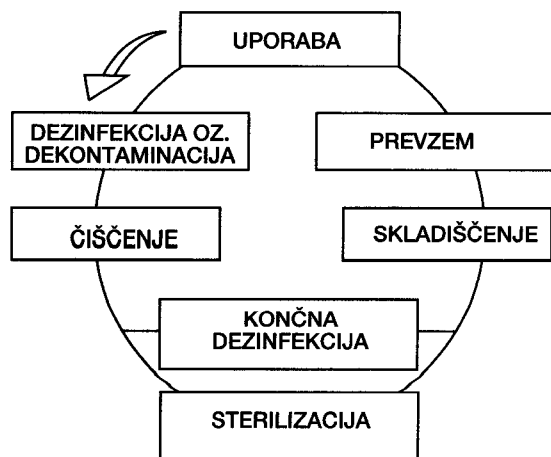
Praktična delitev potrebe po razkuževanju:

- razkuževanje kontaminiranih rok, instrumentov, predmetov in površin oziroma dekontaminacija. Ta faza je pomembna predvsem zato, da s kontaminiranimi rokami, predmeti, površinami ne okužimo sebe, bolnika oziroma ne pršimo mikrobov v okolico. Pri dekontaminaciji najprej dezinficiramo in šele potem umivamo oziroma čistimo (shema 1),
- razkuževanje kože, rok, sluznic, instrumentov, predmetov, površin pred medicinskimi in negovalnimi posegi in postopki. V tem primeru je prva faza umivanja oziroma čiščenja in šele potem faza dezinfekcije.

Delitev dezinfekcije glede na način izvajanja in predpisane izbire dezinfekcijskih sredstev pa je naslednja:

- dezinfekcija rok, kože, sluznic,

DEZINFEKCIJA IN ČIŠČENJE KONTAMINIRANIH INSTRUMENTOV IN PREDMETOV



- dezinfekcija instrumentov in predmetov s potapljanjem,
- dezinfekcija aparatov in predmetov s prebrisovanjem ali včasih z razprševanjem,
- dezinfekcija malih površin s prebrisovanjem,
- dezinfekcija večjih površin s prebrisovanjem oziroma pomivanjem.

Dezinfekcija s potapljanjem

Dezinfekcija s potapljanjem je lahko:

- ročna,
- strojna,
- ultrazvočna.

Priprava instrumentov za dezinfekcijo in čiščenje

Pomembno je, da se pri teh postopkih ne okužimo osebe, da instrumente in pripomočke dobro očistimo in pripravimo za sterilizacijo, da se ob tem materiali ne poškodujejo, ter se jim ne zmanjša funkcionalnost.

Smernice za pripravo dezinfekcije:

- po uporabi je treba čim hitreje instrumentarij dezinficirati in očistiti;
- instrumente razstavimo, da pride dezinficiens do vseh površin;
- uporabljenih instrumentov ne puščajmo neočiščenih, da se posušijo, ker s tem otežujemo poznejšo dezinfekcijo in čiščenje;
- pri negovalnih postopkih in medicinskih posegih lahko razne substance (jod, albotil) poškodujejo instrumente, zato jih čimprej odstranimo;
 - instrumentov nikoli ne spiramo s fiziološko raztopino oziroma jih po njeni uporabi čimprej potopimo;
- pri uporabi instrumentov pazimo zlasti na konice finih škarjic, klešč in podobno;
- pri ročnem oskrbovanju instrumentov le-te odmetavamo v ustrezne razkuževalnike s pokrovom s pravilno pripravljeno dezinfekcijsko-čistilno raztopino;
- pri obeh metodah, ročni in strojni, so dolgi kontaktni časi (čez noč ali celo čez vikend) nevarni za korozijo instrumentov;
- ročnike in kable za visokofrekvenčno uporabo pripravljamo kot kirurške instrumente;
- mikrokirurške instrumente je dobro odlagati na posebna držala oziroma nosilce, da se ne poškodujejo;

- na zobozdravstvene instrumente se radi prilepijo razni materiali, ki pa jih je treba takoj po uporabi odstraniti;
- rotirne aparate v zobozdravstvu čistimo ločeno, da se ne poškodujejo;
- komponente motornih sistemov moramo, kolikor je mogoče hitro, po uporabi razstaviti. Površine prebrišemo z dezinfekcijskim robcem ali popršimo, da se izognemo zlepljenju in skorjasti oblogi;
- cevaste garniture oskrbimo tako, da je lumen prost in da pride vanj dezinfekcijska raztopina. Če so obdani s sluzjo, jih prebrišemo z dezinfekcijsko kompresno in prebrizgamo;
- trde – rigidne endoskope vedno razstavimo, optiko pazljivo odložimo v posebno posodo;
- fleksibilne endoskope po uporabi prebrišemo s kompresno za enkratno uporabo namočeno v dezinficiens. Izperemo vse votle sisteme, da pride dezinficiens do notranjih površin;
- tudi za dezinfekcijo in čiščenje endoskopov obstajajo posebni stroji.

Pregled oziroma kontrola instrumentov pred uporabo

- instrumenti morajo biti makroskopsko čisti;
- pred uporabo morajo biti ohlajeni;
- vsi členi instrumentov naj bodo primerno naoljeni;
- iztrošene, poškodovane, porozne instrumente izločimo in jih ne uporabljamo več, prav tako tiste, ki jih je načela korozija;
- lise na instrumentih so posledica napak v pripravi, in sicer:
 - nezadostno ročno ali strojno čiščenje;
 - neprimerno dezinfekcijsko ali čistilno sredstvo oziroma sredstvo za nego materialov;
 - neprimerna koncentracija;
 - zaostanki dezinfekcijskih čistilnih sredstev na instrumentih – preslabo izpiranje;
 - slaba kvaliteta vode za izpiranje;
 - nepravilni postopki pri sterilizaciji s paro;
 - ostanki raznih medikamentov, ostanki raznih oznak ali kemoindikatorjev;
 - razne druge napake v postopkih, kot so opuščena faza čiščenja tovarniško novih instrumentov pred sterilizacijo.

Meniva, da lahko v zdravstvu z ustrežno dezinfekcijo in čiščenjem preprečimo večji del infekcij.

Literatura

1. Bansemir K, Borneft J, Martiny H, Ruden H, Werner HP. Kumulative effekte bei der Flachendesinfektion. Hyg.+Med. 1984; 9: 201–4.
2. Brock et al. Biology Microorganisms. Prentice Hall, 1994.
3. Dragaš A.Z. Priročnik za preprečevanje bolnišničnih infekcij za zdravnike in medicinske sestre. Ljubljana: MF, Mikrobiološki inštitut, 1984: 10–19.
4. Dragaš F. Z. Preprečevanje infekcij v zdravstvenih ordinacijah. Državna založba Slovenije, 1993.
5. Bruhl A. in sod. Hygiene in der Endoskopie. Dr. Dieter Winkler Verlag, 1989: 19–73.
6. Koller W, Rotter M. Einfluss von Rinfolge und Teezeitintervall bei der prufung von verfahren zur hygienischen handelsinfektion. Hyg. + Med. 1984; 9: 201–4.

Milena Skubic, višja medicinska sestra,
strokovna sodelavka Henkel-Ecolab, Maribor
Matjaž Koren, dipl. ing., vodja razvoja,
Henkel-Ecolab, Maribor

RADOSTI IN STISKE POKLICA MEDICINSKE SESTRE

Mogoče se zdi težko pisati o radostih, ki jih prinaša določen poklic. Če prisluhnemo ljudem, ponavadi slišimo vsesplošno tarnanje. Vsi se primerjamo samo s tistimi, ki po našem mnenju zaslužijo več za manj in lažje delo, imajo boljši status. Seveda so te primerjave s tistimi ljudmi, ki jim je po našem mnenju lepše, neizčrpne in smo lahko nenehno nezadovoljni. Redko se pa zgodi, da se primerjamo s tistimi, ki jim gre neprimerno slabše. Dejstvo pa je, da je zadovoljstvo v nas samih ali pa ga ni.

Laško 94

Še sreča, da je sreča kar v nas samih. Kadarkoli in kamorkoli gremo, jo jemljemo s seboj; pravzaprav smo lahko srečni, kadarkoli se nam »zljubi«.

Ženske, ki nimajo ne družine ne poklica, tožijo nad praznino in nekoristnostjo svojega položaja, nad osamljenostjo, ki jih hromi in nad enoličnostjo odtekajočih dni. Ženske pa, ki imajo družino in poklic, tožijo nad grozno napetostjo, nad razdvojenostjo med obema nalogama in občutkom, da niso pravične do obojega in da se nikdar ne morejo umiriti. Ženske, ki delajo samo v družini, gojijo manjvrednostne komplekse in se čutijo odrezane od sveta, finančno odvisne, utesnjene v svojem osebnem razvoju in izkoriščane od drugih družinskih članov kot Pepelka, ki je preneumna, da bi delala kaj drugega. In ženske, ki delajo samo poklicno ter nimajo družine, menijo, da so zamudile najpomembnejše v svojem življenju, hrepenijo po partnerstvu in materinstvu ter se bojijo, da se jim bo strop sesul na glavo, ko bodo zvečer odprle temno stanovanje, v katerem jih nihče ne pričakuje.

Na podlagi lastnih izkušenj, izkušenj kolegic in nenačuden tudi varovancev in njihovih svojcev meniva, da je še posebej delo medicinskih sester tako, da nam nudi obilo zadovoljstva in daje možnosti za osebnostno rast. Seveda so pogoste tudi stiske, ki so predvsem posledica dela, pri katerem človek vstopa v osebne, včasih že kar intimen odnos.

Laško 94

Otrok je odšel po dveletni hospitalizaciji domov sicer kot kronični bolnik. Domači so se z otrokovo boleznijo sprijaznili. To je bil skupni praznik za družino in bolnišnični kolektiv.

Laško 94

Bolnica s kronično boleznijo je v pogovoru ob odpustu rekla, da ji je najbolj pomagalo to, da se je lahko brez zadržkov pogovorila tudi o stvareh, ki niso bile neposredno povezane z boleznijo.

Ne nameravava biti ne vem kako strokovna, ampak bova skušala predvsem razmišljati o našem poklicu. V veliko vzpodbudo in pomoč so nama tudi osebne izkušnje kolegic in kolegov, ki so jih posredovali na I. simpoziju zdravstvene nege Slovenije v Laškem, oktobra 1994.

Laško 94

Hvala, da ste te teme odprli za medicinske sestre, ker menim, da jih potrebujemo. Svoj poklic moramo jemati s pozitivne plati.

Verjetno se še vsi spomnimo prijetnih občutkov, ko smo končevali šolanje. Bili smo veseli, da ne bo več napornega učenja, ocenjevanja, izpitov in podobno. Končno smo postali samostojni, odrasli in se z različnimi pričakovanji podali na delovna mesta z željo, da bomo v pomoč ljudem, ki so nam zaupani v nego. Ko se odločamo za poklic medicinske sestre, so naše predstave običajno idealistične in redko že vnaprej predvidevamo težave. Že med študijem postopoma pristajamo na realnih tleh, saj ob praktičnem delu, ki ga je med šolanjem veliko, spoznamo, da je naše delo odgovorno, naporno in nas pogosto spravlja v stiske, kar pa se prepleta tudi z zadovoljstvom in ponosom, da ljudem pomagamo pogosto tudi takrat, ko drugi odpovedo in dvignejo roke.

Laško 94

Na en dan so umrli trije otroci, tri matere so prišle k meni jokati, zlasti ena razočarana nad zdravstvom. Pa še toliko dela sem imela!

Ko se zaposlimo, pa dokončno spoznamo nekatere negativne plati našega poklica, ki zahteva troizmensko delo, delo ob nedeljah in praznikih, ko je večina ljudi prostih, kar je, kakorkoli obračamo, neprijetna plat poklica. Se pa temu ne moremo izogniti. V veliki meri je od naše sposobnosti vzeti v zakup te neugodne danosti kot dejstva, odvisno, kako jih prenašamo.

Ni pa izmensko delo naša edina neprijetnost. Če jih naštejemo, so te:

- na večini oddelkov, posebno pa tam, kjer so delovni pogoji težki in je delo še posebno odgovorno, je pomanjkanje medicinskih sester veliko, kar dodatno zaplete timsko delo;
- osebni dohodki so v zdravstvu nasploh zelo majhni;
- medosebni odnosi zaposlenih v zdravstvu in odnosi med posameznimi profili so pogosto konfliktni ali pa jih sploh ni.

Našteto povzroča pri medicinskih sestrah nezadovoljstvo, ki je še vzpodbujano s splošnim stanjem v naši družbi.

Nekatere med nami moti to, da se naš poklic pa le vrača k svojim »koreninam«. Kar nekaj deset let se je naš poklic razvijal v smeri vedno bolj izpopolnjenih in zapletenih medicinsko tehničnih storitev. Z velikim veseljem smo prevzemali opravila, ki bi jih moral opravljati zdravnik ali kdo drug.

Laško 94

Delo z bolniki je zelo lepo in v obojestransko zadovoljstvo, kadar ima medicinska sestra čas za pogovor. Tega v zadnjem času nimamo več in mislim, da so odnosi z bolniki zato zelo ogroženi. Menim, da bomo porabili veliko časa, da jih ponovno vzpostavimo.

Po bolnišnicah in po zdravstvenih domovih so se oblikovale celo ekipe medicinskih sester, ki so bile zadolžene za ozko določene posege pri vseh bolnikih, pri čemer pa so zato zgubljale osebne stik z varovancem, saj niso vedele o posamezniku nič drugega, kot to, da določen poseg potrebuje. Na ta način tudi odnos varovancev ni bil osebne, saj tudi niso čutili in imeli možnosti, da bi nam povedali, da so z nami

zadovoljni. Vemo pa, kako dobro nam dene če mislimo, da nas imajo ljudje radi.

Zadnja leta vedno bolj poudarjamo, kako pomembno je, da medicinska sestra varovanca čim bolje spozna, spozna čim več njegovih potreb, radosti in stisk in mu skuša pomagati pri premagovanju težav in z njimi deliti njegove skrbi in radosti. Tako naj bi različni medicinsko tehnični posegi ne bili tisto najpomembnejše, ampak je to čimpopolnejša pomoč varovancu pri zadovoljevanju njegovih telesnih in duševnih potreb. Prepričana sva, da je to način dela, ki nam zagotavlja več pristnega zadovoljstva kot so ga deležni ljudje v večini ostalih poklicev.

Te stvari lahko kar naštejeva:

- hvaležnost bolnikov: veva, da si večina med nami lahko prikljče v spomin kar lepo število bolnikov, ki so nam za naše prizadevno delo pokazali hvaležnost, še veliko večje število pa je število tistih, ki tega niso zmogli ali znali.

Laško 94

Kadar me varovanci nekaj dni ne vidijo, se razveselijo, ko ponovno pridem mednje. To, da se oboji razveselimo snidenja, mi veliko pomeni.

- delo z bolnikom nam nudi stalno možnost osebnostne rasti. Pogosto se premalo zavedamo, da imamo privilegij, ko neposredno opazujemo, kako naši varovanci prenašajo težave in stiske, ki so posledica njihove bolezni. Če nismo slepi, lahko opazimo, kako se ljudem spremeni lestvica vrednot in kako znajo najti užitke tudi v malenkostih.
- prepričanje, da opravljamo izredno koristno delo. Ljudje brez nas ne morejo. Povpraševanje po našem delu je in bo vedno večje. Brez medicinskih sester se sistem zdravstva v trenutku sesuje.

Ta zadovoljstva v veliko večji meri občuti tista medicinska sestra, ki ima svoje delo in svoje varovance rada. Ob teh zadovoljstvih postanejo tudi vse neprijetne danosti, ki sva jih omenjala, znosnejše.

Kaj pa stiske? Zelo pričakovano in normalno je, da ob delu z ljudmi, s katerimi smo v tako osebnem odnosu, kot je medicinska sestra s svojimi varovanci in ob delu, ki ga imamo radi, a je naporno, odgovorno in včasih neprijetno, prihaja tudi do stisk.

Laško 94

Včasih se je potrebno zavzeti za dobro in za pravice bolnikov, tudi če zaradi tega pridemo v konflikt s sodelavci.

Meniva, da je pri razčiščevanju le-teh pomemben razčiščen odnos do svojega dela, svojih dobrih in slabih lastnosti, urejeno osebno življenje in ne nazadnje tudi urejeni odnosi v zdravstvenih timih.

Laško 94

Najbolj sem bila v stiski, ko je mož neozdravljivo zbolel in mu nisem mogla pomagati. Morala pa sem hoditi v službo in nuditi pomoč drugim. Nisem verjela, da bom po njegovi smrti še lahko opravljala svoj poklic. Vedno pa se dobro počutim, ko pridem z dopusta in mi ljudje govorijo: »Hvala bogu, da ste prišli nazaj, komaj smo vas čakali!«

Omenila sva, da vsak posameznik, ko začne opravljati svoje delo, prihaja vedno do novih spoznanj, prijetnih in neprijetnih. Zaželeno je, da se jih zavemo in se odločimo, ali to delo lahko opravljamo ali ne. V našem poklicu je toliko različnih področij dela, da si lahko vsak najde sebi primerno. Naše velike želje so najpomembnejše, z njimi ni kompromisov. V našem poklicu so delovna mesta, kjer posameznik slej ko prej »pregori« ali pa dela enostavno ne zmore več. Vsak ima pravico, da to pove in poišče sebi primerno delo, njegovi predpostavljene pa naj bi mu to skušali omogočiti. Seveda je vsem željam nemogoče ustreči takoj, na žalost pa se je treba včasih z neuresničitvijo tudi sprijazniti.

Kakšni naj bodo odnosi v timih? Seveda čim boljši. To je lahko reči, v resnici pa zahtevna naloga, ki terja veliko pripravljenosti in tudi napora. Imava dobre izkušnje s skupinami osebja na nekaterih klinikah. Poimenovali smo jih različno, v osnovi pa je šlo vedno za to, da se čim več ljudi s posamezne klinike ali oddelka vsede in pogovarja o svojem delu. Zaželeno je čim več pogovora o svojem doživljanju, tako ob delu z varovanci kot med zaposlenimi. Običajno se ti pogovori vsaj na začetku zatikajo, ker tega nismo vajeni, saj se tudi v domačem okolju premalo pogovarjamo o svojem početju in je vzdušje včasih kar mučno. Do določene mere so ta srečanja nekoliko lažja, če povabimo koga od zunaj. Pomembno je, da ta srečanja ne postanejo čvek ob kavi, organizacijski ali strokovni sestanki, da ne govorimo o stvareh, na katere ne moremo vplivati. Ti sestanki naj bi potekali enkrat tedensko ob točno določeni uri.

Na koncu morda lahko zaključiva z dr. Klevišarjevo, ki je po nekem pogovoru z nami zapisala v zadnjem Utripu: »Uspeh je vse tisto, kar bolniku pomaga v boju proti bolezni, pa seveda vse tisto, kar mu pomaga, da je kot človek laže kos vsemu, kar bolezen prinaša s seboj. Uspeh pomeni tudi komu, ki umira, pomagati, da ta čas preživlja s čim večjim človeškim dostojanstvom. Zato bi medicinskim sestram, ki se sprašujejo, ali je bilo vredno, rekla: Da, zares je bilo vredno...«.

Ob zaključku bi še enkrat poudarila svoj optimizem in prepričanje, da je in tudi bo več radosti v našem poklicnem življenju kot stisk. Verjameva v to prepričanje, ker se je zdravstvena nega začela le pomikati nazaj na pot k bolniku, ker so nekatere medicinske sestre začutile, da se je vredno o svojem delu in doživljanju v zvezi z delom pogovarjati in ker se bodo tudi zunanje okoliščine spremenile.

Logoterapevti razmišljajo takole:

Človek je zadovoljen in najde svoj smisel, če je usmerjen v biti za nekoga in biti za nekaj – pri moškem bolj biti za nekaj, pri ženskah pa bolj za nekoga. Težkega življenja ne smemo zamenjati za prazno življenje. Biti za nekoga se medicinskim sestram lahko izpolni tudi v poklicu, vendar bi vas rada opozorila, da je poklic dragocena vsebina življenja, toda nikdar je ne smemo narediti za življenjsko vsebino.

Brane Kogovšek,
višji medicinski tehnik, psihoterapevt
Ladi Škerbinek,
višja medicinska sestra, prof. ped.,
psihoterapevt

KAJ JE HOSPIC?

Kraj počitka... Raj miru!

Hospic – iz preteklosti vzet izraz je takrat označeval prostor, namenjen popotnikom, kjer so se lahko ustavili, okrepčali in bili deležni udobja na poti. V našem primeru je pot rakavo obolenje, popotniki pa so bolniki, katerih stanje in predvideni potek bolezni izključujeta kakršnekoli agresivnejše posege, in njihovi svojci. Program hospica predlaga obliko stalne pomoči, ki naj bolniku in svojcem omogoči ostanek življenja preživeti skupaj kar najbolj polno in udobno. Taka pomoč upošteva vse bolnikove potrebe: tako duhovne in čustvene kot telesne-zdravstvene. Hospic – danes ta izraz pomeni držo, pojem in program celostne skrbi za bolnika. Kakršnakoli že je ta oblika – končni cilj je vedno enak: Spoštovati umirajoče in jim omogočiti, da svoje življenje izpolnijo v skladu s seboj. Na kratko: dodajati življenje dnevom in ne dni življenju!

Po našem mnenju hospic ni ne specializirana ustanova ne dom. V bistvu pa je oboje hkrati, saj omogoča specializirano nego ustanove in domačnost doma. Najvažnejše je spoznanje, da hospic ni odlagališče umirajočih, ki bi jih družba »najraje pozabila«, ampak enota za intenzivno nego v polnem pomenu te besede. Tisto pa, kar ob prestopu bolnika v stanje, ki ga imamo za končno obdobje rakavega obolenja, nikakor ne smemo izgubiti spred oči, je, da zdaj zdravljenje usmerimo zgolj na obvladovanje motečih simptomov bolezni. Bolezen samo pozabimo, saj smo bitko z njo izgubili, in se zato raje osredimo na bolnika, ki je še vedno človek, živ!

Bolečina povzroča največje stiske, zato je prvi cilj rešiti bolnika bolečin in še več – celo spomina nanjo in strahu pred njo. Gotovo ima vsak od nas izkušnjo nenadnega zobobola – še preden se pojavi naslednji, že hitimo, da bi ga preprečili. Koliko hujše trpljenje je spomin na hudo rakavo bolečino! Ker ta nikoli ne pojenjuje, ampak je vse hujša in hujša!

Velik del fizične bolečine se da umiriti z upoštevanjem preprostih farmakoloških načel. Kadar je odmerek zdravila premajhen, nikdar ne bo dosegel potrebne učinkovite ravni. Ob zadostni dozi – PRN oziroma SOS, kot po navadi pišemo na recepte, stalne terapevtske ravni ne moremo ohranjati, saj med enim in drugim odmerkom prihaja do velikih padcev koncentracije. Kratko delujoča zdravila učinkujejo hitro, a ne za dolgo. Če jim damo intravenozno, je učinek hiter in dober, a ga ne moremo trajno vzdrževati. Zato so, kjerkoli je le mogoče, primernejše oralne in perrectum poti dajanja zdravil. Ob kombiniranju sinergistično delujočih zdravil dosežemo z manjšo dozo enak učinek oziroma podaljšano delovanje. Za dobro obvladovanje bolečine moramo torej izbrati prava zdravila v najprimernejši kombinaciji, prave odmerke, jih dati na pravi način, v primernih razmakih – po navadi na štiri ure. V našem okolju, kjer ni lahko priti do opiatov, moramo zato do največje možne mere izrabiti tehnologijo uporabe preprostih analgetikov, ki so nam na voljo. Vendar bolečina nikakor ni samo fizična, ampak tudi duševna, medosebna, finančna, duhovna. Za njeno dokončno obvladovanje se moramo zato soočiti z vsemi naštetimi vidiki. Mislim, da je potrebno poudariti tri stvari za vse, ki se nameravajo ukvarjati z umirajočimi rakavimi bolniki, in predvsem z njihovo bolečino. Prvič, pomembno je pre-

poznati bolečino, ki jo trpi bolnik, in ne tega, o čemer sodimo mi, da bi moralo boleti. Treba je spoštovati, verjeti, vzeti zares to, kar pravi bolnik. Drugič – vedeti moramo, da odvisnost od zdravil v zadnjem obdobju rakavega obolenja nima nobenega pomena več. Tretjič – zelo pomembno je bolečino sprejeti kot stanje, ne kot prehodni dogodek. To dejstvo v celoti velja za rakavo bolezen – je stanje in ko si enkrat z njo v pogodbi, je treba s tem živeti do konca. Z bolečino je podobno. Bolečina vnetega slepiča, na primer, je koristna, saj opozarja, da je nekaj narobe. Ko odstranimo vzrok, bolečina izgine – zato je torej koristen dogodek. Na drugi strani pa je bolečina terminalnega rakavega bolnika, ki vedno le narašča in je brez koristi – torej bolj stanje kot pa prehodni dogodek.

Na koncu dodajmo, da je Ljubezen, če je primerno uporabljena, zelo močan analgetik. Vendar kljub vsemu bolečine ni mogoče olajšati le s stiskom roke. Da bi razvila polno moč, jo je treba kombinirati z vsemi razpoložljivimi načini sodobne tehnologije.

»Ljubezen oživlja«, je bilo rečeno. Res je. Ljubezen staršev je dala življenje nam. Ljubezen je osmislila našo otroško in odraslo dobo. Ljubezen daje pomen poroki, saj bi sicer bila le pogodba. In Ljubezen je, ki daje vsakemu življenju, da živi do smrti. Ljubezen torej oživlja vse etape življenja od rojstva do smrti. Ne veliko ljubezni naenkrat, ampak kar naprej po malo ljubezni in pozornosti potrebujejo vsi ti ljudje, da začutijo, da so zaželeni, ne pa prepuščeni samim sebi.

Najdragocenejše zdravilo v oskrbi v hospicu je lahko dosegljivo – ljubezni polna oskrba – po en odmerek kar najbolj pogosto mogoče!

Še mnogo drugih stisk umirajočega rakavega bolnika zasluži pozornost. Povzročajo jih nabiranje tekočine v prsnem košu ali trebuhu, zapora v dihalih, prebavilih ali v uropoetskem sistemu, cvetačasto odprte rane, razdejanje, ki ga pusti agresivno zdravljenje – in še mnogo drugega. Da bi umirajočega mogli v celoti oskrbeti, potrebujemo skupino zavzetih pomočnikov. Ključni predstavniki skupine so medicinske sestre, zdravniki, prostovoljci. Te podpira še drugo službeno osebje v enoti. Ključ do resnično uspelega hospica je popolna predanost in razumevanje filozofije hospica.

Filozofija nege v hospicu

Naslednji povzetek članka J. Branna, koordinatorja hospicev in vzgojitelja v Cancer Association zahodne Avstralije, na kratko in jedrnatu oriše temeljne filozofije hospica.

Že od samega začetka nega v hospicu sprejema nezogibnost bližajoče se smrti. Zaradi tega se poslužuje odgovarjajočih ustreznih ukrepov pomoči človeku, in sicer paliativnih načinov v nasprotju z aktivnim in/ali herojskim zdravljenjem. Vodenje bolnika je vedno osredotočeno na preprečevanje in lajšanje trpljenja, ne pa na podaljševanje življenja.

Prek poklicnih in prostovoljnih služb nujno zajame oboje: bolnika in svojce. Načrtovana je na podlagi njihovih posebnih potreb, pa naj bodo le-te fizične, psihične, socialne, duhovne ali praktične.

Dalje – ne sodi, brezpogojno spoštuje pravice bolnika in svojcev, da sprejmejo ali zavrnejo katerikoli vidik vodenja, da so udeleženi pri odločanju.

V spoštovanju in ohranjanju bolnikovega dostojanstva in neodvisnosti ves čas opogumlja njega in svojce, da sodelujejo pri kar največ vidikih nege, prilagojeno njihovim željam, spretnostim, dopuščajoč popolno svobodo dostopa, tako glede časa kot tudi negovalnega okolja in skupnosti. Pomoč se mora nadaljevati še po bolnikovi smrti, in sicer s podporo svojcev in prijateljev v prvih dneh izgube.

Nujno je, da v okviru hospica obstaja interdisciplinarna skupina, katere člani niso usmerjeni le na bolnika, nego, podporo svojcem, ampak dejavno podpirajo in skrbe tudi drug za drugega. Formalno in neformalno. V želji, da bi bilo delo v hospicih in na področju paliativne nege bolj učinkovito, poskrbi tudi za možnost specifične vzgoje poklicnih in prostovoljnih sodelavcev. V bistvu filozofija zahteva najvišjo raven nege in medicinskega vodenja, 24 ur dnevno, vseh sedem dni v tednu – način vodenja, ki bolniku od tega trenutka do smrti dovoljuje kar največjo možno kvaliteto življenja. Še več, zagotavlja se na osnovi potreb, ne diagnoze ali zmožnosti plačila.

Vprašanja

Eno izmed vprašanj, na katero je v primeru napredovalnega in terminalnega rakavega obolenja najtežje odgovoriti, je: Kdaj naj nehamo zdraviti aktivno in naj odtlej nudimo le potrebno nego in oskrbo? Resnično težka odločitev, včasih zares nejasna. In bolniki take odločitve pogosto nočejo sprejeti.

Primer:

Imeli smo bolnico z ovarijskim karcinomom, ki je dosegla mejo svoje bolezni. V tem stanju smo ji predlagali ustavitve kemoterapije in nadaljevanje zgolj simptomatičnega zdravljenja, saj bi sicer le zapravljala denar za draga zdravila, ki si jih zares niti ni mogla privoščiti. Odklonila je, ter si poiskala drugega zdravnika, ki jo je brezkoristno zdravil naprej, kar se je nesrečno končalo s posmrtnim dolgom več sto rupij. Kadar torej zdravljenje ustaviš in ponudiš spremljajočo nadaljnjo nego, vedno obstaja problem, da bo namesto tebe kdo drug brezkoristno zdravljenje nadaljeval. Sodobna znanost je tako naravnana, da je nič ne ustavi – gre dalje in dalje. Vendar nikoli ne vemo, ali ne bo morda kateri od bolnikov tik pred zdajci ugodno odreagirala na nov način zdravljenja. Ali smo torej zares upravičeni v določenem trenutku prekiniti aktivno zdravljenje? Najbrž bi bilo najbolje, da bi namesto posameznika odločitev nase prevzela komisija izvedencev. Vodilo je tako: če nadaljnje zdravljenje bolnika naredi še bednejšega, svojcem prinaša več stisk, rezultati pa so minimalni oziroma jih ni, potem je

nastopil trenutek, da od aktivnega zdravljenja prestopimo k paliativnemu.

Naslednje vprašanje: Zakaj bi tovrstne nege ne mogli izvajati v splošnih bolnicah? Odgovor je zelo jasen. Sistem splošnih bolnišnic je usmerjen v zdravljenje, zdravniku in medicinski sestri je velikokrat težko sprejeti oskrbo v znamenju smrti. Resničnost, ob kateri pogosto čutimo krivdo. Na oddelčni viziti ob takem bolniku vzdihnemo: »Moj Bog, kako žalostno! Ničesar več ni moč storiti!« In se hitro premaknemo drugam. A v resnici prav ta bolnik potrebuje največ našega časa! S »poslušanjem« se bomo morali začeti učiti, toda tega v navadni bolnišnici ni mogoče izvesti. Potrebno bi bilo primerno okolje za poslušanje. Brez poslušanja se ne moreš naučiti, prepoznati, brez zaznave resničnih bolnikovih potreb pa jim ne moreš zares pomagati.

Kje torej lahko nudimo najboljše potrebno nego v tej fazi bolezni? Turnbull pravi: »Vsakomur bi morali dovoliti umreti; mirno, udobno, z dostojanstvom.« Na vse naštetu vpliva okolje, v katerem »se zgodi« smrt. Če bolnik želi umreti doma, je to gotovo zanj najboljši prostor – s predpostavko, da ob tem dobi vso ustrezno nego. V bolnišnici je tako okolje težko zagotoviti, saj tam bolnika ni moč dolgo obdržati. Tako je hospic verjetno ena od boljših rešitev. V Hospicu sv. Krištofa je bila izvedena primerjalna študija glede doseženega zmanjšanja preterminalne in terminalne bolečine – doma, v splošni bolnišnici in v hospicu. Podatke so zbrali z vprašalnikom sozakoncu o stopnji upada bolečine. Iz rezultatov je bilo očitno, da je nega v hospicu v tem pogledu najučinkovitejša.

Sodobno gibanje hospica je vzniknilo po ustanovitvi Hospica sv. Krištofa 1967 in preplavilo svet. V skrbi za umirajočega je moderna medicina odpovedala. V luči tega primanjkljaja vidijo bolniki, svojci in »pomočniki« v hospicih boljši način obvladovanja fizične in duševne travme umiranja. Hospic je v mnogih pogledih zdravstvene nege revolucionaren, ko se od količine usmerja h kvaliteti življenja. Iz hospica lahko znanje in spretnost nege prenesemo na vodenje katerekoli težke ali neozdravljive bolezni. Razvite negovalne spretnosti je moč prenesti v vse tiste situacije, kjer človek trpi bolečino, strah, izgubo, zapuščenost, odvisnost...

Na hospic naj nikoli ne bi gledali kot na kraj za umiranje. Hospic ima namen omogočiti življenje umirajočim. In nikoli naj se v hospicu ne zgodi, da bi omalovaževali in zanemarjali umrlega (Hinton).

Poglavje iz knjige:

dr. Luzito de Souza, LUČ V TEMI (1985)
(zgodba Ašrama Šanti Avedna od načrtov do uredničitve – ustanovitev Hospica v Indiji)

Prevedla dr. Majda Kočar