

MEDICINSKA SESTRA IN VAROVANEC

NAČELO 1

Medicinska sestra skrbi za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo je dolžna opravljati humano, strokovno in odgovorno ter v odnosu do varovanca spoštovati njegove individualne potrebe in vrednote.

Standardi:

- Dejavniki, kot so rasa, narodnost, vera, socialni položaj, spol, starost, zdravstveno stanje ali politično prepričanje ne smejo vplivati na odnos do varovanca.
- Individualni programi zdravstvene nege zahtevajo celostno obravnavo posameznika, družine in skupnosti. Vključujejo fizične, psihične, duhovne in socialne potrebe varovanca ter upoštevajo njegovo kulturo ter osebna prepričanja.
- Medicinska sestra v sodelovanju z varovancem vključuje v obravnavo tudi člane družine ter osebe, ki so varovancu blizu.

V prvem načelu sta izraženi dve temeljni etični zahtevi **dobronamernost**, delati dobro, v korist pacienta in **neškodljivost**, ne povzročati škode.

**»DA BOM V SLEHERNO HIŠO, KAMOR ME BODO KLICALI,
STOPILO SAMO ZARADI KORISTI BOLNIKOV...«**

HIPOKRAT

»PREDVSEM NE STORITE NIČ ŠKODLJIVEGA...«

F. NIGHTINGALE

Delati dobro, v korist pacienta, skrbeti za ohranitev življenja in zdravja ljudi na način, ki bo human, strokovno odgovoren in bo v odnosu do pacienta spoštoval njegove individualne potrebe in vrednote je temeljno načelo, po katerem se odločamo. Te odločitve pa so v praksi povezane s številnimi dilemami. Kaj je v korist pacientu? Kaj naj storim v tej situaciji? Katera odločitev je za pacienta najboljša? Kakšna dobra ali slaba posledica bo nastopila po tej odločitvi ali dejanju? Kako zagotoviti, da bo pacient vedno obravnavan kot subjekt, tudi takrat, ko imata tehnologija in učinkovitost prednost?

Medicinska sestra s svojim delovanjem prispeva k zdravju, dobremu počutju in zmanjševanju trpljenja pacienta. S tem je skladen koncept zagovorništva, medicinska sestra – zagovornik koristi pacienta.

Zahteva neškodljivosti je na prvi pogled jasna, saj nihče ne želi škodovati pacientu. V vsakodnevni praksi pa postane zahtevna in v popolnosti skoraj nedosegljiva. Kako preprečiti napake pri delu, padce in poškodbe pacientov, preležanine in večni problem bolnišnic – intrahospitalne infekcije. Odnos do teh pojavov je izraz etične občutljivosti posameznega zdravstvenega delavca. Pomembno vlogo pa ima ob tem organizacija dela, ki mora imeti vzpostavljen ustrezen management tveganja. » Management tveganja je program, namenjen ugotavljanju, vrednotenju in izvajanju ustreznih ukrepov, z namenom preprečiti možno tveganje, ki vodi v poškodbo bolnika, zaposlenega ali obiskovalca... Danes je management tveganja orientiran problemsko in mora biti vključen v splošen program stalnega izboljševanja kakovosti« (Kadivec, 2003).

STANDARDI

V zvezi s prvim načelom so izpostavljeni trije standardi:

Prvi se nanaša na načelo *enakosti in pravičnosti*. Četudi so ljudje med seboj še tako različni, imajo enako pravico do življenja svobode in varnosti.

Z razvijanjem možnosti, ki jih ponuja sodobna zdravstvena tehnologija, se v etiki zdravstva odpirajo nova vprašanja v zvezi s pravičnostjo pri razporejanju resursov. Največkrat nastaja konflikt pri vprašanju koristi posameznega pacienta v primerjavi z drugim. Kako rešiti vprašanja pomanjkanja virov: ne samo opreme in materiala, temveč tudi zdravstvenih delavcev? Kako naj medicinska sestra pravično razporedi svoj čas za posamezne paciente (Grbec, 1992)?

Načelo enakosti in pravičnosti pomeni tudi odsotnost vsake diskriminacije glede na spol, starost, raso, narodnost, vero, socialni položaj, zdravstveno stanje, politično prepričanje in drugo.

Drugi standard izpostavlja zahtevo po individualizirani zdravstveni negi in hkrati celostni obravnavi, tako z gledišča fizičnih, psihičnih, duhovnih in socialnih potreb, pacienta. Najučinkovitejša metoda za doseg tega standarda je *proces zdravstvene nege*.

»Zdravstvena nega je utemeljena v analizi človekovih osnovnih potreb. To so potrebe, ki jih imamo vsi ljudje, ne glede na morebitno diagnozo. Pri vsakem posamezniku pa je potrebno opredeliti in vključiti modifikacije, ki jih zahtevajo njegova starost, čustveno stanje, duševne in telesne sposobnosti, socialni, kulturni in ekonomski položaj in okoliščine, v katerih izvajamo zdravstveno nego. In prav kombinacija osnovnih potreb in potrebnih modifikacij je tisti ključni element, zaradi katerega je zdravstvena nega ustvarjalna dejavnost.« (Henderson, 1998)

Tretji standard opredeljuje pomen vključevanja in sodelovanja svojcev ter pomembnih drugih pri kakovostni obravnavi pacienta.

RAZMIŠLJANJE

NEŠKODOVANJE. Nihče ne želi škodovati pacientu, pa vendar...

Skušajmo to zahtevo prenesti na problem intrahospitalnih infekcij. Ugotavljamo, da je intrahospitalnih infekcij v naših bolnišnicah preveč. Zakaj? Kaj storiti? Smo ta problem predolgo zanemarjali?

Po več desetletjih mi je spet prišla v roke knjiga zgodovine kirurgije, ki je takrat naredila name velik vtis in me naučila, da novosti v zgodovini zdravstva največkrat niso bile sprejete z odobravanjem in priznanjem, temveč je genialne raziskovalce čakala neizmerno kruta usoda.

Vera Grbec: 10-letnica Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov

»Semmelweis začne še enkrat znova, daleč od Dunaja, daleč od tedanjega znanstvenega sveta in klik znamenitih ljudi. Znova se bojuje proti lenobnosti študentov. Spet zapira pota med obdukcijskimi dvoranami in prostori za porodnice. Zopet nadzoruje vsako umivanje rok. In zopet žanje negodovanje, mržnjo, posmeh.

Toda v šestih letih mučnega prizadevanja doseže, da umre v zadnjem letu samo osem od 933 porođnic. To je manj kot en odstotek (Thorwald, 1957)«.

»Zakaj je ta problem tako težko rešljiv tudi danes, ko vemo mnogo več, ko poznamo povzročitelja in pota prenosa infekcij? Zakaj so učinkovite metode tudi takrat, kadar so razmeroma preproste (razkuževanje rok), tako težko sprejete? Najbrž ne moremo doumeti, da ima v današnji dobi visoke tehnologije v zdravstvu, v dobi modernih aparatov in učinkovite terapije razkuževanje naših rok tako pomembno vlogo. Pri infekciji z MRSO imamo na razpolago samo še en antibiotik!

Naše roke so za paciente izredno pomembne, z njimi mu pomagamo k ozdravitvi, včasih pa lahko prav naše roke povzročijo hudo poslabšanje njegovega stanja ali celo smrt. Žal to največkrat doumemo v vsej svoji tragičnosti šele takrat, kadar je ta pacient naš najbližji (Grbec, 2002)«.

Vsi delamo drobne napake, vendar etično občutljiv zdravstveni delavec si bo prizadeval, da jih bo delal čim manj. Kadar pa ne upoštevamo učinkovite metode za preprečevanje infekcije, gre za malomarno ravnanje in s tem posledično odgovornost. Če pride do prenosa infekcije na pacienta, se šteje za strokovno napako, povzročeno iz malomarnosti. Tu gre vedno za *etično odgovornost*, navadno tudi za *poklicno odgovornost*, če pa so posledice za zdravje in življenje pacienta hude, pa tudi za *kazensko odgovornost*.

Prejšnji Kazenski zakon pravi, da gre za malomarno zdravljenje takrat, ko se je zdravnik ali drug zdravstveni delavec zavedal, da zaradi storitve ali opustitve dejanja *lahko* nastane škodljiva posledica, pa je lahkomišljeno mislil, da ne bo nastala ali da jo bo lahko odvrnil – ali se tega ni zavedal, pa bi se moral in mogel zavedati.

To pomeni, da neznanje ne razbremeni krivde.

Prav na primeru bolnišničnih okužb nam postane ta sicer suhoparna dikcija zakona bolj jasna.

Tudi nedavni izgovori ob strokovni napaki, češ, da nismo vedeli, da smo bili v zmoti, ne vzdržijo.

»Razprave o tem ali gre za napako ali zmoto, so s kazenskopravnega vidika brezpredmetne (Mazi, 2003)«.

Da bo napak čim manj je pomembno, da tudi v praksi ne poenostavljamo postopkov (»slabe hišne navade«), ki lahko privedejo do nepredvidenih posledic. Najpomembnejše je, da ravnamo po pravilih stroke, še posebej, da dosledno upoštevamo strokovne standarde, ki so prirejeni na dejansko stanje in okolje, v katerem se dejavnost odvija. Drug pomemben dejavnik pa je dosledno spoštovanje in upoštevanje načel etičnega kodeksa. Kadar še vedno obstaja dilema, kaj je najbolje da storim, kaj je v največjo korist za pacienta, nam pomaga, da upoštevamo tudi »Zlato načelo«.

1. Tudi zahteva po *enaki obravnavi* pacientov, ne glede na spol, starost, raso, narodnost, vero, socialni položaj, zdravstveno stanje, politično prepričanje ipd., nam je znana in sama po sebi razumljiva. Pa vendar se vsi zavedamo, da obstaja na tem področju veliko prikritega, včasih težko ugotovljivega razlikovanja. Če so pred leti študenti opažali kot pomemben faktor neenakosti v obravnavi narodnost, so udeleženci učnih delavnic v letu 2004 v veliki večini izpostavljali kot glavni faktor neenake obravnave socialni status pacienta. Zakaj? Ali res trenutne družbene razmere tako močno vplivajo na odnos v zdravstvu?

ZGODBE

V nadaljevanjih navajamo zgodbe, ki so jih pred nekaj leti napisali študentje Visoke šole za zdravstvo v Ljubljani in Visoke zdravstvene šole v Mariboru, v okviru predmeta Etika v zdravstveni negi. Izpričujejo, kako občutljivi opazovalci so študentje in dijaki zdravstvenih šol in kakšne krize doživljajo tudi sami, na kar v praksi vse prevečkrat pozabljamo.

Prva zgodba:

»Pri pouku Etike z deontologijo se na teoretični bazi srečujemo s pravili etičnih načel in drugimi moralnimi vrednotami, katerih uporaba pa se na žalost v praksi zelo razlikuje in velikokrat brez pomislekov krši.

Med opravljanjem praktičnega dela v bolnišnici imamo študentje veliko možnosti, da spoznamo in opazujemo prenos etičnih vrednot v realno življenje.

V spominu mi je ostal dogodek na nekem intenzivnem oddelku pri jutranjem postiljanju postelj. Sestra je pristopila k zelo oslABLJENI pacientki, jo naslovila z mamco, pobrala rjuhe z njenega telesa, ki je bilo napol golo in se brez pomislekov pred drugimi manj ,prizadetimi' pacienti počasi odpravila po sveže rjuhe.

V tem primeru je bilo kršeno načelo človekovega dostojanstva. Prvič že z naslavljanjem mamca in drugič z odkrivanjem telesa pred drugimi pacienti v intenzivni enoti.

Zavedati se moramo, da je vsak človek celota zase, ki je vreden spoštovanja, ne glede na prizadetost, spol, starost...

Naj dodam še moje mišljenje, vsakdo izmed nas bi moral začeti pri sebi, kajti lastnih napak se po navadi ne zavedamo, veliko lažje opazimo napake drugih, kot pravi pregovor: » Najbolj nas motijo naše napake pri drugih«.

Druga zgodba:

»20. stoletje označujemo kot stoletje ogromnega napredka. Gre predvsem za gospodarski, industrijski razvoj, razvoj na področju znanosti, umetnosti... Zdi se, da ima prednost pred človekom vsak stroj, poslopje, predmeti, ki jih uporabljamo. Človek kot najpopolnejše bitje pa je do nedavnega ostajal v podrejenem položaju. Vsak izmed nas je enkratna osebnost s svojimi značilnostmi, sposobnostjo mišljenja, reagiranja in čustvovanja, prav to pa pogosto pozabljamo in ravnamo z njim (oz. ravnajo z nami) kot z brezosebним predmetom. Ta birokratski model je značilen za našo družbo in je prisoten v vseh ustanovah, žal tudi v zdravstvu. Kljub vsej moralno-etični vzgoji, ki jo je deležen vsak zdravstveni delavec, še vedno opažamo grobe kršitve osnovnih etičnih načel.

Pacientka je bila sprejeta na oddelek z diagnozo Ca recti. Na samo operacijo je čakala tri tedne, mnogo več kot bi bilo potrebno, saj se vse preiskave lahko opravijo v enem tednu. Končno so določili datum za operacijo. Potrebno je bilo drastično čiščenje prebavnega trakta, kar se je začelo že dva dni prej. To jo je precej izčrpalo, tako fizično kot psihično. Na dan operacije je ostala tešč v upanju, da bo poseg izvršen. Čakala je do 15. ure in upala, da jo vendar pokličejo, a zaman. Sestre smo se ji opravičevale (čeprav ni bila naša krivda), bilo nam je težko, saj smo vedele kaj prestaja. Zdravnika, ki bi ji pojasnil situacijo, ni bilo. Razpisana je bila zopet za naslednji dan in zopet zadnja. Tako se je zgodilo, da je operacija ponovno odpadla, brez pojasnila, zakaj tako ravnanje.

Šele tretji dan je bila pacientka operirana po posredovanju oddelčne medicinske sestre in odločno zahtevo, da jo uvrstijo na program prvo.

Ta dogodek me je prisilil k razmišljanju, kaj vse je morala bolnica pretrpeti zaradi neetičnega in nehumanega odnosa tistih, ki so za to odgovorni. Sprašujem se ali bo imela ta pacientka še kdaj zaupanje v zdravstvene delavce, ko pa smo zatajili že pri osnovnih etičnih načelih«.

Tretja zgodba:

»Bilo je pozno popoldne. Vse bolniške sobe so bile zasedene in ni bilo možnosti, da bi kakšnega pacienta še sprejeli. V sobi št. 11 je ležal pacient, ki je imel za seboj v treh tednih že sedem operacij. Ležal je v enoposteljni sobi, ki je bila sicer namenjena za »nadstandard«. Tisto popoldne nas je poklical dežurni zdravnik, da ima sprejem bolnika z napadi ledvičnih kamnov (za kar se je kasneje izkazalo, da ni bil nujen) in da je to njegov dober osebnostni prijatelj. Ker smo mu povedale, da ni več prostora, je potem prišel v naš prostor, nas nahrulil in grozil z disciplinsko, če ga ne bomo ubogale. Ko je šel v sobo 11, je videl tega ubogega pacienta in rekel: ,Ta že ne bo preživel noči, odpeljite ga ven.' Seveda tega nismo storile, zato ga je s posteljo sam odpeljal v oddelčno kopalnico. Tako je ta nesrečnež pristal v hladni kopalnici, brez priključka na kisik, od katerega je bil odvisen. K sreči se ni zavedal, kaj se z njim dogaja. Kljub prepovedim sem ga odpeljala v drugo sobo. Ta noč je bila za tega pacienta zadnja.

Vera Grbec: 10-letnica Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov

Bilo je zelo žalostno, a vendar sem bila srečna, da sem ga držala za roko in da je umrl med ljudmi.

Zoper neetičnega zdravnika je šef ustrezno ukrepal.

Na tega pokojnika se še vedno spomnim, saj je bil vedno nasmejan, ni obupal, pa čeprav se je zavedal, da se mu bliža konec. V sebi pa imam mirno vest in zadoščenje, da sem bila ob njem, ko me je najbolj potreboval.

V spominu imam pogovor, ki mi ga je povedala mama, preden sem se odločila za ta poklic: Nobena stvar ne naredi človeka srečnejšega, kot njegovo lastno prepričanje, da je naredil najboljše, kar je mogel.

Živeti za druge ni samo zakon dolžnosti, temveč tudi zakon sreče.«

Četrta zgodba:

»Na etiko smo pa pozabili...«

Ljudje velikokrat opravljamo svoje delo površno, napačno, ne tako kot bi ga morali, kot nam narekuje vest ali kot nam predpisujejo zakoni. Včasih tudi dejanje, ki bi ga morali storiti opustimo, ob tem pa se ne zavedamo, kakšne so lahko posledice. V bolnišnicah in ambulantah se iz dneva v dan dogajajo drobne, na videz nepomembne napake, ki jih pri svojem delu zagrešimo zdravstveni delavci. Nekaterih se niti ne zavedamo, spet druge pa vendarle niso tako nepomembne, kot sprva izgledajo, predvsem pa prizadenejo bolnika.

Starejši pacient mora tešči na preiskave. Na oddelek se vrne pozno in lačen, nakar se na žalost izkaže, da njegovega kosila ni, ker ga ni nihče prihranil zanj.

Stara gospa je zbolela, v zadnjem času je še precej shujšala, saj ima težave s prebavili. Z reševalnim avtomobilom jo pripeljejo na rentgensko slikanje in ostale preiskave. Strah jo je bolečin, a ne upa si vprašati ničesar. Tega njenega strahu pa nihče ne razbere z njenega obraza, nihče ne prepozna govorice njenega telesa. Vsak opravlja svoje delo hitro, nemo, avtomatično, natančno – kot stroj. Še najbolj od vsega jo je skrbelo za njeno protezo. Spremljevalca poprosi, naj malo popazi nanjo, on pa ji osorno odvrne, da ni zato plačan, da bi pazil še na njeno protezo. To ubogo gospo zelo potre. Tiho odloži protezo na poličko, kamor so ji ukazali.

V ambulanto je prišel kmet, ki je pri delu v gozdu nerodno padel. Ker so se pojavile določene težave se je bal, da si je zlomil rebra. Prišel je k zdravniku, če bi ga poslal slikat. Zdravnik mu je kratko odvrnil, da mu napotnice že ne bo dal, če bi se šel pa rad slikat, ima za vogalom fotografa.«

Literatura

Grbec V. Etika v zdravstveni negi I. del. Zdrav Obzor 1992; 26: 3–6.

Grbec V. Obzornik in etika. Obzor Zdr N 2002; 36: 201–2.

Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. (Prevod Dunja Kalčič.) Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998.

Kadivec S. Kako zagotoviti etični načeli dobronamernosti in neškodljivosti v zdravstvenih ustanovah. V: Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2003.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994.

Mazi F. Zdravniki – strokovnjaki ali uradniki? Posvet »Etika v belem«. Portorož, 28.–29. november 2002. Ljubljana: Agencija za management z Združenjem seniorjev Slovenije, 2002.

Thorwald J. Stoletje kirurgov. Ljubljana: DZS, 1957.