



prim. Janez Remškar, dr. med.
specialist internist

Kako z umirajočim?

Zdravstveni sistemi so skoraj povsod v svetu v velikih težavah. V ospredju je čedalje večja razlika med zahtevami oziroma možnostmi, ki jih ponuja sodobna medicina, ki postaja vse dražja, in finančnimi zmožnostmi, ki jih imajo na razpolago države. V razvitih državah se hitro veča starost prebivalstva, kar še dodatno povečuje potrebe zdravstva, saj je znano, da se okoli 70 odstotkov denarja porabi za zdravljenje starejših od 70 let. Jasno je, da temu ne gre oporekati, kajti življenje je enkratno, končno, zaradi česar je vsaka razprava o tem, kaj bi se dalo in kako privarčevati pri zdravljenju neke skupine, še posebno pri starejših, neprimerna in nevarna. Kljub temu se mora zdravnik zavedati, da je življenje končno in da je treba tudi pri njegovem podaljševanju ali vzdrževanju

namreč da ima vsak bolnik pravico do spokojne smrti, smrti brez trpljenja. Na to nas je opozoril, ko smo kot mladi specializanti, še posebno v času dežurstva, delali vse in marsikdaj preveč, da smo bolnika le obdržali pri življenju, čeprav priključenega na vse mogoče aparature. Sami sebi smo se v trenutku poročanja na jutranjem raportu, kakor imenujemo jutranji sestanek in poročilo dežurnega zdravnika o delu prek noči, zdeli dobri, strokovno uspešni. Mnogokrat se je pozneje izkazalo, da smo bolniku z našim »uspešnim« posredovanjem samo podaljšali agonijo umiranja. Res je tudi, da je zdravnik, še posebno na področju urgentne medicine, zaradi pomanjkanja informacij o predhodnih boleznih in stanju bolnika mnogokrat v težavah. Ukrepiti mora takoj in šele pozneje, po uspešnem

Smrt niti za izkušenega zdravnika ni prijetna in pred njo, če se le da, beži.

imeti jasne etične in tudi strokovne norme. Zdravnik se mora vsak trenutek zavedati svoje odgovornosti, ki jo ima pred bolnikom kot enkratno osebo s samo enim življenjem in bolnikom, ki mu mora po najboljši možni poti pomagati, da ne trpi, tudi v času prehoda iz življenja v smrt. Z drugimi besedami, zdravnik mora imeti pred očmi, koliko življenja je dodal bolezniki oziroma ali ni podaljševal le trpljenja. Velika odgovornost in izjemno težka naloga. Ali smo ji kos?

Tema, kdaj komu kaj in kdaj ne, še posebno ko imamo pred seboj starostnika, je izjemno občutljiva, odločitve niso preproste in zelo hitro smo lahko na področju evtanazije. Tu je javnost še posebno občutljiva in kaj hitro se nam lahko zgodi, da bo odločitev zdravnika, čeprav podprta s pomočjo in mnenji kolegov, da pri bolniku ne bo več ukrepal, v laični javnosti obsojena kot evtanazija. Odločitve in razmejitve so težke, in prav to je razlog, da se zdravniki skoraj praviloma odločamo za največji možen angažma, vse do konca, kar bolniku mnogokrat prinese le gorje.

Problem je še toliko večji, ker mnogokrat niti ne vemo, kaj vse bolnik zazna in čuti, še posebno v stanjih, ki jih mi ocenjujemo kot nezavest oziroma motena zavest. Z redkimi izjemami: noben zdravnik ne želi, da bi ga na kakršen koli način povezali z evtanazijo. Obratno. Morda smo včasih celo preveč brezbrizni do bolnikovega trpljenja, da nam ne bi kdo očital, da se gremo evtanazijo in s svojim delovanjem in ukrepanjem le podaljšujemo bolnikovo agonijo. Ob tem bi rad poudaril misel enega od mojih spoštovanih učiteljev,

posegu v smislu reanimacije, se lahko izkaže, da je podaljšal le trpljenje. To se dogaja in se bo dogajalo. In še nekaj: danes vsi bežimo od umirajočega. Tako zdravniki, ki gremo kar se da hitro mimo postelje na smrt bolnega, čeprav priselnega. To kaže na našo nemoč, neustrezno usposobljenost za komuniciranje s takim človekom ali celo na neprizadetost. Zdravnik ne more in ne sme biti pri vsakem hudo bolnem čustveno prizadet, saj lahko njegovo ravnanje postane neracionalno, povsem neprizadet pa prav tako ne bi smel biti. Za zdravnika je smrt bolnika poraz. Smrt niti za izkušenega zdravnika ni prijetna in pred njo, če se le da, beži, če ne drugače, pa tako, da naredi vse, da ga ohrani pri življenju, četudi življenju ne vrednega človeku. Temu vprašanju bi morali posvetiti veliko več pozornosti. Tu pa so še svojci. Prav ti so mnogokrat tisti, ki od zdravnika zahtevajo, da pošlje umirajočega v bolnišnico, v okolje, ki mu je tuje, v oskrbo utrjeni medicinski sestri in zdravniku. Veliko boljše in lepše zanj bi bilo v takih primerih doma, seveda ob skrbni negi in terapiji, ki je danes mogoča. Včasih je bolnik v takšnih primerih ostal doma, ob njem je bil vedno nekdo od najbližjih. Smrt je bila del življenja in ljudje so jo sprejemali. Danes so redki svojci, ki so sposobni spremljati umirajočega, in vedno najdemo izgovor, češ da ni pogojev.

Marsikaj je pri delu zdravnika težko in področje dela z umirajočimi oziroma terminalno bolnimi je eno najtežjih. Zahteva znanje in človečnost. Kje je prava meja? To se vprašamo premalokrat. Treba jo je postaviti individualno. ■

Z delovno terapijo bolj samostojni

Jutri, ob svetovnem dnevu prostovoljnih aktivnosti delovnih terapevtov, bodo ti zdravstveni delavci po vsem svetu in letos prvič tudi pri nas opravili uro do dve dobrega dela, saj hočejo razširiti glas o pomenu in ciljih svojega poklica. Delovna terapija je namreč še vedno malo poznana veja terapevtske obravnave, čeprav tisočem pomaga pri vključevanju v vsakdanje življenje.



Stanje po poškodbi včasih zahteva obravnavo več terapevtov hkrati. (FOTO: ARHIV ŠKPDT)

25 delovnih terapevtov na 100.000 prebivalcev je v Sloveniji, v razvitih državah pa tudi po sto.

Pobudnica svetovnega dneva prostovoljnih aktivnosti delovnih terapevtov, ki so ga pomenovali Podaj naprej (Global Day of Service Pay it Forward) je delovna terapevtka **Karen Jacobs** z Univerze v Bostonu. »Nekdanja predsednica Ameriškega združenja delovnih terapevtov je s tem želela doseči, da na ta dan čim več njenih stanovskih kolegic in kolegov ter študentov delovne terapije po svojih močeh prostovoljno posveti vsaj eno do dve uri časa delovnoterapevtskemu svetovanju, obravnavi, promociji v javnosti in tako širi glas o našem poklicu.« je povedala **Špela Mihevc**, dipl. del. ter., ena od članic Študijskega krožka promocija delovne terapije, ki pri nas organizira jutrišnje predstavitev.

V svetu je več kot 300.000 delovnih terapevtov, zaposlenih v 66 državah. Njihovo število se je zelo povečalo po letu 1950. V Sloveniji jih je približno 500, torej 25 na 100.000 prebivalcev, medtem ko jih je v nekaterih razvitih državah (npr. Nemčija, Irska, Švedska, Danska) tudi po 100 na isto število ljudi. Pri nas so zelo redko zaposleni na primarni ravni (preventiva v zdravstvenih domovih, ki podaljša neodvisnost in prepreči morebitno poslabšanje ali poškodbo), večina jih dela na sekundarni (bolnišnice) ali terciarni ravni (klinike, inštituti).

S svojim znanjem in izkušnjami pomagajo tako otrokom in mladostnikom kot odraslim in starostnikom. Nepogrešljivi so pri rehabilitaciji bolnikov in poškodovancev ter pri reintegraciji ljudi z zmanjšanimi zmožnostmi za samostojno življenje v družbo. Delovna terapija torej omogoča (ponovno) vključevanje v vsakodnevne življenjske aktivnosti. Terapevt posamezniku pomaga, da kljub primanjkljajem in omejitvam postane čim bolj samostojen pri osnovnih opravilih, kot so skrb zase, za svoj dom, priprava obrokov, nakupovanje, ravnanje z denarjem, uporaba javnih prevoznih sredstev in podobno.

Preprosto le na prvi pogled

Delovna terapija stremi k bolj kakovostnemu življenju ljudi in njihovemu dobremu počutju, »zato k vsakemu posamezniku pristopamo individualno in ga obravnavamo celostno, spoštujemo njegove vrednote in zanimanja ter upoštevamo kulturno okolje, iz katerega izhaja«, poudarjajo članice krožka. »S svojimi pristopi pripomoremo k samostojnejšemu, varnejšemu in učinkovitejšemu življenju ljudi, s tem pa preprečimo ali zmanjšamo morebitno poslabšanje njihovega stanja, poškodb ali bolezni.« Delovna terapija je pri nas širši javnosti še vedno malo poznana veja terapevtske obravnave. Njen cilj je ljudem, ki se soočajo z boleznijo, poškodbo ali drugimi okoliščinami, denimo staranjem, brezposelnostjo, skrbjo za obolelega svojca, omogočiti bolj zadovoljno, lažje oziroma samostojnejše vsakodnevno življenje.

Terapevti se osredotočajo na aktivnosti, ki jih posameznik v skrbi zase ali za druge mora ali želi početi. Tako denimo pomagajo iskati najprimernejše in najučinkovitejše načine oblačenja, hranjenja, kopanja, mobilnosti, skrbi za dom, vzgoje otrok, uporabe javnega prometa, priprave obrokov. Po nevrološkem obolenju, na primer, se ljudje med drugim soočajo s ponovnim učenjem uporabe pripomočkov za hranjenje in pitje. Včasih prej dobro znanih predmetov niti ne prepoznajo, se ne spomnijo imen ali pa ne vedo, čemu služijo, mnogi imajo tudi zmanjšano moč v rokah. Naloga delovnega terapevta je poiskati načine za najlažji in najučinkovitejši prijem, denimo, kozarca. Sliši se preprosto, v resnici pa takšni napredki zahtevajo veliko teoretičnega znanja z različnih področij ter ure in ure potrpežljivosti, ponavljanj, vztrajnosti, spodbude, pohval, hkrati pa uvidevnosti in spoštovanja. Terapevti pomagajo tudi pri iskanju zaposlitve in izvajanju dela, pri izobraževanju – kako sodelovati v šoli, se neformalno izobraževati, pri igri – predstavijo različne igre in sodelovanje v njih, pri preživljanju prostega časa in pri vključevanju v družbo – v skupnost, družino, med vrstnike.

NATALIJA MLJAC

Kje jih bomo srečali?

Slovenski delovni terapevti bodo jutri, v soboto, med 9. in 13. uro na pobudo Študijskega krožka promocija delovne terapije in pod okriljem svetovne iniciative Podaj naprej prostovoljno in brezplačno nudili delovnoterapevtsko svetovanje v Ljubljani, Domžalah, Kranju, Lescah, Mariboru, Ormožu, Idriji in Ajdovščini v večjih trgovskih centrih ali pred njimi, v Škofji Loki in Sentjerneju jih boste srečali še v bližini zdravstveno-socialnih ustanov, v Velenju, Mariboru in Šmarjeških Toplicah pa bo mogoče prisluhniti tudi predavanjem o njihovem delu.

