

## **DRUŽINSKI SESTANEK**

**Judita Slak, dipl. m. s.**

Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo  
judita.slak@klinika-golnik.si

### **IZVLEČEK**

Pri zdravljenju in oskrbi bolnikov je potrebno izhajati iz dejstva, da imajo ljudje pravico do svojih lastnih izbir in odločitev. Zato se je potrebno zavzemati za polno vključenost bolnih oseb in njihovih bližnjih na način, ki zagotavlja njihovo opolnomočenje v vseh vidikih odločanja, ki zadevajo njihovo življenje. Vsako osebo je potrebno obravnavati kot celoto, znotraj družine, skupnosti ter socialnih in naravnih okolij ter spoštovati vse vidike življenja te osebe.

Z družinskim sestankom je bolniku in njegovim svojcem omogočena kakovostna in celostna obravnava ter jasna in odkrita komunikacija.

**KLJUČNE BESEDE:** paliativna oskrba, komunikacija, sporočanje slabe novice.

### **UVOD**

V času hude bolezni in umiranja ima izreden pomen komunikacija. Človek je v tem obdobju bolj kot kdajkoli občutljiv za vse, kar se z njim dogaja in če mu želimo v tem obdobju resnično stati ob strani, ni dovolj samo strokovno znanje, ampak je najpomembnejša ustrezna komunikacija.

Ustrezna komunikacija je potrebna za pridobitev zaupanja in sodelovanje bolnika in njegovih svojcev, nujna pa je tudi za psihično in duhovno podporo bolniku. Bolnik ima pravico, da izve o svoji bolezni toliko, kolikor želi in da to izve na njemu primeren način. Bolniku ne smemo lagati. Zdravstveno osebje si mora prizadevati, da ustvari pogoje, kjer se bolnik in njegovi bližnji čutijo dovolj varne, da izrazijo svoje skrbi in vprašanja (Salobir, 2002).

Najbolj neposreden, a ne vselej najlažji način komuniciranja s težko bolnim ali umirajočim bolnikom in njegovo družino, je pogovor. Poleg besedne je izjemno pomembna nebesedna govorica, to je govorica celega človeka: dotik, pogled, kretnja, molk, stisk roke, nasmeh ... Nebesedna govorica je prvotna človeška komunikacija. Človek lahko z besedo laže, česar pa s pogledom ne more. Tudi molk in poslušanje je izredno pomembna komunikacija. Pomembne so kretnje in drža med pogovorom z bolnikom (Klevišar, 1994).

Resnica o bolniku je veliko več kot so naši sklepi iz bolnikovih izvidov in njegove medicinske diagnoze. Vsak človek nosi v sebi lastno resnico, ki mu vedno znova daje moč za življenje.

Zelo tvegano je preveč gotovo napovedati razvoj bolezni. Za bolnika ni pomembna statistika, ampak samo to, kako bo z boleznijo prijem. Tega pa vnaprej ne moremo vedeti. Zato je prav, da z vsakim bolnikom upamo v najboljše, hkrati pa smo skupaj z njim dovolj realni, da nas nič ne preseneti (Klevišar, 1996).

Vsakdo ima pravico do svojih lastnih izbir in odločitev, zato se moramo pri zdravljenju in oskrbi bolnikov zavzemati za njihovo polno vključitev v odločanja, ki zadevajo njihova življenja. Na vseh nivojih zdravstvenega varstva pa tudi v domačem okolju se srečujemo z bolniki, ki se soočajo z neozdravljivo boleznijo, kjer ni pričakovati uspehov aktivnega zdravljenja. Bolnik v času bolezni potrebuje oporo, pomoč in razumevanje ter bližino tistih, ki so mu blizu. Pri odločanju v težavnih situacijah nam je v pomoč razgovor, t.i. družinski sestanek, s pomočjo katerega v obravnavo bolnika vključimo tudi njegove svojce in bližnje.

## **DRUŽINSKI SESTANEK**

Družinski sestanek je pogovor med bolnikom in njegovimi bližnjimi s člani večpoklicnega paliativnega tima. Družinski sestanek skliče paliativni tim po predhodnem pogovoru z bolnikom in z njegovim dovoljenjem, v primeru, da je bolnik nezmožen odločanja, pa v dogovoru z njegovim skrbnikom. Navadno poleg bolnika in svojcev, katere bolnik sam določi s pomočjo paliativnega tima, prisostvujejo še zdravnik, medicinska sestra in socialna delavka, po potrebi pa še ostali člani paliativnega tima, kot so fizioterapevt, dietetik, psiholog, farmacevt idr. Družinski pogovor skličemo z namenom, da v paliativno oskrbo

bolnika vključimo tudi bolnikove svojce; njih in bolnika informiramo o realnem zdravstvenem stanju, se pogovorimo o ciljnih in naredimo načrt oskrbe bolnika. Družinski sestanek lahko organiziramo tudi ob poslabšanju stanja bolnika ali pa ob spremembah ciljev obravnave.

### **Čas za družinski sestanek**

Z bolnikom in svojci ter drugimi člani paliativnega tima se dogovorimo o datumu in uri družinskega sestanka. Pomembno je, da si vsi prisotni zagotovijo dovolj časa za sestanek.

### **Prostor za družinski sestanek**

Če imamo možnost, družinski sestanek izvedemo v posebnem prostoru, ki naj bo prijetno opremljen (slike na stenah, sveže cvetje ...), z dovolj velikim številom stolov, brez telefonskega aparata in drugih motečih dejavnikov. Na vrata izobesimo opozorilo, da preprečimo vstop nepoklicanim osebam. Poskrbimo, da imamo za čas pogovora na dosegu tudi škatlo papirnatih robčkov in kozarce s pijačo.

V kolikor bolnik ni zmožen zapustiti bolniške postelje, uredimo potrebne pogoje in izvedemo sestanek kar v bolniški sobi. Če bolnik leži v postelji, sedemo na stol ob postelji, da je čim manjša razlika v višini obrazov.

### **Namen družinskega sestanka**

- Seznanitev bolnika in svojcev z diagnozo, prognozo, predvidenim potekom bolezni, poslabšanji,
- preverjanje in poenotenje razumevanja bolezni in njenega poteka pri bolniku in svojcih,
- seznanitev bolnika in svojcev s paliativno oskrbo,
- seznanitev svojcev z obsegom nege in pomoči, ki jo potrebuje bolnik, z možnostjo gibanja, prehrano ...,
- spoznavanje potreb in želj bolnika, družinskih razmer in sposobnosti bližnjih za oskrbo bolnika,
- določitev cilje oskrbe,
- oblikovanje načrta oskrbe.

### **Izvedba družinskega sestanka**

1. Priprava (prostor, prisotni, čas izvedbe ...).
2. Ugotavljanje, kaj bolnik že ve o svoji bolezni in prognozi, kaj si sam predstavlja, da je vzrok njegovim težavam.
3. Ugotavljanje, koliko in v kakšnih podrobnostih želi bolnik izvedeti slabo novico. Večina bolnikov želi izvedeti dejstva o svoji bolezni, v kolikor pa tega ne želijo, jim je potrebno zagotoviti, da lahko v prihodnosti vedno vprašajo o svojem zdravstvenem stanju in izrazijo svoje skrbi v zvezi z boleznijo, ali pa se morda podrobnosti o njegovi bolezni sporočijo svojcem ali bližnjim, ki jih bolnik sam določi (Lunder, 2002).
4. Sporočanje slabe novice – v slovenski literaturi zasledimo, da je to izključna in neprenosna pravica in dolžnost zdravnika. Zdravnik je tisti, ki s primerno obzirnostjo in preudarnostjo sporoči diagnozo in prognozo tudi bolnikovi družini. V tuji literaturi prevladuje mnenje, da je zdravnik prvi, ki naj pove bolniku resnico, ker je najbolj odgovoren za njegovo zdravje. Vendar pa tega ne smemo vzeti kot izključno pravilo, ker je pogosto medicinska sestra tista, ki bo povedala resnico v njemu razumljivem jeziku. Če premislimo, obe mnenji nam sporočata, da je izredno pomembno predvsem dobro strokovno sodelovanje in dober osebni odnos med zdravnikom in medicinsko sestro. Oba skrbita za bolnika, zdravnik z diagnozo in terapijo, medicinska sestra z izvajanjem terapije in zdravstvene nege bolnika. Pri svojem delu za bolnika sta enakopravna in izredno pomembno je, da se zavedata samostojnosti in odgovornosti. To ne pomeni, da delata drug mimo drugega, temveč da s timskim sodelovanjem drug drugemu pomagata in se dopolnjujeta, saj tako največ storita za bolnikovo korist (Skoberne, 1986).

Sporočanje slabe novice se izvede s predhodnim opozorilom, v bolniku razumljivem jeziku, bolnik ima ne glede na prognozo možnost upanja z vidika novih ciljev.

5. Podpora bolnikovim čustvenim izzivom – potrebno je sočutno, empatično ukrepanje ob bolniku z močnim čustvenim odzivom, spremljanje in priznanje čustvenega dogajanja, postavljanje odprtih vprašanj, ki bolnika spodbudijo k izražanju skrbi in domnev.

6. Skupno načrtovanje prihodnosti in povzetek – če za bolnika v tem obdobju sprejemanje slabe novice še ni sprejemljivo, je potrebno družinski sestanek zaključiti ter se dogovoriti za ponovni pogovor, sicer zdravnik bolnika obvesti o možnostih zdravljenja oziroma lajšanja simptomov. Ob koncu pogovora je potrebno ponoviti ključne informacije (Lunder, 2002).

Sledi načrtovanje oskrbe in pogovor o nadaljnji paliativni oskrbi bolnika. Razrešijo se praktična vprašanja v zvezi z nego bolnika in uporabo negovalnih pripomočkov, v zvezi s prehrano, preskrbo s pripomočki in organiziranjem pomoči na domu ali urejanje postopkov za sprejem v socialno varstveno ustanovo. Zelo pomembno je bolnika in svojce informirati o kontinuiteti oskrbe le-tega s strani paliativnega tima, ki bo stalno dosegljiv za reševanje bolnikovih težav in problemov. Nikakor pa ne smemo pozabiti na skrb za bolnikove bližnje, tudi po smrti bolnika ne.

### ***Cilji družinskega sestanka***

Cilj družinskega sestanka je vključitev svojcev v oskrbo bolnika in poznavanje realne slike bolezni ter njenega poteka, saj le tako lahko bolnik in bližnji skupaj s paliativnim timom načrtujejo nadaljnjo oskrbo. Bolnik mora vedeti, v kakšni situaciji je, da bo lahko izvedel aktivnosti, ki jih želi in zmore še izvesti v preostanku svojega življenja.

Poleg tega je cilj družinskega sestanka tudi seznanitev bolnika in svojcev s paliativno obravnavo in sprejemanje paliativne oskrbe. Velik pomen ima seznanjenost o predvidenem prihajajočem stanju bolnika ter kako ukrepati ob konkretnih primerih. Bolnik z zagotovitvijo, da ga bomo spremljali do konca življenja, pridobi občutek varnosti in (z vidika novih ciljev) možnost upanja v kakovost življenja.

### **ZAKLJUČEK**

Družinski sestanek ima zelo velik pomen v paliativni oskrbi bolnika. Seznanitev bolnika in svojcev z realnim stanjem omogoča, da lahko načrtujejo aktivnosti v preostanku življenja, organizirajo čas in postavijo prioritete ter so pripravljeni na prihajajoče dogodke, ki bi jih sicer presenetili. Bolnik in bližnji imajo možnost izraziti svoja doživljanja,

potrebe, želje, strahove in skrbi ob pomoči strokovnjakov paliativnega tima, ki jim nudijo stalno oporo in pomoč, kar jim zagotavlja občutek varnosti, saj vedo, da v svoji stiski niso sami.

## **LITERATURA**

Klevišar M. Hospic po svetu in pri nas. V: Mohorjev koledar 1996. Celje: Mohorjeva družba Celje, 1995.

Klevišar M. Spremljanje umirajočih. Ljubljana: Družina, 1994.

Lunder U. »SPIKES« šeststopenjski protokol za sporočanje slabe novice. Zdrav Var. 2002; 41: 179–81.

Salobir U. Paliativna oskrba bolnika. Onkologija. 2002; 2: 87–90.

Skoberne M. Zdravstvena nega umirajočega. Zdrav Obzor. 1986; 20: 187–209.