

## ЕКИПЪТ ЗА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ – СЪСТАВ И РОЛИ

С. АЛЕКСАНДРОВА

Факултет „Обществено здраве“, Медицински университет – Плевен

## THE PALLIATIVE CARE TEAM – STRUCTURE AND ROLES

S. ALEKSANDROVA

Faculty of Public Health, Medical University – Pleven

**Резюме.** Палиативните грижи са активни общи грижи за пациентите в момент, когато заболяването вече не се повлиява от лечение. Те поставят ударение върху облекчаването на болката и другите симптоми, интегрират психичните, духовните и социалните аспекти на грижите. Адресирането на всички компоненти на палиативните грижи предполага работа в екип. Целта на настоящата статия е да разгледа състава, особеностите в работата и ролите на различните членове на екипа за палиативни грижи. Палиативните грижи винаги са мултипрофесионални. Когато се правят опити да се намалят разходите чрез изключване на една или друга професионална група, качеството и всеобхватността на грижите се влошават. Повишава се и рискът от изтощаване на останалите членове на екипа. Те трябва да поемат повече функционални роли, за които не са напълно подготвени.

**Ключови думи:** палиативни грижи, екипна работа

**Summary.** Palliative care is the active total care of a patient whose disease is already irresponsive to curative treatment. It provides relief from pain and other distressing symptoms, integrates the psychological, spiritual and social aspects of patient care. The team work is necessary to address all components of palliative care. The aim of this paper is to examine palliative care team structure, work peculiarities and separate roles of its different members. Palliative care is always multiprofessional. When one or another professional group is excluded in order to restrict expenditure, the quality and comprehensiveness of care suffer. The risk of exhaustion among the rest of team members is also increased as they have to undertake responsibilities they are not fully prepared to.

**Key words:** palliative care, team work

### ЗАЩО Е НЕОБХОДИМ ЕКИП В ПАЛИАТИВНИТЕ ГРИЖИ

Според определението на Световната здравна организация от 1990 г.: “Палиативните грижи представляват активни общи грижи за пациентите в момент, когато заболяването вече не се повлиява от лечение и основни стават контролът на болката и другите симптоми, както и психологичните, социалните и духовните проблеми. Всеобхватната цел на палиативните грижи е постигане на възможно най-добро качество на живот за тези пациенти и техните семейства. Палиативните грижи утвърждават живота и разглеждат смъртта като нормален процес. Те поставят ударение върху облекчаването на болката и другите симптоми, интегрират физичните, психологичните и социалните аспекти на грижите за пациента, предлагат колкото е възможно по-активна система за подкрепа на живота на пациента и подпомагане на семейството за справяне със заболяването на пациента и утеха

след настъпване на смъртта” [20]. Адресирането на всички компоненти на палиативните грижи предполага работа в екип повече, отколкото при която и да е друга форма на грижи за болните. Екипният подход може да облекчи голяма част от стреса, който традиционно съпътства грижата за умиращите пациенти. Всеки член на екипа играе специфична роля по отношение на физическите, емоционалните и духовните нужди на пациента и семейството му.

### СЪСТАВ И ОСОБЕНОСТИ В РАБОТАТА НА ЕКИПА

В екипа освен медицинската сестра и лекаря се включват: социален работник, психолог, санитар-болногледач и доброволец, а при необходимост и избраният от пациента лекар от лечебно заведение за първична извънболнична помощ, лекари специалисти и духовно лице. Един ефективно сътруднически екип се характеризира с *централна позиция на болния* и близките, *междuproфилен* подход към проблемите на грижите, използване на общ език и

средства, допълване и избягване на дублиране, уважаване и ценене на ролята на всеки от екипа и знаене на собствените граници [2]. Особеното при подбора и сформиранието на хосписния екип, от една страна, са опитът и квалификацията, а от друга, личните качества, поведение, всеотдайност [8]. В повечето страни правните и професионалните норми изискват минимални нива на квалификация за всички членове на персонала. В България според Националния рамков договор – *клинична пътека № 297 за палиативни грижи при онкологично болни*, задължително изискване към членовете на основния екип е преминаването на квалификационен курс в областта на палиативната медицина [9]. Друга особеност при работата на екипа е, че той е поставен в условия на несигурност и необходимост от вземане на решения по сложни въпроси като края на живота и справяне с процеса на умирање. В такива условия общуването и съвместното вземане на решения е от особена важност [14].

#### **МОТИВАЦИЯ ЗА РАБОТА В ПАЛИАТИВНИТЕ ГРИЖИ**

Работата в хосписи и отделения за палиативни грижи не е много привлекателна и при друга възможност не е предпочитана. Това разкрива проучване на Младенова [7] сред 40 студенти от специалност „Здравни грижи“ и 40 безработни медицински сестри. Най-силен мотивационен фактор за българската действителност е по-високото заплащане. Хуманните съображения са по-силна мотивация сред безработните. Основните опасения на анкетираните са от психично претоварване, макар че немалка част смятат, че палиативните грижи са свързани с по-голямо не само психично, но и физическо натоварване. Проучване на Habermap и сътр. [13] показва, че най-чест мотив е „семеиният опит“, т.е. наличието на близък, боледувал от рак. Мотивите за желание за работа като доброволец, посочвани от различни автори, са алтруизъм, личен опит със смърт на близък, желание за социални контакти, лично израстване чрез такива грижи, опознаване на живота и смъртта [11].

#### **РОЛИ НА РАЗЛИЧНИТЕ ЧЛЕНОВЕ НА ЕКИПА**

Основна роля в екипа има медицинската сестра. Още д-р Сесили Сондърс формулира сестринските грижи като „крайгълен камък при обслужването на пациенти в последния стадий на болестта“. Сестрата е отговорна за информирането, съветването и обучението на болния и семейството му. Макар и информирането на

пациента да е лекарско задължение, сестрата също има своето място в този процес. Тя, прекарвайки повече време с пациента и семейството, трябва да умее да обсъди (при желание от страна на пациента) въпросите, които възникват във връзка с получената информация [6]. Медицинските сестри осигуряват непрекъснатостта на грижите, те са най-близо до болния при проследяване на състоянието му, оценяване на болката и другите симптоми [1]. Ролята на сестрата по отношение на контрола на болката е ключова. Сестрите трябва да са бдителни за физиологичните реакции и за промените в поведението на пациентите с болка: страдалческо изражение на лицето, намалена способност за комуникация, затваряне в себе си, стенание, намалена двигателна активност и др. Когато установят болка, сестрите трябва да използват способности за нейното измерване, като по време на базовото си обучение те трябва да са придобили знания и умения за използване на инструменти за измерване на болката. Дейността на сестрата не се изразява само в прилагането на назначените от лекаря болкоуспокояващи средства, но и във формулирането на сестрински проблем (сестринска диагноза) – болка, измерването на болката и регистрирането ѝ в сестринска документация (т.нар. пациентско досие за болката), сигнализирането на лекаря и отчитането на ефекта от приложеното лечение [4]. Хосписът е предимно сестринска дейност. В никоя друга област на здравеопазването професионализмът на медицинската сестра не е толкова очевиден и автономността на сестрата не е толкова голяма.

Двете главни цели на сестрата, отнасящи се до психо-социалните и емоционалните нужди на пациента, са поддържане на открита, честна комуникация сред членовете на семейството и подкрепа в справянето с мъката и чувството за загуба, изпитвано от пациента и семейството. Едно от най-ефективните неща, които сестрата може да прави, е да отделя време да изслушва пациента и семейството. Подкрепяйки силите на семейството и подпомагайки го да използва собствените си умения за решаване на проблемите, тя спомага за конструктивното справяне с реалностите на ситуацията. Поради това, че грижите за терминално болните, приковани на легло в дома си, са продължителни, болногледачите и/или членовете на семейството трябва да бъдат насърчавани в обезпечаване на време, през което те да бъдат свободни да се посветят на други неща.

Връзката между хосписната сестра и умиращите пациенти и техните семейства е специална. Когато пациентът умира, сестрата изпитва скръб. Ако тази скръб, както и другите стресови ситуации в работата не бъдат овладени, сестрата може да страда емоционално или от “синдром на изпепеляване”. Никой не бива да се включва в хосписното сестринство, преди да е преодолел собствените си вярвания и отношения към смъртта. Някои също препоръчват хосписните сестри да се обучат как да използват ефективно емоционалната подкрепа, предлагана от другите членове на хосписния екип [19].

В много страни, където палиативните грижи са добре разгърнати, хосписите със стационар и болничните отделения за палиативни грижи имат **лекари на пълен щат**. Колко е техният брой, зависи от броя на леглата, от това, дали лекарят ще бъде въввлечен в грижи по домовете, или в хоспис за дневни грижи, дали има асоцииран болничен екип за палиативни грижи, както и от количеството на образователната, изследователската и управленската работа, която се очаква от лекаря. Най-общо правило е, че 1 лекар на пълен щат може да наблюдава 10-15 легла, да предоставя медицинска помощ на 40 пациенти в домашни условия по всяко време плюс дневно отделение и да изразходва 3 часа седмично за обучение [15]. Опитът във Великобритания показва, че отделенията с лекари на пълен щат имат по-добри показатели за прием и изписване на пациентите и обезпечават повече обучение, отколкото отделенията, обслужвани от лекари на непълен щат.

Лекарят е ключова фигура в хосписния екип от започването на дискусията относно постъпването в хосписа до подписването на смъртния акт. Лекарят извършва симптомния контрол, комуникацията с пациента, грижи се за избягването на ненужна терапия, подкрепата на близките, работата в екип, непрекъснатостта на грижите [17].

Всяко звено за всеобхватни палиативни грижи трябва да има или опитен **социален работник** в своя щат, или такъв на разположение. Оценява се обаче, че в много страни има твърде малко социални работници или те въобще липсват. Тяхната работа обикновено е насочена както към персонала, така и към пациентите и роднините [10]. Социалните потребности на пациента най-често са свързани с променената роля в семейството, работата, социалното положение. Липсата на подкрепящо обкръжение, неуредените финансови и други лични дела,

трудният достъп до социални служби, нуждата от подкрепа за семейството относно справянето със собствените му нужди са важна част от плана за грижи [5]. В задачите на социалния работник влизат:

- подпомагане на членовете на екипа за разбиране на социалните и емоционалните фактори, свързани с терминалното заболяване;
- оценка на ресурсите;
- участие в разработването на плана за грижи;
- оползотворяване на обществените ресурси;
- включване на семейството в плана за грижи и др. [10].

“По-леките” задачи на социалния работник, като облекчаване на изписването, уреждане на помощ в дома, получаване на финансова подкрепа, извършване на специални ангажменти във връзка с почивката и др., могат обикновено да се поемат и от друг добре обучен сътрудник, макар и не обезателно акредитиран като социален работник.

Духовните грижи като аспект на цялостните грижи за пациента могат да бъдат предоставяни от всеки член на екипа, без да се достига до тази дълбочина, до която е способен да достигне професионалистът по духовни грижи. Целта на грижите е умирацията да намери подкрепа, докато се справя със ситуацията, а също така да завърши живота си, въпреки че целите му често не са напълно постигнати [12]. Що се отнася до специфичната роля, която има **духовният служител** като член на екипа, проучване на Williams и сътр. [21] показва, че над 95% от функциите са свързани с духовните грижи за пациентите и персонала, докато грижите по време на траура и извършването на погребални обреди са посочени от 78,3% от интервюираните, а обучителната работа – от 64,3%. По време на траура 74% от интервюираните духовни служители са посочили като форма на подкрепа индивидуалните срещи с близките, 70,4% са свързвали пациентите с предпочитаното от тях духовно лице, 44,3% са докладвали включване в групи за подкрепа на жалеещите близки, а 27% – в групи за подкрепа на персонала [21].

Всяко едно отделение с повече от 15 легла, независимо от другите услуги, които предлага, се нуждае от **физиотерапевт**. Отделения с 30 и повече легла имат нужда от щатен такъв. **Трудотерапевт** на непълен работен ден е също така полезен и това е съществено за дневните центрове и във всички служби, които си поста-

вят за цел да изписват пациентите си в техните домове. Специалистът по музика (**музикотерапевтът**) може да предложи богато разширение на програмата за грижи, но в повечето страни те са толкова недостатъчно, че е невъзможно да се включат в разчетите. В малко държави хосписите или отделенията за палиативни грижи наемат или имат достъп до услугите на представители на нетрадиционната медицина, като ароматерапевти, рефлексотерапевти и др. Има много данни за удовлетворението на пациентите, но няма обективно потвърждение за ползите, които рекламират практикуващите, така че това не е приоритет при създаването на ново звено за стационарна помощ [15].

Съставът на екипа варира в различните страни. Например в Испания голяма част от екипите за домашни грижи включват лекар и медицинска сестра, понякога и психолог. Във Великобритания някои екипи са предимно медицински, други – предимно социално ориентирани [16]. Щатният персонал в големи хосписи като „Свети Кристофър“ може да достигне до 200 човека и отделно са ангажирани около 250 души **доброволци**. Доброволците най-често подпомагат семействата в домакинската работа, обгрижването на болния, пазаруването и транспортирането. Те могат да четат на пациентите, да играят игри с тях или просто да им правят компания. Понякога са ангажирани и с набирането на средства, с канцеларска работа или дори с ремонтване и декорация на хосписа [3]. Те могат и да оказват подкрепа на семейството в периода на траур [11]. Подборът и обучението на доброволците обикновено са задължение на социалния работник. Някои хосписи имат разработени изисквания за подбор на доброволците като: възраст над 14 год., а в отделения за палиативни грижи и над 25 год., добро здраве, способност за работа по график, строго спазване на конфиденциалност, състрадателност. Даже и след предварителни курсове на обучение всеки нов доброволец първоначално е прикрепен към по-опитен наставник, а след 5-годишен стаж получава специален сертификат [3]. През 2006 г. в САЩ 400 хил. доброволци са били ангажирани в грижите за пациентите в хосписите, което е 5,1% от всички часове, отслужени от персонала [18].

Хосписните или палиативните грижи винаги са **мултипрофесионални**. Това се отнася за всички форми на подобни грижи, независимо къде се оказват те. Когато се правят опити да се намалят разходите чрез изключване на една

или друга професионална група, качеството и всеобхватността на грижите се влошават. По-вишава се и рискът от изтощаване на останалите членове, които трябва да поемат повече функционални роли, за които не са напълно квалифицирани.

#### Библиография

1. В е н т а ф р и д а, В. Палиативните грижи – нова реалност в медицината. – В: Въведение в палиативните грижи, С., Фондация „Борба с рака“, 1996, 3-7.
2. Г а а г, Е. Общо въведение в палиативните грижи. – В: Палиативни грижи. Под ред. на П. Маринова и Дж. М. Г. Есинк. С., Бълг. писател, 2007, 1-17.
3. К а р а м и т р е в а, П. и П. Ходулов. Волонтерите – една обществена необходимост в областта на палиативните грижи. – В: Палиативни грижи. Ръководство за обучение на медицински сестри и акушерки. Под ред. на Н. Кръстева. Пловдив, ЛЕТЕРА, 2005, 204-211.
4. К и к а р и н а, Е. Ролята на медицинската сестра при контрола на онкологичната болка. – МП – Сестр. дело, **40**, 2008, № 1, 37-39.
5. К о л ч а к о в а, П. Психосоциални проблеми на палиативните грижи. – В: Палиативни грижи. Ръководство за обучение на медицински сестри и акушерки. Под ред. на Н. Кръстева. Пловдив, ЛЕТЕРА, 2005, 247-257.
6. К р ъ с т е в а, Н. Проблеми, с които може да се сблъска медицинската сестра при пациенти в последен стадий на болестта. – В: Палиативни грижи. Ръководство за обучение на медицински сестри и акушерки. Под ред. на Н. Кръстева. Пловдив, ЛЕТЕРА, 2005, 165-168.
7. М л а д е н о в а, С. Проучване на желанието на медицинските специалисти за работа в хосписи и отделения за палиативни грижи. – Психосомат. мед., **13**, 2005, № 2, 127-131.
8. М у т а ф о в, О. Хосписът, който не лекува страдание с пари. Интервю с Я. Здравкова. – в-к „Сера“, 23.09.2002.
9. Н а ц и о н а л н а з д р а в н о о с и г у р и т е л н а к а с а. Национален рамков договор 2006. Клинична пътека № 297 – Палиативни грижи при онкологично болни. – <http://www.nhif.bg>.
10. С п а с о в а, Е. Социална работа с болните с нелечими заболявания. Семинар “Етични, културални и социални аспекти в края на боледуването и смъртта от нелечимо заболяване в концепцията на хоспис – палиативни грижи” (доклад). Национална образователна програма по палиативни грижи. Фондация “Палиативни грижи”. София, 17 ноември 2001 г.
11. A n d e r s s o n, B. et J. Öhlen. Being a hospice volunteer. – Palliative Med., **19**, 2005, 602-609.
12. F i t z s i m o n s, D. et al. The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. – Palliative Med., **21**, 2007, 313-322.
13. H a b e r m a n, M. R. et al. What makes oncology nursing special? Walking the road together. – Oncol. Nurs. Forum, **21**, Sep. 1994, 8 Suppl., 41-47.
14. H e r m s e n, M. A. et H. A. Have. Palliative care teams: Effective through moral reflection. – J. Interprof. Care, **19**, 2005, № 6, 561-568.
15. I n t e r n a t i o n a l A s s o c i a t i o n f o r H o s p i c e a n d P a l l i a t i v e C a r e ( I A H P C). Hospice/Palliative Care: Getting Started. IAHPC Press, 2005.

16. Kaasa, S. et al. Patient demographics and centre description in European palliative care units. A cross sectional survey of the European Association for Palliative Care Research Network. – *Palliative Med.*, **21**, 2007, 15-22.
17. Mead, M. et H. Patterson. Terminal care in general practice. – In: *Tutorials in General Practice*. London, Churchill Livingstone, 1992, 149-154.
18. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO). Nov. 2007. – [www.nhpco.org/research](http://www.nhpco.org/research).
19. Turner J. G. et K. N. Chavigny. *Community Health Nursing*. J. B. Lippicott Company, 1988, 253-256.
20. WHO. Definition of palliative care. 1990. – <http://64.85.16.230/educate/content/elements/whodefinition.html>.
21. Williams, M. L. et al. A prospective study of the roles, responsibilities and stresses of chaplains working within a hospice. – *Palliative Med.*, **18**, 2004, 638-645.

Постъпила – 03.07.2008 г.

✉ Адрес за кореспонденция:

Гл. ас. д-р Силвия Стоянова Александрова  
Катедра „Медицинска етика, управление на здравните грижи и информационни технологии“  
Факултет „Обществено здраве“  
Медицински университет  
ул. Климент Охридски № 1  
5800 Плевен  
☎ 064/884196  
e-mail: silviya\_alexandrova@hotmail.com

## ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

представя на вашето внимание

### ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗГОТВЯНЕ НА ЦИТАТНА СПРАВКА В ОТДЕЛ «КОМПЛЕКСНО ИНФОРМАЦИОННО ОСИГУРЯВАНЕ»

- ◆ Трите имена на потребителя и областта, в която работи.
- ◆ Пълен и точен списък на авторските научни публикации и участия в научни прояви. Търсенето се извършва в български източници по първи автор.
- ◆ За публикациите в чужбина с пълен и точен списък на научните публикации търсенето става лично в **Science Citation Index**, в автоматизирания отдел на библиотеката на **Софийския университет „Св. Кл. Охридски“**.
- ◆ Представените научни публикации трябва да са излезли от печат.
- ◆ Под научна публикация се разбира само научен труд, отпечатан в периодични научни списания или научни тематични сборници, самостоятелни или колективни научни студии и монографии, посочени с точни библиографски данни, вкл. страници.
- ◆ Срокът за извършване на цитатна справка е най-малко 15 работни дни от предоставяне на авторския списък.
- ◆ Цитатните справки се заплащат според действащите тарифи на ЦМБ.



ЗА КОНТАКТИ И ДОПЪЛНИТЕЛНА ИНФОРМАЦИЯ  
МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ  
ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА  
ОТДЕЛ «КОМПЛЕКСНО ИНФОРМАЦИОННО ОСИГУРЯВАНЕ»

1431 София  
ул. «Св. Георги Софийски» № 1

☎ 952-62-60  
ФАКС: 851-82-65  
92301/В.534

E-MAIL: [gvenkova@gmail.com](mailto:gvenkova@gmail.com)  
E-MAIL: [ninka\\_1959@abv.bg](mailto:ninka_1959@abv.bg)