

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ HEALTHCARE SYSTEM DEVELOPMENT

<https://doi.org/10.17816/mechnikov201810449-54>

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ГЕРИАТРИИ

К. Консон^{1, 2}, Е.В. Фролова¹, О.М. Костюкович³

¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург;

² Отдел гериатрии Южного департамента Министерства здравоохранения Израиля, Беэр-Шева, Израиль;

³ Сеть частных пансионатов для пожилых Senior Group, Гериатрический центр «Малаховка», Москва

Для цитирования: Консон К., Фролова Е.В., Костюкович О.М. Мультидисциплинарный подход в гериатрии // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2018. – Т. 10. – № 4. – С. 49–54. <https://doi.org/10.17816/mechnikov201810449-54>

Поступила: 20.09.2018

Одобрена: 14.11.2018

Принята: 07.12.2018

♦ Статья посвящена вопросам современного системного подхода к решению сложных проблем реабилитации и сестринского ухода за гериатрическими пациентами. Мультидисциплинарный подход в рамках кейс-менеджмента оказывает положительное воздействие на процесс и результат восстановления функционального и психического статуса пациента за счет скоординированной работы разных специалистов медицинской и немедицинской квалификации в зависимости от конкретных проблем гериатрического пациента.

♦ **Ключевые слова:** гериатрический пациент; хронические состояния; мультидисциплинарная команда; скоординированный подход.

MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN GERIATRICS

C. Konson^{1, 2}, E.V. Frolova¹, O.M. Kostyukovich³

¹ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia;

² Geriatric Division, Southern District of Israeli Health Ministry, Beer-Sheva, Israel;

³ Geriatric Center “Malakhovka”, Private Boarding House Network for Elderly Citizens “Senior Group”, Moscow, Russia

For citation: Konson C, Frolova EV, Kostyukovich OM. Multidisciplinary approach in geriatrics. *Herald of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov*. 2018;10(4):49-54. <https://doi.org/10.17816/mechnikov201810449-54>

Received: September 20, 2018

Revised: November 14, 2018

Accepted: December 7, 2018

♦ The article considers the issues of modern systematic approach for solving complex rehabilitation and nursing care problems of geriatric patients. The multidisciplinary approach in the frame of case management has a positive impact on the process and the result of patient' functional and mental status restoration due to coordinated work of different medical and non-medical specialists depending on the specific problems of a geriatric patient.

♦ **Keywords:** geriatric patient; chronic conditions; multidisciplinary team; coordinated approach.

У пожилых людей высока распространенность хронических неинфекционных заболеваний, которые наслаиваются на функциональные нарушения, обуславливающие развитие гериатрических синдромов (старческая астения, частые падения, проблемы с памятью), кроме того, у пожилых людей чаще развиваются побочные

эффекты от используемых лекарственных препаратов. Все это в итоге оказывает воздействие на различные аспекты жизни пожилого человека, включая психологические, эмоциональные и социальные, совокупность которых может переноситься более тяжело, чем физические нарушения.

Медицинская помощь, необходимая пожилым людям, в отличие от традиционной, ориентированной на диагностику и лечение, должна быть комплексной, направленной на поддержание здоровья и функционирования в долгосрочной перспективе. При этом следует учитывать влияние на состояние пожилого пациента, отягощенного большим количеством различных хронических заболеваний и гериатрических синдромов, психологических и социальных факторов. Такой подход к оказанию медицинской помощи получил название биопсихосоциального. В рамках этого подхода улучшение состояния здоровья рассматривается не как конечный результат, а как процесс, включающий оптимизацию физического и функционального статуса, развитие адаптации к появляющимся изменениям, связанным с возрастом, и усвоение навыков их преодоления, а также стремление к полному выявлению личностных возможностей пациента, что в целом определяет качество жизни пожилого человека.

Биопсихосоциальный подход, называемый также пациент-ориентированным или холистическим, по существу, возвращает нас на современном витке развития медицинской науки и практики к принципу, который изначально был заложен в основу русской клинической школы — «лечить больного, а не болезнь».

Представление об оптимальном качестве жизни большинство пожилых людей связывает не столько с отсутствием болезней, сколько с возможностью жить активной, полноценной, максимально продуктивной и независимой жизнью, благодаря успешной адаптации как к неизбежным изменениям в организме, связанным со старением, так и к проявлениям заболеваний. От работников здравоохранения в свою очередь требуется своевременное выявление многочисленных проблем пожилых пациентов и их потенциальных взаимодействий, оценка имеющихся ресурсов, определение приоритетов в лечении, разработка и реализация плана непрерывного и долгосрочного ухода.

Такой путь представляет собой пример современного системного подхода к решению сложных проблем — так называемый кейс-менеджмент (case management), или управление случаем [1]. Кейс-менеджмент используется сегодня в самых разных областях деятельности (в армии, на производстве, при решении научных проблем или в бизнесе) и, коротко говоря, представляет собой процесс решения поставленной общей задачи специально созданной группой различных специалистов.

Применительно к клинической практике суть кейс-менеджмента состоит в следующем:

- с пациентом постоянно работает один специалист (например, лечащий врач или медицинская сестра), который устанавливает с ним устойчивые отношения, нацеливая его на преодоление возникших проблем и достижение максимально возможного качества жизни;
- проводится комплексная оценка состояния пациента, на основе которой выявляются проблемы, подлежащие решению;
- в соответствии с выявленными проблемами составляется план помощи пациенту, направленный на достижение цели, заключающейся в решении проблем пациента и стабилизации его состояния;
- для реализации плана помощи образуется мультидисциплинарная команда (МДК) из числа специалистов, в чьих медицинских, социальных или психологических услугах нуждается пациент;
- постоянно контактирующий с пациентом специалист является координатором (кейс-менеджером) команды;
- помощь пациенту оказывается согласно плану, после чего проводится оценка ее эффективности и, в случае необходимости, ищутся дополнительные возможности.

Кейс-менеджмент на основе мультидисциплинарного подхода широко применяется в зарубежной медицинской практике [2], достаточно заметить, что сегодня использование в работе командного подхода является одним из критериев при оценке качества работы медицинской организации [3] наиболее авторитетной в мире Объединенной комиссией по аккредитации организаций здравоохранения (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations).

В российской системе здравоохранения командный подход применяется в ряде областей, например, при оказании экстренной и неотложной помощи, проведении хирургических операций, реабилитации пациентов [4–6], но организация работы по типу мультидисциплинарной команды в области гериатрии пока не получила широкого распространения.

Следует заметить, что не все пожилые люди нуждаются в командной помощи. Во многих случаях достаточно помощи врача-гериатра или семейного врача. Однако если пациенты имеют сложные медицинские, психологические и социальные проблемы, то наилучшим образом

эти проблемы могут решаться целой командой специалистов, каждый из которых является профессионалом в своей области. Например, пациент, у которого диагностирован диабет, требует скоординированной помощи эндокринолога, врача первичной медико-санитарной помощи, медсестер, диетологов и реабилитологов для решения вопросов дозировки лекарств, диеты и толерантности к физической активности. В случае отсутствия регулярного обмена информацией между перечисленными специалистами клинический результат может быть отрицательным, а лабораторные анализы могут неоправданно дублироваться, что увеличит стоимость лечения.

Относительный вклад, роль и усилия каждого специалиста в процесс оказания помощи могут варьировать в зависимости от уникальных проблем и целей пожилого пациента. В этой связи важно проводить своеобразную стратификацию пациентов и выявлять наиболее уязвимых и нуждающихся в мультидисциплинарном подходе (рис. 1), по возможности не допуская перехода пациента на более высокие и более затратные уровни помощи.

Исторически сложилось так, что практика многих медицинских работников часто характеризуется монодисциплинарным мышлением: индивидуалистическое, а иногда и конкурент-

ное поведение подчеркивает роли и границы каждой дисциплины. Узость профессионального мышления во многих случаях непроизвольно усугубляется руководствами по лечению, которые, как правило, ориентированы только на одно заболевание. Однако забота о пожилых людях со сложными медицинскими, социальными и функциональными потребностями наиболее эффективна, когда знания и навыки специалистов различных медицинских дисциплин интегрируются.

Важным является вопрос о степени такой интеграции. В англоязычной литературе [7–11] предлагается различать по отношению к командам термины «мультидисциплинарная» (multidisciplinary) и «междисциплинарная» (interdisciplinary). В этой связи, говоря о мультидисциплинарной команде, подразумевают команду, члены которой работают с пациентом одновременно, но отдельно друг от друга — каждый по своему плану. При этом каждый специалист фокусируется только на своей профессиональной области (врач уделяет внимание только медицинским вопросам, физиотерапевт — только функциональному восстановлению пациента и т. п.), а весь спектр проблем пациента обсуждается на регулярных встречах всех членов команды. В междисциплинарных командах подра-

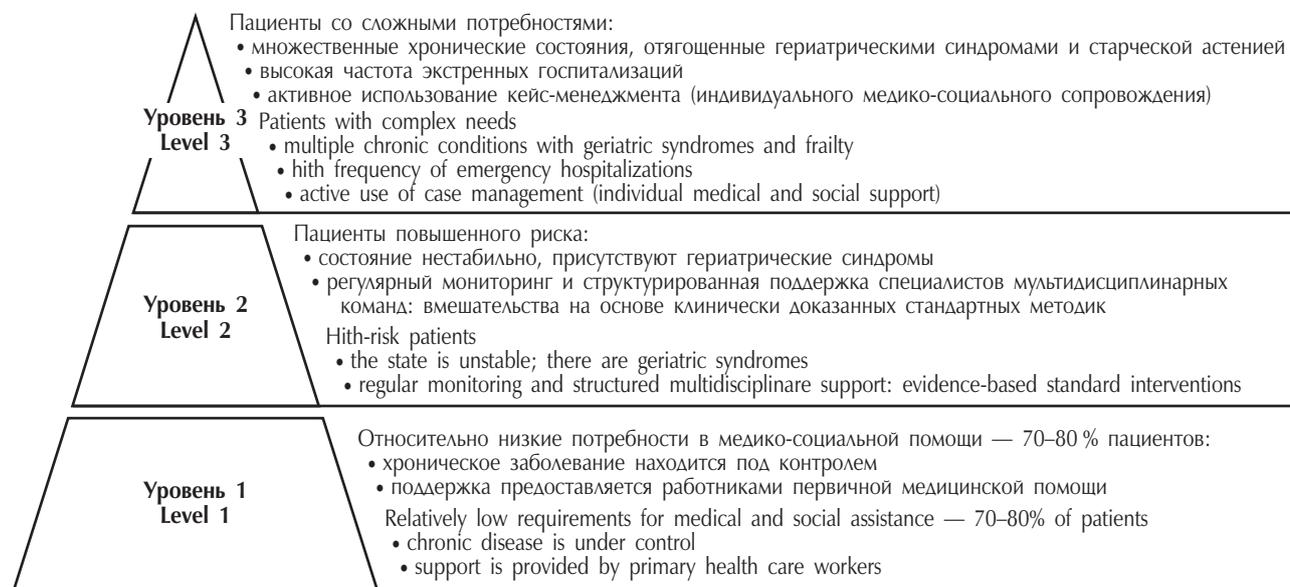


Рис. 1. Пирамида помощи пожилым пациентам. Различные подходы к оказанию помощи разным группам пациентов. Адаптировано из: Drennan V, Goodman C. Nurse-led case management for older people with long-term conditions. *British Journal of Community Nursing*. 2005;9(12):527-33

Fig. 1. The care pyramid. Different care approaches for different sectors of population. Adapted from: Drennan V, Goodman C. Nurse-led case management for older people with long-term conditions. *British Journal of Community Nursing*. 2005;9(12):527-33

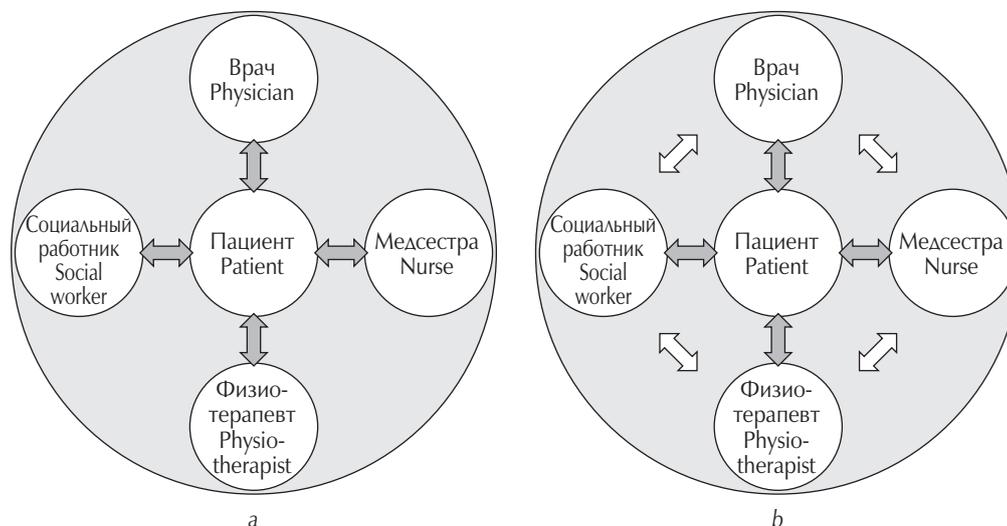


Рис. 2. Мультидисциплинарная команда (а); междисциплинарная команда (b)

Fig. 2. Multidisciplinary team (a); interdisciplinary team (b)

зумеваются более высокая степень интеграции и сотрудничества между членами команды, они активно работают вместе, оперативно обмениваясь информацией и выработывая совместный план ведения пациента (рис. 2). Для характеристики команды с наиболее высокой степенью интеграции, когда члены команды не только владеют своими специальностями, но и, благодаря перекрестному обучению и слаженной командной работе, хорошо осведомлены и по другим необходимым специальностям, предлагается термин «трансдисциплинарная (transdisciplinary) команда».

В российской медицинской практике нет четкого разделения терминов [4, 5], хотя чаще используют термин «мультидисциплинарная», обычно при этом подразумевается «командный подход» вообще [6]. Это можно объяснить тем очевидным обстоятельством, что перечисленные модели являются эволюционным продолжением друг друга, поэтому степень интеграции членов команды в конечном счете определяется их умениями и опытом командной работы, а также стоящими перед командой задачами.

Гериатрические МДК могут работать в разных учреждениях, предоставляющих помощь пожилым людям. Это могут быть как долгосрочные стационары или амбулаторные учреждения, так и социальные учреждения длительного пребывания (дома престарелых) или учреждения, предоставляющие паллиативную помощь (хосписы). В зависимости от характера работы гериатрические команды могут иметь разный состав, численность и порядок взаимодействия их членов. Кроме того, в команде

должен быть руководитель, достаточно компетентный в вопросах ведения пожилых пациентов, традиционно это медицинский специалист (врач или медсестра). В некоторых случаях врач может осуществлять только клиническое руководство, то есть решать, какие вмешательства других членов команды целесообразны и допустимы при данном медицинском статусе пациента, при этом действия членов команды должны быть согласованы с врачебными назначениями.

Вопросы, связанные с организацией работы команды, в частности с обсуждением общего состояния пациентов, планируемых вмешательств и наличия прогресса, обычно решает координатор МДК, в роли которого чаще всего выступает гериатрическая медсестра. Медсестра знает каждого пациента (и его родственников) лучше всех, поскольку наблюдает его постоянно и наиболее компетентна в части его потребностей.

Для эффективного функционирования команда должна опираться на формализованный алгоритм, типовой вариант которого разработан в рамках нашего исследования. Алгоритм описывает порядок функционирования МДК и содержит следующие разделы:

- 1) цель и задачи;
- 2) формирование и состав МДК;
- 3) ведение документации;
- 4) оценка состояния пациента и планирование вмешательств;
- 5) регулярный обмен информацией;
- 6) связь с пациентом и его семьей;
- 7) критерии эффективности МДК.

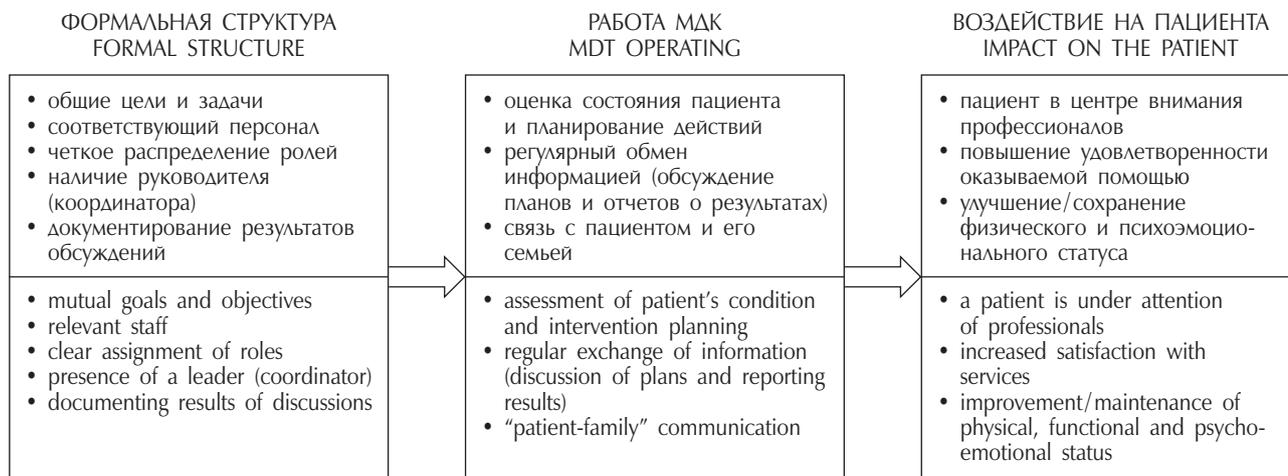


Рис. 3. Стандартная операционная процедура работы гериатрической мультидисциплинарной команды

Fig. 3. Standard operating procedure for geriatric MDT

Стандартная операционная процедура (СОП) работы гериатрической МДК может быть описана в виде схемы, представленной на рис. 3.

Мультидисциплинарный подход к реабилитации пожилых пациентов успешно опробован и применяется в практике работы гериатрического центра «Малаховка» (компания Senior Group, Москва). В качестве клинического примера можно привести случай пациента А., который был переведен в гериатрический центр из регионального дома престарелых. Страдающий тяжелым коксартрозом, пациент получил неадекватное лечение болевого синдрома и рекомендацию ограничить физическую активность. Недостаточный уход и отсутствие физической активности привели к развитию у пациента тяжелых последствий. У него были констатированы следующие нарушения:

- пролежни 2–3-й степеней (шкала Нортон — 14/20);
- нарушения функционального статуса (шкала FIM 54/126, шкала Бартел — 20/100);
- склонность к падениям (шкала Берг — 1/46–50);
- нарушения психологического состояния (тревожность, страх боли, сниженное настроение).

Состояние пациента (наличие трех врачебных диагнозов и ряда гериатрических синдромов) потребовало комплексного обследования командой специалистов, включавшей: врача-реабилитолога (клинический координатор), врача-хирурга (периодические консультации), врача-невролога, врача-психиатра, врача-эрготерапевта (терапевта по социально-бытовой

адаптации), старшую гериатрическую медсестру (кейс-менеджер), психолога и инструктора-методиста по ЛФК. Был разработан и составлен индивидуальный план реабилитации, поставлены цели и определены мероприятия по коррекции соматического состояния.

Основная реабилитационная задача, стоявшая перед МДК, заключалась в коррекции боли, психокоррекции, укреплении мышц, активной реабилитационной позиции. Совокупность этих мер была направлена на активизацию пациента, восстановление двигательной функции, адаптацию к существованию в социуме. В результате пятимесячной реабилитации пациент вернулся к активной жизни, избавился от тревожности и эмоциональных нарушений, свободно передвигался по пансиону, выходил на прогулки. Положительному исходу способствовал комплексный индивидуальный подход к реабилитации. Благодаря работе МДК, оперативно реагирующей на любые изменения в состоянии пациента, получен реальный прогресс в качестве жизни пожилого человека.

Заключение

Командный подход в гериатрии обеспечивает организацию и координацию помощи, предоставляемой пожилым людям. При этом функция координатора состоит в поддержании постоянного внимания членов команды на ситуации каждого конкретного пациента, в организации взаимодействия с врачами и другими специалистами, а также в предоставлении всей релевантной информации пациенту и его семье. Кроме того, работа МДК улучшает преемствен-

ность помощи, поскольку состояние пациента в динамике меняется со временем и специалисты могут постоянно корректировать режим ухода, изменяя характер и интенсивность предоставляемой помощи по согласованию со всеми членами МДК.

Список литературы

1. Что такое кейс и зачем им нужно управлять. Электронный ресурс «Хабр». Дата публикации: июль 2013 г. Доступно по: <https://habr.com/post/185858/>. Ссылка активна на 10.06.2018. [Chto takoe keys i zachem im nuzhno upravlyat. Electronic resource Habr, published online July, 2013. The link was active at June 10, 2018. (In Russ.)]
2. de Stampa M, Vedel I, Trouvé H, et al. Multidisciplinary teams of case managers in the implementation of an innovative integrated services delivery for the elderly in France. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:159. Published online 2014 Apr 7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-159>.
3. Drinka ThJK, Clark PG. Health Care Teamwork: Interdisciplinary Practice and Teaching. Published by Auburn House Paperback; 2000. 196 p. ISBN-10: 086569298X. ISBN-13: 9780865692985.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации». Доступно по: <http://base.garant.ru/70330294/#friends>. Ссылка активна на 01.03.2018. [O poryadke organizatsii meditsinskoj reabilitatsii. The order of Russian Health Ministry from Dec. 29, 2012. The link was active at Mars 01, 2018. (In Russ.)]
5. Ширшова Е.В. Мультидисциплинарный подход при восстановительном лечении и реабилитации пациентов с цереброваскулярными заболеваниями: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 277 с. Доступно по: <http://www.dissercat.com/content/multidistsiplinarnyi-podkhod-pri-voosstanovitelnom-lechenii-i-reabilitatsii-patsientov-s-tser>. Ссылка активна на 25.07.2017. [Shirshova EV. Mul'tidistsiplinarnyi podkhod pri voosstanovitel'nom lechenii i reabilitatsii patsientov s tserebrovaskulyarnymi zabolevaniyami [dissertation]. Moscow; 2010. 277 p. The link was active at July 25, 2017. (In Russ.)]
6. Шубина Л.Б., Грибков Д.М., Буров А.И., и др. Тренинги командообразования // Тезисы докл. V съезда Российского общества симуляционного обучения в медицине / ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; УВК Mentor Medicus. – М.: РОСОМЕД, 2016. Доступно по: <http://rosomed.ru/theses/294>. Ссылка активна на 01.08.2018. [Shubina LB, Gribkov DM, Burov AI, et al. Treningi komandoobrazovaniya. Rep. thes. V Congress of Russian Society of Simulation Training in Medicine. (Conference proceedings) Sechenov University; UVK "Mentor Medicus". Moscow: ROSOMED; 2016. The link was active at 01.08.2018. (In Russ.)]
7. Grooh H. Providing Care Management with a Multidisciplinary Team: Managing Quality. *Journal of Aging Life Care.* 2014. Available at: <http://www.aginglifecarejournal.org/providing-care-management-with-a-multidisciplinary-team-managing-quality>. Accessed August 1, 2017.
8. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, et al. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health.* 2013;11:19. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>.
9. Norrefalk J-R. How do we define multidisciplinary rehabilitation? Letter to the editor. *Journal of Rehabilitation Medicine.* 2003;35(2):100-101. <https://doi.org/10.1080/16501970306118>.
10. Stock P, Burton RF. Defining Terms for Integrated (Multi-Inter-Trans-Disciplinary) Sustainability Research. *Sustainability.* 2011;3(8):1090-1113. <https://doi.org/10.3390/su3081090>.
11. Tsakitzidis G, Timmermans O, Callewaert N, et al. Outcome Indicators on Interprofessional Collaboration Interventions for Elderly. *International Journal of Integrated Care.* 2016;16(2):5. <https://doi.org/10.5334/ijic.2017>.

◆ Адрес автора для переписки (Information about the author)

Клаудия Консон / Claudia Konson
E-mail: claudia.konson@gmail.com