
Организация здравоохранения

УДК 616.831-005

DOI 10.52246/1606-8157_2023_28_4_5

РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ КОМАНДЫ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ

А. А. Шмонин^{1*}, доктор медицинских наук,

М. Н. Мальцева¹, доктор ветеринарных наук, кандидат технических наук,

Л. Н. Соловьева², кандидат медицинских наук,

Е. В. Мельникова³, доктор медицинских наук

¹ ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России, 197022, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8.

² СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», 195257, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, д. 14, литера А

³ ЧОУВО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», 195271, Россия, г. Санкт-Петербург, Кондратьевский просп, д. 72

РЕЗЮМЕ *Цель* – установить, как отсутствие специалиста на заседании мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК) влияет на качество реабилитационной диагностики.

Материал и методы. Исследование проведено на базе неврологического отделения СПб ГБУЗ «Городская больница № 26». В исследование включены 211 пациентов старше 18 лет с ишемическим и геморрагическим инсультом, поступивших в течение первых 14 суток с момента появления симптомов заболевания. Участие специалистов по реабилитации в мультидисциплинарной работе оценивалось путем анализа реабилитационных диагнозов, составленных в категориях Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Сравнивали общее число доменов МКФ, относящихся к компетенциям отдельных специалистов МДРК, в реабилитационном диагнозе в случае участия или отсутствия данного специалиста на заседании МДРК. Также изучалась динамика числа использованных доменов в зависимости от времени работы МДРК.

Результаты и обсуждение. Отсутствие логопеда, клинического психолога, эрготерапевта, физического терапевта на заседании МДРК приводило к снижению общего числа доменов, относящихся к их компетенции, в реабилитационном диагнозе. Отмечено увеличение числа доменов активности и участия, факторов среды, однако не менялось число доменов функций и структур.

Заключение. Отсутствие специалиста на заседании МДРК приводит к тому, что остаются невыявленными проблемы пациента, относящиеся к компетенции данного специалиста.

Ключевые слова: реабилитация при инсульте, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, домены Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, мультидисциплинарная реабилитационная команда, реабилитационный диагноз.

* Ответственный за переписку (corresponding author): langendorff@mail.ru

Острое нарушение мозгового кровообращения признано одним из социально значимых заболеваний в связи с высокой смертностью и инвалидизацией больных. За последние 25 лет наблюдается увеличение бремени инсульта из-за старения населения, совершенствования экстренной помощи и применения инвазивных технологий, что приводит к увеличению количества выживших пациентов, нуждающихся в реабилитации [7].

Для развития системы реабилитационной помощи в 2001 году была создана МКФ [3]. Всемирная организация здравоохранения ставит своей задачей внедрение МКФ в практику медицинской и социальной реабилитации, сбор данных об инвалидности, создание компьютерных программ и мобильных приложений для практического использования МКФ и повышение качества и доступности реабилитации [11].

Применение МКФ побуждает выявлять проблемы в сфере здоровья не только при поражении органа или системы органов, но и ставит вопросы, связанные с патопсихологическими нарушениями (расстройства поведения), с окружающей средой, то есть задачи более высокого уровня – онтогенетического и социального (популяционного) [8].

Использование МКФ в практике реабилитации пациентов с инсультом требует оценки поведения и деятельности, в том числе бытовых навыков, самообслуживания, психологических особенностей личности и наличия нарушений, системного анализа функции движения, изучения среды, что не входит в компетенции неврологов и других врачей [2]. МКФ диктует необходимость учета особенностей коммуникации, опыта пациента, его жизненных установок, а также его окружения, то есть реализации пациент-центрированного подхода [4]. Внедрение МКФ в практику требует изменения мировоззрения врача, а также введение на постоянной основе в состав МДРК специалистов в том числе с немедицинским образованием – клинических психологов, логопедов, эрготерапевтов, физических терапевтов и реабилитационных медицинских сестер, которые имеют требуемые компетенции в рамках своих специальностей [1].

Цель данного исследования – установить, как отсутствие специалиста на заседании МДРК влияет на качество реабилитационной диагностики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Наблюдательное исследование проводилось в отделении неврологии № 3 СПб ГБУЗ «Городская больница № 26» в условиях первого этапа реабилитации больных, перенесших ОНМК.

В исследование было включено 211 пациентов старше 18 лет с ОНМК по ишемическому или геморрагическому типу, поступивших в острую фазу инсульта (0–14 дней с момента появления первых симптомов). Оценка по модифицированной шкале Рэнкин (mRS) при поступлении в стационар – 2 балла.

Пациентов, которым планировалось хирургическое вмешательство, больных с транзиторной ишемической атакой, изолированным субарахноидальным кровоизлиянием, тяжелой комой при поступлении (оценка по модифицированной шкале Рэнкин (mRS) при поступлении в стационар – менее 2-х баллов в исследование не включали.

В состав МДРК входили: врач-реабилитолог, невролог, клинический психолог, специалист по эрготерапии, по физической терапии, логопед и реабилитационная медицинская сестра. Все члены МДРК совместно осматривали пациента при поступлении, а затем один раз в неделю до завершения реабилитации.

Реабилитационный диагноз составлялся МДРК с использованием МКФ с помощью программы ICF-reader [5, 6]. Для оценки роли каждого специалиста в диагностике проблем пациента все домены в МКФ были распределены между специалистами, входящими в состав МДРК. В программе ICF-reader каждый домен был связан со специалистом, который работал с ним. Часть доменов оказались смежными.

Учитывали число доменов МКФ в реабилитационном диагнозе, относящихся к компетенциям конкретного специалиста. Для оценки роли участия специалиста в работе МДРК сравнивали число доменов в случае присутствия и отсутствия специалиста на заседании МДРК.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-реабилитолог, врач-невролог и медицинская сестра всегда присутствовали на встрече МДРК (100 %), поэтому оценить то, как бы повлияло их отсутствие на постановку реабилитацион-

ного диагноза, не представлялось возможным. Остальные специалисты не всегда присутствовали на заседании МДРК, причины отсутствия разные: болезнь, отпуск, большая занятость с другим пациентом, участие в конференции, обучение.

Число доменов МКФ, относящихся к компетенциям отдельных специалистов, в зависимости от их присутствия на встрече мультидисциплинарной реабилитационной команды, отражено в таблице.

Как видно из приведенной статистики, закономерность для четырех специалистов МДРК оказалась одинаковой: отсутствие специалиста на встрече МДРК приводит к упущению из внимания проблем пациента (доменов МКФ) в реабилитационном диагнозе, относящихся к компетенции данного специалиста.

Данный количественный анализ реабилитационных диагнозов показал, что важен не только сам факт проведения заседания для совместного обсуждения проблем пациента, но и участие всех специалистов МДРК. Следовательно, для реализации мультидисциплинарного процесса требуется соблюдение его технологии, обязательным компонентом которого является встреча всех специалистов МДРК для координации главных моментов реабилитации.

Анализ работы МДРК в течение года продемонстрировал, что общее количество доменов МКФ в реабилитационном диагнозе и количество доменов по отдельным категориям остается примерно на одном уровне.

На рисунках 1–4 показана закономерность изменения числа доменов МКФ (доменов функции, структур, активности и участия, факторов среды) до завершения курса лечения.

Таким образом, нами показано, что отсутствие специалиста на встрече МДРК приводит к тому, что упускаются из виду домены, относящиеся к его компетенции. При этом в основном теряются домены, отражающие активность и участие, а также факторы среды, т. е. определяющие цель реабилитации и ее наполнение. Поэтому очень важно стремиться проводить встречи МДРК в полном составе, а также использовать МКФ в целом без ограничений наборами доменов по нозологиям. Такого же мнения придерживаются и другие авторы [11].

Когда команда работает в постоянном составе определенное время, происходит обмен опытом между ее участниками, улучшаются их взаимоотношения, что положительно сказывается на качестве диагностики. Специалисты в полном составе могут выявить и те проблемы пациента, которые относятся к сфере реабилитации – ограничение активности и участия. Команда контролирует работу друг друга. Каждый специалист должен вербализировать выявленные им нарушения и ограничения таким образом, чтобы это было понятно другим участникам МДРК. Это структурирует умственную деятельность, учит специалиста обобщать, выявлять главное и четко формулировать свои мысли. Команда одновременно осуществляет самоконтроль и обратную связь, добиваясь достижения цели. Если прогноз не оправдался либо цель не была достигнута – важно определить, по каким причинам это произошло. Этот опыт может быть полезен для команды в будущем.

Регулярные заседания МДРК с обсуждением целей необходимы для координации реабилитационного процесса, поскольку являются технологией реабилитации и обязательной составляющей мультидисциплинарного процесса.

Таблица. Домены Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в реабилитационном диагнозе

Общее число доменов МКФ, относящихся к компетенции специалиста	Присутствие специалиста	
	был	не был
Логопед	1 (0; 3)	0 (0; 1)*
Психолог	1 (0; 2)	0 (0; 1)*
Эрготерапевт	1 (0; 2)	0 (0; 1)*
Физический терапевт	1 (0; 2)	0 (0; 1)*

Примечание: * – статистическая значимость различий с числом доменов МКФ в случае присутствия специалиста на встрече МДРК

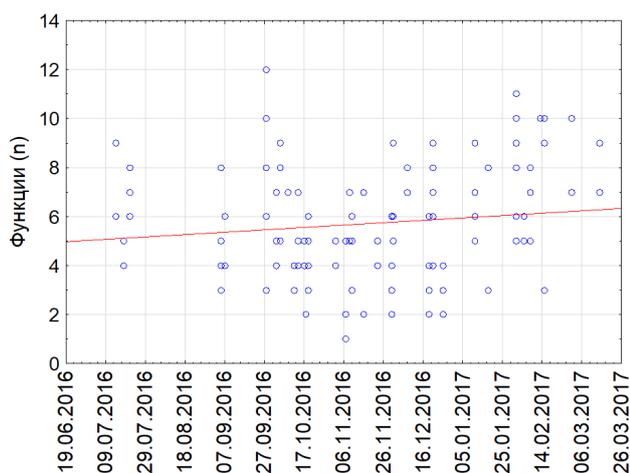


Рис. 1. Зависимость количества доменов функции в реабилитационном диагнозе от продолжительности работы мультидисциплинарной реабилитационной команды ($p < 0,05$)

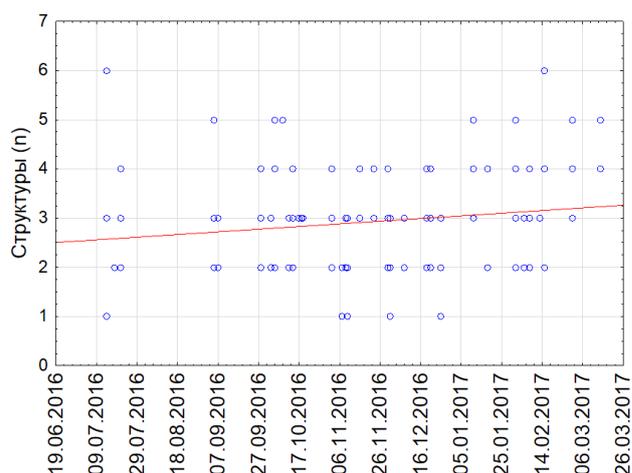


Рис. 2. Зависимость количества доменов структур в реабилитационном диагнозе от продолжительности работы мультидисциплинарной реабилитационной команды ($p < 0,05$)

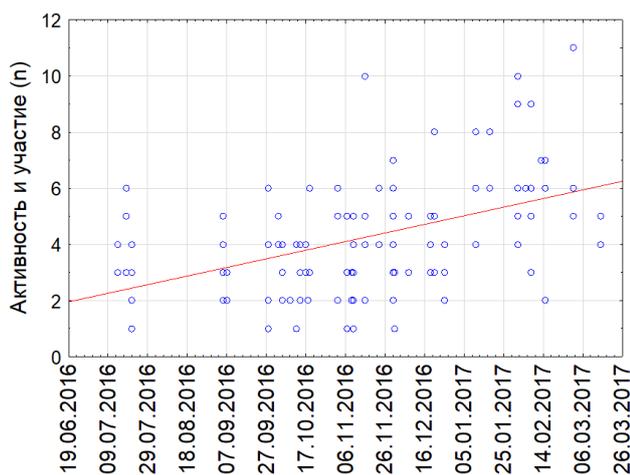


Рис. 3. Зависимость количества доменов активности и участия в реабилитационном диагнозе от продолжительности работы мультидисциплинарной реабилитационной команды ($p = 0,00000002$, коэффициент корреляции Пирсона – 0,467).

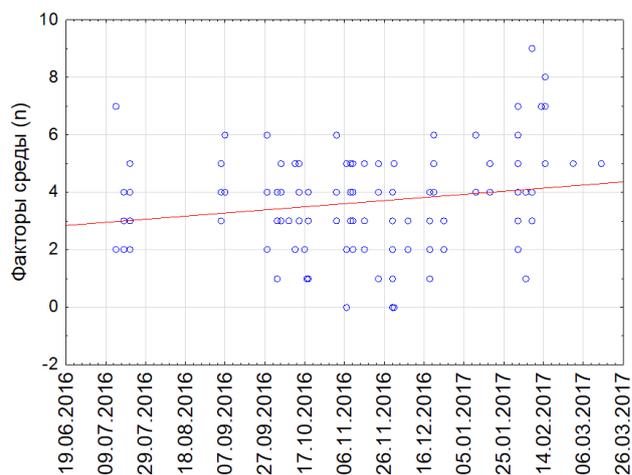


Рис. 4. Зависимость количества доменов факторов среды в реабилитационном диагнозе пациента с острым нарушением мозгового кровообращения в острую фазу от продолжительности работы мультидисциплинарной реабилитационной команды ($p = 0,024$, коэффициент корреляции Пирсона – 0,199)

ВЫВОДЫ

1. Отсутствие специалиста на заседании МДРК приводит к упущению проблем пациента, относящихся к компетенциям этого специалиста.

2. Чем дольше команда работает в постоянном составе, тем больше проблем пациента (доменов МКФ) может выявить как в целом, так и в «реабилитационных» категориях МКФ: факторов среды, активности и участия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Белкин А.А., и др. Как организовать медицинскую реабилитацию? Вестник восстановительной медицины. 2018;2(84):2-12.
2. Мальцева М.Н., Шмонин А.А., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Эрготерапия. Роль восстановления активности и участия в реабилитации пациентов. Consilium Medicum. 2017;19(2.1):90-93.
3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия) / Всемирная организация здравоохранения. СПб.: СПбИУВЭЖ; 2001:342.
4. Таратухин Е.О. Пациент-центрированная медицина. Новая реальность. Российский кардиологический журнал. 2016;21(9):79-83.
5. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Никифоров В.В., Мельникова Е.В. Предварительные результаты реализации Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в России» в СПб ГУЗ Городской больницы № 26. Использование программы «ICF-reader» для установки реабилитационного диагноза. Учёные записки ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2016;23(4):54-60.
6. Шмонин А.А., Никифоров В.В., Мальцева М.Н., и др. Электронная система мониторинга эффективности реабилитации в пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» – программа ICF-reader. Вестник Ивановской медицинской академии. 2016;21(1):66-70.
7. Culebras A. Stroke is preventable catastrophic disease. Материалы II Российского международного конгресса «Цереброваскулярная патология и инсульт». Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова (Приложение к журналу «Инсульт»). М.; 2007:75-76.
8. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) / World Health Organization. Switzerland: World Health Organization; 2001:303.
9. McIntyre A., Tempest S. Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Disabil. Rehabil. 2007;Sep 30;29(18):1475-1479.
10. Warlow CP, J. van Gijn, Dennis MS, et al. Stroke: Practical Management. 3th ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2008:1008.
11. World Report on Disability / World Health Organisation. Geneva: WHO; 2011:350. URL: http://www.who.int/disabilities/world_report. (дата обращения 09.12.2018)

QUALITY OF REHABILITATIVE DIAGNOSIS: INFLUENCE OF MULTIDISCIPLINARY REHABILITATIVE SPECIALISTS TEAM PARTICIPATION

A. A. Shmonin, M. N. Maltseva, L. N. Soloviova, E. V. Melnikov

ABSTRACT *Objective* – to determine how the absence of one specialist at the session of multidisciplinary rehabilitative team (MDRT) influences rehabilitative diagnosis quality.

Material and methods. The study was performed in neurological department of Saint-Petersburg municipal hospital № 26. 211 patients over 18 years old with ischemic and hemorrhagic strokes were enrolled in the study; they were admitted within first 14 days since the onset of the disease symptoms. The participation of rehabilitative specialists in multidisciplinary work was evaluated by the analysis of rehabilitation diagnoses, composed in the categories of International classification of functioning, life activity and health limitations (ICF). The total number of MDRT domains which were related to competences of different MDRT specialists in rehabilitation diagnosis in cases of presence or absence of such specialist at MDRT session was compared. The dynamics of the used domains number was also studied in dependence on MDRT work time.

Results and discussion. The absence of speech therapist, clinical psychologist, ergotherapist, physical therapist at MDRT session resulted in the decrease of the total number of domains which were related to their competence in the rehabilitation diagnosis. The increase of activity and participation domains, environment factors was marked; but functions and structures domains were not changed.

Conclusion. The absence of such specialist at MDRT session resulted in unrevealed problems of the patients which were related to such specialist competence.

Key words: rehabilitation in stroke, International classification of functioning, life activity and health limitations, domains of International classification of functioning, life activity and health status limitations, multidisciplinary rehabilitation team, rehabilitative diagnosis.