

МУЛТИДИСЦИПЛИНАРНИЯТ ЕКИП ЗА ИНТЕГРИРАНИ ГРИЖИ И МЯСТОТО НА КИНЕЗИТЕРАПЕВТА В НЕГО

Гергана Ненова¹, Тодорка Костадинова²

¹УНС по рехабилитация, Медицински колеж - Варна,
Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов” - Варна

²Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов” - Варна

MULTIDISCIPLINARY TEAM FOR INTEGRATED CARE AND THE PLACE OF THE PHYSIOTHERAPIST IN THE TEAM

Gergana Nenova¹, Todorka Kostadinova²

¹Training and research sector of Rehabilitation, Medical College - Varna,
Medical University of Varna

²Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Въпреки несъмнените си достижения европейските здравни системи непрекъснато се реформират. Болничното и доболничното здравеопазване търсят механизми и пътища за по-добра интегрираност и икономизиране на дейностите. В този процес интегрираните грижи са поставени между медицинските и социалните грижи. Те се предоставят на хора с физически или психически заболявания, на възрастни пациенти, както и на всички останали, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности. Спецификата на рехабилитационните грижи, като част от интегрираните грижи, в болнични, доболнични и домашни условия изисква включването на различни медицински и немедицински специалисти. Тяхната работа в екип има за цел решаване проблема на пациента в неговата холистична цялост. Водещото участие на кинезитерапевта в този екип е предпоставка за навременна и адекватно проведена рехабилитация с оглед минимизиране на риска от инвалидизиране.

Ключови думи: интегрирани грижи, мултидисциплинарен екип, кинезитерапевт, инвалидност

ABSTRACT

Despite the undoubted achievements, the European health systems are continuously reforming. The hospital and pre-hospital healthcare seeks mechanisms and ways for better integration and economization of the activities. In this process, integrated care (IC) is placed between medical and social care. They are provided to people with physical or mental disorders, elderly patients, and others who need help in performing daily activities. The specifics of the rehabilitative care (as part of the integrated care) in hospital, pre-hospital and home conditions, require the involvement of various medical and non-medical professionals. Their teamwork is aimed at solving the problem of the patient in its holistic integrity. The leading part of the physiotherapist in this team is a prerequisite for timely and adequately conducted rehabilitation, minimizing the risk of disability.

Keywords: integrated care, multidisciplinary team, physiotherapist, disability

ВЪВЕДЕНИЕ

Терминът „интегрирани грижи“ (ИГ) става все по-актуален за българското здравеопазване, което трябва да отговори адекватно на предизвикателствата на времето (4,5,6,8). В своята същност ИГ съчетават широк набор от медицински и социални услуги за хора, нуждаещи се от помощ при основни ежедневни дейности поради хронични, физически или психически увреждания. Тези грижи често се извършват поне отчасти от непрофесионалисти – семейството на пациента, роднини или приятели (9,10). Прилагането на подобен род грижи, особено при често срещаните хронични полиморбидни състояния, изисква намесата на един ефективно действащ екип, състоящ се от различни специалисти, които биха спомогнали за адекватното и навременно решаване проблема на пациента и подобряване в максимална степен качеството му на живот (3,17).

Екипните медицински грижи възникват през 1950-те години, когато фармакологичните и хирургични възможности за лечение са ограничени и главните елементи на основния терапевтичен режим са включвали: почивка на легло, шиниране, терапия с пасивни или подпомагани упражнения, топлинна и студена терапия, трудова терапия и емоционална подкрепа (23). Повечето автори се обединяват около становището, че екипът е „група от хора с обща цел“. В най-общ смисъл група е „всяка съвкупност от две или повече лица, които си взаимодействат помежду си по такъв начин, че всяко от тях оказва влияние върху останалите и едновременно се намира под влиянието на другите лица“. Екипът в медицинската практика се определя като: група от специалисти, обединени от една обща цел, работещи заедно за нейното изпълнение“ (2). В научното познание съществува понятието „мултидисциплинарен екип“ („cross-functional collaboration“).

Мултидисциплинарният екип (МДЕ) се състои от професионалисти, които се нуждаят от уменията на всеки един от участниците в него (лекари, нелекари, дори и немедицински специалисти). Ефективността на такава екипна работа зависи от: поддържащата организационна среда; наличието на съответни умения; яснота на задачите; присъствие на обща екипна цел, която трудно би се декомпозирала на индивидуални такива (13,14).

През последните десетилетия за решаване проблемите на полиморбидните хронично болни пациенти (ПХБП) се прилагат всички достижения на медицинската наука и практика с акцент към ранна и комплексна рехабилитация,

включваща екип от необходимите здравни специалисти. Съществена част от дейността на кинезитерапевта в тази фаза от лечението е взаимодействието му с другите специалисти от екипа, осигуряващ ИГ. Ефективното функциониране на този екип е от особено значение за позитивна промяна на двигателната активност с оглед подобряване на качеството на живот на човек със здравен проблем. Членовете на МДЕ трябва да взаимодействат не само помежду си, но и с пациентите и техните семейства, за да стане възможно изясняване на персоналната потребност от лечение при всеки един от тях.

Целта на статията е да изследва и представи мястото на кинезитерапевта в мултидисциплинарния екип, осигуряващ интегрирани грижи. Настоящото изследване се базира на методи, включващи проучване, систематизиране, обзор и анализ на информацията от литературните източници за развитието на ИГ.

Същност

Двата основни здравни субекта у нас (болници и „доболници“) са носители на различия на много нива (целево, икономическо, квалификационно), което не бива да генерира антагонизъм и противоборство. От друга страна проблемно-базираната ориентация на консултационната, извършвана от МДЕ, както и холистичният подход към здравните проблеми на пациента, семейството и общността, изискват обединяване на усилията на различни медицински и немедицински специалисти. МДЕ е не просто група от индивиди, които ръководството нарича „екип“, а основа за постигане на организационна ефективност във всяка ситуация, изискваща комбинирането в реално време на множество умения, компетенции и опит за постигане на по-високи резултати в условията на ограничени работни роли и отговорности, т.нар. синергичен ефект (7). Ефективно действащият МДЕ, съблюдаващ холистичния пациент-центриран подход, е съставен от специалисти (медици и немедици), които са еднакво силно съпричастни към постигането на общата цел и работят заедно в постоянна взаимна връзка.

По отношение на медицинските грижи за ПХБП, целите на МДЕ, предоставящ ИГ, включват: запазване и подобряване на качеството на живот чрез преодоляване на функционалния дефицит; оптимизиране на психическото и социалното здраве. В проучване на G. J. Tjijhuis и сътрудници (2003) програмите за мултидисциплинарни екипни грижи за пациенти в болнична обстановка са сравнени с грижите, предоста-

вени от клинично специализирани медицински сестри в сътрудничество с ортопед в условията на дневен стационар. Обгрижването от страна на тези здравни кадри осигурява равностойни клинични резултати при значително по-ниски разходи, но с по-ниски нива на удовлетвореност на пациентите в сравнение с мултидисциплинарните грижи (19,20,21).

Принципите на работа в МДЕ включват: членовете на екипа споделят доброволно като висш принцип общата цел и общите интереси, които ги обединяват и ръководят във всички техни действия; всеки член на екипа разбира ясно границите на своята компетентност, права и задължения, както и отнасянето ѝ към функциите на другите специалисти от екипа; за постигане

на здравния проблем, с променлив състав. Всеки нов епизод, дори на един и същ здравен проблем, поради промяна на посоката или целта, изисква включването на нов член на екипа със съответната компетентност.

Лидер на екипа: реформата в българската здравна система от 2000 г. определя общопрактикуващия лекар (ОПЛ) като лидер на този МДЕ. В зависимост от нивото на здравната система, на което се решава здравният проблем на пациента, той отстъпва своята лидерска роля на тесен специалист лекар или на нелекар, но пък медицински специалист или дори на немедицински специалист. След възстановяването на пациента той отново се връща при своя ОПЛ, който отново поема лидерската си роля (Фиг. 1).



Фиг. 1. Европейско определение на общата медицинска практика (основни компетенции и характеристики)
Източник: WONCA, 2002

на резултатност екипът работи като единен механизъм чрез обединяване на знания и умения, както и на подходящо разпределение на ресурсите, делегиране отговорностите и вътрегруповата съпричастност и подкрепа.

МДЕ може да съществува в няколко вида: основен екип – лекуващ лекар, медицинска сестра, административен персонал; спомагателен екип – кинезитерапевт, диетолог, психотерапевт, социален работник, духовно лице; функционален екип – специалисти, временно обединени за решаване

При пациенти, нуждаещи се от свръхранна, ранна и комплексна рехабилитация, ОПЛ отстъпва временно лидерството на други специалисти (1,11,12). Практическото приложение на идеята за ИГ, особено в условията на изнесена в дома рехабилитация, предоставя на кинезитерапевта лидерска роля в екипа. Случаите, при които пациентите с артрозна болест биват ендопротезирани, обаче, налагат решаване на широка гама от разнородни здравни, рехабилитационни и социални проблеми от страна на екипа.

Подобни проблеми са представени особено демонстративно при жена на 66 г., която посещава приемно-консултативния кабинет на МБАЛ „Св. Марина“ – Варна с болки в кръста и двете тазобедрени стави (ТБС). Нейните оплаквания датират от няколко години и бяха свързани с болки и накуцване. От направения преглед и назначените образни изследвания, след повторно посещение при специалист ортопед, се установи, че се касае за симетрично стеснени ставни междини двустранно, начална ацетабуларна хипертроза и ръбова остеофитоза, остеопороза. За решаване на здравните проблеми в тяхната холистична цялост се сформира мултидисциплинарен екип, състоящ се от: кинезитерапевт, медицинска сестра, ендокринолог, клиничен лаборант, рентгенолог, ОПЛ, ортопед, болногледач, масажист, кетъринг и диетолог. Лечението на пациентката премина през следните етапи:

I етап – оперативно лечение в планов порядък, проведено в Отделението по ортопедия и травматология на МБАЛ „Св. Марина“ - Варна. След оперативната намеса болната бе настанена в отделението за последващия възстановителен и свръхранен рехабилитационен период.

II етап – сформирание на мултидисциплинарен екип за лечение в домашни условия след приключване на дехоспитализация (при изтичането на клиничната пътека). Кинезитерапевтът посети пациентката в дома ѝ още на следващия ден и изготви индивидуалната рехабилитационната програма. В следващите дни (веднъж дневно до 45-ия ден след операцията) кинезитерапевтът работи с болната по така изготвения кинезитерапевтичен комплекс. На всеки три дни медицинската сестра прави превръзки на оперативната рана до 14-и ден от операцията, когато оперативните конци бяха свалени от лекаря ортопед. Ендокринологът контролира веднъж месечно приема на медикаменти за лечение на остеопорозата. Клиничен лаборант на всеки две седмици предоставя резултатите от взетите кръвни проби на ОПЛ за адаптиране на лечението, включително и продължителността на антикоагулантната терапия. Кетъринг фирма доставя храна веднъж дневно, покриваща четирикратен прием от изготвена диета от специалист диетолог. След 45-ия ден след операцията пациентката бе изпратена на балнеосаниториално лечение да продължи последващия по-късен възстановителен период. Престоят бе за 10 дни, но на 8-ия ден след процедурите болната съобщила за силни болки и невъзможност за движение в другата ТБС. След проведената симптоматична тера-

пия жената се връща при лекаря ортопед и от извършеното рентгенологично изследване се установява фрактура на бедрената шийка на другата ТБС.

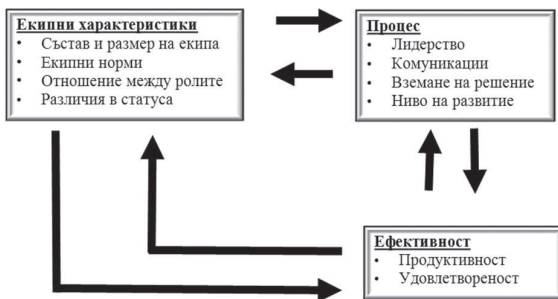
III етап – пациентката постъпва отново в Отделението по ортопедия и травматология на МБАЛ „Св. Марина“ - Варна за оперативно лечение. Извършена бе тотална смяна на другата тазобедрената става по спешност. От костта бе взет материал за хистологично изследване с морфологична картина на остеопороза и регенераторни промени след фрактурата без данни за метастатичен процес. На шестия ден след операцията пациентката бе изписана за домашно лечение и процедурите по възстановяването от страна на мултидисциплинарния екип бяха повторени до 60-ия следоперативен ден, както при първата операция.

IV етап – шест месеца по-късно, при световъртеж и загуба на равновесие, пациентката падна (без видими наранявания). Два дни по-късно се оплака от силни болки в областта на кръста и невъзможност да се изправи от леглото. С помощта на частен медицински транспорт посети същия лекар ортопед. Резултатът от назначеното ядрено-магнитно изследване установи патологична фрактура на лумбалните прешлени в резултат на остеопорозата. Това ново състояние определи двумесечен постелен режим с медикаментозно лечение. Новият план за действие включва ежедневно (в рамките на две седмици) посещение от медицинска сестра за венозните вливания и ежедневно посещение от кинезитерапевт. Кинезитерапевтът включи в екипа масажист и двамата (в рамките на два месеца) работиха с пациентката за поддържане на мускулния тонус на незасегнатите зони. Кинезитерапевтът прецени необходимостта от включване в екипа и на болногледач с цел поддържане хигиената на болната, както и кетъринг, осигуряващ необходимия брой хранения на ден. ОПЛ назначи изследвания, които се извършиха от клиничен лаборант в дома на пациентката. Контролните прегледи са извършвани от същите лекуващи лекари тесни специалисти за допълнителни насоки, свързани с възстановителния период. След приключване на двумесечния срок кинезитерапевтът премина към вертикализиране на пациентката и изготви новия рехабилитационен план за обучение в дейностите от ежедневието. Специалист ендокринолог въведе ново медикаментозно лечение за остеопорозата, което изискваше постъпване в болница на всяко тримесечие за прилагане на интравенозна терапия и наблюдение в

болнична среда. Всички дейности, извършвани в домашни условия от целия мултидисциплинарен екип, бяха финансирани с лични средства на пациентката и нейното семейство.

Изложеният случай от нашата практика е особено демонстративен, тъй като извежда многообразието от здравни и социални проблеми, които възникват при ПХБП. В него се поставят на преден план широка гама от въпроси, трудни за отговор, тъй като представляват, освен всичко друго, и сериозно финансово предизвикателство за пациента. Мястото на кинезитерапевта и неформалното му лидерство във фазата на доболничната рехабилитация и в дома на пациентката са безспорни.

В такива случаи научното познание извежда търсенето на ефективна обратна връзка по време на решаването на здравния проблем с оценка на удовлетвореността на всеки член от МДЕ като основен метод за оценка на ефективността на всеки един екип. Ефективността на екипната работа в този и други подобни случаи би могла да бъде установена с методики за оценка удовлетвореността както на пациента, така и на близките му и на специалистите, участващи в екипа (Фиг. 2).



Фиг. 2. Модел на ефективна екипна работа

Същият екип ще се сформира отново при същия здравен проблем на пациента със същите „играчи - медицински и немедицински специалисти“ при положителна оценка и на трите групи участници. Търсенето на ефективната обратна връзка по мнението на пациента, неговото семейство и участниците в екипа е предмет на бъдещи проучвания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

МДЕ се разгръща в пълна степен в условията на доболничното лечение, тъй като проблемът на пациента налага продължителна и непрекъснатата рехабилитация, срокът на която не може да бъде покрит в болнична среда. МДЕ предла-

га по-добър шанс за решаване на всички здравни проблеми в тяхната холистична цялост. Клиничните усилия са насочени в посока оптимизиране на диагностиката, медицинските, хирургическите и рехабилитационните здравни грижи особено при пациентите с проблеми на опорно-двигателния апарат. Активната работа на МДЕ дава възможност да се вземат индивидуални решения за всеки един отделен пациент със здравен проблем, за да сведат до минимум болката и да се подобри значително качеството на живот.

Предлагането на рехабилитационни здравни грижи (като част от ИГ) представлява предизвикателство пред здравната и социалната системи в нашата страна. Традиционните здравни грижи първоначално се осигуряват в болнична обстановка, но през последните десетилетия все по-често се налага оказване на доболнична помощ, обслужване на пациенти в дневен стационар и продължаване на рехабилитацията в домашни условия. Финансирането на тези услуги от Националната здравно-осигурителна каса далеч не покрива потребностите на всички фази на рехабилитацията. При това спецификата на проблема на пациента често съчетава няколко хронични заболявания, които изискват ИГ, предоставяни от широк екип специалисти – личен лекар, кинезитерапевт, ортопед, интернист, медицинска сестра и др. Потребността от лидерство на кинезитерапевта в един такъв широк мултидисциплинарен екип, осигуряващ рехабилитационни интегрирани грижи в доболнични и в домашни условия, все повече се налага в ежедневната практика и поставя въпроса за правно регулиране на тази медицинска специалност – като професия и образование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валентинова, Ц., Горанов, М. Работата в екип – гаранция за качество в общата медицинска практика // *Обща медицина*. 2002; 4(1):3-5.
2. Горанов, М. *Основи на общата медицина*. ИЦ-ВМИ-Плевен, 2001, 215.
3. Манчева, П., Делийски, М., Забунов, А. Ефективност на екипната работа в доболнични условия // *Обща медицина*. 2003; т.V, 3:3-5.
4. Попова Ст. *Социална медицина. Учебник за студенти по управление на здравни грижи*. Варна, Стено, 2010, с. 78-96, 86-96.

5. Салчев, П., Георгиева, Л., Христов, Н., Кундурджиев, Т., Димитрова, Д. Първичната помощ в България, факти и анализи. Отворено общество. 2011.
6. Тонева, Л., Петрова, Г., Костадинова, Т. Възможности за развитие на интегрирани грижи в Община Разград // Здравна икономика и мениджмънт, 2014, 3, 53.
7. Хаджиев, Кр. Самоуправляващи се работни екипи (теория и методология). Свищов, изд. Стопански свят. 2010.
8. Ahgren B, Axelsson R. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010. *International Journal of Integrated Care*. 2011; 11.
9. Alter S. The work system method for understanding information systems and information system research. *Communications of the Association for Information Systems*. 2002; 9:90-104.
10. Andersson G, Karlberg I. Integrating care for the elderly: the background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. *International Journal of Integrated Care*. 2000; 1.
11. Haiden A. A team future for general practice. *BM.*, 1992; 303(7011):883-885.
12. Marsh G. N. *Efficient Care in General Practice*. Oxford, medical publication. 1991; 22-29.
13. Petersson I. F. Evolution of team care and evaluation of effectiveness. *Curr Opin Rheumatol*. 2005; 17:160-163.
14. Petersson I. F., Bremander A B, Klareskog L, Stenstrom C. Who cares about team care? *Ann Rheum Dis*. 2005; 64:644.
15. Prier A, Barenboim F, Karneff A, Molars S, Beauvais C, Dumontier C. Multidisciplinary day hospital treatment of rheumatoid arthritis patients. Evaluation after two years. *Rev Rhum Engl Ed*. 1997; 64:443-450.
16. Quinn M A, Cox S. The evidence for early intervention. *Rheum Dis Clin North Am*. 2005; 31:575-589.
17. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*. 2011.
18. Struijs J N, Baan C A. Integrating care through bundled payments lessons from The Netherlands. *N.Engl.J.Med.*, 2011; 364:990-991.
19. Tjihui G J, Zwinderman A H, Hazes J M W, Breedveld F C, Vliet Vlieland T P M. The two-year follow-up of a randomised controlled trial of a clinical nurse specialist intervention, inpatient and day patient team care in rheumatoid arthritis. *J Adv Nurs*. 2003; 41:34-43.
20. Tjihuis G J, Zwinderman A H, Hazes J M W, van den Hout W B, Breedveld F C, T. P. M., Vliet. Vlieland A randomised comparison of care provided by a clinical nurse specialist, inpatient team care and day patient team care in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2002; 47:525-531.
21. Vanden Hout W B, Tjihuis G J, Zwinderman A H, Hazes J M W, Breedveld F C, Vliet. Vlieland T P M. Cost effectiveness and cost-utility analysis of multidisciplinary care in patients with rheumatoid arthritis: a randomised comparison of clinical nurse specialist care, inpatient team care, and daypatient care. *Ann Rheum Dis*. 2003; 62:308-315.
22. World Confederation for Physical Therapy. WCPT guideline for physical therapist professional entry level education. London, UK: WCPT. 2011.
23. Zeller J W, Waine H, Jellinek K. Sanatorium management of rheumatoid arthritis. *JAMA*. 1963; 186:1143-1149.

Адрес за кореспонденция:

ас. Гергана Ненова
гр. Варна, бул. „Христо Смирненски“ 1
Отделение по ортопедия и травматология на
МБАЛ „Св. Марина“ - Варна и
УНС по Рехабилитация, МК,
Медицински университет
„Проф. д-р Параскев Стоянов“ - Варна
e-mail: geri_nenova@yahoo.com