

# ЭФФЕКТИВНАЯ ЦЕЛЕВАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ: ЗНАЧЕНИЕ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ

DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-86-92

УДК 616-082

*И.В. Цупко, А.С. Мильто, Н.В. Шарашкина, О.Н. Ткачева*

ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России,  
Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия  
ул. 1-я Леонова 16, Москва, 129226

## **Резюме:**

В связи с неуклонным старением населения в последние годы в России обозначилась необходимость проведения социальных реформ, в том числе и необходимость разработки государственной системы долговременного медицинского наблюдения на дому пациентов 65 лет и старше. В статье обозначены роль и статус осуществления медицинского патронажа на дому, его социальная значимость, а также основные направления к его внедрению согласно задачам и рекомендациям ВОЗ.

Оказание социально-бытовой помощи в рамках социальной защиты пожилого населения предусматривает использование системы типирования для организации целевой помощи проживающих в России пожилым людям и инвалидам. По аналогии предусмотрено и разрабатывается типирование пациентов для проведения им медицинского патронажа на дому.

Подходы к типированию пациентов для проведения им долговременной медицинской поддержки имеет свои особенности, начиная от факторов риска ухудшения состояния и «философского подхода» и заканчивая формированием мультидисциплинарной медицинской команды и необходимостью проведения вакцинопрофилактики.

**Ключевые слова:** пожилое население, долговременная медицинская помощь на дому, типирование пациентов для медицинского патронажа, реабилитация пожилого человека.

**Для цитирования:** И.В. Цупко, А.С. Мильто, Н.В. Шарашкина, О.Н. Ткачева. ЭФФЕКТИВНАЯ ЦЕЛЕВАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ: ЗНАЧЕНИЕ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ. *Российский журнал геронтологической медицины*. 2020; 1: 86–92. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-86-92

## EFFECTIVE TARGETED SOCIAL ASSISTANCE FOR THE ELDERLY POPULATION: THE IMPORTANCE OF LONG-TERM HOME MEDICAL CARE

I.V. Tsupko, A.S. Milto, N.V. Sharashkina, O.N. Tkacheva

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; Russian Clinical and Research Center of Gerontology, Moscow, Russia  
16, 1st Leonova str., Moscow, Russia, 129226

### Abstract

Due to the steady aging of the population the social situation to need for reforms has been identified, including a starting a state system of long-term medical care and monitoring at home for patients 65 years and over in Russia last years. The article includes the role, social significance and status for implementation of home medical patronage according the main tasks and priorities towards a decade of healthy ageing of WHO.

The provision of home-based primary care in the framework of social protection for elderlies provides to use a typing system for organize targeted assistance for the seniors and persons with disabilities in Russia. By analogy, typing of patients is envisaged and is being developed for conducting medical home nursing.

The typing model for long-term medical support of old patients has their own characteristics, from the risk factors and the “philosophical approach” through the end of the multidisciplinary medical team formation and the need for vaccination.

**Keywords:** elderly population, long-term medical care at home, typing of patients for medical patronage, physiotherapy for senior citizens.

**For citation:** I.V. Tsupko, A.S. Milto, N.V. Sharashkina, O.N. Tkacheva. EFFECTIVE TARGETED SOCIAL ASSISTANCE FOR THE ELDERLY POPULATION: THE IMPORTANCE OF LONG-TERM HOME MEDICAL CARE. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2020; 1: 86–92. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-86-92

Демографическое старение населения за последние десятилетия стало глобальным явлением, характерным не только для развитых стран, но и для всего мира.

Технический прогресс, появление и развитие новых медицинских технологий, сокращение смертности и увеличение продолжительности жизни определенно способствуют «старению» населения: с начала нового столетия все большее число людей стало вступать в период старости (75 лет и более), и каждый день не менее 200 тысяч человек на планете преодолевают 60-летний рубеж [1].

С учетом того, что количество людей в возрасте 65 лет и старше и в нашей стране неуклонно растет (около 21,5 млн в 2018 г., на 1 млн чел. больше, чем в 2016 г.) [2], актуальность проблемы «старения» как общественного явления, обязывает изменить подходы (в широком смысле этого слова) к жизни людей в пожилом возрасте — очевидно, что на фоне старения населения в стране будет нарастать число людей, который теряют автономность и нуждаются в помощи и уходе, что увеличивает нагрузку на социальные, медицинские учреждения и общество в целом.

Для решения этих глобальных проблем специалистами ВОЗ была разработана последовательность действий и уточнений в Программе «10 этапов к достижению здорового старения на ближайшие 10 лет» [3]:

1. Создание платформы для инноваций и изменений;
2. Поддержка запланированных действий для каждой из стран;
3. Сбор и составление данных большого объема (big data) по здоровому старению;
4. Содействие научным исследованиям и будущим потребностям пожилых людей;
5. Приведение систем здравоохранения в соответствие с потребностями пожилых людей;
6. Закладка фундаментов для организации системы долгосрочного ухода в каждой стране;
7. Обеспечение людскими ресурсами, необходимых для комплексного ухода за пожилыми;
8. Проведение глобальной программы для борьбы со старением;
9. Определение экономического обоснования для инвестиций;
10. Обеспечение удобств для проживания пожилых людей.

Поэтому в настоящее время особая роль должна принадлежать тем социально-медицинским технологиям, которые способны дать комплексное решение для устранения трудностей и проблем в жизни людей пожилого и преклонного возраста, среди которых одной из важнейших составляющих является оказание своевременной, систематизированной, комплексной и долгосрочной социально-бытовой

и медицинской помощи на дому (или медицинско-го патронажа).

Пожилое население социально защищено Федеральными законами («О государственной социальной помощи» от 17.07.1999 № 178-ФЗ, «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 № 442-ФЗ и т.д.), однако в них указывается лишь на «...содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение)»; понятия «долгосрочная медицинская помощь на дому» или «медицинский патронаж» пока еще отсутствуют и не уточняются в утвержденных в нашей стране законодательных актах.

При этом в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», Правительство Российской Федерации разработало национальный проект «Демография», в рамках которого с 2018 года в РФ проводится реализация проекта по созданию системы долгосрочного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами. Реализация пилотного проекта должна быть завершена к 2021 году; все технологии по долгосрочному уходу за пожилыми гражданами планируется внедрить во все регионы России к 2022 году.

Предположительно система долгосрочного ухода будет включать в себя:

- комплексное социальное обслуживание;
- медицинскую помощь на дому в разных ее формах;
- привлечение к помощи патронажной службы;
- поддержку семейного ухода.

Оценивая задачи Проекта, следует отметить, что пациенты в зрелые годы первоначально нуждаются в своевременной системной медицинской помощи и правильном уходе с учетом состояния их здоровья (одновременное наличие нескольких хронических заболеваний или полиморбидность, серьезное ограничение мобильности, потеря автономности, зачастую снижение слухового и зрительного восприятия, синдром старческой астении), и только после — в социальной.

Поэтому для сохранения или восстановления способности пожилых людей к самообслуживанию, функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни и успешной реинтеграции в общество, необходимо внедрение и проведение целого комплекса медико-социальных услуг (в частности, медицинского патронажа), который должен создать своеобразную точку опоры для возможности достижения качества жизни без привлечения или с минимизацией дополнительной социальной помощи.

При этом, в связи с тем что долговременная медицинская помощь пожилым пациентам на дому подразумевает собой неразделимые социально-бытовую и медицинскую составляющие [4], этот вид медицинской помощи имеет свои отличия, так как кроме медицинских, у него есть дополнительные цели и свой особый философский подход, в частности:

- инвалидность следует рассматривать как результат общего патологического процесса или последствий травмы, но не как предвестник «предсмертного» состояния;
- долговременная медицинская помощь продиктована необходимостью проведения не только лечебно-диагностических мероприятий, но и разработкой индивидуального профилактического направления в целях поддержки здоровья;
- в профилактике развития заболеваний необходимо делать упор не на конкретные нозологические единицы, а на укрепление общего здоровья пожилого пациента;
- медицинскую поддержку и реабилитацию пожилых людей предпочтительно проводить с учетом резервных возможностей организма;
- если невозможно достичь выздоровления, улучшения состояния, поддержание функциональной мобильности и т.д., то необходимо поддерживать уровень здоровья в пределах возможного — прилагать все усилия для достижения и сохранения максимально возможного уровня качества жизни (комфорт, купирование болевого синдрома и т.д.);
- в группе пожилых пациентов высока значимость адаптации внешней среды к функциональным возможностям пациента и адаптация функциональных возможностей пациента к внешней среде (в том числе с использованием дополнительных средств передвижения — трости, ходунков, специализированных ортопедических стелек и обуви и т.д.);
- требуется обучение, продолжительная разъяснительная и психологическая работа не только с пациентом, но и с членами его семьи и ближайшим окружением;
- не только недостаток помощи и ухода, но и их избыток могут приводить к повышению степени инвалидности, потери автономности, частой полипрагмазии.

Из перечисленного списка особенностей становится очевидным, что медицинский патронаж пожилых на дому не может и не должен быть направлен лишь на достижение итогового конечного результата как, например, реабилитация опорно-двигательного аппарата после хирургического вмешательства — целью такого патронажа является достижение определенного качества уровня жизни пожилого пациента, и его дальнейшая системная поддержка с использованием медицинских технологий на протяжении длительного времени для

повышения мобильности пациента, его активности и независимости от сторонней помощи.

Необходимость в обеспечении такого подхода в оказании долгосрочной медицинской помощи пожилым связана, прежде всего, с физиологическими особенностями этого возраста — наличием у лиц старше 65 лет одновременно нескольких, связанных именно с этим периодом жизни, гериаатрических синдромов, которые встречаются чаще среди лиц женского пола [5]:

- снижение физической силы и выносливости;
- значительное нарушение памяти и снижение приспособительных возможностей (зависимость от окружающих, невозможность самостоятельной работы и обучению новому, нужда в дополнительном уходе, в том числе при проведении гигиенических процедур);
- снижение психофизических возможностей (пожилой человек меняет свое поведение, способ жизни, внешний вид и т.д.).

Из всех известных наиболее часто встречающимся и значимым гериаатрическим синдромом является старческая астения (диагностируется приблизительно у каждого пятого человека старше 65 лет и достигает 45% среди лиц старше 90 лет), характеризующаяся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, которая включает в себя несколько десятков различных гериаатрических синдромов, основными из которых являются падения, недостаточность питания, саркопения (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержание мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия [6]. Она также тесно связана с полиморбидностью, но, что особенно важно, потенциально обратима.

Поэтому концепция организации долговременной помощи должна включать принципы ранней и активной оценки потребностей и выявления разных вариантов нарушения автономности у пожилых людей для их своевременного выявления: исследование активности в повседневной жизни, мобильность и риск падений, состояние памяти и внимания, питания, эмоционального состояния и т.д. При этом нельзя забывать, что семьи и люди, ухаживающие за этими пациентами, также нуждаются в понимании происходящих изменений физиологии пожилого родственника и в дополнительной психологической поддержке [7].

Опыт ряда зарубежных стран свидетельствует о необходимости применения не одной, а одновременно нескольких категорий в комплексной оценке медицинского и социального дефицита пожилых. Также и в нашей стране для успешного оказания социально-медицинской помощи предполагается внедрение собственной системы типизации пациентов.

В настоящее время планируется внедрение использования как минимум двух категорий для

типирования пациентов — категории «С» и «М». Оценка функционального состояния в категории «С» (от слова «социальный»; определение степени необходимости в дополнительной социально-бытовой помощи и уходе) будет включать основные категории жизнедеятельности человека:

- способность к самообслуживанию — способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе осуществлять личную гигиену;
- способность к самостоятельному передвижению — способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела;
- способность к ориентации — способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения;
- способность к общению — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации;
- способность контролировать свое поведение — способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм [8, 9, 10].

Другими словами, критерии категории «С» определяют степень влияния тех или иных физиологических нарушений на автономность, самостоятельность жизнедеятельности пожилого человека и уровень необходимости оказания ему социальной помощи [11, 12, 13].

Именно поэтому одной категории «С» для оценки эффективности проведенных социально-медицинских мероприятий мало — требуется дополнительная и расширенная система координат — категория «М» (от слова «медицинский»; необходимость в медицинской помощи, в том числе специализированной врачебной), с учетом которой проводится разработка и подбор индивидуального лечения, профилактики, реабилитации и ухода, направленных на улучшение качества жизни пациента (рациональное устройство быта, решение вопроса о лекарственном обеспечении, обеспечении средствами реабилитации и ухода, работа с семьей, обучение сиделки), рекомендации по вопросам питания, назначение лечебно-физических упражнений и т.д.

В категории «М» к типизации пациента традиционно применяются несколько иные подходы, связанные как со значимостью органа или системы в поддержании общего здоровья, так и со степенью их поражения, в том числе и для уточнения объема восстановительного лечения [14].

Изучение зарубежного опыта демонстрирует тот же подход. Так, например, распределение медицинских услуг в категории «М» во Франции подразумевает не только учет состояния пациента — они расписаны применительно к каждому заболеванию (прилагается список наиболее часто

встречаемых нозологий). В основу типизации социального пациента положены следующие критерии оказания ему долговременной медицинской помощи на дому:

- состояние сознания пациента;
- интенсивность необходимого ему медикаментозного лечения;
- степень нуждаемости в сторонней помощи (уходе) и консультации психиатра;
- объем лабораторно-инструментального исследования;
- потребность пациента в восстановительном лечении;
- доля паллиативной помощи в системе оказания ему медицинской помощи;
- необходимость проведения реабилитационных мероприятий и перевязок.

Например, применительно к медицинскому патронажу пациента с артериальной гипертонией кодировка оказания ему услуг выглядит следующим образом:

<input type="checkbox"/> Аритмия	M1	M2	Л		M3	M0
<input type="checkbox"/> ИБС	M1	M2	Л		M3	M0
<input type="checkbox"/> Дыхательная недостаточность	M1	M2	Л	P1	M3	M0
<input type="checkbox"/> Пневмония	M1	M2	Л	P1	M3	M0
<input type="checkbox"/> Диабет	M1	M2	M3	Л		
<input type="checkbox"/> Диабетическая стопа	M2	M3	Л	Д		
<input type="checkbox"/> Болезни щитовидной железы	M2	Л	M3	Д		
<input type="checkbox"/> Синдром деменции	M2	П1	П2	Л	M3	M0
<input type="checkbox"/> Терминальное состояние					T1	T2

где П1 — Медицинская помощь с возможностью срочного вызова психиатра.

П2 — Медицинская помощь с возможностью предоставления плановой психиатрической помощи.

P1 — Медицинская помощь с проведением интенсивной реабилитации.

P2 — Медицинская помощь с проведением стандартной реабилитации.

Д — Медицинская помощь и смена повязок у недавно прооперированных и всех пациентов со значительными травмами.

T1 — Медицинская помощь и дополнительные процедуры, важные с психологической и/или формальной точки зрения.

T2 — Медицинская помощь и дополнительные процедуры, вызванные сумеречным состоянием сознания, приводящем к смерти в более или менее долгосрочной перспективе.

Многообразие подходов к оказанию медицинской помощи связано и с тем, что при определении ее объемов, оценке качества ее выполнения и эффективности учитывается множество критериев, в том числе использование таких глобальных показателей как шкала Бартеля, показателя функциональной

M1 M2 Л M3 M0,

где M1 — медицинская помощь с возможностью круглосуточного наблюдения медицинским персоналом (дежурный врач или м/с 24 часа);

M2 — медицинская помощь с возможностью наблюдения медицинским персоналом в режиме вызовов врача, предоставление медицинских процедур;

Л — медицинская помощь и дополнительное обследование пациента (лабораторное и инструментальное обследование);

M3 — регулярная плановая медицинская помощь и(или) простая выдача лекарств;

M0 — медицинская помощь или процедуры не требуются.

Другими словами, этим «кодом» медицинскому персоналу прописана «дорожная карта» последовательности действий и конечной цели, т.е. начиная от этапа M1, через Л и M3 добиться состояния пациента, соответствующего M0.

Примеры других нозологий:

независимости (FIM) или показатели результатов терапии (TOMs), шкала мобильности пожилого человека, шкала EQ 5D; специфические для болезней шкалы (например, шкалы для болезни Паркинсона, шкалы для артрита, инсульта и т.д.), инструменты для оценки определенных функций (например, шкал измерения баланса и походки), оценка лечения по методу Ле Ру (TELER), оценка достижения цели (GAS); эмоциональный статус пациента или сиделки (индекс напряжения сиделки); шкала качества жизни (Шкала SF 36 или PDQ-39) и т.д.

Более того, весь объем работы выполняет не отдельный специалист (например, как социальный работник при оказании социальной помощи), а мультидисциплинарная медицинская команда, состоящая:

- из лечащего врача (врач-терапевт, ВОП);
- врача-гериатра;
- врача-реабилитолога;
- врачей узких специальностей;
- патронажной медицинской сестры;
- специалиста по уходу;
- членов семьи, доверенного окружения пациента.

Предполагается, что в дальнейшем для эффективного осуществления медицинского патронажа

необходимо объединить функциональные обязанности лечащего врача и врача-гериатра и разделить функциональные обязанности патронажной и участковой медицинских сестер, однако это требует проверки в пилотных проектах.

В России в настоящий момент предполагается типизация пациента не по нозологическим формам, а с учетом клинического состояния пациента, наличия факторов риска ухудшения его состояния, а также объема оказания ему медицинских услуг — такой вид типизации пациента в категории «М» позволяет выполнить:

- распределение пациентов в зависимости от категории заболевания и тяжести состояния;
- учет факта проведения пациентам как амбулаторного, так и стационарного лечения; их чередование;
- контроль эффективности проведенного стационарного и амбулаторного лечения;
- оценку преемственности между этапами лечения;
- определение объема медицинской помощи;
- распределение ролей и нагрузки на всех членов медицинской команды;
- ведение необходимого статистического учета.

Одновременно с этим в системе патронажа необходимо принимать взаимосвязанные решения медицинских, психологических, реабилитационных, экономических и социальных проблем каждого отдельно взятого подопечного. Поэтому к наблюдению и лечению пациентов пожилого возраста необходимо привлечение врача-гериатра и реабилитолога, которые должны провести комплексное исследование, в том числе и гериатрическое (КГО), выполнить типизацию пациента — определение принадлежности его состояния к определенному типу в категории «С» и в категории «М». Такой подход в осуществлении патронажной службы (по данным опыта зарубежных стран) продемонстрировал значительное преимущество при анализе полученных результатов. Однако для его осуществления требуется проведение дополнительных мероприятий с целью создания современной системы долговременной медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста:

- совершенствование нормативно-правовой базы долгосрочной медицинской помощи на дому;
- создание системы финансирования долгосрочной медицинской помощи;
- разработка единых алгоритмов типирования больных в категориях «С» и «М» и определение объемов социальной и медицинской помощи для каждого из типов;
- разработка единого стандарта качества обеспечения долгосрочной медицинской помощи на дому;
- подготовка кадров для медицинских служб (медицинских сестер, врачей-гериатров,

врачей-реабилитологов, специалистов по ЛФК, специалистов по уходу) с разработкой профессиональных стандартов и новых образовательных программ;

- совершенствование межведомственного взаимодействия, развитие межведомственных информационных систем, обеспечивающих преемственность и согласованность оказания социально-бытовой и долговременной медицинской помощи пожилым гражданам нашей страны;
- поддержка родственного ухода, семьи.

С другой стороны, для обеспечения преемственности следует уделить внимание развитию гериатрической социальной помощи в учреждениях здравоохранения и медицинской помощи в учреждениях социальной защиты.

При этом важно помнить о возможности возникновения конфликта между целями пациента и представлением врача о том, что может быть необходимым и безопасным в разработке и использовании системы медицинского патронажа. Поэтому вся эта система должна быть интуитивно понятна для проведения оценки (в том числе и субъективной) и соответствовать запросам и требованиям каждой из сторон:

- со стороны пациента — насколько хорошо и как надолго он улучшил свою автономность и функциональность в быту и повседневной жизни;
- со стороны врача — как изменилось состояние здоровья пациента и насколько оно стабильно;
- с точки зрения организатора здравоохранения — социальная выгода применяемых новых медицинских разработок.

Таким образом, медицинский патронаж (долгосрочная медицинская помощь на дому) лицам пожилого возраста следует рассматривать как долговременный комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий с участием команды специалистов и доверенного окружения пациента с использованием медицинских технологий для достижения определенного (в рамках возможного) уровня жизни пожилого пациента и долгосрочной его поддержки для сохранения здоровья пациента и обеспечения его независимости от посторонней помощи.

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что долговременная медицинская помощь способна эффективно решать проблемы неудовлетворенных потребностей ослабленных пожилых людей. Для развития этой помощи в Российской Федерации необходимо разработать и законодательно утвердить систему обеспечения долговременного социального ухода и медицинской помощи на дому, проводить системный мониторинг качества жизни пожилого населения, улучшить оценку потребностей пожилого человека в зависимости от его типизации в категориях «С» и «М», что позволит каждому гражданину нашей страны гарантированно проживать свою зрелость с достоинством и в благоприятной внешней среде.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беглярова И. Демографическая ситуация — производная состояния общества. Российская Федерация сегодня. 2007, 11. 26–29.
2. Интернет-ресурс «Демография: Федеральная служба статистики» — [www.gks.ru](http://www.gks.ru) (данные указаны по состоянию на июль 2019г.);
3. Интернет-ресурс ВОЗ: <https://www.who.int/ageing/10-priorities/en/> (по данным за июль 2019г.);
4. Интернет-ресурс «Консультант-Плюс» [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_156558](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558) (по состоянию на июль 2019г.);
5. Rosso A.L. Geriatric syndromes and incident disability in older women: results from the women's health initiative observational study /A.L. Rosso [et al.]. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2013, Vol. 61(3): 371–379.
6. Rockwood K., Song X., MacKnight C., Bergman H., Hogan D.B., McDowell I., Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *СМАЖ.* 2005;173(5):489–95.
7. Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. — М: Издательство «Человек», Москва, 2018. — 224 с.
8. Boulton C., Pualwan T.F., Fox P.D., Pacala J.T. Identification and assessment of high-risk seniors. HMO Workgroup on Care Management. *The American journal of managed care.* 1998; 4(8):1137–1146.
9. Morris J.N., Fries B.E., Hawes C., Murphy K., Mor V., Nonemaker S., Phillips C.D. In-terRAI Long-Term Care Facilities (LTCF) Assessment Form and User's Manual (Version 9.1). Washington, DC: interRAI Publications; 2010. 118 p.
10. Reckrey J.M., Gettenberg G., Ross H., Kopke V., Soriano T., Ornstein K. The critical role of social workers in home-based primary care. *Soc. Work Health Care.* 2014; 53(4):330–343.
11. Onder G., Carpenter I., Finne-Soveri H., Gindin J., Frijters D., Henrard J.C., et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Serv Res* 12, 5 (2012) DOI:10.1186/1472-6963-12-5.
12. Lim W.S., Wong S.F., Leong I, Choo P, Pang W.S. Forging a Frailty-Ready Healthcare System to Meet Population Ageing. *Int J Environ Res Public Health.* 2017 Nov 24;14(12).
13. Reckrey J.M., Gettenberg G., Ross H., Kopke V., Soriano T., Ornstein K. The critical role of social workers in home-based primary care. *Soc Work Health Care.* 2014;53(4):330–43
14. Интернет-ресурс [https://www.physiopeia.com/International\\_Classification\\_of\\_Functioning,\\_Disability\\_and\\_Health\\_\(ICF\)](https://www.physiopeia.com/International_Classification_of_Functioning,_Disability_and_Health_(ICF)) (дата обращения — август 2019г.).