



Какова эффективность оказания помощи  
и ухода за пожилыми людьми на дому?

Июнь 2004 г.

## РЕЗЮМЕ

Данный доклад является сводным докладом Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) по вопросам эффективности патронажных визитов и ухода за пожилыми людьми на дому. Подавляющее большинство пожилых людей предпочитают оставаться в привычных домашних условиях, а получение помощи в специализированных учреждениях требует больших затрат. Это приводит к необходимости создания социальных и экономических условий, способствующих предупреждению заболеваний и инвалидности среди пожилых людей, позволяя им оставаться в собственных домах так долго, насколько это возможно. Достижению этой цели могут способствовать такие меры, как патронажные визиты и уход за пожилыми людьми на дому.

Фактические данные указывают на то, что патронажные визиты могут способствовать снижению показателей смертности и сокращению доли лиц, поступающих в дома престарелых, среди некоторых групп пожилых людей. Характерными особенностями эффективных программ патронажной помощи на дому являются такие меры, как проведение комплексного обследования, большое число патронажных визитов в целях последующего наблюдения и целенаправленная работа с группами лиц с более низким риском смерти.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), работа которой была инициирована и координируется Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой информационную службу для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медицинской помощи в Европейском регионе ВОЗ. СФДЗ может также быть полезна и другим заинтересованным сторонам.

### Ключевые слова

ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ

СЛУЖБЫ УХОДА НА ДОМУ

МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ УСЛУГИ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

АНАЛИЗ ПО КРИТЕРИЮ ПОЛЬЗЫ ПО ОТНОШЕНИЮ К

ЗАТРАТАМ

МЕТА-АНАЛИЗ

Обращения с просьбами относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять:

По электронной почте                      относительно присылки экземпляров публикаций по адресу [publicationrequests@euro.who.int](mailto:publicationrequests@euro.who.int); с просьбой разрешить их перепечатку – по адресу: [permissions@euro.who.int](mailto:permissions@euro.who.int); с просьбой разрешить их перевод – по адресу: [pubrights@euro.who.int](mailto:pubrights@euro.who.int).

По обычной почте                              Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

### © Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия. Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или

продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Резюме .....	5
Существо вопроса .....	5
Фактические данные .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Рекомендации в отношении политики .....	5
Введение.....	7
Масштабы данного обзора .....	8
Источники для данного обзора .....	8
Включенные и исключенные систематические обзоры .....	9
Результаты.....	10
Противоречивые результаты.....	12
Пробелы в фактических данных .....	14
Обсуждение вопроса о степени надежности фактических данных, которые используются в данном сводном докладе.....	15
Обсуждение других аспектов.....	17
Вопросы, связанные с затратами и эффективностью затрат.....	17
Возможные социальные последствия .....	17
Возможность обобщения результатов по странам.....	18
Выводы .....	18
Обзор исследований патронажных визитов общего характера.....	18
Будущие исследования патронажных визитов.....	19
Будущие экономические оценки.....	19
Политика в будущем .....	20
Приложение 1 .....	21
Приложение 2 .....	23
Приложение 3 .....	24
Приложение 4 .....	26
Приложение 5 .....	27
Литература .....	30

## **Резюме**

### **Существо вопроса**

подавляющее большинство пожилых людей предпочитают оставаться в привычных домашних условиях, а получение помощи в специализированных учреждениях требует больших затрат. Это приводит к необходимости создания социальных и экономических условий, способствующих предупреждению заболеваний и инвалидности среди пожилых людей, позволяя им оставаться в собственных домах так долго, насколько это возможно. Достижению этой цели могут способствовать такие меры, как патронажные визиты и уход за пожилыми людьми на дому.

### **Фактические данные**

Имеются убедительные данные о том, что патронажные визиты могут способствовать снижению показателей смертности и сокращению числа лиц, поступающих в дома престарелых. Некоторые фактические данные указывают на то, что показатели смертности снижаются в большей степени в группах пожилых людей более младшего возраста, а доля лиц, поступающих в дома престарелых, сокращается с ростом числа патронажных визитов. Имеющиеся данные не указывают на то, что патронажные визиты способствуют замедлению процесса снижения функциональных способностей, за исключением групп пожилых людей с низкими показателями смертности, а также участвующих в программах, обеспечивающих проведение комплексных гериатрических обследований с последующим наблюдением. Программы патронажной помощи на дому могут быть эффективны с экономической точки зрения, поскольку они требуют меньше затрат по сравнению с длительным пребыванием в специализированных учреждениях.

Предыдущие исследования в отношении эффективности программ патронажного ухода за пожилыми людьми на дому давали противоречивые результаты. В данном аналитическом отчете приводится критическая оценка результатов всех исследований по вопросу патронажного ухода в целях систематизации полученных результатов

### **Рекомендации в отношении политики**

Фактические данные указывают на то, что патронажные визиты могут способствовать снижению показателей смертности и сокращению числа лиц, поступающих в дома престарелых, среди некоторых групп пожилых людей. Характерными особенностями эффективных программ патронажной помощи на дому являются такие меры, как проведение комплексного обследования, большое число патронажных визитов в целях последующего наблюдения и целенаправленная работа с группами лиц с более низким риском смерти.

Необходимы дальнейшие исследования в целях изучения следующих вопросов:

- Какие аспекты мер комплексного воздействия способствуют получению положительных результатов;
- Эффективность деятельности специалистов различного профиля и добровольных помощников;
- Оптимальное количество и продолжительность патронажных визитов;
- Какие группы пожилых людей могут извлечь наибольшую пользу из получения патронажной помощи на дому;
- Оценка экономической эффективности программы патронажных визитов для местной системы здравоохранения;
- Эффективность программ патронажных визитов в группах лиц, испытывающих материальные трудности.

*Какова эффективность оказания помощи и ухода за пожилыми людьми на дому?  
Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Июнь 2004 г.*

---

Результаты проведенного обзора не свидетельствуют о целесообразности прекращения существующих программ патронажной помощи на дому, однако указывают на необходимость проведения дальнейших исследований для получения ответов на вышеприведенные вопросы, прежде чем приступить к реализации новых программ такого рода.

Авторами данного доклада СФЗД являются:

Ruth Elkan

Научный сотрудник

Школа сестринского ухода, Отделение последипломной подготовки

Медицинский Центр Куинз

Ноттингемский университет

Nottingham NG7 2RD

United Kingdom

Тел.: +44 (0) 115 970 9265

Факс: +44 (0) 115 970 9955

Эл.почта: [Ruth.Elkan@nottingham.ac.uk](mailto:Ruth.Elkan@nottingham.ac.uk)

Denise Kendrick

Старший лектор

Отделение первичной медико-санитарной помощи

Ноттингемский университет

Floor 13, Tower Building

University Park

Nottingham. NG7 2RD

United Kingdom

Тел: +44 (0) 115 84 66 914

Факс: +44 (0) 115 84 66 904

Эл.почта: [Denise.Kendrick@nottingham.ac.uk](mailto:Denise.Kendrick@nottingham.ac.uk)

## **Введение**

Повсеместно в Европе предполагаемое увеличение числа пожилых людей и демографические изменения создают проблемы для систем медицинской и социальной помощи. Сокращение финансирования длительного нахождения в стационарах и более короткого пребывания в них при острых заболеваниях все в большей степени сказывается на службах первичной медико-санитарной помощи и помощи по месту жительства (1, 2, 3). В Соединенном Королевстве количество мест в домах престарелых возросло вдвое в период с 1980 по 1995 гг. (3).

Инвалидность и плохое состояние здоровья не являются обязательным следствием старения. Многие пожилые люди сохраняют хорошее здоровье до преклонного возраста, и большая часть их хотят проживать независимо в своих домах так долго, как это возможно (4). Пожилые люди, которые были помещены в учреждения длительного ухода, выражают сожаление о том, что они не воспользовались в большей мере теми возможностями, которые имеются для оказания ухода по месту жительства (5).

Стационарный уход как в больницах, так и в домах престарелых является дорогостоящим. Для тех, кто определяет политику, предотвращение заболевания и инвалидности, которое позволило бы пожилым людям находиться как можно дольше в своих домах, стало, таким образом, экономическим и социальным приоритетом (4).

### **Масштабы данного обзора**

Помощь, предполагающая посещение на дому или обеспечение ухода на дому, охватывает широкий перечень услуг с различными целями и задачами. Помощь на дому подразделяется на пять видов: направленная на профилактику и укрепление здоровья, терапевтическая, реабилитационная, длительного ухода и паллиативная (6). В настоящем обзоре рассматриваются лишь профилактические и укрепляющие виды помощи, призванные продлить жизнь, предупредить или отдалить наступление инвалидности, а также сохранить или улучшить функциональные способности.

### **Источники для данного обзора**

Данные материалы основываются на систематических обзорах, мета-анализе и мета-регрессионном анализе эффективности патронажного ухода и посещения пожилых людей. При этом были использованы материалы следующих баз данных:

- База данных по Кокрановским систематическим обзорам (Cochrane)
- База данных кратких обзоров эффектов (CRD/DARE)
- База данных по оценке технологий здравоохранения (CRD)
- Кокрановский Регистр контролируемых исследований
- Medline
- CINAHL



- Embase
- Британский Индекс по сестринскому делу

В стратегиях поиска были использованы сочетания следующих терминов:

- Community health nursing (health visitors, visiting nurses, visiting doctors/physicians, visiting volunteers) [Обеспечение ухода по месту жительства (лица, обеспечивающие патронаж, патронажные сестры, осуществляющие посещения врачи и добровольные помощники)]
- Home visiting (home visits, in-home visiting, domiciliary visits) [Посещения на дому (домашние визиты, патронажные визиты, визиты по месту жительства)]
- Older people (old people, aged, elderly people, elders, seniors) [Люди пожилого возраста (старые люди, престарелые, люди преклонного возраста, старшие, старшие по возрасту)]
- Prevention (screening, assessment, health education, health promotion) [Профилактика (обследование, оценка, медико-санитарное просвещение, укрепление здоровья)].

### **Включенные и исключенные систематические обзоры**

Лишь систематические обзоры на английском языке, проведенные после 1990 г. в отношении профилактических/укрепляющих здоровье видов вмешательств, включены в данный материал. В обзорах давалась оценка эффективности одного или большего числа посещений людей преклонного возраста на дому работниками здравоохранения или добровольными помощниками, а также оценка одного или большего числа следующих результатов: выживаемость, число поступлений в дома престарелых и функциональное состояние. Людьми пожилого возраста считались лица в возрасте 60 лет и старше. И хотя травмы, связанные с падением, являются основной причиной смертности от травматизма у людей в возрасте старше 75 лет и основной причиной попадания в приюты, тем не менее оценка систематических обзоров исследований, связанных с посещением на дому, которые ставили своей целью сократить число падений и травм, сопряженных с падениями, проводилась отдельно (7, 8, 9) и не рассматривается в данном материале. Обзоры, исключенные из данного материала, приводятся в Приложении 1.

## **Результаты**

Было проведено четыре систематических обзора по результатам посещений на дому пожилых людей (10, 11, 12, 13). Первоначальные исследования во всех четырех систематических обзорах включали широкий круг работников, которые осуществляют патронажные посещения, включая врачей, медицинских сестер, специалистов смежных с медициной дисциплин и добровольных помощников. Патронажные визиты включали ряд мер, начиная от обеспечения медицинских потребностей и мониторинга до предоставления информации, направления в другие службы, консультирования и эмоциональной поддержки.

Следует отметить известное дублирование усилий первоначальных исследований, включенных в каждый систематический обзор, но при этом в каждом из них рассматривались различные вопросы и различные виды анализа. В данном разделе представляются результаты по каждому из систематических обзоров отдельно. В последующих разделах будет рассмотрен вопрос очевидных разночтений в обзорах.

Stuck и др. (1993 г.) осуществили мета-анализ 28 контролируемых исследований комплексного гериатрического обследования (10).<sup>1</sup> Указанные оценки производились как в специализированных учреждениях, так и в других условиях. Шесть из 28 исследований включали профилактические посещения на дому людей пожилого возраста (см. Приложение 2). Мета-анализ, объединяющий результаты всех шести исследований, свидетельствует об отсутствии какого-либо воздействия на показатели смертности по прошествии 12 и 24 месяцев. Вместе с тем, было зафиксировано значительное снижение смертности через 36 месяцев. Было также зарегистрировано значительное снижение смертности через 36 месяцев в условиях проживания дома по сравнению с условиями проживания в доме престарелых. Авторы данного обзора пришли к выводу, что некоторые виды комплексного гериатрического обследования связаны с положительными результатами, но они не сделали четкого вывода относительно того, какие конкретно виды вмешательства были наиболее эффективными.

---

<sup>1</sup> Stuck и коллеги (10) определяют комплексное гериатрическое обследование как процедуру, "учитывающую медицинские, психо-социальные, функциональные и связанные с окружающей средой ресурсы и проблемы человека старшего возраста, увязываемые с общим планом лечения и наблюдения".

Van Haastregt и коллеги (11) в 2000 г., провели систематический обзор 15 исследований, осуществленных в Европе и Северной Америке, основанный на простом изложении фактов. Эти исследования касались профилактических посещений на дому людей пожилого возраста, живущих у себя дома (11). Были включены также шесть исследований, полученных от Stuck в 1993 г., и дополнительно восемь исследований (см. Приложение 3). Значительное положительное воздействие патронажных посещений было отмечено лишь в трех из 13 исследований, отслеживавших показатели смертности, в двух из семи исследований, изучавших показатель поступления в специализированные учреждения, и в пяти из 12 исследований, отслеживавших физическое функционирование. Эти обзоры дают основание для вывода о том, что эффективность посещений на дому является “умеренной и не постоянной”(11); вместе с тем, следует отметить, что мета-анализ не проводился.

Elkan и др. (12) в 2001 г., осуществили систематический обзор и мета-анализ 15 европейских и североамериканских исследований, связанных с посещением и оказанием помощи на дому, направленной на укрепление здоровья и профилактику, включая 8 из 15 исследований, проведенных van Haastregt, 2000 г. (см. Приложение 4). Исследования объединялись в две группы: помощь, оказываемая лицам старшего поколения в целом, и помощь, ориентированная на ослабленных людей пожилого возраста, с риском неблагоприятного исхода<sup>2</sup>. Мета-анализ показал значительные сокращения показателей смертности и поступлений в дома престарелых в обеих группах. Эти улучшения никак не связаны с возрастом и продолжительностью принимаемых мер. Мета-анализ исследований, изучавших популяцию пожилых людей в целом, не выявил какого-либо значительного воздействия на функциональный статус.

В 2002 г. еще один систематический обзор был осуществлен Stuck и его коллегами (13), которые провели мета-анализ и мета-регрессионный анализ 18 европейских и североамериканских исследований по оценке воздействия профилактических посещений на дому на такие параметры, как поступление в дома престарелых, смертность и функциональный статус. Включены также 11 из 15 исследований van

---

<sup>2</sup> К группе подвергавшихся риску были отнесены люди старшего возраста, которые были недавно выписаны из стационара и которые подвергались риску новой госпитализации, а также очень слабые престарелые люди, которые были направлены в учреждения, оказывающие помощь на дому (12).

Haastregt, 2000г. (см. Приложение 5). Мета-анализ указывает на отсутствие значительного сокращения числа поступлений в дома престарелых. Вместе с тем, мета-регрессионный анализ свидетельствует о том, что это связано с количеством патронажных визитов, осуществленных в последующий период. В тех исследованиях, где имело место более девяти посещений, было зарегистрировано значительное уменьшение числа поступлений в дома престарелых, но в исследованиях, в которых было осуществлено четыре или меньшее число посещений на дому, такого уменьшения зарегистрировано не было. В целом, когда исследования были объединены при проведении мета-анализа, то оказалось, что профилактические посещения оказывали незначительное воздействие на функциональный статус. Вместе с тем, мета-регрессионный анализ указывает на то, что снижение функциональных способностей было менее выражено при исследованиях, где проводилось комплексное обследование с последующим наблюдением. В других исследованиях такого эффекта не наблюдалось.<sup>3</sup> Снижение функциональных способностей было также менее выражено в исследованиях, где смертность в контрольной группе была низкой. В испытаниях, где показатель смертности в контрольной группе был высоким, такого эффекта не наблюдалось. Мета-анализ всех исследований не выявил общего сокращения смертности. Мета-регрессионный анализ указывает на то, что показатели смертности сократились среди пожилых людей более младшего возраста (73-78 лет), но не среди лиц более старшего возраста (80-82 года) (13). Авторы обзора пришли к выводу, что профилактические патронажные визиты оказались эффективными в случае, если они основывались на комплексном обследовании, предполагали значительное число посещений на дому с целью последующего наблюдения и были ориентированы на людей с более низким риском смертности.

### **Противоречивые результаты**

Обзоры, проведенные Elkan и его коллегами (12), а также Stuck и коллегами (10,13), выявили эффективность посещений на дому в отношении ряда показателей. Это вступает в противоречие с результатами обзора, осуществленного van Haastregt и его коллегами (11), которые не могли представить убедительных данных об эффективности

---

<sup>3</sup> Программы посещений на дому классифицировались как программы, основывающиеся на комплексном обследовании и последующем наблюдении, "если они включали систематическую оценку медицинского, функционального, психо-социального состояния и фактора окружающей среды, а также проведение последующего наблюдения за реализацией плана оказания помощи". (11)

в отношении какого-либо показателя. Серьезным основанием для таких расхождений являются различия в принятых методологических подходах. Van Haastregt и его коллеги сообщали о результатах отдельных исследований как о “значимых” или “незначимых”. Другие две исследовательские группы объединили результаты исследований и использовали мета-анализ для подведения итогов (14). (См. также ниже: “Дискуссия по вопросам степени надежности данных, используемых в обзоре”.)

Существует несколько различий между результатами Stuck и коллег, 2002 г. (13) и результатами Elkan и его коллег (12). Во-первых, мета-анализ Elkan, объединяющий все исследования, указывает на общее сокращение числа поступлений в дома престарелых, тогда как мета-анализ, проведенный Stuck, не свидетельствует об этом. Однако, в результате мета-регрессионного анализа, проведенного Stuck и др., было отмечено сокращение числа поступлений в дома престарелых в случае осуществления ряда вмешательств при количестве патронажных посещений, превышающих девять. Во-вторых, мета-анализ всех исследований, проведенных и Stuck, и Elkan, не свидетельствует о каком-либо воздействии на функциональный статус. Вместе с тем, проведенный Stuck мета-регрессионный анализ указывает на положительное воздействие в отношении замедления процесса снижения функциональных способностей как в случае комплексного обследования, так и в подгруппах пожилых людей с более низким риском смерти. В третьих, мета-регрессионный анализ Elkan позволяет предположить, что возраст участников не оказывал влияния на смертность. В противовес этому Stuck считает, что возраст связан со смертностью: посещения на дому продлевали жизнь лиц в возрасте 73-78 лет, но не тем, кто находился в возрастной группе 81-82 лет.

Одной из причин для расхождений в результатах авторов этих обзоров является то, что Stuck и его коллеги включили больше исследований в свой мета-анализ и мета-регрессионный анализ, чем Elkan и его коллеги. Что касается поступлений в дома для престарелых, то обе исследовательские группы проводили мета-регрессионный анализ с использованием различных показателей прогнозирования (продолжительность в сравнении с числом и интенсивностью посещений), что может служить объяснением различия в результатах. Они также использовали различные критерии отбора исследований: Stuck и его коллеги использовали лишь рандомизированные контролируемые испытания, в то время как Elkan и его коллеги включали также квази-

рандомизированные испытания. И наконец, Elkan и его коллеги включали профилактические посещения пациентов, которые были незадолго до этого выписаны из стационара, в то время как Stuck и его коллеги такие патронажные посещения не включали. Все эти различия могут объяснять расхождения в результатах.

### **Пробелы в фактических данных**

Большинство исследований, изучавших патронажные посещения, проводилось в отношении пожилых людей, живущих в более благополучных районах и имеющих значительно более высокий социально-экономический статус (15). Низкий доход пожилых людей обычно связывается с большей распространенностью и более тяжелыми формами инвалидности (16, 17). Кроме того, возможность жить в домашних условиях также частично зависит от дохода и способности оплачивать дополнительную помощь и уход на дому. Именно с учетом этого программы патронажных визитов могут быть менее эффективными при оказании поддержки пожилым людям, относящимся к менее обеспеченным группам населения.

Представляется сложным дать оценку тех качеств, которыми должен обладать осуществляющий посещения человек для успеха программ патронажных визитов. Не проводилось исследований по сопоставлению эффективности одной и той же программы, осуществляемой различными типами сотрудников. Имеются лишь данные одного исследования, которые указывают на то, что навыки персонала очень важны. Так, Stuck и его коллеги сообщают о том, что работа медицинских патронажных сестер очень различалась и в значительной степени влияла на результативность программы (18). Хотя Stuck (16) уверяет, что эффективные программы профилактики требуют наличия профессиональных сотрудников и не могут сравниться с посещениями на дому, осуществляемыми неопытными добровольными помощниками, которые устанавливают в основном социальные контакты с пожилыми людьми. Сегодня мы не располагаем научными исследованиями, которые помогли бы дать ответ на этот вопрос. Лишь четыре исследования профилактических посещений на дому, которые осуществлялись добровольными помощниками, были включены в систематические обзоры (19,20,21,22), в трех из которых сообщается об определенных значимых результатах (19,21,22).

Многие из прошедших оценку программ были многосторонними и обеспечивали не только патронажные визиты, но также другие компоненты, такие, например, как более широкие контакты с местными лечебно-профилактическими учреждениями или другими службами по месту жительства. С учетом этого представляется трудным в ряде случаев определить непосредственный вклад, который обеспечивается посещениями на дому. Кроме того, даже в тех случаях, когда оказывается возможным обосновать эффективность патронажных визитов, трудно бывает определить, какой из их компонентов при этом является наиболее действенным. Хотя на основе мета-регрессионного анализа Stuck и его коллег (13) было установлено, что эффективные программы посещения на дому включали комплексное обследование, многочисленные последующие патронажные визиты и ориентацию на людей с меньшим риском смерти, а также другие факторы, которые могут иметь значение. Тем не менее, ни одно исследование, предполагающее оценку множественных конечных результатов, не было спланировано таким образом, чтобы обеспечить изучение дополнительной пользы отдельных составляющих патронажного визита для определения конкретных конечных результатов. Кроме того, большинство опубликованных исследований на эту тему дают лишь краткие описания содержания патронажных визитов, что не позволяет читателю в полной мере получить представление о процессе, затрудняя на практике воспроизведение таких программ.

Было осуществлено лишь незначительное число исследований, включающих последующее наблюдение, и поэтому достаточно трудно определить, насколько долго сохраняется положительное действие таких программ.

### **Обсуждение вопроса о степени надежности фактических данных, которые используются в данном сводном докладе**

Все фактические данные, используемые в настоящем обзоре, были получены из опубликованных систематических обзоров рандомизированных и квази-рандомизированных контролируемых исследований. РКИ представляют собой наиболее строгий метод оценки эффективности (23); за ними следуют квази-рандомизированные контролируемые исследования, часто используемые для оценки организационных вмешательств (24). Некоторые авторы настаивают, однако, на том,

что, контролируемые исследования, являясь наилучшим методом оценки чисто клинических видов вмешательств, могут оказаться непригодными или неподходящими для оценки службы патронажных визитов, которые могут в большей степени рассматриваться в качестве социального процесса, нежели программы лечения (25). И хотя исследования, изучающие аспекты качества или деятельности, могут быть полезным дополнением РКИ, представляя подробное описание того, что именно делают те, кто совершает патронажные визиты, и предлагая идеи относительно основных элементов эффективного вмешательства. Однако мы не смогли выявить каких-либо обзоров исследований по изучению аспектов качества в области проведения программ посещения пожилых людей на дому.

Некоторые систематические обзоры, включенные в данный сводный доклад, использовали мета-анализ, в то время как другие его не проводили. Обзоры, носящие описательный характер, и мета-анализ имеют как преимущества, так и свои ограничения (26). Van Haastregt и его коллеги пришли к заключению, что с учетом неоднородности вмешательств, рассматриваемых в их собственном обзоре, сводное представление данных может привести к “чрезмерно упрощенным выводам” (11). В противовес этому Elkan и Stuck приняли решение, что лишь на основе объединения данных было возможно оценить масштабы воздействия, которые трудно определить на основе оценки отдельных исследований.

И Elkan (12), и Stuck (13) также включают мета-регрессионный анализ. Мета-регрессия и анализ подгрупп должны рассматриваться как исследовательские изыскания, которые наиболее перспективны для разработки гипотез. Связи между характеристиками и конечными результатами могут быть случайными или могут быть вызваны с наличием вмешивающихся факторов. Кроме того, поскольку необходимые данные могут не содержаться во всех рассмотренных исследованиях, то характеристики исследований, (и участников) как охваченных, так и исключенных из мета-регрессионного анализа, могут различаться. Так, например, если данные в отношении риска поступления в дом престарелых имелись лишь в исследованиях, которые включают пациентов более пожилого возраста, или тех, которым необходимы более интенсивные виды вмешательств, то выводы в отношении зависимости между риском поступления в дом престарелых и конечным результатом могут искажаться под влиянием таких факторов, как возраст или интенсивность вмешательства. Отклонения, связанные с



объединением данных, могут иметь место в тех случаях, когда взаимоотношение между характеристиками пациентов и конечными результатами на уровне исследования не отражает взаимоотношения на уровне отдельных пациентов (27). Результаты мета-регрессионного анализа должны интерпретироваться с учетом этого (28).

## **Обсуждение других аспектов**

### **Вопросы, связанные с затратами и эффективностью затрат**

Эффективность патронажных посещений все еще остается не совсем ясной, а это означает, что столь же не определенным остается вопрос об эффективности затрат. Stuck и коллеги в обзоре 2002 г. (13) провели оценку стоимости поступления в дом престарелых, указав на произведенный в 1996 г. Dickinson (29) расчет, согласно которому в Соединенном Королевстве расходы на одного человека, попавшего для оказания долговременной помощи в приют, составляют 42 250 фунтов стерлингов (65 000 долл. США). На основе полученных данных они предположили, что 40 пожилых людей должны быть обеспечены программой посещения на дому с частыми последующими визитами для предупреждения одного направления пациента в приют. Они сделали вывод о том, что программы с расходами, составляющими менее 1500 долл. США на одного участника, могут привести к сокращению расходов. На основе результатов своего собственного исследования (18) Stuck и его коллеги утверждают, что профилактические посещения на дому требуют изначальных инвестиций, составляющих приблизительно 400 долл. США на человека в первый год, с тем, чтобы обеспечить чистую экономию средств, составляющую 1400 долл. США на человека ежегодно на третий год.

### **Возможные социальные последствия**

Выражаются определенные сомнения в отношении приемлемости и полезности посещений на дому для самих пожилых людей. Три исследования, обзор которых был проведен Elkan и др., рассматривают вопрос удовлетворенности клиентов. В одном из них уровни удовлетворенности были значительно выше в группе, где имели место патронажные визиты (30); во второй - уровни были практически одинаковыми в группе, где посещения осуществлялись и в контрольных группах (31), но в третьей группе, несмотря на то, что 95 из 100 пожилых женщин сообщили о своей

удовлетворенности посещениями на дому, только 48 заявили о своем желании проволгать такие посещения (32). Многие также считают, что им “не требуется” посещений на дому, или что другие нуждаются в них больше, чем они. Это указывает на то, что, несмотря на приемлемость идеи посещений на дому для пожилых людей, патронажные визиты не кажутся им необходимыми.

### **Возможность обобщения результатов по странам**

Практически во всех исследованиях проведено сравнение такой меры вмешательства, как патронажные посещения, с “обычной” или “не выходящей за рамки привычного порядка” помощью. Вместе с тем, “обычная помощь” может быть весьма различной в системах здравоохранения разных стран, что затрудняет использование определенных выводов по результатам одной страны в других странах. Лишь очень немногие виды помощи были воспроизведены в разных странах, что ставит вопрос о возможности их обобщения или приемлемости для различных групп населения и условий.

## **Выводы**

### **Обзор исследований патронажных визитов общего характера**

Существует большое разнообразие данных в отношении посещений на дому с оценкой работников (врачей, медицинских сестер, представителей других профессий, связанных с медициной, добровольных помощников) при осуществлении различных видов вмешательств (оценка потребностей и мониторинг, обеспечение информацией, направление в другие службы, консультирование, предоставление эмоциональной поддержки).

Наиболее последовательные данные в отношении эффективности посещений на дому связаны с влиянием на состояние функциональных способностей. Все четыре обзора, включенные в данный сводный доклад, обнаружили, что программы посещения на дому с разнообразными результатами, которые проводились в отношении не подвергавшихся специальному отбору групп пожилых людей, не замедляли процесса снижения функциональных способностей. В одном обзоре указывается на то, что снижение функциональных способностей замедлилось в группе людей с низкими показателями смертности и в программах, которые обеспечивали комплексное гериатрическое обследование и последующее наблюдение.

В двух из четырех обзоров было установлено, что посещение на дому может способствовать сокращению уровней смертности и доли лиц, поступающих в дома престарелых. Имеются также некоторые данные, которые указывают на то, что сокращение смертности может быть более значительным среди пожилых людей менее старшего возраста, чем среди лиц более преклонного возраста. Имеются определенные данные о том, что доля лиц, поступающих в дома престарелых, может быть сокращена, когда программы предполагают большее число патронажных визитов. Эффективные программы посещения на дому характеризуются наличием следующих элементов: комплексное обследование, значительное число последующих патронажных визитов и ориентация на людей с меньшим риском смерти, хотя и другие факторы также могут иметь значение.

### **Будущие исследования патронажных визитов**

Необходимы дальнейшие исследования в целях изучения следующих вопросов:

- Какие аспекты мер комплексного воздействия способствуют получению положительных результатов;
- Эффективность деятельности специалистов различного профиля и добровольных помощников;
- Оптимальное количество и продолжительность патронажных визитов;
- Какие группы пожилых людей могут извлечь наибольшую пользу из получения патронажной помощи на дому;
- Оценка экономической эффективности программы патронажных визитов для местной системы здравоохранения;
- Эффективность программ патронажных визитов в группах лиц, испытывающих материальные трудности.

### **Будущие экономические оценки**

Все программы патронажных посещений обладают необходимым потенциалом для того, чтобы быть экономически эффективными с учетом высоких расходов на оказание длительной помощи в стационарах и сравнительно небольших расходов по осуществлению программ посещения на дому. Однако проведение экономической оценки патронажных визитов необходимо для определения их пользы по отношению к затратам в сравнении с альтернативными стратегиями.

## **Политика в будущем**

Результаты проведенного обзора не свидетельствуют о целесообразности прекращения существующих программ патронажной помощи на дому, однако указывают на необходимость проведения дальнейших исследований для получения ответов на вышеприведенные вопросы, прежде чем приступить к реализации новых программ такого рода.

## Приложение 1

### Исключенные из данного сводного доклада обзоры, и причины их исключения

Обзор	Описание	Причины исключения
Hendrick SC, Koepsell TD, Inui T. Meta-analysis of Home-Care Effects on Mortality and Nursing-Home Placement. <i>Medical care</i> . 1989, 27(11):1015-1026	Обзор 13 исследований по оценке влияния ухода на дому на смертность и помещение в дом престарелых	Проведен до 1990 г.
Van den Bij AK, Laurant MGH, Wensing M. Effectiveness of physical activity interventions for older adults. <i>American journal of preventive medicine</i> 22,2:120-133	Осуществляет оценку проведения мер в отношении физической активности среди лиц более преклонного возраста; отслеживается единственный конечный результат – изменение в уровне физической активности; исследуется влияние 9 различных мер, принимаемых в домашних условиях	Не включает ни патронажные визиты, ни уход на дому
Gillespie LD et al. Interventions for preventing falls in elderly people (Cochrane Review). In: <i>The Cochrane Library</i> , Issue 4, 2003. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.	Систематический обзор и мета-анализ 62 РКИ, проведенных с целью оценки эффективности программ, направленных на	Отсутствует четкое указание на то, был ли осуществлен патронажный визит; фактические данные из программ,

	предупреждение падений	направленных на предупреждение падений, включены в один из предыдущих сводных докладов СФДЗ (9), а ссылки на соответствующие исследования приведены в данном сводном докладе
Province MA et al. The effects of exercise on falls in elderly patients. A preplanned meta-analysis of the FICSIT trials. <i>JAMA</i> , 1995, 273:1341-1347.	Мета-анализ семи исследований по «ослабленному здоровью и травмам: исследования по совместному изучению практических мер»	Принимаемые меры не обязательно включают патронажные визиты; трудность в вычленении результатов отдельных исследований
Ciliska D et al. A systematic overview of the effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions. <i>Canadian journal of public health</i> , 1996, 8:193-198.	обзор 14 исследований патронажных визитов в отношении всех групп клиентов	Только исследование посещения на дому пожилых людей
Yin T., Zhou Q, Bashford C. Burden on Family members: Caring for frail elderly: a meta-analysis of interventions. <i>Nursing research</i> , 2002, 51(3):199-208.	Оценка 18 исследований эффективности патронажных визитов в уменьшении бремени на осуществляющих уход	Нет соответствующих конечных результатов

## Приложение 2

### Ссылки на исследования патронажных визитов, включенные в проведенный Stuck et al. обзор 1993 г. (10)

Carpenter GI, Demopoulos GR. Screening the elderly in the community. *BMJ*, 1990, 300:1253-1256.

Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people. *BMJ*, 1984, 289:1522-1524.

Pathy MSJ et al. Randomized trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet*, 1992, 340:890-893.

Sorensen KH, Sivertsen J. Follow-up three years after intervention to relieve unmet medical and social needs of old people. *Comparative gerontology* [B], 1988, 2:85-91.

Vetter NJ, Jones DA, Victor CR. Effect of health visitors working with elderly patients in general practice. *British medical journal*. (Clin Res Ed), 1984, 288:369-372.

Vetter NJ, Lewis PA, Ford D. Can health visitors prevent fractures in elderly people? *BMJ*, 1992, 304:888-890.

### Приложение 3

#### Ссылки на исследования патронажных визитов, включенные в обзор, проведенный van Haastregt et al. в 2000 г. (11)

Carpenter GI, Demopoulos GR. Screening the elderly in the community. *BMJ*, 1990, 300:1253-1256.

Fabacher D, et al. An in-home preventive assessment program for independent older adults: a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 1994, 42:630-638.

Hall N et al. Randomized trial of a health promotion program for frail elders. *Canadian journal of aging*, 1992, 11:72-91.

Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people. *BMJ*, 1984, 289:1522-1524.

Luker KA. Health Visiting and the Elderly. *Nursing times*, 1981, 77:137-140.

McEwan RT et al. Screening elderly people in primary care. *British journal of general practice*, 1990, 40:94-97.

Pathy MSJ et al. Randomized trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet*, 1992, 340:890-893.

Sorensen KH, Sivertsen J. Follow-up three years after intervention to relieve unmet medical and social needs of old people. *Comparative gerontology*, 1988, 2:85-91

Stuck AE et al. A trial of annual comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *New England journal of medicine*, 1995, 333:1184-1189.

Tinetti ME et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *New England journal of medicine*, 1994, 331:821-827.



Van Rossum E et al. Effects of preventive home visits to elderly people. *BMJ*, 1993, 307:27-32.

\*Vetter NJ, Jones DA, Victor CR. Effect of health visitors working with elderly patients in general practice. *British medical journal (Clin Res Ed)*, 1984, 288:369-372.

Vetter NJ, Lewis PA, Ford D. Can health visitors prevent fractures in elderly people? *BMJ*, 1992, 304:888-890.

Wagner EH et al. Preventing disability and falls in older adults: a population-based randomized trial. *American journal of public health*, 1994, 84:1800-1606.

---

\* Это исследование включает два испытания: каждое испытание считалось отдельно.

## Приложение 4

### Ссылки на исследования патронажных визитов, включенные в обзор, проведенный Елкан с коллегами в 2001 г. (12)

Archbold PG et al. The PREP system on nursing interventions: a pilot test with families caring for older members. *Research in nursing & health*, 1995, 18:3-16.

Balaban DJ et al. Follow-up study of an urban family medicine home visit program. *Journal of family practice*, 1988, 26:307-312.

Dunn RB et al. Health visitor intervention to reduce days of unplanned hospital re-admission in patients recently discharged from geriatric wards: the results of a randomized controlled study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 1994, 18:15-23.

Fabacher D et al. An in-home preventive assessment program for independent older adults. *Journal of the American Geriatric Society*, 1994, 42:630-638.

Hall N et al. Randomized trial of a health promotion program for frail elders. *Canadian journal of aging*, 1992, 11:72-91.

Hansen FR, Spedtsberg K, Schroll M. Geriatric follow-up by home visits after discharge from hospital: a randomized controlled trial. *Age and ageing* 1992, 21:445-50.

Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people. *BMJ*, 1984, 289:1522-1524.

Luker K. *Evaluating Health Visiting Practice: an experimental study to evaluate the effects of a focused health visitor intervention on elderly women living alone at home*. Royal College of Nursing, London 1982.

McEwan RT et al. Screening elderly people in primary care. *British journal of general practice*, 1990, 40:94-97.

Oktaý JS, Volland PJ. Post-hospital support program for frail elderly and their caregivers: a quasi-experimental evaluation. *American journal of public health*, 1990, 80:39-46.

Pathy MSJ et al. Randomized trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet*, 1992, 340:890-893.

Stuck AE et al. A trial of annual comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *New England journal of medicine*, 1995, 333:1184-1189.

Van Rossum E et al. Effects of preventive home visits to elderly people. *BMJ*, 1993, 307:27-32.

Vetter NJ, Jones DA, Victor CR. Effect of health visitors working with elderly patients in general practice. *British medical journal (Clin Res Ed)*, 1984, 288:369-372.

Williams IE, Greenwell J, Groom LM. The care of people over 75 years old after discharge from hospital: an evaluation of timetabled visiting by health visitor assistants. *Journal of public health medicine*, 1992, 14:138-144.

## **Приложение 5**

**Ссылки на исследования патронажных визитов, включенные в обзор, проведенный Stuck с коллегами в 2002 г. (13)**

Carpenter GI, Demopoulos GR. Screening the elderly in the community. *BMJ*, 1990, 300:1253-1256.

Clarke M, Clarke SJ, Jagger C. Social intervention and the elderly. *American journal of epidemiology*, 1992, 136:1517-1523.

Fabacher D et al. An in-home preventive assessment program for independent older adults. *Journal of the American Geriatric Society*, 1994, 42:630-638.

Gunner-Svensson F et al. Prevention of relocation of the aged in nursing homes. *Scandinavian journal of primary health care*, 1984, 2:49-56.

Hebert R et al. Efficacy of a nurse-led multidimensional preventive programme for older people at risk of functional decline. *Age and Ageing*, 2001, 30:147-153.

Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people. *BMJ*, 1984, 289:1522-1524.

McEwan RT et al. Screening elderly people in primary care. *British journal of general practice*, 1990, 40:94-97.

Newbury JW, Marley JE, Beilby JJ. A randomized controlled trial of the outcome of health assessment of people aged 75 years and over. *Medical journal of Australia*, 2001, 175:104-107.

Pathy MSJ et al. A Randomized trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet*, 1992, 340:890-893.

Sorensen KH, Sivertsen J. Follow-up three years after intervention to relieve unmet medical and social needs of old people. *Comparative Gerontology [B]*, 1988, 2:85-91.

Stuck AE et al. A trial of annual comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *New England journal of medicine*, 1995, 333:1184-1189.

Stuck AE et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and at high risk for nursing home admission. *Archives of internal medicine*, 2000, 160:977-986.

Tinetti ME et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *New England journal of medicine*, 1994, 331:821-827.

Van Haastregt JCM et al. Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk. *BMJ*, 2000, 321:994-998.

Van Rossum E et al. Effects of preventive home visits to elderly people. *BMJ*, 1993, 307:27-32.

\* Vetter NJ, Jones DA, Victor CR. Effect of health visitors working with elderly patients in general practice. *British medical journal (Clin Res Ed)*, 1984, 288:369-372.

Vetter NJ, Lewis PA, Ford D. Can health visitors prevent fractures in elderly people? *BMJ*, 1992, 304:888-890.

---

\* Это исследование включает два испытания: каждое испытание считалось отдельно.

## Литература

- 1 McCormack B. Community care for elderly people. *BMJ*, 1998, 317:552-553.
- 2 McKee M. *What are the lessons learnt by countries that have had dramatic reductions of their hospital bed capacity?* Health Evidence Network (HEN) synthesis report, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003.
- 3 Kavanagh S, Knapp M. The impact on general practitioners of the changing balance of care for elderly people living in institutions. *BMJ*, 317:322-327.
- 4 Department of Health. *National Service Framework for Older People*. HMSO, London, 2001.
- 5 Warburton RW. *Implementing Caring for People: Home and Away*. A review of recent research evidence to explain why some elderly people enter residential care homes while others stay at home, Department of Health, London, 1994.
- 6 WHO Technical Report Series 898, Home-Based Long-Term Care, Report of a WHO Study Group, Geneva 2000.
- 7 O'Loughlin JL et al. Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community dwelling elderly. *American journal of epidemiology*, 1993, 137:342- 354.
- 8 Tinetti ME, Williams CS. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *New England journal of medicine*, 1997, 337:1279-1284.
- 9 Todd C, Skelton D. *What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* Synthesis of the Health Evidence Network (HEN). World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.

- 10 Stuck AE et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 1993, 342:1032-1036.
- 11 Van Haastregt JCM et al. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*, 2000, 320:754-758.
- 12 Elkan R et al. Effectiveness of home-based support for older people. *BMJ*, 2001, 323:719-724.
- 13 Stuck AE et al. Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People: Systematic Review and Meta-regression Analysis. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 287:1022-1028.
- 14 Egger M. Commentary: when, where, and why do preventive home visits work? *BMJ*, 2001, 323:724-725.
- 15 Norton MC et al. Characteristics of nonresponders in a community survey of the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1994 Dec;42(12):1252-6.
- 16 Stuck AE. Commentary: Disentangling the black box of disability prevention in older people. *International journal of epidemiology*, 2001, 30:1491-1492.
- 17 Stuck AE et al. Risk factors for functional status decline in community-dwelling elderly people: a systematic literature review. *Social science and medicine*, 1999, 48:445-69.
- 18 Stuck AE et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and at high risk for nursing home admission. *Archives of internal medicine*, 2000, 160:977-986.
19. Carpenter GI, Demopoulos GR. Screening the elderly in the community: controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers. *BMJ*, 1990, 300:1253-1256.

- 20 Clarke M, Clarke SJ, Jagger C. Social intervention and the elderly. *American journal of epidemiology*, 1992, 136:1517-1523.
- 21 Fabacher D et al. An in-home preventive assessment program for independent older adults: a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 1994, 42:630-638.
- 22 Jitapunkul S. A randomised controlled trial of regular surveillance in Thai elderly using a simple questionnaire administered by non-professional personnel. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 1998, 81(5):352-356.
- 23 Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of Evidence. Oxford, May 2001.  
([http://www.cebm.net/levels\\_of\\_evidence.asp](http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp).)
- 24 Alderson P et al (eds). Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003 . Oxford: Update Software.
- 25 Clark J. Preventive home visits to elderly people. *BMJ*, 2001, 323:708.
- 26 Deeks JJ, Altman DG, Bradburn MJ. Statistical methods for examining heterogeneity and combining results from several studies in meta-analysis. In: Egger M, Smith DG, Altman DG, eds. *Systematic Reviews in Health Care: Meta-Analysis in Context*. BMJ Books, London, 2001:285-312.
- 27 Sutton AJ et al. *Methods for meta-analysis in medical research*. Wiley, Chichester, 2000.
- 28 Lau J, Ioannidis JPA, Schmid CH. Summing up evidence. *Lancet*, 1998, 351:123-127.
- 29 Dickinson E. Long term care of older people. *BMJ*, 1996, 312:862-3.
- 30 Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people. *BMJ*, 1984, 289:1522-1524.



- 31 Balaban DJ et al. Follow-up study of an urban family medicine home visit program.  
*Journal of family practice*, 1988, 26:307-12.
  
- 32 Luker K. *Evaluating Health Visiting Practice: an experimental study to evaluate the effects of a focused health visitor intervention on elderly women living alone at home.*  
Royal College of Nursing, London, 1982