



ЕВРОПА

**Можно ли при существующем порядке
выписки из учреждения стационарной
медицинской помощи для престарелых
снизить частоту повторных
госпитализаций, длительность
пребывания в стационаре, смертность или
улучшить состояние здоровья?**

Сентябрь 2005 г.

АННОТАЦИЯ

Организационные мероприятия в период выписки играют ключевую роль в обеспечении безопасного и эффективного перевода пожилых пациентов со стационарного этапа медицинской помощи на этап оказания помощи на дому по месту жительства. Настоящий доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) отражает результаты научных оценок четырех следующих типов вмешательств: комплексная гериатрическая оценка, планирование помощи в период выписки, оказание поддержки и просветительные мероприятия для пациентов.

Приведенные фактические данные показывают, что следующие типы вмешательств, проводимых последовательно в стационаре и затем по месту жительства, характеризуются безопасностью и ассоциируются со снижением частоты повторной госпитализации:

- Комплексная гериатрическая оценка, осуществляемая силами мультидисциплинарных бригад;
- Деятельность координаторов выписки (обычно специализированной или опытной практикующей медсестры) в соответствии с формализованной методикой;
- Просветительные мероприятия для пациентов, направленные на улучшение контроля своего состояния и более полноценное соблюдение врачебных назначений.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) – это инициированная и координируемая Европейским региональным бюро ВОЗ информационная служба для лиц, ответственных за принятие решений в системах общественного здравоохранения стран Европейского региона ВОЗ. Информация, предоставляемая СФДЗ, может быть полезна и для других заинтересованных сторон.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание:

Parker S. G. (2005) Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья? Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E87542.pdf>, accessed 30 September 2005).

Ключевые слова

ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ
ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ
ВЫПИСКА ИЗ СТАЦИОНАРА
– организация и
административные вопросы
МЕДИЦИНСКАЯ БРИГАДА
ГЕРИАТРИЧЕСКОЕ
ОБСЛЕДОВАНИЕ
МЕТА-АНАЛИЗ
ЕВРОПА

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: permissions@euro.who.int;
по поводу получения копий публикаций - по адресу: publicationrequests@euro.who.int;
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: pubrights@euro.who.int.

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

©Всемирная организация здравоохранения, 2005 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.

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| Резюме | 5 |
| Существо вопроса | 5 |
| Фактические данные | 5 |
| Рекомендации в отношении политики | 5 |
| Характер фактических данных | 6 |
| Введение | 7 |
| Источники данного обзора | 8 |
| Определения | 9 |
| Результаты научных исследований и другие фактические данные..... | 9 |
| Комплексная гериатрическая оценка | 9 |
| Комплексное планирование при выписке | 11 |
| Организация оказания поддержки после выписки из стационара | 13 |
| Просветительные мероприятия | 14 |
| Частота повторной госпитализации | 15 |
| Смертность | 16 |
| Средняя длительность пребывания в стационаре | 17 |
| Состояние физических функций | 17 |
| Психическое здоровье | 17 |
| Качество жизни | 17 |
| Влияние на лиц, осуществляющих уход за пациентами..... | 18 |
| Использование услуг | 18 |
| Стоимость оказания помощи | 18 |
| Обсуждение..... | 19 |
| Выводы | 21 |
| Приложение 1: Методы обработки и обобщения информации | 23 |
| Библиография | 25 |

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

Резюме

Существо вопроса

В развитых странах доля пожилых людей среди населения возрастает, и эта демографическая тенденция затрагивает также некоторые развивающиеся страны. В целом, пожилые люди подвергаются более высокому риску заболевания, инвалидности, а также чаще испытывают финансовые и социальные трудности, чем лица более молодого возраста в этих же группах населения. Для многих пожилых людей госпитализация при острых состояниях связана со снижением уровня физического функционирования, который не всегда восстанавливается к моменту выписки или вскоре после нее. Нередко наблюдается ухудшение ятрогенного состояния, а при длительном пребывании в стационаре могут нарушаться как неофициальные, так и официальные механизмы поддержки на дому, что чрезвычайно затрудняет возвращение к самостоятельному проживанию. Таким образом, порядок и организация выписки из больницы является одним из важнейших факторов для обеспечения безопасного и эффективного перехода пожилых людей от стационарной помощи к получению помощи на дому на уровне общины.

Фактические данные

В ходе предыдущего обзора литературы в 2002 г. повторная госпитализация считалась одним из основных нежелательных результатов лечения, а совместная деятельность по предоставлению медицинской и социальной помощи – важным фактором, способствующим снижению частоты повторных госпитализаций после выписки из стационарного учреждения. В настоящем обзоре представлены новейшие данные о результатах рандомизированных контролируемых исследований по состоянию на январь 2004 г., при этом отбирались такие исследования, в которых рассматривались порядок и организация выписки больных для перехода от стационарной помощи к помощи на уровне общины и сообщались результаты повторной госпитализации.

Данные, полученные на основе 18 рандомизированных контролируемых исследований, позволили выявить четыре основных типа вмешательств: всесторонняя гериатрическая оценка, планирование выписки, оказание поддержки при выписке и просвещение. Делается вывод о том, что порядок и организация выписки при переходе от стационарной к амбулаторно-патронажной помощи обеспечивают безопасность (не связаны с увеличением показателей смертности или другими неблагоприятными последствиями) и что они снижают частоту повторных госпитализаций примерно на 20%. Это очень важный результат, в особенности для пожилых людей с повышенным риском повторных госпитализаций. Этого можно добиться путем принятия процедур выписки, обеспечивающих связь между стационарной и амбулаторно-патронажной помощью на основе общих моделей медицинской помощи, описанных в данном обзоре.

Рекомендации в отношении политики

Основные вопросы, касающиеся здоровья, благополучия и качества жизни пожилых людей, включают популяционные стратегии здорового долголетия, организацию и

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

обеспечение работы служб первичной медико-санитарной помощи, стационарную помощь, альтернативные варианты неотложной помощи помимо госпитализации, а также эффективный переход от стационарной помощи к оказанию помощи на уровне общины. Важное значение имеет эффективное сотрудничество между службами здравоохранения и социальными службами, системами стационарной помощи и помощи на уровне общины, в особенности, при наличии риска неблагоприятных последствий, вызванных длительной госпитализацией, в которой нет необходимости. Важнейшее значение имеет организация и осуществление эффективных процедур выписки пожилых людей из стационарных учреждений. Представленные здесь фактические данные показывают, что к числу эффективных и безопасных мер, осуществляемых в рамках перехода от стационарной к амбулаторно-патронажной помощи и сопровождающихся уменьшением частоты повторных госпитализаций, относятся:

- многопрофильные бригады, работающие на основе принципов всесторонней гериатрической оценки;
- координаторы по выписке (обычно медицинские специалисты или медсестры высокой квалификации), использующие определенные протоколы;
- расширение прав и возможностей пациентов с помощью просветительной работы.

Следует отметить, что фактические данные в подтверждение сказанного выше получены почти исключительно по результатам исследований, проведенных в Северной Америке и Европе. Таким образом, прежде чем принять решение о введении каких-либо конкретных процедур выписки, необходимо тщательно изучить структуру и организацию местной системы здравоохранения и социальной помощи.

Характер фактических данных

В данном обзоре использованы данные рандомизированных контролируемых исследований и метаанализов.

Автор данного сводного доклада СФДЗ:

Профессор S. G. Parker

Университет Шеффилда

Институт по изучению проблем старения, Шеффилд

Больница общего профиля округа Барнсли

Соединенное Королевство

The University of Sheffield

Sheffield Institute for Studies on Ageing

6Barnsley District General Hospital

Gawber Road

Barnsley

United Kingdom

Тел.: +44 114 2715891

Эл. почта: S.G.Parker@Sheffield.ac.uk

Научный редактор данного сводного доклада:

Д-р Alicia Granados, Европейское региональное бюро ВОЗ, Сеть фактических данных по вопросам здоровья

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

Введение

В странах с высоким уровнем доходов пожилые люди (в возрасте 65 лет и старше) составляют в настоящее время значительную (15%–20%) и при этом постоянно растущую долю населения. Во многих развивающихся странах также наблюдаются четко выраженные явления демографического сдвига и старения населения. В целом, пожилые люди подвержены более высокому риску заболеваемости, инвалидности, а также экономической и социальной депривации по сравнению с более молодыми группами населения.

Пожилым людям с большей частотой оказывают стационарную медицинскую помощь по поводу различных острых состояний. Так, например, в США на долю людей старше 65 лет приходится 36% случаев госпитализации и почти 50% расходов на стационарное лечение (1). Для многих пожилых людей сам факт госпитализации часто сопровождается снижением уровня физических функций, не всегда восстанавливающихся к моменту выписки или даже в последующий период после пребывания в стационаре (2). Это явление, так наз. ятрогенное ухудшение состояния, встречается достаточно часто (3). При длительном пребывании в больнице как формальные, так и неформальные условия поддержки, оказываемой пожилому человеку дома, могут нарушаться в такой степени, что его возвращение к самостоятельному проживанию порой бывает крайне затруднено.

Повторные и многократные госпитализации составляют значительную долю от общего использования коечного фонда больниц. Так, например, в Соединенном Королевстве в 1987–1988 гг. наличие в анамнезе пациента двух и более случаев госпитализации повышало в 20 раз вероятность еще раз оказаться в больнице по внеплановым показаниям, и такие случаи составляли 38% всех госпитализаций. Частота повторных госпитализаций подвержена существенным географическим колебаниям, однако доля использования коечного фонда за счет многократного пребывания на стационарном лечении везде составляет значительные цифры. Так, в Соединенном Королевстве в 2002–2003 гг. частота экстренной повторной госпитализации взрослых пациентов в течение 28 дней после выписки варьировалась от 5% до 11% (5).

Настоящий обзор приводит фактические данные, свидетельствующие в пользу методик, позволяющих снизить частоту повторных госпитализаций в целом приблизительно на 17%. Чтобы показать значимость этой цифры в реальном контексте, можно привести такой пример: в Англии в 1997–1998 гг. на пациентов в возрасте 65 лет и старше приходилось 7,7 млн. случаев госпитализации, что при среднем уровне использования койки 2,5 дня в год составляло в целом 19 млн. койко-дней. Около 227 000 (2,9%) из 7,7 млн. госпитализаций приходилось на пациентов с наличием в анамнезе двух и более случаев госпитализации по экстренным показаниям. Уровень использования коек этими больными составлял в среднем 29,6 койко-дней в течение года, что в целом составило 6,7 млн. койко-дней, или 35% от общей величины использования коечного фонда по данной возрастной группе.

Адекватная организация помощи при выписке пациентов после проведенного лечения в больнице имеет большое значение для безопасного и эффективного перевода пожилых людей со стационарного этапа на этап оказания помощи на дому силами местных служб и

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

может сыграть ключевую роль в профилактике последующих повторных госпитализаций. Ранее опубликованный обзор научной литературы по данной теме (6) продемонстрировал, что повторная госпитализация является весьма нежелательным последствием и что важным фактором в снижении уровня повторных госпитализаций является совместная и координированная работа служб здравоохранения и социальной поддержки. Поэтому было решено посвятить настоящий обзор проблеме организации координированной помощи при выписке в стационаре и по месту жительства с целью выяснения, способствует ли оказание такой помощи снижению частоты повторной госпитализации, уменьшению длительности пребывания в стационаре, снижению показателей смертности, а также улучшению состояния здоровья пациентов.

Источники данного обзора

Настоящий обзор базируется на ранее опубликованном систематическом обзоре научной литературы по вопросам организации оказания помощи пожилым пациентам при их выписке из стационара (6). При подготовке первоначального обзора был осуществлен широкий поиск источников, в том числе неопубликованных ведомственных материалов, ручной поиск и использование указателей цитированной литературы. В результате был сформирован свод фактических данных, полученных в ходе рандомизированных контрольных испытаний, опубликованных в англоязычной литературе. Общее число проанализированных работ составило 71. Примененные в работах экспериментальные вмешательства были разделены на пять основных типов: комплексное планирование дальнейшего оказания помощи при выписке из стационара, комплексная гериатрическая оценка, организация оказания поддержки после выписки из стационара, просветительные мероприятия. Суммарные результаты анализа показали, что все вмешательства были безопасными (ни в одной из обследованных групп не наблюдалось повышенной смертности). Стойкого эффекта на длительность пребывания в стационаре отмечено не было, однако в целом для всей группы вмешательств была продемонстрирована достоверно более высокая вероятность ассоциации со снижением частоты повторной госпитализации. Анализ проводился по типам вмешательства и по основным применяемым подходам, таким как «бригадный метод» и «совместное координированное оказание помощи в стационаре и на дому». Важным результатом явилось то, что среди всех проанализированных подходов только координированное оказание помощи в стационаре и на дому имело статистически достоверное влияние на частоту повторной госпитализации. При вмешательствах только на уровне больницы или только по месту жительства этого эффекта не наблюдалось.

Обновленный обзор включил исследования, опубликованные вплоть до января 2004 г. Отбирались лишь те работы, которые были посвящены вмешательствам по переводу пациентов со стационарного этапа на уровень помощи на дому и где в качестве критерия оценки эффективности использовали частоту повторной госпитализации. Вмешательства, найденные подобным образом, были добавлены к 15 ранее отобранным работам, и данные этих исследований послужили первичным источником данного обзора. (Методы синтеза информации более подробно изложены в Приложении 1.)

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.

Определения

Для использования в настоящем обзоре были приняты следующие определения основных терминов:

Организация оказания помощи при выписке (discharge arrangements) – организационная работа, проводимая персоналом больницы совместно с пациентом, обеспечивающая его перевод со стационарного этапа оказания помощи под наблюдение местных служб, оказывающих помощь на дому.

Стационарная помощь (inpatient hospital care) – медицинская помощь при острых состояниях, оказываемая в условиях больницы.

Больница для оказания помощи при острых состояниях (acute hospital) - больница, обладающая возможностью применения высокоспециализированных лечебно-диагностических методов и предназначенная для лечения больных с острыми состояниями терапевтического и хирургического профиля; в эту категорию не входят учреждения по уходу за престарелыми, реабилитационные и местные больницы, не использующие сложных специализированных методов лечения и диагностики.

Пожилые люди (older people) – люди в возрасте 65 лет и старше.

Вмешательства, обеспечивающие координированное оказание помощи в стационаре и по месту жительства (interventions provided across the hospital-community interface) – вмешательства, при которых пациенту оказывают последовательную помощь как перед выпиской из больницы, так и в последующем по месту жительства. Например, врач или медицинская бригада из учреждения, обслуживающего местное сообщество, могут посетить и обследовать пациента, находящегося в больнице («инрич»); больничная бригада, отвечающая за стационарный этап лечения, продолжают наблюдение за пациентом на дому после выписки («аутрич»); либо сотрудники больницы и местных служб оказания помощи проводят совместную работу по организации перевода пациента со стационарного этапа на этап оказания помощи на дому. Основным принципом является то, что вмешательство не проводится лишь на одном из этапов (в больнице или на дому) вне связи с другим.

Результаты научных исследований и другие фактические данные

Комплексная гериатрическая оценка

Изучению эффективности вмешательств, основанных на принципах комплексной гериатрической оценки (КГО) были посвящены шесть работ (Таблица 1). В этих исследованиях были задействованы 1464 пациента, часть из которых, отобранная путем рандомизации, прошла КГО (n=629), а другая часть получала обычную помощь (n=835). КГО содержит набор подходов по обеспечению оказания помощи пожилым людям.

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

Предлагаемые модели были использованы в различных условиях, в том числе в стационаре (7–9), в амбулаторных условиях и в домах престарелых (10–12). Большая часть работ, посвященных оценке этих методов, выполнена в США, однако данные подходы по всей очевидности имеют своим источником мультимедицинские модели оценки и реабилитации, впервые описанные в Соединенном Королевстве (13–15). В программах КГО применяются методы формализованной мультимедицинской и разносторонней оценки состояния здоровья, а также потребностей в реабилитации и социальной поддержке, часто с использованием унифицированных диагностических приемов. Результаты этих формализованных оценок используются затем для формулирования рекомендаций по ведению пациента. Эти вмешательства, как правило, проводятся мультимедицинскими бригадами медицинских и социальных работников; в исследованиях, включенных в настоящий обзор, такие бригады оказывали помощь последовательно на уровне стационара, и на дому, обеспечивая эффективную координацию между этими двумя этапами.

Таблица 1. Вмешательства, основанные на принципах комплексной гериатрической оценки, обычно проводимые силами мультимедицинской бригады

| Исследование | Страна | Тип вмешательства | Условия проведения | Состояние пациентов |
|----------------------|----------|---|---|---|
| Rubenstein, 1984 (7) | США | Наличие стационарного отделения гериатрической оценки | Лечебный центр для ветеранов | Стойкие функциональные или психосоциальные расстройства, препятствующие выписке |
| Saltz, 1988 (16-18) | США | Наличие стационарной бригады гериатрического консультирования | Лечебный центр для ветеранов – клиническая больница | Пациенты терапевтического, хирургического и психиатрического профиля (75+) |
| Siu, 1996 (19) | США | Гериатрическая оценка перед и после выписки | Университетская клиника | Пациенты терапевтического и хирургического профиля (возраст 65+) |
| Thorsten, 1999 (20) | Германия | КГО в стационаре + реабилитация и социальная поддержка на дому, в сравнении с КГО (консультативная служба), в сравнении с обычной помощью | Гериатрический центр университетской клиники | Сочетанная хроническая патология, значительные функциональные расстройства либо наличие показаний для помещения в дом престарелых |
| Avlund, 2002 (21) | Дания | Посещение пациента членом гериатрической | 7 из 12 муниципалитетов | Пациенты >60 с гериатрической |

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.

| | | | | |
|-------------------|------------|---|---|---|
| | | бригады и соответствующими сотрудниками местных служб медицинской помощи и ухода; КГО; последующее посещение на дому на 2-й и 3-й день, а также на 2-й, 4-й и 6-й неделе после выписки. | в северной части региона Стёрстрём, Дания | патологией, выписанные из трех больниц регионального уровня |
| Thomas, 1993 (22) | Не указано | Наличие стационарной бригады гериатрического консультирования | Местная больница (не клиническая) | Пациенты, находящиеся в стационаре |

Комплексное планирование при выписке

Шесть работ были посвящены изучению эффективности вмешательств, использовавших методики комплексного планирования при выписке (Таблица 2). В этих исследованиях были задействованы 2735 пациентов, для части из которых, отобранной путем рандомизации, было проведено комплексное планирование при выписке (n=1382), а другая часть получала обычную помощь (n=1371). Комплексное планирование при выписке включает оценку состояния пациента и возможностей осуществления домашнего ухода за ним; разработку индивидуального плана перехода из больничных условий в домашние; поддержку связи между пациентом и больничной бригадой, оказывавшей ему помощь. Применение комплексного подхода может повышать эффективность (в т.ч. экономическую) стационарного лечения (23, 24) за счет улучшения использования коечного фонда, снижения уровня блокирования коек (25, 26), а также снижения расходов на лечение пожилых людей (27). Такие вмешательства часто осуществляются силами координатора, нередко – опытной медсестры (специализированной или общего профиля), работающей в соответствии с формализованным протоколом и организующей оказание помощи в течение всего периода перехода от стационарного лечения к помощи на дому.

Таблица 2. Вмешательства с использованием процессов комплексного планирования при выписке, обычно при участии опытной медицинской сестры общей практики или специализированной медицинской сестры

| Исследование | Страна | Тип вмешательства | Условия проведения | Состояние пациентов |
|-------------------|--------|--|--|--|
| Naylor, 1990 (23) | США | Комплексное планирование при выписке, осуществляемый специализированной медсестрой | Городская больница/ амбулаторный центр | Пациенты терапевтического и хирургического профиля >70. |
| Naylor, 1994 (27) | США | Комплексное планирование при выписке | Университетская клиника | Пожилые пациенты (> 70) с отдельными видами патологии (медико- |

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.

| | | | | |
|-----------------------|-----------|--|---|---|
| | | | | диагностическими группами), включая инфаркт миокарда, состояния после аортокоронарного шунтирования и замены сердечного клапана. |
| Naylor, 1999 (28) | США | Комплексное планирование при выписке, осуществляемое медицинской сестрой, в сочетании с последующим четырехнедельным периодом оказания поддержки | Университетская клиника и амбулаторный центр | Пожилые пациенты (>65) с повышенным риском неудовлетворительного состояния при выписке, по ряду медико-диагностических групп, включая инфаркт миокарда, состояние после операции аортокоронарного шунтирования, состояние после операций на кишечнике, сердечную недостаточность. |
| Kennedy, 1987 (29,30) | США | Комплексное планирование при выписке, осуществляемое специализированной медсестрой | Клиническая больница для лечения острых состояний | Пожилые пациенты, кроме находящихся в отделениях интенсивной терапии |
| Weinberger, 1996 (31) | США | Интенсивная оценка на этапе первичной помощи, проводимая медицинской сестрой первичного звена, в сравнении с оказанием обычной помощи | Девять амбулаторных центров и больниц | Пациенты с риском повторной госпитализации на момент выписки, напр. с диабетом, хроническим обструктивным легочным заболеванием или застойной сердечной недостаточностью |
| Lim, 2003 (32) | Австралия | Наличие координатора оказания помощи после | Четыре крупных городских клинических больниц общего | Пациенты с риском возникновения трудностей в плане самообслуживания |

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

| | | | | |
|--|--|---|---------|--|
| | | купирования острого состояния, планирование при выписке, аутрич с использованием телефонной связи | профиля | или мобильности, >65 лет, одинокие, пользующиеся поддержкой помощника по уходу или со стороны коммунальных служб |
|--|--|---|---------|--|

Организация оказания поддержки после выписки из стационара

Три работы были посвящены оценке вмешательств, направленных на оказание поддержки пожилым людям в домашних условиях после завершения курса лечения в стационаре (Таблица 3). В этих исследованиях были задействованы 1158 пациентов, для части из которых, отобранных путем рандомизации, была организована поддержка после выписки из стационара (n=603), а другая часть получала обычную помощь (n=555). Имеется множество работ, посвященных вопросам оказания поддержки пожилым людям в домашних условиях после выписки из больницы (6), однако их подавляющая часть не была включена в данный обзор, поскольку они не отвечали избранным критериям: оказание помощи параллельно со стороны больницы и учреждений по месту жительства, а также учет частоты повторной госпитализации.

Таблица 3. Организация оказания поддержки после выписки из стационара

| | Страна | Тип вмешательства | Условия проведения | Состояние пациентов |
|-----------------------|-----------|--|---|-------------------------------------|
| Hui, 1995 (33) | Китай | Ранняя выписка после перенесенного инсульта с последующим курсом реабилитации в дневном стационаре | Стационарное отделение для оказания помощи при острой неврологической патологии | Инсульт |
| Fitzgerald, 1994 (34) | США | Ведение больных | Университетский медицинский центр | Пациенты с различными заболеваниями |
| McInnes, 1999 (35) | Австралия | Посещение пациента перед выпиской врачом общей практики первичного звена, в сравнении с оказанием обычной помощи | Больница/ учреждения здравоохранения по месту жительства | Не указано |

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

Просветительные мероприятия

Оценке эффективности просветительных мероприятий были посвящены три исследования (Таблица 4). В них были задействованы 1250 пациентов, для части из которых, отобранных путем рандомизации, были проведены просветительные мероприятия (n=619), а другая часть получала обычную помощь (n=631). Такие мероприятия в основном направлены на более адекватное выполнение пациентами медицинских назначений в период после выписки и заключались в предоставлении соответствующей информации либо в более активном обучении. Речь идет чаще всего об улучшении практики приема лекарств. Работы были включены в обзор, если просветительные мероприятия были указаны в качестве основного метода улучшения ситуации после выписки. В двух работах были, однако, использованы комплексные вмешательства, включающие наряду с просветительными мероприятиями также планирование при выписке и организацию последующего наблюдения по месту жительства. Работы, касающиеся единственно повышения уровня соблюдения пациентами врачебных назначений, в обзор включены не были.

Таблица 4. Просветительные мероприятия, главным образом касающиеся правильного приема лекарств

| | Страна | Тип вмешательства | Условия проведения | Состояние пациентов |
|-----------------------|-----------|--|-------------------------|---|
| Cline, 1998 (36) | Швеция | Обучение и информирование пациентов с сердечной недостаточностью | Университетская клиника | Застойная сердечная недостаточность |
| Rich, 1996 (37–40) | США | Комплексное вмешательство, включающее просветительные мероприятия, ревизию перечня назначенных лекарственных препаратов, планирование перед выпиской, а также активное последующее наблюдение на дому. В контрольной группе – обычные мероприятия, проводимые лечащим врачом. | Клиническая больница | Застойная сердечная недостаточность |
| Stewart, 1998 (41–44) | Австралия | Вмешательство, главным образом направленное на улучшение последующего лечения и ухода в домашних условиях. Консультирование перед выпиской по вопросам правильного приема лекарств и своевременного распознавания признаков ухудшения состояния; через неделю после выписки – посещение на дому медсестрой и фармацевтом для проверки правильности приема лекарств, консультирования лица, | 440-коечная больница | Все пациенты, поступающие в терапевтические и хирургические отделения |

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | осуществляющего уход, а также для улучшения координации с местными службами. | | |
|--|--|--|--|--|

Частота повторной госпитализации

Результаты опубликованных рандомизированных контрольных испытаний свидетельствуют в пользу вмешательств с координированным оказанием помощи как в больнице, так и по месту жительства, что способствует существенному снижению частоты повторной госпитализации пациентов. В предыдущем обзоре было показано, что мероприятия, осуществляемые последовательно в стационаре и по месту жительства, оказывали значительное влияние на частоту повторной госпитализации. В данный обзор было включено 15 работ с общим числом пациентов – 5330, для части из которых, отобранных путем рандомизации, проводились комплексные мероприятия в больнице и на дому (n=2682), а для другой – обычное обслуживание (n = 2648).

Проведение комплексных мероприятий приводило к снижению частоты повторной госпитализации приблизительно на 17%. При обновленном поиске было выявлено три дополнительных рандомизированных контрольных испытания, в которых были задействованы еще 1292 пациента, для части из которых, отобранных путем рандомизации, проводились комплексные мероприятия в больнице и на дому (n=551), а для другой – обычное обслуживание (n = 741). Эти три последних работы характеризовались весьма сходным соотношением частоты повторной госпитализации в экспериментальной и контрольной группах (Таблица 5).

Таблица 5. Повторная госпитализация: число случаев в экспериментальной и контрольной группах **

| Исследование | Период наблюдения | Исходная выборка | | Повторная госпитализация | | | |
|-----------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| | | Экспериментальная группа | Контрольная группа | Экспериментальная группа | Контрольная группа | Экспериментальная группа | Контрольная группа |
| | Месяцы | | | Число | На 100 чел. в месяц | Число | На 100 чел. в месяц |
| Saltz, 1988 (16) | 6 | 86 | 87 | 36 | 7.0 | 26 | 5.0 |
| Kennedy, 1987 (29,30) | 2 | 39 | 41 | 29 | 37.2 | 35 | 42.7 |
| Naylor, 1990 (23) | 3 | 20 | 20 | 1 | 4.7 | 13 | 21.6 |
| Rich, 1996 (37–40) | 3 | 142 | 140 | 18 | 4.2 | 22 | 5.2 |
| Weinberger, 1996 (31) | 6 | 695 | 701 | 343 | 8.2 | 310 | 7.4 |

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.

| | | | | | | | |
|-----------------------|----|-----|-----|-----|------|-----|------|
| Siu, 1996 (19) | 2 | 178 | 176 | 43 | 12.1 | 37 | 10.5 |
| Hui, 1995 (33) | 6 | 59 | 61 | 11 | 3.1 | 17 | 4.6 |
| Fitzgerald, 1994 (34) | 12 | 339 | 335 | 126 | 3.0 | 144 | 3.6 |
| Naylor, 1994 (27) | 3 | 140 | 136 | 18 | 4.3 | 11 | 2.7 |
| Thomas, 1993 (22) | 6 | 62 | 56 | 21 | 5.7 | 35 | 10.1 |
| Rubenstein, 1984 (7) | 12 | 63 | 60 | 22 | 2.9 | 30 | 4.2 |
| Naylor, 1999 (28) | 6 | 177 | 185 | 49 | 4.6 | 107 | 9.6 |
| Stewart, 1999 (43) | 6 | 381 | 381 | 154 | 6.7 | 197 | 8.6 |
| Cline, 1998 (36) | 12 | 96 | 110 | 22 | 1.9 | 43 | 3.3 |
| McInnes, 1999 (35) | 6 | 205 | 159 | 61 | 5.0 | 40 | 4.2 |
| Nikolaus, 1999 (45) | 12 | 181 | 364 | 59 | 2.7 | 129 | 3.0 |
| Lim, 2003 (32) | 6 | 311 | 287 | 124 | 6.7 | 143 | 8.3 |
| Avlund, 2002 (21) | 3 | 59 | 90 | 13 | 7.3 | 19 | 7.0 |

(** В целях удобства сравнения частоты повторной госпитализации был использован относительный показатель: число случаев госпитализации в период последующего наблюдения из расчета на 100 пациентов, включенных в исследование, на один месяц наблюдения).

Смертность

Учет смертности проводился за период до трех месяцев (19,22,27,29,42), через шесть месяцев (16,22,27,32,42) и через 12 месяцев (7,20,31,34,36) последующего наблюдения (Таблица 6). Отмечена тенденция к снижению ранней смертности, достигающая статистической значимости к шести месяцам, однако теряющая свою выраженность через один год последующего наблюдения. Из приведенных данных вытекает, что организация при выписке координированной последовательной помощи в стационаре и по месту жительства по крайней мере не несет в себе повышенной опасности для пациентов по сравнению с обычной практикой.

Таблица 6. Мета-анализ показателей смертности

| | Число пациентов | Соотношение шансов (95% ДИ) | P |
|--------------|-----------------|-----------------------------|-------|
| До 3 месяцев | 1 709 | 0.60 (0.29 – 1.23) | 0.163 |
| 6 месяцев | 2 040 | 0.61 (0.37 – 0.99) | 0.044 |

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

| | | | |
|------------|-------|-------------------|-------|
| 12 месяцев | 2 747 | 0.95 (0.65 – 1.4) | 0.769 |
|------------|-------|-------------------|-------|

Средняя длительность пребывания в стационаре

В удивительно малом числе исследований (шесть работ) сообщалось о влиянии проводимых вмешательств на среднюю длительность пребывания пациентов в стационаре (16,20,23,27 29, 35). В одном из них (27) длительность пребывания в стационаре учитывалась отдельно для терапевтических и хирургических медико-диагностических групп. Статистически значимых различий между экспериментальными и контрольными группами не было выявлено ни в одном из исследований. Мета-анализ, проведенный на материале 1693 наблюдений, выявил стандартное отличие, составившее 0,17 дня. Напрашивается аргументация, что данные вмешательства не ставили целью снижение длительности пребывания пациентов в стационаре, а в первую очередь были направлены на более рациональную организацию процесса выписки, создание условий для оказания поддержки пациентам в начальный период после выписки из больницы и (во многих случаях) предотвращение повторной госпитализации.

Состояние физических функций

В четырех работах было исследовано влияние проводимых мероприятий на состояние физических функций (всего 2019 наблюдений). В одной работе оценку данного параметра проводили через 60 дней последующего наблюдения с применением суммарной шкалы физических функций SF36 (19). В трех других – эту оценку проводили через три (33), шесть (33) и 12 месяцев (21,31) с использованием индекса Бартеля. Значимых различий функционального состояния пациентов ни в одном из исследований выявлено не было. Достоверной разницы между экспериментальными и контрольными группами не удалось получить даже при достаточно произвольном объединении результатов оценок с применением индекса Бартеля на различных сроках последующего наблюдения.

Психическое здоровье

Лишь в трех исследованиях оценивалось влияние вмешательств на состояние психического здоровья и более широкий спектр психологических составляющих, включая отношение пациентов и лиц, осуществляющих уход, к проводимым мероприятиям и уровень удовлетворенности оказываемыми услугами (840 наблюдений) (7,19,28). Оценка проводилась на разных сроках (от 60 дней до 12 месяцев) с использованием различных методик. Ни в одной из работ не было получено статистически значимых отличий ни по одному из оцениваемых параметров.

Качество жизни

В семи работах (всего 3984 наблюдений) изучено влияние проводимых вмешательств на качество жизни пациентов (7,19,20,31,32,36,42). В исследованиях применялись различные критерии оценки и этапы последующего наблюдения, поэтому суммирование результатов

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

представляет трудности. Лишь в одной работе показано статистически значимое различие между экспериментальной и контрольной группой по показателям самооценки состояния здоровья.

Влияние на лиц, осуществляющих уход за пациентами

Влияние мероприятий на лиц, осуществляющих непосредственный уход за пациентом, было оценено только в одном из исследований (545 наблюдений). Каких либо эффектов на здоровье либо экономическую ситуацию выявлено не было (20). Следует отметить, что по данному аспекту имеется значительный дефицит фактических данных.

Использование услуг

Уровень использования пациентами предоставляемых услуг оценивался в пяти работах на материале 2468 наблюдений (7,20,34,35,42). Как и можно было ожидать, была выявлена тенденция к снижению уровня использования услуг стационарной помощи и к повышению уровня использования услуг по месту жительства. Этот результат следует интерпретировать с известной осторожностью, учитывая незначительный объем и несовместимость данных, что не позволило провести мета-анализ.

Стоимость оказания помощи

В 10 исследованиях (3344 наблюдений) была в той или иной форме проведена экономическая оценка оказания помощи (7,20,23,27,32–34,36,42). Ни в одном из них не было продемонстрировано экономии средств в результате внедрения организационных мероприятий на этапе выписки, обеспечивающих последовательное и координированное оказание помощи в стационаре и по месту жительства. В некоторых работах было выявлено перераспределение расходов между больницами и местными службами, при этом в экспериментальной и контрольной группах наблюдалась различная картина использования ресурсов. Так, например, Rubenstein et al. (7) обнаружили явное перераспределение в использовании ресурсов в отношении пациентов контрольной группы между больницей и домом престарелых по сравнению с пациентами экспериментальной группы. В целом, однако, ощутимой разницы в расходах между группами отмечено не было.

Учитывая небольшой объем данных и тот факт, что они получены из множества различных стран, обобщение результатов, позволяющее использовать их для конкретных систем здравоохранения и социальной поддержки, не представляется возможной. Для принятия решений, затрагивающих экономические аспекты организации выписки с обеспечением координированной последовательной помощи в стационаре и по месту жительства, потребуются проведение экономического моделирования.

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

Обсуждение

В системах здравоохранения по всему миру все более распространяется убежденность в том, что внедрение медицинских и здравоохранительных технологий должно быть основано на убедительных научных аргументах (46,47). При этом в качестве «золотого стандарта» нередко упоминают рандомизированное контролируемое испытание (РКИ) (46,48,49). Однако проведение РКИ не всегда возможно по экономическим, организационным или этическим причинам (50). По оценкам Национального института здоровья США лишь около 20% используемых в настоящее время медико-санитарных технологий были испытаны с помощью рандомизированных контролируемых испытаний (51). На этом фоне растет популярность методов мета-анализа (суммарной количественной оценки данных ряда аналогичных исследований) (52), составляющих основу современной доказательной медицины (53). Этот подход позволяет дать более точные оценки и решить вопросы, на которые не могут ответить отдельные исследования в силу их недостаточного масштаба или методологических характеристик. Однако мета-анализ обладает и собственными ограничениями, которые проявляются невзирая на методологическую тщательность. Так, например, исследования с негативными результатами нередко не публикуются, исследования часто отличаются существенной неоднородностью, случается также, что при проведении масштабных рандомизированных контрольных испытаний их результаты противоречат выводам ранее проведенного мета-анализа (54,55).

В данном обзоре была осуществлена попытка суммированного представления фактических данных, полученных в рандомизированных контролируемых испытаниях комплексных вмешательств, направленных на оказание помощи пациентам в связи с выпиской из больницы после проведенного стационарного лечения. Мы выявили надежный источник фактических данных (более ранний систематический обзор, обновленный путем включения дополнительных работ, почерпнутых из литературных баз данных), отобрали работы для отражения в обзоре с использованием четких критериев, а также определили критерии качества для оценки работ, отобранных для суммирования данных. Там, где это представлялось возможным, данные индивидуальных исследований были суммированы с использованием техники мета-анализа для формирования обобщенного количественного и качественного представления о сути имеющейся фактической информации.

Не вызывает сомнения то, что фактические данные в пользу конкретных мероприятий в период выписки пациентов из стационаров весьма неоднородны. Речь, в частности, идет о вмешательствах, основанных на принципах комплексной гериатрической оценки, обычно проводимой мультидисциплинарной бригадой медицинских работников; при этом эффективная координация между стационаром и службами по месту жительства пациента является частью пакета услуг, в который также входит оценка и формулирование рекомендаций по оказанию помощи по различным направлениям. Другой вид вмешательств характеризуется особым вниманием к вопросам организации последующего оказания помощи после выписки. Такие вмешательства как правило осуществляются одним медицинским работником (часто специализированной или опытной медсестрой общей практики). Проводится координация оказания строго определенных видов помощи

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

как силами стационара, так и службами по месту жительства. Наконец, третий вид вмешательств – просветительные мероприятия (информирование либо более прицельное обучение по конкретным видам патологии), главным образом нацеленные на то, чтобы пожилые люди могли более эффективно следить за состоянием своего здоровья и выполнять врачебные назначения.

В данный обзор не были включены недавно полученные фактические данные по вмешательствам, целенаправленно касающихся конкретных видов патологии: ишемической болезни сердца (56–59), инсульта (59–65), перелома шейки бедренной кости (66–67), а также хронических обструктивных заболеваний легких (68,69). Не исключено, что тщательный анализ этих работ даст дополнительную полезную информацию о проведении эффективных вмешательств в период выписки пожилых людей из стационара.

Больничные отделения и организация выписки после стационарного лечения – это лишь одно из звеньев комплексной системы удовлетворения потребностей пожилых людей, которая включает также медицинские и социальные службы по месту жительства, первичную медико-санитарную помощь, реабилитацию, услуги домов престарелых и пансионатов для совместного проживания пожилых людей, добровольные организации, а также уход, обеспечиваемый близкими. Различия в обеспечении доступа к местным службам (например, число мест в домах престарелых) могут оказывать значительный и стойкий эффект на то, в какой мере стационары могут своевременно выписывать пожилых пациентов из больничных стен (70). Иными словами, эффективность вмешательств, направленных на сокращение пребывания пациентов в больнице и организацию последующей помощи после выписки во многом зависит от более широкого контекста имеющихся возможностей медицинского и социального обслуживания. Вмешательства, дающие позитивные результаты в регионах с хорошо развитыми и действенными службами поддержки по месту жительства, могут быть весьма мало эффективными или вообще не оказывать никакого влияния в условиях, когда эти службы являются неадекватными или отсутствуют.

Следует также учитывать, что само проведение экспериментального вмешательства может оказывать местный эффект на доступ к службам для пациентов контрольной группы: либо улучшая этот доступ при спонтанном распространении (диффузии) новой практики, либо напротив, искусственно ограничивая данный доступ за счет отвлечения ресурсов на обслуживание пациентов экспериментальной группы.

Ввиду выраженной разнородности вмешательств, описанных в данном обзоре, напрашивается предположение, что характер вмешательства не является определяющим фактором эффективности в отношении снижения частоты повторной госпитализации. Возможно, что таким фактором является, например, концентрация всех усилий при организации помощи (будь то мультидисциплинарная оценка, координация при выписке либо просветительные мероприятия) на удовлетворении индивидуальных потребностей пациентов вне зависимости от задействованных организаций или агентств. Такой вывод, однако, лишь косвенным образом отражает полученные фактические данные, поэтому к нему следует относиться с определенной осторожностью.

Обсуждаемые результаты получены из обзора научной литературы, посвященной организации последующей помощи пожилым людям после их выписки из стационара. Эти мероприятия начинались еще в стационаре и охватывали пациентов с различными

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

нарушениями терапевтического и хирургического профиля. Работы, касающиеся специфических вмешательств при конкретных заболеваниях, в обзор включены не были, что таким образом сняло соответствующие препятствия для обобщения результатов. Тем не менее, возможность рассматривать полученные выводы как потенциально поддающиеся широкому обобщению (всегда учитывая трудности внедрения результатов научных изысканий в реальную практику) ограничена вследствие значительной вариабельности параметров проводимых вмешательств в различных исследованиях. Ключевым вопросом практического внедрения будет адекватный анализ местного здравоохранительного и социального контекста. Следует также принимать во внимание, что большая часть данных получена в США и в странах северной части Европы. Нет оснований рассчитывать на то, что результаты данных исследований можно автоматически перенести на другие системы здравоохранения. Поэтому широкому внедрению описанных подходов в других странах должны обязательно предшествовать местные исследования и развитие необходимых условий.

В данном обзоре рассмотрены вмешательства, выполняемые в условиях координированного оказания помощи в стационаре и по месту жительства. В него не попали многие другие типы вмешательств, вызывающие в настоящее время повышенный интерес и являющиеся предметом широких обсуждений. Так, в обзоре не были отражены программы оказания помощи, либо осуществляемые исключительно на уровне местных сообществ, либо не подтвержденные результатами высококачественных рандомизированных контролируемых исследований. В частности, не были включены программы, направленные на снижение уровней госпитализации среди пожилых пациентов в состоянии старческого увядания – «Evercare» в США (71) и модели «промежуточной помощи» в Соединенном Королевстве (72). Не были также включены специализированные программы при конкретных хронических заболеваниях (73), направленные на сокращение госпитализации благодаря применению просветительных мероприятий и оказанию поддержки пациентам по месту жительства.

Данные, собранные в обзоре, не позволили провести полноценный анализ экономической эффективности, хотя и были отмечены определенные указания на то, что имело место скорее перераспределение ресурсов, нежели их экономия.

Выводы

Можно с достаточной уверенностью утверждать, что организация последовательного и координированной помощи при выписке из больницы, оказываемой в стационаре и затем по месту жительства пациентов ведет к снижению частоты повторной госпитализации. Эти мероприятия не влияют на уровень смертности (ни в сторону снижения, ни повышения). Статистической связи с более коротким пребыванием в стационаре или с улучшением состояния здоровья обнаружено не было. Однако, не исключено, что выявлению такой связи путем синтеза данных из различных исследований препятствовала значительная разнородность используемых в них методов регистрации данных показателей.

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

Основной вывод данного обзора относительно организации последующей помощи пациентам после их выписки из больницы параллельно силами стационара и служб по месту жительства следующий: данные мероприятия являются вполне безопасными (не влекут за собой повышение уровней смертности или другие неблагоприятные последствия) и обуславливают снижение частоты повторной госпитализации приблизительно на 20%. Данный положительный эффект является достаточно существенным, особенно по отношению к пожилым людям с высоким риском повторной госпитализации.

С учетом этой информации имело бы смысл провести оценку следующих факторов:

- средняя частота повторной госпитализации пожилых пациентов в данном регионе;
- наличие в данном регионе практики проведения каких-либо организационных мероприятий, направленных на оказание поддержки пациентам при выписке из стационара;
- исходя из оценки первых двух факторов – наличие оснований для изменения существующей процедуры выписки пациентов.

Имеющиеся данные не позволяют сформулировать конкретные рекомендации для внедрения в том или ином регионе вследствие определяющего значения местного контекста, однако в общем плане целесообразно иметь в виду следующие соображения:

- на национальном уровне: в какой мере организация работы служб здравоохранения и социальной поддержки способствует (или напротив препятствует) оказанию координированной помощи силами стационара и служб по месту жительства при выписке пациента;
- на уровне местных ведомств здравоохранения и социальной поддержки: предусмотрена ли в местных учреждениях здравоохранения и социальной поддержки координированная деятельность по организации оказания последующей помощи после выписки пациента из стационара;
- на уровне самих местных учреждений, оказывающих медицинскую помощь и социальную поддержку: оказывается ли адекватная поддержка и стимулирование координированной работы сотрудников по оказанию параллельной помощи пациентам в стационаре и после их выписки – по месту жительства.

Общие модели оказания помощи, описанные в данном обзоре и обеспечивающие координированную поддержку пациентов до и после выписки из стационара, основаны на следующих возможных принципах:

- использование мультидисциплинарных бригад, осуществляющих комплексную гериатрическую оценку;
- использование процессов комплексного планирования при выписке, обычно при участии медицинской сестры общего профиля или специализированной медицинской сестры;
- использование просветительных мероприятий с целью повышения собственных возможностей пациента по контролю своего состояния и выполнению врачебных назначений.

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

Приложение 1: Методы обработки и обобщения информации

Методика поиска адекватной информации

В первоначальном обзоре было выявлено 15 исследований, посвященных вмешательствам по координированному переводу пациентов с госпитального этапа оказания помощи на уровень местного сообщества и где в качестве критерия оценки эффективности использовали частоту повторной госпитализации. Из 71 работ, включенных в этот обзор, 63 (89%) были найдены путем осуществления англоязычного поиска в системах Medline, Embase и CINAHL.

При подготовке обновленного обзора (по состоянию на январь 2004 г.) была применена та же методика, что и при составлении изначальной версии. При этом был осуществлен поиск по следующим источникам информации: Medline (1996 – ноябрь 2003 г.), EMBASE (1996 – конец 2003 г.), CINAHL (1982 – декабрь 2003 г.), Кокрановская библиотека систематических обзоров (2003–2004 гг.), а также 10-й выпуск материалов Центра обзоров и распространения фактических данных по клинической медицине (Национальная служба здравоохранения Соединенного Королевства).

Целевая группа

Пациенты в возрасте 65 лет и старше, выписываемые из стационаров (клинических или региональных больниц общего профиля, местных больниц). В обзор не включались работы, посвященные организации выписки пациентов из стационаров, не использующих высокоспециализированные лечебно-диагностические методы (например, домов престарелых), либо касающиеся амбулаторной помощи (дневные стационары, амбулаторные отделения больниц).

Вмешательство

Работа включалась в обзор лишь при условии, что в нем оценивалось вмешательство, направленное на организацию выписки пациента из больницы и проводимое координированно со стороны стационара и служб по месту жительства. Иными словами, все включенные в обзор вмешательства одновременно касались оказания помощи пациенту в стенах стационара до выписки и по месту жительства после выписки. Работы, посвященные конкретным видам патологии или применяемым препаратам, включались в обзор только в том случае, если в них шла речь о потенциально обобщаемых вмешательствах. Развитие и применение такого подхода подробно изложены в ранее опубликованных источниках (6). Например, работа, посвященная оценке эффективности конкретного препарата при стационарном лечении пациентов с сердечной недостаточностью, не была бы включена в обзор. Однако работа, посвященная оценке эффективности домашних посещений таких больных специализированными медицинскими сестрами после выписки из стационара, напротив, была бы включена. В обзор не включались исследования, не распространявшиеся на пациентов старше 65 лет.

Методологические характеристики исследований

В обзор были включены только рандомизированные контрольные испытания. Методы оценки работ на соответствие основной теме и качество детально описаны в предыдущем

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

обзоре (6) и были в максимальной степени воспроизведены при подготовке обновленной версии.

Извлечение данных

Извлечение данных из исследований, помещенных в оригинальной версии обзора, проводилось двумя экспертами с использованием слепого метода. Однако при обновленном литературном поиске и окончательном извлечении данных сведения об авторах, их организациях и журналах, опубликовавших работы, не были скрыты от экспертов. Синтез информации по дополнительным исследованиям, включенным в обзор в результате обновленного поиска, был осуществлен автором без перекрестной проверки другими экспертами.

Показатели эффективности вмешательств

В обзор включались только те исследования, которые оценивали эффект вмешательства на частоту повторной госпитализации. Помимо этого учитывались следующие параметры (там где они были измерены): уровень смертности, длительность пребывания в стационаре, состояние здоровья и физических функций пациентов. В работах, включенных в обзор, как правило сравнивали комплексное вмешательство с обычной помощью, рутинно оказываемой пациентам в аналогичных ситуациях в регионе, где проводилось исследование.

Обновленный поиск выявил 2153 названий работ, потенциально соответствующих теме обзора. Из них было отобрано 309 публикаций, по которым были проанализированы резюме. В результате перечень отобранных работ сократился до 41, и данные публикации были подвергнуты детальному анализу на качество и соответствие теме. В итоге 15 работ были отсеяны, как не удовлетворяющие критериям соответствия (74–88). Еще 15 работ, хотя и удовлетворяли критериям соответствия (организация оказания последовательной помощи при выписке из больницы сперва в стационаре и затем по месту жительства), тем не менее были исключены из дальнейшего анализа, поскольку оцениваемые в них вмешательства касались конкретных заболеваний. Из них четыре работы были посвящены вопросам оказания помощи больным с ишемической болезнью сердца (56–59), шесть работ – с инсультом (60–65), две – с переломом шейки бедра (66,67) и две – с хроническим обструктивным легочным заболеванием (68,69). Было выявлено пять систематических обзоров, из которых четыре были отсеяны по критериям соответствия (80–92), а оставшийся пятый (93) – также исключен из анализа, поскольку хотя он и касался вопросов оказания помощи при выписке из стационара, но все рассмотренные вмешательства проводились только после выписки в домашних условиях, а не последовательно в больнице и затем на дому. Три оригинальных исследования (28,35,94) оказались уже включенными в предыдущий систематический обзор по вопросу об организации помощи при выписке. Таким образом осталось три исследования (20,21,32), которые были рассмотрены вместе с 15 исследованиями из предыдущего систематического обзора, описанными в 26 публикациях (7,16-19,22,23,27,29-31,33,34,36-44).

*Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?
Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

Библиография

1. Landefeld CS. Improving health care for older persons. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 139:421–424.
2. Covinsky KE et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatric Society*, 2003, 51:451–458.
3. Thomas EJ, Brennan TA. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. *BMJ*, 2000, 320:741–744.
4. Roland M, et al. Follow up of people aged 65 and over with a history of emergency admissions: analysis of routine admission data. *BMJ*, 2005, 330:289–292.
5. <http://ratings2004.healthcarecommission.org.uk/Trust/results/indicatorResults.asp?indicatorId=1403>, accessed 15 September 2005.
6. Parker SG et al. A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technology Assessment*, 2002, 6(4).
7. Rubenstein LZ et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized controlled trial. *New England Journal of Medicine*, 1984, 311:1664–1670.
8. Rubenstein LZ et al. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *Journal of the American Geriatric Society*, 1991, 39 (suppl):8–16.
9. Stuck AE et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet*, 1993, 342:1032–1036.
10. Melin AI, Byrgeb LO. Efficacy of the rehabilitation of elderly primary health care patients after short-stay hospital treatment. *Medical Care*, 1992, 30:1004–1015.
11. Epstein AM et al. Consultative geriatric assessment for ambulatory patients: A randomized trial in a health maintenance organization. *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 1990, 263:8–44.
12. Stuck AE et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *New England Journal of Medicine*, 1995, 333:1184–1189.
13. Warren MW. Care of the chronic aged sick. *The Lancet*, 1946, i:841–843.
14. Warren MW. Rehabilitation of the elderly patient. *Annals of Physical Medicine*, 1960, 5:170.
15. Exton-Smith AN, Crockett GS. The chronic sick under new management – experiences starting a geriatric unit. *The Lancet*, 1949, i:1016–1018.
16. Saltz CC et al. Impact of a geriatric consultation team on discharge placement and repeat hospitalization. *Gerontologist*, 1988, 28 (3):344–350.

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

17. Allen CM et al. A randomized, controlled clinical trial of a geriatric consultation team. Compliance with recommendations. JAMA, Journal of the American Medical Association, 1986, 255 (19):2617–2621.
18. McVey LJ et al. Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients. A randomized, controlled clinical trial. Annals of Internal Medicine, 1989, 110 (1):79–84.
19. Siu AL et al. Postdischarge geriatric assessment of hospitalized frail elderly patients [see comments]. Archives of Internal Medicine, 1996, 156 (1):76–81.
20. Thorsten N et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. Age and Ageing, 1999, 28:543–550.
21. Avlund K et al. Effects of comprehensive follow up home visits after hospitalization on functional ability and readmissions among older patients. A randomized controlled study. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2002, 9:17–22.
22. Thomas DR, Brahan R, Haywood BP. Inpatient community-based geriatric assessment reduces subsequent mortality. Journal of the American Geriatric Society, 1993, 41 (2):101–104.
23. Naylor MD. Comprehensive discharge planning for hospitalized elderly: A pilot study. Nursing Research, 1990, 39 (3):156–161.
24. Williams EI, Fitton F. Factors affecting early unplanned readmission of elderly patients to hospital. BMJ, 1988, 297:784–787.
25. Styrborn K. Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals. Scandinavian Journal of Social Medicine, 1995, 23:273–285
26. Farren EA. Effects of early discharge planning on length of hospital stay. Nursing Economics, 1991, 9:25–20, 63.
27. Naylor M et al. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly – a randomized clinical trial. Annals of International Medicine, 1994, (12):999–1006.
28. Naylor MD et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial [see comments]. JAMA, Journal of the American Medical Association, Journal of the American Medical Association, 1999, 281 (7):613–620.
29. Kennedy L, Neidlinger S, Scroggins K. Effective comprehensive discharge planning for hospitalized elderly. Gerontologist, 1987, 27 (5):577–580.
30. Neidlinger SH, Scroggins K, Kennedy LM. Cost evaluation of discharge planning for hospitalized elderly: The efficacy of a clinical nurse specialist. Nursing Economics, 1987, 5 (5):225–230.
31. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission [see comments]. New England Journal of Medicine, 1996, 334 (22):1441–1447.
32. Lim WK, Lambert SF, Gray LC. Effectiveness of case management and post acute services in older people after hospital discharge. Medical Journal of Australia, 2003, 178:262–266.

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

33. Hui E et al. Outcomes of elderly stroke patients. Day hospital versus conventional medical management. *Stroke*, 1995, 26 (9):1616–1619.
34. Fitzgerald JF et al. A case manager intervention to reduce readmissions [see comments]. *Archives of Internal Medicine*, 1994, 154 (15):1721–1729.
35. McInnes E et al. Can GP input into discharge planning result in better outcomes for the frail aged? Results from a randomized controlled trial. *Family Practice*, 1999, 16:289–293.
36. Cline CMJ et al. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalization. *Heart*, 1998, 80 (5):442–446.
37. Rich MW et al. Effect of a multidisciplinary intervention on medication compliance in elderly patients with congestive heart failure. *American Journal of Medicine*, 1996, 101 (3):270–276.
38. Rich MW et al. Prevention of readmission in elderly patients with congestive heart failure: results of a prospective, randomized pilot study. *Journal of General Internal Medicine*, 1993, 8 (11):585–590.
39. Rich MW et al. Repetitive hospital admissions for congestive heart failure in the elderly. *American Journal of Geriatric Cardiology*, 1996, 5 (3):32–36.
40. Rich MW et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *New England Journal of Medicine*, 1995, 333 (18):1190–1195.
41. Stewart S et al. Effects of home-based intervention on unplanned readmissions and out-of-hospital deaths. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46 (2):174–80.
42. Stewart S, Pearson S, Horowitz JD. Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158 (10):1067–1072.
43. Stewart S et al. Prolonged beneficial effects of a home-based intervention on unplanned readmissions and mortality among patients with congestive heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159 (3):257–261.
44. Stewart S, Pearson S, Horowitz JD. Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158(10):1067–1072.
45. Nikolaus T et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age and Ageing*, 1999, 28 (6):543–550.
46. National Health Service Management Executive. *Assessing the Effects of Health Technologies*. London, Her Majesty's Stationery Office, 1992.
47. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving. *BMJ*, 1995, 310:1122–1126.
48. Peto R. Why do we need systematic overviews of randomized trials? *Statistics in Medicine*, 1987, 6:233–240.
49. Peto R, Collins R, Gray R. Large-scale randomized evidence: large, simple trials and overviews of trials. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1995, 48:23–40.

50. Smyth JF et al. Conducting clinical research in the new NHS: the model of cancer. United Kingdom Coordinating Committee on Cancer Research. *BMJ*, 1994, 309:457–461.
51. Dubinsky M, Ferguson JH. Analysis of the national institutes of health medicare coverage assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1990, 6:480–488.
52. Sacks HS et al. Meta-analysis of randomized controlled trials. *New England Journal of Medicine*, 1987, 316:450–455.
53. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving. *BMJ*, 1995, 310:1122–1126.
54. Teo KK et al. Effect of intravenous magnesium in suspected myocardial infarction: Overview of randomized trials. *BMJ*, 1991, 303:1499–1503.
55. Woods KL et al. Intravenous magnesium sulphate in suspected acute myocardial infarction: Results of the second Leicester Intravenous Magnesium Intervention Trial (LIMIT-2). *The Lancet*, 1992, 339:1553–1558.
56. Hartford K et al. Randomized controlled trial of a telephone intervention by nurses to provide information and support to patients and their partners after elective coronary artery bypass graft surgery: Effects of anxiety. *Heart & Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 2002, 31 (3):199–206.
57. Penque S et al. Early discharge with home health care in the coronary artery bypass patient. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 1999, 18 (6):40–48.
58. Harrison MB et al. Quality of life of individuals with heart failure: a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. *Medical Care*, 2002, 40 (4):271–282.
59. Jerant AF, Azari R, Nesbitt TS. Reducing the cost of frequent hospital admissions for congestive heart failure: a randomized trial of a home telecare intervention. *Medical Care*, 2001, 39 (11):1234–1245.
60. von Koch L et al. Randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke: one-year follow-up of patient outcome, resource use and cost. *Cerebrovascular Diseases*, 2001, 12 (2):131–138.
61. Teng J et al. Costs and caregiver consequences of early supported discharge for stroke patients. *Stroke*, 2003, 34 (2):528–536.
62. Fjaertoft H, Indredavik B, Lydersen S. Stroke unit care combined with early supported discharge: Long-term follow-up of a randomized controlled trial. *Stroke*, 2003, 34 (11):2687–2691.
63. Bautz-Holter E et al. Early supported discharge of patients with acute stroke: A randomized controlled trial. *Disability and Rehabilitation*, 2002, 24 (7):348–355.
64. Anderson C et al. Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial. I: Health outcomes at 6 months. *Stroke*, 2000 (31), 5:1024–1031.
65. Mayo NE et al. There's no place like home : an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke*, 2000 31 (5):1016–1023.

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

66. Crotty M et al. Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional improvements: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 2002, 16 (4):406–413.
67. Tinetti ME et al. Home-based multicomponent rehabilitation program for older persons after hip fracture: A randomized trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1999, 80 (8):916–922.
68. Skwarska E et al. Randomised controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 2000, 55 (11):907–912.
69. Cotton MM et al. Early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Thorax*, 2000, 55 (11):902–906.
70. El-Darzi E et al. A simulation modelling approach to evaluating length of stay, occupancy, emptiness and bed blocking in a hospital geriatric department. *Healthcare Management Science*, 1998, 1 (2):143–149.
71. Kane RL et al. The effect of Evercare on hospital use. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003, 51:1427–1434.
72. Carpenter I et al. Clinical and research challenges of intermediate care. *Age and Ageing*, 2002, 31:97–100.
73. Thea PM, Vlieland V. Managing chronic disease: Evidence-based medicine or patient-centred medicine? *Health Care Analysis*, 2002, 10:289–298.
74. Gilbertson L et al. Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: Randomized controlled trial. *BMJ*, 2000, 320:603–606.
75. Dellasega CA, Zerbe TM. A multimethod study of advanced practice nurse post-discharge care. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 2000, 4 (5):286–293.
76. Blue L et al. Randomized controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ*, 2001, 323:715–718.
77. Dudas V et al. The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization. *American Journal of Medicine*, 2001, 111 (9B):26S–30S.
78. Griffiths P et al. Substitution of a nursing-led inpatient unit for acute services: Randomized controlled trial of outcomes and cost of nursing-led intermediate care. *Age and Ageing*, 2001, 30 (6):483–488.
79. Hermiz O et al. Randomized controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ*, 2002, 325:938.
80. Krunholz HL et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 2002, 39 (1):83–89.
81. Kuisma R. A randomized, controlled comparison of home versus institutional rehabilitation of patients with hip fracture. *Clinical Rehabilitation*, 2002, 16 (5):553–561.

Можно ли при существующем порядке выписки из учреждения стационарной медицинской помощи для престарелых снизить частоту повторных госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, смертность или улучшить состояние здоровья?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Сентябрь 2005 г.*

82. Stewart S, Horowitz JD. Detecting early clinical deterioration in chronic heart failure patients post-acute hospitalization—a critical component of multidisciplinary, home-based intervention? *European Journal of Heart Failure*, 2002, 4 (3):345–351.
83. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomized controlled study. *The Lancet*, 1999, 354 (9184):1077–1083.
84. Anttila S K et al. Cost effectiveness of an innovative four-year post discharge programme for elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2000, 28:41–46.
85. McCorkle R et al. A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000, 48:1707–1713.
86. Mion LC et al. Case finding and referral model for emergency department elders: a randomized clinical trial. *Annals of Emergency Medicine*, 2003, 41 (1):57–68.
87. Caplan G, Timmiss P, Brown A. How can we help older patients after the emergency? A randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment after discharge of elderly from the emergency department – the Deed II study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000, 48 (8):S8.
88. Bogardus ST et al. The effects of a targeted multicomponent delirium intervention on postdischarge outcomes for hospitalized older adults. *American Journal of Medicine*, 2003, 114 (5):383–390.
89. Richards S, Coast J. Interventions to improve access to health and social care after discharge from hospital: A systematic review. *Journal of Health Services and Research Policy*, 2003, 8 (3):171–179.
90. Cole MG. The impact of geriatric post-discharge services on mental state. *Age and Ageing*, 2001, 30 (5):415–418.
91. Cameron I et al. Geriatric rehabilitation following fractures in older people: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 2000, 4(2):i-iv, 1-111.
92. Early Supported Discharge Trialists. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *The Cochrane Library*, 2005, 2:207.
93. Hyde CJ, Robert IE, Sinclair AJ. The effects of supporting discharge from hospital to home in older people. *Age and Ageing*, 2000, 29 (3):271–279.
94. Stewart S, Pearson S, Horowitz JD. Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158 (10):1067–1072.