

УПРАВЛЕНИЕ НА ГРИЖИТЕ ЗА ЗДРАВЕТО НА ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА СЛЕД БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

А. Георгиева

MANAGEMENT OF HEALTH CARE FOR THE ELDERLY AFTER HOSPITAL TREATMENT

L. Georgieva

Резюме: Управлението на грижите след болнично лечение е част от цялостното управление на грижите за здравето. Повишената уязвимост на възрастните пациенти изисква разработване на насочени стратегии за управление на следхоспитализационните грижи. Управлението на грижите може да се извършва в различни модели, чието общо намерение е персонализиране на грижите, за да се осигури възможност на всеки човек да получи полза за своето здраве. Отправна точка в осигуряване континуума на грижи в следхоспитализационния период е тяхното планиране в т. нар. процес на планиране на изписването.

Ключови думи: управление на грижите, възрастни хора, следхоспитализационен период, планиране на изписването.

Summary: Care management after hospital treatment is a part of health care management as a whole. The increased vulnerability of elderly patients requires development of relevant strategies for posthospital care management. Care management can be performed using different models, which all aim at care personalization, in order to provide opportunity for everyone to receive a health benefit. A starting point in providing continuum of care in the posthospital period is the planning of care, the so called process of discharge planning.

Key words: care management, elderly, posthospital period, discharge planning.

Глобалната демографска трансформация към нарастване числеността на възрастните хора е особено силно изразена в европейския регион. България е сред водещите страни в Европа и света по относителен дял на възрастовата група 65 и повече години. С нарастване относителния дял на възрастните хора, нараства и делът на лекуваните в болница. Callahan et al. (2002) определят хоспитализацията като критичен момент в живота на възрастния човек, както поради повишената уязвимост от здравното състояние, предизвикало стационарно лечение, така и поради преживяването на емоционална криза (2).

Управлението на грижите след болнично лечение е част от цялостното управление на грижите за здравето, което може да се осъществява в различни модели и съответно да се нарича по различен начин. Управлението на грижите е насочено към всички пациенти, но осъзнаването на повишената уязвимост на възрастните хора води до разработване на насочени стратегии за управление на грижите в напреднала възраст.

“Управление на случай” (case management) е процес на оценка, планиране, улесняване и подкрепа за посрещане на индивидуалните здравни потребности, чрез осигуряване

достъпност на ресурсите, за да се постигнат качествени резултати (4). Това е средство за достигане оптимално ниво на автономност на индивида, чрез идентифициране континуума на необходимите грижи и улесняване на тяхното получаване, при което ползата е за самия индивид и за подкрепящата го система. Steeman et al. (2006) отбелязват положителното влияние на изписването от болницата според case management протокол върху състоянието на възрастните пациенти (24).

Проектът Evercare във Великобритания е разработен за управление на грижите за възрастните хора, основани на индивидуалните потребности (case management), като критерий за включване са две и повече спешни хоспитализации на възрастен пациент през предходната година. Вътрешната оценка на проекта показва подобряване качеството на живот на възрастните хора и грижещите се за тях. Въпреки че не се наблюдава редукция на хоспитализациите, според Black (2007) подобряването на качеството на живота е резултат, адмириран от всеки, който работи с възрастни хора (1).

Отчитайки недостатъчната ангажираност към пациентите след изписване от болницата, здравните власти във Виктория (Австра-

лия) разработват case management програма за след-активни грижи (Post Acute Care Program – PAC). Програмата е насочена към изписани от обществените болници и спешните отделения, за които е оценена необходимост от подкрепа за възстановяване в дома. PAC службите изпълняват координираща роля в осигуряването на необходимата следхоспитализационна подкрепа съгласно case management протокол (18). Lim, Lambert & Gray (2003) установяват по-добро качество на живота един месец след изписване и по-малко разходи за здравни услуги на пациентите на възраст 65 и повече години, включени в програмата (17).

“Управление на заболяването” (disease management) е подход към координирани и изчерпателни грижи за пациента през цялото време на протичане на заболяването и във всички звена на здравеопазната система (11). Необходимостта от управление на заболяването е манифестна по отношение на хроничните заболявания, които са водещи причини за хоспитализации на възрастните хора.

Терминът **“трансмурални грижи”** (transmural care) описва координирането на първичната и специализираната (включително болнична) медицинска помощ в Холандия, съобразено с потребностите на пациента (25).

Терминът **“управлявани грижи”** (managed care) се употребява за описание на техники за контролиране на разходите при избор на подходящи здравни услуги и за организации, използващи тези техники. Програмите за управлявани грижи използват собствена мрежа от доставчици на здравни услуги и могат да бъдат провеждани от различни организации (8, 22).

Стремешът към управление на грижите за възрастните хора в САЩ намира израз в два демонстрационни проекта: Социална здравно-поддържаща организация (Social Health Maintenance Organizations - SHMO) и Програма за цялостни грижи за възрастни (Program of all-inclusive care for the elderly – PACE). SHMO комбинира медицински грижи и социални услуги, в нея доброволно се включват Medicare бенефициенти на 65 и повече години. Координатор на грижите е специализирано звено от медицински сестри и социални работници. PACE е интегрирана система за активни и дългосрочни грижи, координирана около дневен център за възрастни. Участието е доброволно и е за лица на 55 и повече години с увреждания. Системата осигурява пълно покриване на всички услуги, включително подкрепящо домакинство. При оценката на проекта се установява редуциране на хоспи-

тализациите като следствие на пълноценното амбулаторно наблюдение. Положителните резултати на този модел, започнал функционирането си като демонстрационен проект между 1987 г. и 1997 г., водят до опционалното му предлагане в рамките на програмите Medicare и Medicaid (16).

Терминът **“интегрирани грижи”** се използва широко за характеризиране пълнотата на грижите, включително за управлявани грижи, трансмурални грижи, управление на заболяване и т. н. Общият фокус е към еднопосочност на грижите, но от различна перспектива. СЗО дефинира интегрираните грижи като холистичен и персонализиран подход към многоизмерните здравни потребности (26); концепция за обединяване предоставянето и управлението на услугите в целия им спектър (13).

Различните модели на управление на грижите имат общото намерение да улеснят лицата в получаването на свързани със здравето грижи. Общото е възприемането на необходимостта от персонализиране на грижите, за да се осигури възможност на всеки човек да получи полза за своето здраве.

Политиката за намаляване на болничния престой, водеща до необходимост от продължаване на лечението в извънболнични условия, налага планиране на грижите след изписване от болницата. Това разбиране е в основата на разработените в различни страни стратегии за планиране на изписването, като отправна точка в осигуряване континуума на грижи в следхоспитализационния период. Планирането на изписването е част от цялостния план за болнични грижи. **“Планиране на изписването”** е общоприет термин за процеса на осигуряване приемственост между болничното лечение и грижите след изписване, съдържащ няколко елемента: комплексна оценка на потребностите на пациента; разработване на индивидуален план за следхоспитализационни грижи; внедряване на този план; проследяване на изпълнението. Цели се постигане на сигурност, че източниците на грижи в извънболнични условия ще бъдат достъпни на пациента в сроковете, когато са му необходими. Датата на изписване се уточнява само при увереност за поемане на грижите от общопрактикуващия лекар и другите източници – ако това не е сигурно, изписването може да бъде отложено. Проследяването на изпълнението се осъществява чрез телефонен контакт с пациента, грижещия се за него и включените в плана служби, в срокове възприети от конкретния модел (от две седмици до два месеца след изписване). Координатори на процеса на планиране на

изписването могат да бъдат: медицинската сестра, полагаща грижи за пациента в болницата; специално назначено лице (най-често с образование на медицинска сестра); социален работник; планиращ изписването екип (3, 5, 7, 10, 12, 19).

Halasyamani et al. (2006) изтъкват необходимостта от **стандартизирано** планиране на изписването на възрастните пациенти. Организацията за болнично качество и безопасност на пациентите (Hospital Quality & Patient Safety) предлага практически списък на оптималните елементи в планиране на изписването им: разработване на документ с подробни данни за болничния престой, инструкция за пациента, комуникация с поемащите медицинските грижи след изписване. Поделените са следните: описание на проведената болнична дейност, състояние при изписване, включващо функционален и когнитивен статус, подробна писмена инструкция за продължаващо лечение (медикаментозен режим, цел на всеки медикамент, сравнение на медикаментите с приеманите преди хоспитализацията), организирани срещи с предоставящи грижи (с име, адрес и телефонен номер), препоръки към специализирани консултанти, документирано обучение на пациента и степен на неговото разбиране, възможни проблеми и препоръки за тях, телефонен номер за денонощна обратна връзка. Предложеният алгоритъм трябва да бъде доразвит от всяка болница съобразно локалните особености (14).

Планирането на изписването започва още при приемане в болницата и продължава през целия болничен престой (28). В преглед на литературата по проблема Shepperd et al. (2004) правят извода, че влиянието на планирането на изписването върху рехоспитализациите е несигурно, освен за съкращаване на болничния престой при недостиг на легла за активно лечение (23). Preen et al. (2005) отчитат нарастване на удовлетвореността и подобряване качеството на живот на пациентите, при които е разработен индивидуален план за следхоспитализационни грижи (20).

В обзор на литературата върху планирането на изписването на възрастните пациенти Jackson (1994) отбелязва недостатъчното участие на пациентите и техните близки в процеса на планиране (15). Coleman et al. (2004) изтъкват, че окуражаването на пациентите да изразяват своите предпочитания при разработване плана за грижи, води до по-добро разбиране на препоръките за терапевтичния режим (6), за разлика от ситуацията "те са говорили за мен", описана от Efraimsson, Sandman & Rasmussen (2006) (9).

СЗО препоръчва повишаване компетентността на медицинските професионалисти за разработване на индивидуализиран план за грижи, с вземане предвид потребностите на пациента, неговите оценки и предпочитания (27).

Отчитайки влиянието на организацията на здравните грижи върху решаването на здравните проблеми на възрастните хора, Reuben (2002) изтъква несъответствието между научните проучвания и реално осъществяваните грижи. Авторът класифицира **организационните интервенции** в две групи: промени в компоненти на модела и промени в системата (21). Промените в системата, които да гарантират цялостни интегрирани здравни грижи за възрастните хора, изискват консенсус между всички участници в процеса, промени в здравната политика и солидна икономическа обосновка. Промените в отделните компоненти на грижите при съществуващите институции, са по-гъвкави и приложими, като натрупването на тези промени също води до подобряване на организацията. За целта са необходими проучвания върху пропуските в организацията на грижите – насочено изследване на опита и вижданията на преките участници в процеса (самите възрастни хора).

Независимо от модела, в който се осигуряват грижите за здравето в съответното общество, управлението на грижите за уязвимите му членове, каквито са възрастните хора, в период на повишена уязвимост, какъвто е времето след болнично лечение, трябва да бъде обществен ангажимент и отговорност.

Използвана литература:

1. Black DA. Case management for elderly people in the community. *BMJ* 2007; 334:3-4.
2. Callahan EH, Thomas DC, Goldhirsch SL, Leipzig RM. Geriatric hospital medicine. *Medical Clinics of North America* 2002; 86(4):707-729.
3. Carroll A, Dowling M. Discharge planning: communication, education and patient participation. *Br J Nurs* 2007; 16(14):882-886.
4. Case Management Society of America. Definition of Case Management. (<http://www.cmsa.org/Default.aspx?tabid=104>)
5. Cockram A, Gibb R, Kalra L. The role of a specialist team in implementing continuing health care guidelines in hospitalized patients. *Age and Ageing* 1997; 26:211-216.
6. Coleman EA, Smith JD, Frank JC, Min SJ, Parry C, Kramer AM. Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: The care transitions intervention. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004; 52(11):1817-1825.
7. Continuing Care Unit, Metropolitan Health and Aged Care Division, Victorian Government Department of Human Services. Improving patient transition from hospital to the community: a good practice guide. Department of Human Services, Melbourne 2003.

8. Edward AM. Managed Care for Elderly People: A Compendium of Findings. *American Journal of Medical Quality* 1998; 13(3):127-140.
9. Efrainsson E, Sandman PO, Rasmussen BH. "They were talking about me"-elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference. *Scand J Caring Sci* 2006; 20(1):68-78.
10. Einstadter D, Cebul RD, Franta PR. Effect of a nurse case manager on postdischarge follow-up. *Journal of General Internal Medicine* 1996; 11(11):684-688.
11. Elrod G, Cook DJ, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S. Evidence-based disease management. *JAMA* 1997; 278(20):1687-1692.
12. Grimmer K, May E, Dawson A, Peoples C. Informing discharge plans. Assessment of elderly patients in Australian public hospitals: a field study. *IJAHP* 2004; 2(3). (http://ijahsp.nova.edu/articles/Vol2number3/Grimmer-Discharge_Plans.htm)
13. Gröne, O, Garcia-Barbero M. Trends in Integrated Care: Reflections on Conceptual Issues. *World Health Organization, Copenhagen, 2002, EUR/02/5037864*.
14. Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, Torson P, Bookwalter T, Budnitz T, Manning D. Transition of Care for Hospitalized Elderly Patients - Development of a Discharge Checklist for Hospitalists. *Journal of Hospital Medicine* 2006; 1:354-360.
15. Jackson MF. Discharge planning - issues and challenges for gerontological nursing - a critique of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19(3):492-502.
16. Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care* 2000; 1. (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1533997>)
17. 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(6):262-266.
18. Metropolitan Health and Aged Care Services Division, Department of Human Services. Post Acute Care Program Review Discussion Paper. Department of Human Services, Melbourne 2005.
19. Naylor M, Broton D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M. Comprehensive Discharge Planning for the Hospitalized Elderly. *Annals of Internal Medicine* 1994; 120(12):999-1006.
20. Preen DB, Bailey BES, Wright A, Kendall P, Phillips M, Hung J, Hendriks R, Mather A, Williams E. Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; 17(1):43-51.
21. Reuben DB. Organizational interventions to improve health outcomes of older persons. *Medical Care* 2002; 40(5):416-428.
22. Safran DG, Wilson IB, Rogers WH, Montgomery JE. Primary Care Quality in the Medicare Program. Comparing the Performance of Medicare Health Maintenance Organizations and Traditional Fee-for-Service Medicare. *Archives of Internal Medicine* 2002; 162:757-765.
23. Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; (1):CD000313.
24. Steeman E, Moons P, Milisen K, De Bal N, De Geest S, De Froidmont C, Tellier V, Gosset C, Abraham I. Implementation of discharge management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalization. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; 18(5):352-358.
25. Van der Linden BA, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJ. Integration of care in The Netherlands: the development of transmurale care since 1994. *Health Policy* 2001; 55(2):111-120.
26. WHO. Integration of health care delivery. Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series. 861. Geneva: WHO, 1996.
27. WHO. The World Health Report 2006 - Working together for health. Geneva: WHO, 2006.
28. Zwicker D, Picariello G. Discharge planning for the older adult. In: Mezey M, Fulmer T, Abraham I, Zwicker DA, editor(s). *Geriatric nursing protocols for best practice*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company Inc. 2003.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Лора Георгиева
Катедра "Социална медицина и
организация на здравеопазването"
МУ – Варна
ул. "Марин Дринов" №55
e-mail: lorahg@abv.bg