



Yüksek Riskli Yaşlı Hasta Kimdir?

Who is High Risk Elderly Patient?

Mehmet İlkin Naharcı

Öz / Abstract

İleri yaşlı bireylerin akut ve post-akut bakımı sorunlarla dolu olan bir süreçtir. Yüksek riskli yaşlı hastalar; gelişen komplikasyonlar sebebiyle daha sık hastane başvuruları yapmak zorunda kalan, sürekli hastaneye yatırılma riski ile karşı karşıya olan, işlevsel azalma, bakım evine yatırılma ve ölüm riskinin artmış olduğu bireylerdir. Bu hastalarda tedavilerin düzenlenmesinde ve uygulanmasında, bakım vermede uyumsuzluklar ve sorunlar ortaya çıkmaktadır. Yaşlı bireylerde bu riskleri artıran faktörler kişiye göre değişebilir de, mevcut kronik hastalıklar ve geriatrik sendromlar altta yatan en önemli nedenlerdir. Yüksek riskli yaşlı hastaların tespiti karmaşık ve birbirinin içine girmiş sendromlar, kronik hastalıklar, bakım ile ilişkili sorunlar ve sosyo-ekonomik problemler nedeniyle güç olmaktadır. Yüksek riskli hastalar 'planlı olmayan yeniden hastaneye yatışlar' açısından risk altındadırlar. Taburcu olan her 4 veya 5 yüksek riskli yaşlı bireyden birisi taburculuğu sonrası ilk ay içinde tekrar hastaneye yatırılmaktadır. Bu hastalarda erken tespit, multi-disipliner ekip ile takip, geliştirilmiş taburculuk planlaması uygulaması, ilaçların kontrolü ve hastane dışı bakım uygulamaları bakım kalitesinin artırılmasına katkıda bulunarak kaynakların daha verimli şekilde kullanılmasını sağlayabilecektir. Ülkemizde bu konu için geliştirilecek hasta merkezli programlara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, hasta güvenliği, risk yönetimi, hastanın yeniden başvurusu

The acute and post-acute care of the elderly is a process fraught with problems. Elderly patients at high risk are individuals who have to be admitted more frequently to a hospital due to developed complications, who are faced with a constant risk of hospitalization, and who have increased risks of functional decline, nursing home admittance, and death. These adverse outcomes cause discrepancies and problems in the implementation and regulation of treatment and coordination between health entities. Factors increasing these risks vary among these individuals, but existing chronic diseases and geriatric syndromes are the most important underlying causes. The identification of elderly patients at high risk for complications is difficult because of the complex syndromes, chronic diseases, care and socioeconomic problems. Also, these patients are at risk for unplanned hospital admissions. One of every 4 or 5 elderly patients discharged at high risk is re-admitted to a hospital within the first month. In these patients, early diagnosis, followed by a multi-disciplinary team, enhanced discharge planning, medication reconciliation and out of hospital care could contribute to improving the quality of care and more efficient use of the resources. In Turkey there is a need for patient-centered programs on this issue.

Keywords: Aged, patient safety, risk management, patient readmission

Örnek Vaka 1

Yetmiş yedi yaşında erkek hasta düşme sebebiyle yakınları tarafından acil servise getirildi. Öyküsünden birçok kez kardiyoloji ve ortopedi uzmanlarınca muayene edildiği, yaklaşık 1 ay öncede yürüme gücünü sebebiyle nöroloji uzmanına başvurduğu ve son 1 ay içinde 4 kez düşme geçirdiği öğrenildi. Komorbidite olarak koroner arter hastalığı, tip 2 diyabetes mellitus ve lomber disk hernisi bulunmaktaydı. Hastaya 3 yıl önce sağ kalça total protez replasmanı uygulanmıştı. Kendisi emekliydi, eşiyile beraber kalıyordu ve son 6 aydır yürüme gücünü nedeniyle yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlükler yaşamaktaydı. Olgu ve eşinden öğrenildiği üzere toplam 16 ilaç kullanılmaktaydı. Fizik muayenede; ayakta ölçülen arteryel tansiyonu 86/62 mm/hg idi ve diğer vital bulguları normal değerlerdeydi. Sağ omuz hareketleri düşme sonrası kısıtlı hale gelmişti. Sol dizde hafif sıcaklık ve hassasiyetin eşlik ettiği ciddi ağrı ve hareket kısıtlılığı (muhtemel effüzyon), sol kalça hareketlerinde kısıtlılık ve sol bacakta hafif güçsüzlük tespit edildi. Bu bulgular dışında özellikler arz eden bir muayene bulgusu yoktu. Ayrıntılı geriatrik değerlendirme sonucunda vakada düşmelere yol açacak çoklu faktörlerin bulunduğu, bunların postural hipotansiyon, polifarmasi, sol kalça ve dizde dejeneratif eklem hastalığı ve spinal stenoz kaynaklı nöropati olduğu değerlendirildi.

Örnek Vaka 2

Doksan iki yaşında kadın hasta son 3 gündür iştahında azalma olması sebebiyle ailesi tarafından muayeneye getirildi. Olgunun hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, üriner inkontinans (hiperaktif mesane) ve depresyon komorbiditeleri bulunmaktaydı. Yürürken yürüteç kullanılmaktaydı. Öyküsünden gece tualete kalktığına idrarına basması sonucu kayıp düştüğü, düşme sonrası kalça kırığı geliştiği ve yürürken bağımlı hale geldiği öğrenildi. Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda malnütrisyon, dehidratasyon ve idrar yolları enfeksiyonu teşhisleriyle hastaneye yatırıldı. Tedavi sonrası durumunda iyileşme gözlemlenen olgu yatışının 5. günü taburcu edildi. Ancak, taburcu olduktan 1 hafta sonra tekrarlayan idrar yolları enfeksiyonu sebebiyle tekrar hastaneye yatırıldı.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi,
Geriatri Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence:
Mehmet İlkin Naharcı
E-posta: drnaharci@yahoo.com

Geliş Tarihi/Received:
03.10.2016

Kabul Tarihi/Accepted:
28.11.2016

© Telif Hakkı 2017 Makale metnine
www.istanbultipdergisi.org web sayfasından
ulaşılabilir.

© Copyright 2017 by Available online at
www.istanbulmedicaljournal.org

Giriş

Gelişmiş veya gelişmekte olan birçok ülke gibi, yaş grupları açısından demografik bir değişim sürecinde olan Türkiye’de de genel nüfus içinde yaşlı oranı gün geçtikçe artış göstermektedir. 2015 yılı nüfus sayımına göre ülkemiz nüfusunun %8,2’sini yaşlı bireyler (yaklaşık 6,5 milyon) oluşturmaktadır (1). İleriki yıllara bakıldığında, bu popülasyonun oranının 2023 yılında %10,2’ye, 2050 yılında %20,8’e ve 2075 yılında ise %27,7’ye tırmanacağı tahmin edilmektedir (2). Dikkat çeken bir başka husus ise, tüm nüfus içinde diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında en hızlı artışın hastaneye yatış riskinin en yüksek olduğu 75 yaş üstündeki yaşlılarda olmasıdır (2). Bu grup bireylerde bilişsel bozulma, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, işlevsel bozulma ve istenmeyen sonuçların (engellilik, hastaneye yatırılma, bakımevine yerleşme ve ölüm) görülme olasılığı daha fazladır (3).

Dünya genelinde yaşlı nüfustaki hızlı ve dramatik artışa paralel olarak, bu popülasyonun akut ve post-akut sağlık bakımı ile ilgili endişelerde günbegün daha da ortaya çıkmaya başlamıştır (4, 5). Özellikle komplikasyon gelişme riski yüksek olan yaşlı bireylerde bu sorunlarla daha sık olarak karşılaşmaktayız. Çünkü yaşlı bireylerde hastaneye yatırılma ve sonrasında tekrar topluma dönüş süreci karmaşık ve sorunlarla dolu bir geçiş dönemidir. Hastaneye yatırılmanın hasta ve ailesine verdiği bilinen fiziksel ve ruhsal zarar verici sonuçları yanında, ciddi komplikasyonlara zemin hazırladığı ve yüksek maliyetler doğurduğu da iyi bilinmektedir (4).

Hasta güvenliği

Hastaların bakım kalitesinin artırılması, özellikle hastaneye sık başvuruları olan yaşlı bireylerin kronik hastalıklarının yönetiminde hedeflenmesi ve hayata geçirilmesi gereken bir konudur. İyi bir bakım hedefine de ancak tıbbi açıdan hasta güvenliğinin sağlanmasıyla ulaşılabilir. Yani, hasta güvenliği yüksek kaliteli bakımın vazgeçilmez temel unsurlarından biridir. Bu nedenle, hasta güvenliği konusu gelişmiş birçok ülkenin sağlık politikalarında önemli bir yer tutmaktadır (6).

Hasta güvenliği; sağlık bakımı sürecinde meydana gelen istenmeyen sonuçlardan veya bir başka deyişle komplikasyonlardan uzak durmaya çalışma, önlem alma ve iyileştirmeye çalışma olarak tarif edilmektedir (7). Hasta güvenliğinde tarif edilen istenmeyen sonuçların ortaya çıkışında hastanın mevcut hastalıklarının önemli bir rolü bulunduğu bilinmektedir (8). Karşılaşılan bu istenmeyen sonuçların bakım sürecinde yaşanan olumsuzluklardan kaynaklanan hayati tehlikeye yol açabilecek, ancak önlem alındığında sıklıkları mümkün olduğunca azaltılabilecek durumlar olduğu kabul edilmektedir (7). İstenmeyen sağlık olayları ayakta muayeneye gelen olgularda sıklıkla verilen ilaçların yan etkileri, sayıca çok ilaç yazılması, yanlış ilaç reçetelenmesi, teşhiste yapılan hatalar ve gözden kaçırmalar şeklinde olmaktadır (9-11). Hastanede ise hastane enfeksiyonları, tıbbi hatalar, polifarmasi ve ilişkili ilaç yan etkileri, ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç reaksiyonu, deliryum, düşmeler, işlevsellikte kayıp, bası yaraları, malnütrisyon ve venöz tromboembolizm en sık karşılaşılan istenmeyen durumlardır (12). Bunlar dışında, yaşlı bireylerin akut bakım merkezleri ile ev ve uzun dönem bakım merkezleri arasındaki transferlerdeki koordinasyon ve iletişim problemleri de istenmeyen sağlık sonuçlarının diğer bir önemli kaynağı olarak göze çarpmaktadır (13).

Yaşlı bireyler hasta güvenliğini tehdit eden istenmeyen sonuçlar açısından risk altındadırlar. Ülkemizde en iyi tedavi hizmetinin verildiği hastanelerde bile yaşlı hastalarda morbidite ve mortalite riskini artıran komplikasyonlar görülebilmektedir. Hastaneye yatan yaşlı her 5 hastadan birinde bu olumsuz durumlar ortaya çıkabilmektedir (14). Bu komplikasyonların yıllık maliyetlerinin ülke ekonomilerine ciddi mali yük getirdiği bilinmekle birlikte, yaklaşık yarısının iyi bakım planlamaları ile önlenebileceği bildirilmektedir (15). İlerleyen yaş, kronik hastalıklar, bilişsel bozukluk, psikolojik problemler, kırılabilirlik, sarkopeni, malnütrisyon ve ekonomik güçlükler istenmeyen sonuçların gelişimine zemin hazırlarlar. Tedavi aşamasında ortaya çıkan çoklu ilaç kullanımı, bakım planlarında yaşanan güçlükler, tedavinin uygulanmasında yanlışlıklar, birden fazla sağlık sorunuyla uğraşma ve sosyal desteğin azalması da bu olayların ortaya çıkışını kolaylaştırıcı faktörlerdir. Yaşlı hastalar gelişen istenmeyen sonuçlar sebebiyle daha sık ve farklı hastane başvuruları, hastaneye yatırılma riski ile karşı karşıya kalmaktadırlar (4, 5). Bunun sonucunda ise verilen tedavilerin düzenlenmesinde ve uygulanmasında, bakım vermede ve sağlık teşekkülleri arasında koordinasyonda uyumsuzluklar ve sorunlar ortaya çıkmaktadır (4).

Yüksek riskli hasta

Son yıllarda ‘planlı olmayan hastaneye yatışlar’ sağlık sisteminin verdiği bakımın kalite göstergelerinden biri olarak kabul görmektedir (6). Bu yatışların önemli bir kısmını ise, hastaneden taburcu olduktan sonra kısa süre içinde hastaneye geri yatışlarının yapıldığı bireyler oluşturmaktadır (16, 17). İlerleyen yaşla birlikte bu tip hastaneye yatış riski artmaktadır.

Yüksek riskli hasta; planlı olmayan şekilde her zaman acil servis veya hastane başvurusunun olabileceği, gelişmesi muhtemel istenmeyen durumların sıklıkla görüldüğü, işlevsel azalma, bakım evine yatırılma ve ölüm riskinin artmış olduğu bireylerdir (18). Bu hastalarda sağlık kuruluşlarına başvuru nedenleri arasında gelişen yeni bir durum, bilinen kronik bir durumun tekrarlayan alevlenmesi, tıbbi veya cerrahi bakım esnasında vuku bulan bir komplikasyon, ilaç etkileşimleri veya ilaç yan etkileri, yaralanmalar veya hastane bakımı gerektiği halde erkenden taburcu edilme bulunmaktadır (18).

Bu bireyler multidisipliner çalışma ile bir ortaklaşa bakıma ihtiyaç duymaktadırlar (19). Bu bakımın sadece hastanede değil, aynı zamanda uzun dönem bakım merkezlerinde ve evlerde de verilmesi gerekmektedir (19). Bakım açısından bakıldığında, sık hastane başvuruları ve yatışlar sarf edilen sağlık personeli işgücünün gereksiz yere tüketilmesine, sağlık kuruluşlarındaki malzemelerin israfına ve yatakların kullanılmasına yol açmaktadır. Bu durum verilen sağlık hizmetinin kalitesini bozmakta, hem hasta ve ailesine hem de sağlık personeline sorunlar doğurabilmektedir.

Yüksek riskli hastaların aile bireyleri ciddi bir psiko-sosyal ve fiziksel yük altına girmektedirler. Sık hastane başvuruları ve yatışlar hem sosyal hem de maddi anlamda ailelerde tükenmişliğe yol açabilir. Bu hastalarda zamanla günlük yaşam aktiviteleri olan yemek yeme, giyinme, banyo yapma, yürüme veya tuvalet kullanımı gibi faaliyetlerde yönlendirme ve destek gerektirecek derecede bozulma meydana gelebilmektedir. Bu safhalarda özbakımın yapılabilmesi için bir bakım verenin yardımı gerekebilmektedir. Bunun yanında, aile bireylerine klinik seyir hakkında bilgilendir-

me yapılmasına, gerçekçi beklentiler koyulmasına ve merak edilen konuların cevaplandırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu hasta grubunda yapılan bakımının kalitesi ve niteliği dışında önemli olan diğer bir konuda sağlık sistemine getirdiği mali yüküdür. Çünkü hastane başvuruları yüksek riskli hastalarda siktir ve sağlık harcamalarını çok artırmaktadır. Jencks ve ark. (17) sigortalı bireyler hakkında yaptığı bir analizde, bu hastalarda taburcu olduktan sonra tekrar hastaneye dönme oranı 30 gün içinde %19,6, 90 gün içinde %34,0 olduğu bildirilmektedir. Aynı hasta grubunda 1 yıl içinde tekrar hastaneye yatış oranını ise dahili nedenlerle yatışı yapılanlarda %67,1, cerrahi nedenlerde ise %51,5 bulunmuştur (17). Bu hastaların yaptığı hastane başvurularının ise toplamda 17,4 milyar dolar gibi ciddi bir harcamaya neden olduğu tespit edilmiştir (17).

Risk faktörleri

Yaşlı hastalarda hastaneye başvuruları, morbidite ve mortaliteyi artıran birçok faktör olduğu bilinmektedir. Yaşlı bireylerde bu riskleri artıran faktörler kişiye göre değişebilir de, mevcut kronik hastalıklar ve geriatrik sendromlar altta yatan en önemli nedenlerdir. Aşağıda yaşlı hastalarda istenmeyen durumların ortaya çıkışıyla ilişkili olduğu bilinen risk faktörleri verilmektedir;

- Yetersiz sosyal destek (16, 20),
- Düşük sosyo-ekonomik düzey (20),
- Eğitimsizlik (21),
- Fiziksel performansta ve kas gücünde düşüklük, kırılabilirlik (16, 22),
- Beslenme yetersizliği ve düşük vücut kitle indeksi (23),
- Önceki planlı olmayan hastaneye yatışlar (16, 20),
- Tedavi hataları (10),
- Bilişsel bozukluk (16, 24),
- Kronik hastalıklar (konjestif kalp yetmezliği, diabetes mellitus, kronik obstruktif akciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, kanser, depresyon... vb.) (16, 25),
- İlaç kaynaklı faktörler;
 - Polifarmasi (16),
 - Uygunsuz ilaç kullanımı (26),
 - Diğer ilaçlar; 1. jenerasyon antihistaminikler, anti-trombotikler, warfarin, antikoagülanlar, digoksin, NSAİD'ler, diltiazem, verapamil, nifedipin, alfa blokörler, pioglitazon, rosiglitazon, insülin, sülfanilüreler, benzodiyazepinler, non-benzodiyazepinler, kortikosteroidler, antikonvülanlar, psödoefedrin, teofilin, metoklopramid,...vb. (27),
 - Güçlü antikolinergik etkili ilaçlar (Amitriptilin, klorfeniramin, darifenasin, difenhidramin, fesoterodin, hidrokizin, olanzapin, oksibutin, paroksetin, ketiyapin, solifenasin, tolterodin, trospiyum) (28),
 - İlaç yan etkileri ve ilaç-ilaç etkileşimleri (10),
- Tıbbi girişim ilişkili komplikasyonlar (10),
- Nazokomiyal enfeksiyonlar, bası yaraları ve düşmeler (10),
- Taburculuk ve sonrası faktörler;
 - Erken taburculuk (10),
 - Taburculuk sonrası yetersiz tıbbi destek (29),
 - Taburculuk sonrası takip etmedeki güçlükler (29).

Nasıl tespit edilebilirler?

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilebilmesi sahip olunan ekonomik kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılmasıyla sağlanabilir. Bu amaçtan yola çıkarak, yüksek riskli hastaların erken

den tespit edilmesi ve buna uygun bakım planlarının geliştirilmesi önemli oranda hastaneye yatışların önüne geçilmesine ve sağlık harcamalarında tasarrufların yapılabilmesine katkı sağlayacaktır.

Yüksek riskli yaşlı hastaların tespiti güçtür. Çünkü yaşlı bireylerin sahip olduğu karmaşık ve birbirinin içine girmiş sendromlar, kronik hastalıklar, bakım ile ilişkili sorunlar ve sosyo-ekonomik problemler tanı aşamasında zorluklar çıkarabilmektedir. Bu aşamada gereken yaklaşım, kanıta dayalı yöntemlerle ortaya konulmuş değişik risk faktörlerinin bir model etrafında toplanarak uygulamaya çalışmak olmalıdır. Şimdiye kadar yüksek riskli hastayı tanımlamada birçok risk modeli geliştirilmiş olmakla beraber, henüz geçerliliği kanıtlanmış yöntem sayısı oldukça azdır (30). Bunun yanında çoğu model sadece yüksek riskli hastaya odaklanmıştır, önlenilebilir hastaneye yatışları tespit edememektedir ve günlük pratikte uygulanması güçtür (31).

Donze ve ark. (32) taburculuk öncesi klinik verileri kullanarak 30 gün içinde hastaneye yeniden yatışları tahmin eden bir risk modeli (HOSPİTAL skorlaması) ortaya koymuşlardır. 10.731 taburculuğun incelendiği bu çalışmada, risk faktörleri olarak taburculuk esnasında düşük hemoglobin düzeyi (<12 g/dL), onkoloji servisinde çıkış, düşük sodyum düzeyi (<135 mEq/L), hastanede yapılan işlemler (kansere tedavisi alma, biyopsi, kan transfüzyonu, gastrointestinal sistem endoskopisi... vb.), planlı olmayan hastaneye yatış, son 1 yıl içinde hastaneye yatış sayısı (0, 1-5, >5 kez) ve hastanede kalış süresi (≥5 gün) tespit edilmiştir (32). Yazarlar, bu skorlama sisteminin hasta taburculuğu öncesi risk durumunu belirleyerek bakımın verildiği yerler arasındaki geçişlerde yapılması gerekli girişimler için bir kılavuz olduğunu ifade etmektedirler (32). Yakın zamanda, çok merkezli 117.065 taburculuğun incelendiği bir çalışma ile HOSPİTAL skorlama sisteminin geçerliliği iyi olduğu ortaya konulmuş ve ayırt edici gücü olarak C istatistiği 0,72 (%95 CI, 0,72-0,72) bulunmuştur (33).

Ülkemizde bu grup hastalar henüz yeteri kadar ilgi görmemektedir. Ancak gelecekte karşılaşacağımız bu sorun için adımlar atılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Bu doğrultuda geliştirilme aşamasında olan 'Türkiye STAR (Safe Transitions for at Risk Patients) programı', yeni ve ümit vaat eden bir klinik yaklaşım olarak göze çarpmaktadır (13). Bu programda hastaneye yatış riski yüksek olup yeniden yatışı önlenilebilir nedenlere bağlı olan 75 yaş üstü yaşlı bireylere odaklanılmıştır. 30 gün içinde hastaneye yeniden yatış yapma veya hastanede gözlem altına alınma, son 180 gün içinde en az 2 defa hastaneye yatış, polifarmasi, bilişsel bozukluk, düşme, akut böbrek yetmezliği, kronik kalp yetmezliği veya kronik obstruktif akciğer hastalığı alevlenmesi ise yüksek riskli hastaların belirlenmesinde kullanılan kriterlerdir (13).

İleriye dönük dizayn ile 4812 hastanın takip edildiği bir başka çalışmada, taburculuk sonrası 30 gün içinde ölümler ve planlı olmayan yatışlar incelenmiştir (34). Hastanede kalış süresi, akut hastane başvuruları, Charlson Komorbidite İndeks skoru ve son 6 ay boyunca acil servis başvuruları risk faktörleri olarak tespit edilmiş ve kısaltması LACE indeksi olarak verilen bir skorlama sistemi dizayn edilmiştir. Çalışmada LACE indeksinin ayırt edici gücünün oldukça iyi olduğu bulunmuştur (C istatistiği=0,684) (34).

'Planlı olmayan yeniden hastaneye yatış' nedir?

Acil, cerrahi veya dahili servislerden taburcu edilen yaşlı bireyin taburculuğu sonrası tıbbi veya işlevsel bozukluklara bağlı olarak

kısa süre içinde tekrar hastaneye yatışının yapılması 'planlı olmayan yeniden hastaneye yatış' olarak kabul edilmektedir. Yaşlı bireyler ve özellikle yüksek riskli hastalar 'planlı olmayan yeniden hastaneye yatışlar' açısından risk altındadırlar. Taburcu olan her 4 veya 5 yaşlı bireyden birisi taburculuğu sonrası ilk ay içinde tekrar hastaneye yatışı yapılmaktadır (35). 'Planlı olmayan yeniden hastaneye yatışlar' gelişmiş ülkelerde bakımdaki kalite göstergesi olarak kabul edilmektedir.

ABD'de bu yatışların sağlık sistemine maliyetinin yıllık 26 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (36). ABD'de son yıllarda hem bakım kalitesini iyileştirmek hem de yeniden hastaneye yatışlar kaynaklı maliyeti azaltmak için sağlık alanında düzenlemelere gidilmiştir ve 30 gün içinde yeniden hastaneye yatışların azaltılması ülke genelinde hedeflenen bir sağlık politikası haline getirilmiştir (36). 2012 yılında bu ülkede sağlık sigortası sistemi 30 gün kavramını uygulamaya sokmuştur ve kısa sürede yeniden yatışların fazla tespit edildiği hastanelerde bunları azaltıcı programlar kullanılmasını zorunlu tutmaya başlamıştır. Bunun yanında, sigorta sistemi önlenabilir veya gereksiz yatışlar tespit edilmesi halinde hastaneye hasta başına ödemede kesinti cezası uygulamaya koymuştur.

Bu hastalarda hastaneye yatış önenebilir mi?

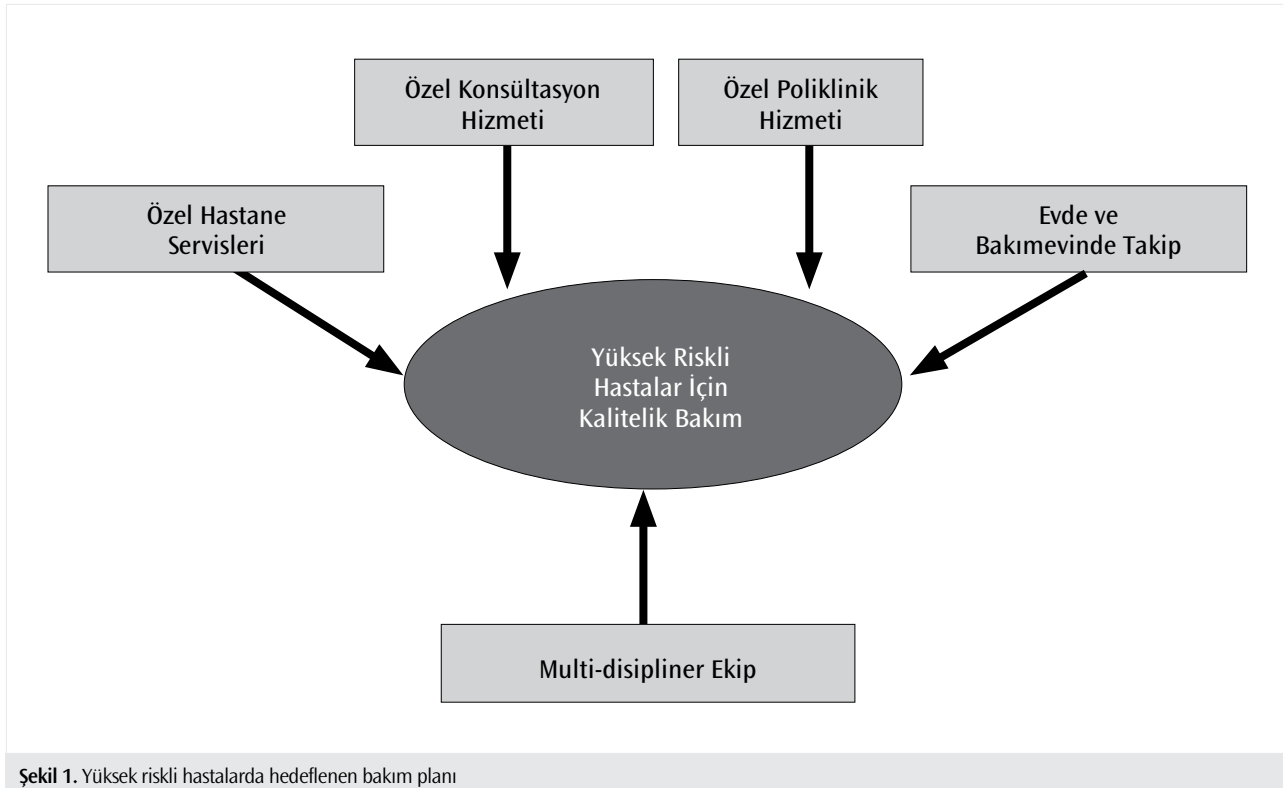
Son yıllarda bazı çalışmalarda hastaneye yeniden yatışların azaltılmasında özel bakım programlarının kısmen etkili olabileceği ileri sürülmektedir (37-39). Bu çalışmalarda dikkat çeken sorun, yaşlı bakımı ile ilgili durumlara uygun ve özellikle komplikasyon gelişme riski yüksek olan hastalara özel bir organizasyon yapılmadığıdır. Bununla birlikte, yüksek riskli yaşlı hasta grubunda önenebilir hastaneye yeniden yatışların nedenleri birden çok faktöre dayanmaktadır ve bu nedenle çok yönlü bir girişim gerektirmektedir. Bu hastalarda hedeflenmesi önerilen bakım planı Şekil 1'de gösterilmektedir (5).

Safe Transitions for Elderly People programı, 75 yaş üstü 1220 hastanın incelendiği ve 30 gün içinde hastaneye yeniden yatışlarla ilişkili karakteristiklerin belirlenmeye çalışıldığı bir projedir (40). Bu program temel bir bakım girişim planı şeklinde dizayn edilmiştir. Hastalar taburculukları sonrası telefon takiplerine alınmıştır ve onam veren bireylerin evlerinde eğitilmiş bir ev bakım hemşiresi ile klinik değerlendirilmeleri yapılmıştır. Ev ziyaretleri yapılan hastalarda hastaneye yeniden yatış oranları en düşük seviyede iken, ev ziyaretlerine onam vermeyen veya bağlantı kurulamayanlarda en yüksek seviyeler tespit edilmiştir (40). Ayrıca, sonuçlar hastaneye yeniden yatışların hastaneye daha önceki yeniden yatışla, sosyal desteğin az olmasıyla, depresyonla, ilaç uyumunun kötü olmasıyla ve aile hekiminin geç vizitiyle ilişkili olduğuna işaret etmektedir (41, 42).

Ülkemizdeki yaşlı bakımı uygulamaları

Türkiye'de son 10 yıl içinde, yaşlı sağlığı alanındaki genel sağlık politikaları ile uyumlu olarak çeşitli girişimlerde bulunulmuş ve bazı ilerlemelerde kaydedilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından İleri Bakım Planlamaları konusunda bir takım yöntemler tartışılmaya açıldıktan sonra, 2010 yılında Aile Hekimliği Modeli uygulanmaya başlanmıştır (43). Fakat ülkemizdeki yaşlı bireylerin bakımı konusu halen istenilen seviyenin uzağında kalmakla birlikte, gelecek yıllarda daha da büyüyecek bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Genel önlemler yerine hasta merkezli girişimlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bunlar ancak yeni geliştirilecek hasta merkezli programlar vasıtasıyla olabilecektir.

Yüksek riskteki yaşlı hastaların gelecekteki bakım ihtiyaçlarını karşılamayı hedefleyen Türkiye STAR programı, geriatri alanındaki güncel tedavi kılavuzlarının hastanede ve taburculuk sonrası sağlık hizmeti veren personelce sistematik bir şekilde uygulanmasına dayalı bir programdır (Şekil 1) (13). Bu program Türkiye'deki sağlık sisteminin gereksinimleri ile uyumlu olarak hazırlanmıştır.



Şekil 1. Yüksek riskli hastalarda hedeflenen bakım planı

Bu program, hastanede gelişebilecek komplikasyonların ve muhtemel hastaneye yeniden yatışların azaltılmasına, Türkiye'deki yaşlı bakımının kalitesini artırılmasına ve sağlık bakımı harcamalarında ekonomik tasarruflar sağlanmasına katkıda bulunabilir. Bu hasta merkezli programın yakın gelecekte test edilmesi planlanmaktadır.

Sonuç

Yüksek riskli yaşlı bireyler hasta güvenliğini tehdit eden istenmeyen olaylar veya başka tabirle komplikasyonlar açısından risk altındadırlar. Bu hastalarda erken tespit, multi-disipliner ekip ile takip, hastaneden taburculuklarında geliştirilmiş taburculuk planlaması uygulaması, kullandıkları ilaçların kontrolü ve hastane dışı bakım uygulamalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu uygulamaların hayata geçirilmesi, yüksek riskteki yaşlı hastalarda gelişebilecek komplikasyonlarda ve muhtemel hastaneye yeniden yatışlarında azalma sağlayarak, gelecekte ülkemizin karşılaştığı yaşlı bakımındaki sorunları hafifletebilecektir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını belirtmiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bülteni. 17 Mart 2016. Erişim adresi: URL: <http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=21520>.
2. Turkish Statistical Institute. Elderly Statistics 2014. Accessed September 23, 2016. Available from: URL: <http://www.turkstat.gov.tr>.
3. Black SA, Rush RD. Cognitive and functional decline in adults aged 75 and older. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1978-86. [CrossRef]
4. Coleman EA, Berenson RA. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Ann Intern Med* 2004; 141: 533-36. [CrossRef]
5. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. *JAMA* 2012; 307: 2493-94. [CrossRef]
6. Anderson GF, Steinberg EP. Hospital readmissions in the Medicare population. *N Engl J Med* 1984; 311: 1349-53. [CrossRef]
7. Mitchell PH. Defining Patient Safety and Quality Care. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 1.
8. Panagioti M, Stokes J, Esmail A, Coventry P, Cheraghi-Sohi S, Alam R, et al. Multimorbidity and patient safety incidents in primary care: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015; 10: e0135947. [CrossRef]
9. Lin HY, Liao CC, Cheng SH, Wang PC, Hsueh YS. Association of potentially inappropriate medication use with adverse outcomes in ambulatory elderly patients with chronic diseases: experience in a Taiwanese medical setting. *Drugs Aging* 2008; 25: 49-59. [CrossRef]
10. Alper E, O'Malley TA, Greenwald J. Hospital discharge and readmission. UpToDate. Updated June 29, 2016. Available from: URL: <http://www.uptodate.com>. Accessed August 22, 2016.
11. Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol* 2012; 65: 989-95. [CrossRef]
12. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 216-23. [CrossRef]
13. Naharcı Mİ, Ouslander JG. Türkiye STAR (Safe Transitions for at Risk Patients) programı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016; 15: 252-8. [CrossRef]
14. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 58-64. [CrossRef]
15. Office of Inspector General. Adverse events in skilled nursing facilities: National incidence among medicare beneficiaries. Accessed September 23, 2016. Available from: URL: <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-11-00370.pdf>.
16. Preyde M, Brassard K. Evidence-based risk factors for adverse health outcomes in older patients after discharge home and assessment tools: a systematic review. *J Evid Based Soc Work* 2011; 8: 445-68. [CrossRef]
17. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med* 2009; 360: 1418-28. [CrossRef]
18. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 145-151; discussion 151-2. [CrossRef]
19. Levine S, Steinman BA, Attaway K, Jung T, Enguidanos S. Home care program for patients at high risk of hospitalization. *Am J Manag Care* 2012; 18: e269-76.
20. Landi F, Onder G, Cesari M, Barillaro C, Lattanzio F, Carbonin PU, et al. Comorbidity and social factors predicted hospitalization in frail elderly patients. *J Clin Epidemiol* 2004; 57: 832-6. [CrossRef]
21. Wu JR, Holmes GM, DeWalt DA, Macabasco-O'Connell A, Bibbins-Domingo K, Ruo B, et al. Low literacy is associated with increased risk of hospitalization and death among individuals with heart failure. *J Gen Intern Med* 2013; 28: 1174-80. [CrossRef]
22. Legrand D, Vaes B, Matheï C, Adriaenssens W, Van Pottelbergh G, Degryse JM. Muscle strength and physical performance as predictors of mortality, hospitalization, and disability in the oldest old. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62: 1030-8. [CrossRef]
23. Buys DR, Roth DL, Ritchie CS, Sawyer P, Allman RM, Funkhouser EM, et al. Nutritional risk and body mass index predict hospitalization, nursing home admissions, and mortality in community-dwelling older adults: results from the UAB Study of Aging with 8.5 years of follow-up. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014; 69: 1146-53. [CrossRef]
24. Callahan KE, Lovato JF, Miller ME, Easterling D, Snitz B, Williamson JD. Associations between mild cognitive impairment and hospitalization and readmission. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63: 1880-5. [CrossRef]
25. Mudge AM, Kasper K, Clair A, Redfern H, Bell JJ, Barras MA, et al. Recurrent readmissions in medical patients: a prospective study. *J Hosp Med* 2011; 6: 61-7. [CrossRef]
26. Cahir C, Moriarty F, Teljeur C, Fahey T, Bennett K. Potentially inappropriate prescribing and vulnerability and hospitalization in older community-dwelling patients. *Ann Pharmacother* 2014; 48: 1546-54. [CrossRef]
27. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63: 2227-46.
28. Aging brain care tools. Anticholinergic burden scale. Available from: URL: <http://www.agingbraincare.org/index.php/tools/>.
29. Lee KK, Yang J, Hernandez AF, Steimle AE, Go AS. Post-discharge follow-up characteristics associated with 30-day readmission after heart failure hospitalization. *Med Care* 2016; 54: 365-72. [CrossRef]
30. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M, et al. Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2011 Oct. Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82578/>.

31. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M, et al. Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review. *JAMA* 2011; 306: 1688-98. [\[CrossRef\]](#)
32. Donzé J, Aujesky D, Williams D, Schnipper JL. Potentially avoidable 30-day hospital readmissions in medical patients: derivation and validation of a prediction model. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 632-8. [\[CrossRef\]](#)
33. Donzé JD, Williams MV, Robinson EJ, Zimlichman E, Aujesky D, Vasilevskis EE, et al. International validity of the HOSPITAL score to predict 30-Day potentially avoidable hospital readmissions. *JAMA Intern Med* 2016; 176: 496-502. [\[CrossRef\]](#)
34. van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *CMAJ* 2010; 182: 551-7. [\[CrossRef\]](#)
35. Caplan GA, Brown A, Croker WD, Doolan J. Risk of admission within 4 weeks of discharge of elderly patients from the emergency department--the DEED study. *Discharge of elderly from emergency department. Age Ageing* 1998; 27: 697-702. [\[CrossRef\]](#)
36. Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, Brito JP, Mair FS, Gallacher K, et al. Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 1095-107. [\[CrossRef\]](#)
37. Chokshi DA, Chang JE. Preventing Early Readmissions. *JAMA* 2014; 312: 1344-5. [\[CrossRef\]](#)
38. Konezka RT, Spector W, Limcangco MR. Reducing hospitalizations from LTC settings. *Med Care Res Rev* 2008; 65: 40-66. [\[CrossRef\]](#)
39. Boling PA. Managing Posthospital Care Transitions for Older Adults – Challenges and Opportunities. *JAMA* 2014; 312: 1303-4. [\[CrossRef\]](#)
40. Park J, Hain DJ, Tappen R, Diaz S, Ouslander JG. Factors Associated with 30-Day Hospital Readmissions Among Participants in a Care Transitions Quality Improvement Program. *J Soc Social Work Res* 2012; 3: 308-28. [\[CrossRef\]](#)
41. Hain DJ, Tappen R, Diaz S, Ouslander JG. Characteristics of Older Adults Rehospitalized within 7 and 30 Days of Discharge. *J Gerontol Nurs* 2012; 38: 32-44. [\[CrossRef\]](#)
42. Hain DJ, Tappen R, Diaz S, Ouslander JG. Cognitive Impairment and Medication Self-Management Errors in Older Adults Discharged Home from a Community Hospital. *Home Healthc Nurse* 2012; 30: 246-54. [\[CrossRef\]](#)
43. Albayrak T, Kahveci R, Ozkara A, Kasim I. The future of elderly care in Turkey", *Br J Gen Pract* 2014; 64: 14-5. [\[CrossRef\]](#)