

ОЛАФ СКУПИН



Доктор философии, профессор.
Декан факультета здоровья и ухода
Университета им. Эрнста Аббе,
г. Йена, Германия.
Директор Института коучинга
и организационного консультирования,
г. Йена, Германия.
Член правления Общества онтогенетики
человека при Университете Гумбольдта
в Берлине.

E-mail: olaf.scupin@eah-jena.de

УДК 614.251.2

О СВЯЗИ МЕЖДУ ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ И НАУЧНЫМИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ О ЧЕЛОВЕКЕ В СВЯЗИ С ПОВЫШЕНИЕМ СЛОЖНОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ. ВВЕДЕНИЕ¹

Аннотация. Представления о человеке помогают понять или объяснить собственные действия или действия других людей. Индивидуальные и научные образы человека передаются через воспитание и образование, возможно, также через «генетическую» память. Эти образы людей формируют структуру восприятия человека. Действия человека в конечном итоге основаны на этом восприятии. Размышление о собственном образе человека и расшифровка чужих образов человека всегда имеют редуccionистский характер. Этим можно объяснить то, почему дисциплины, ориентированные на действие, такие, как врач, психолог или медсестра, имеют специфический взгляд на человека. Успехи отдельных научных дисциплин являются результатом глубокого разделения или, лучше сказать, расчленения целого для того, чтобы предположительно лучше объяснить или понять человека. Но о том, чтобы снова собрать отдельные части воедино, часто забывают. Процесс разборки или углубления и, таким образом, постоянного распознавания сущности человека – это непрерывная задача. Однако люди часто принимают решения на фоне текущих (повседневных) наблюдений. Но это также означает, что, прежде чем принимать решения на будущее, мы должны заранее продумать их последствия для человека. Формулирование таких предвидений или сценариев будущего должно делаться на основании восприятия всего человеческого существа, а не только принимать во внимание последствия для частичных концепций человеческого существа. В системе здравоохранения друг с другом встречаются пациенты, профессии и учреждения. Эти профессии, оснащённые, кстати, прекрасным репертуаром научных открытий, сделанных для человечества в рамках отдельных наук, сталкиваются как раз по этой причине с противоречивыми образами и перспективами человечества. Последние влияют на практические действия.

Параллельно с этим на практике можно наблюдать растущую индивидуализацию лечебных терапий. Это повышает сложность деятельности. Это также означает развитие или, скорее, более чёткую дифференциацию субъектов на специалистов и универ-

¹ © Гоппе Н. В. Перевод с немецкого. 2021.

салов. Другими словами, речь идёт о процессах, основанных на разделении труда, в которых специалист получает более высокий статус с точки зрения компетенции в принятии решений, экономики и социальной власти.

В статье рассматриваются субъектная ориентация в лечении заболеваний и потребности в уходе, последствия над-институциональной перспективы терапевтических процессов и решение проблемы расхождения компетенций и интересов действующих лиц через перспективу человека в его сущностном единстве.

Ключевые слова: уход, сестринское дело, субъектная ориентация, пациент, здоровье.

© Олаф Скупин 2021

ON THE RELATIONSHIP BETWEEN INDIVIDUAL AND SCIENTIFIC CONCEPTS ABOUT HUMAN IN CONNECTION WITH INCREASING DIFFICULTY OF PATIENT CARE. INTRODUCTION

OLAF SCUPIN

Ernst-Abbe-University, Jena, Germany

E-mail: olaf.scupin@eah-jena.de

Abstract. Ideas about a person help you understand or explain your own actions or the actions of others. Individual and scientific images of a person are transmitted through upbringing and education, possibly also through "genetic" memory. These images of people form the structure of human perception. Human actions are ultimately based on this perception. Thinking about one's own image of a person and deciphering other people's images of a person always have a reductionist character. This may explain why action-oriented disciplines such as a doctor, psychologist or nurse have a specific view of the person. The successes of individual scientific disciplines are the result of a deep division, or rather, the dismemberment of the whole in order to supposedly better explain or understand a person. But putting the pieces back together is often overlooked. The process of disassembling or deepening and thus constantly recognizing the essence of a person is an ongoing task. However, people often make decisions against the background of current (everyday) observations. But this also means that before making decisions for the future, we must think in advance about their consequences for a person. The formulation of such foresight or scenarios of the future must be made on the basis of the perception of the entire human being, and not only take into account the consequences for partial concepts of the human being. In the health care system, patients, professions and institutions meet each other. These professions, equipped, by the way, with an excellent repertoire of scientific discoveries made for humanity within the framework of individual sciences, are faced precisely for this reason with conflicting images and perspectives of humanity. The latter influence practical actions.

Parallel to this, a growing individualization of therapeutic therapies can be observed in practice. This increases the complexity of the activity. It also means the development or, rather, a clearer differentiation of subjects into specialists and generalists. In other words, we are talking about processes based on the division of labor, in which the specialist receives a higher status in terms of competence in decision-making, economics and social power.

The article examines the subjective orientation in the treatment of diseases and the need for care, the consequences of a supra-institutional perspective of therapeutic processes and the solution of the problem of divergence of competencies and interests of actors through the perspective of a person in his essential unity.

Keywords: care, nursing, subject orientation, patient, health.

DOI: 10.32691/2410-0935-2021-16-99-107

Субъектная ориентация в здравоохранении как обоснование повышения сложности ухода за пациентами

В этой статье мы исходим из основного предположения, что, самое позднее в эпоху просвещения (в смысле идеи Канта о рефлексирующем «я»), начинается прогресс индивидуализации человека в обществе. Это предположение учитывает в том числе и культурные измерения. Следует также отметить, что в статье нет безоговорочного предположения о существовании теории цивилизации в смысле Элиаса [Elias 2010], поскольку в ней присутствует идея этноцентризма, где собственная культура ценится выше, чем другая. Другими словами, квази-физиологическая концепция развития общества или человека от объекта к субъекту. Современная оценка этой гипотезы в конечном счете была бы лишь беспомощной попыткой сократить филогенез до периода в 200 лет. Дискурс с соответствующими рамками обоснования не приводится, а делается ссылка на богатую литературу, посвящённую концепциям индивидуализации обществ и цивилизационных процессов. В то же время необходимо представить антропологическое или, скорее, филогенетическое базовое предположение о том, что способ существования человека – это развитие и что человеческий индивид всегда стремится к автономии [Wessel 2015: 27]. Однако под этим не подразумеваются качества человеческой формы существования в смысле максимального продвижения компетенций.

Параллельно к вышесказанному необходимо постулировать, что развитие медицины, сестринского дела, медицинских технологий и других гуманитарных дисциплин приводит к субъектной ориентации в лечении заболеваний и, в случае необходимости ухода, ко все более сложным концепциям. Например, сложные картины заболеваний и феномены сферы ухода не могут быть устойчиво стабилизированы без реабилитации или фланговых сестринских концепций медицинских вмешательств. Так, лечение и поддержка пациента со злокачественной опухолью требует не только терапевтических концепций из химии (химиотерапия) или физики (например, облучение), но и социальной (угроза безработицы), сестринской (компенсация дефицита самообслуживания), психологической и духовной поддержки, которая не может быть обязанностью только одной профессиональной группы, особенно если она всё еще находится во власти фантазий о всемогуществе. Для субъектов системы здравоохранения этот процесс, однако, распадается на множество подпроцессов. Специальные знания необходимы для того, чтобы соответствовать требованиям лечебного процесса, а универсальные – чтобы собрать этот процесс в осмысленное целое.

Так, диагностирование у человека инсульта означает не только лечение в различных медицинских учреждениях или заведениях, таких, как инсультное отделение, отделение интенсивной терапии, неврологическое или терапевтическое отделение по уходу, реабилитационное учреждение, дом престарелых или привычная домашняя обстановка, где биологические последствия сопровождаются вполне профессионально. Однако инсульт часто сопряжён и с другими явлениями. Это столкновения с феноменами, возникающими из психосоциального контекста. Возможное нарушение речи может привести к социальной изоляции, нарушение глотания приводит к проблемам, связанным с приемом пищи, и значительно снижает качество жизни. Система ухода

за иждивенцами (система родственников) испытывает нагрузку, зачастую она сильно перегружена. Другие виды жизнедеятельности, например, сексуальные потребности, также нарушаются. Самооценка, или чувство собственной нужности, иссякают. Страх перед экономическими последствиями, такими, как безработица и отсутствие перспектив на будущее, ещё больше снижает качество жизни. Это происходит потому, что пациенты переживают все эти явления как процесс в одном лице, а именно в разных учреждениях и при участии до 37 (!) профессиональных групп, которые пытаются работать над проблемами предельно честно и максимально дружелюбно.

Человек действительно является био-психо-социальным существом и не может быть понят из перспектив отдельных научных дисциплин. И человек, благодаря своей биографии, действительно является состоявшейся личностью. Но несмотря на свою индивидуальность, пациентки и пациенты часто рассматриваются как получатели лечения, которые якобы не могут или не способны принимать решения в отношении себя самих самостоятельно. Это приводит к дисбалансу между властью экспертов и суверенным решением заинтересованного лица. Примеры сложных случаев пациентов представлены в последующих материалах этой статьи.

Последствия межведомственной перспективы пользователей

Сложность последовательных мер по лечению или компенсации пережитого заболевания редко согласовывается между профессиональными группами и учреждениями. Расходящиеся представления в рамках отдельного научного подхода хотя и привели к отличным результатам в области диагностики, терапии и прогнозирования, но в то же время привели к явлениям распада отдельных научных профессий. Целостность или, скорее, единство личности теряется из поля зрения специалистов. Разграничение специализированных миров и переходы между учреждениями приводят к срывам в процессе ухода. Так, экспертный совет при правительстве Германии указывает: «Сотрудничество между профессиями здравоохранения <...> в настоящее время имеет ряд недостатков <...>. Деятельность между профессиональными группами не соответствует демографическим изменениям, а также изменениям в спектре заболеваемости и не выдерживает новых структурных требований, особенно над-секторального ухода. Процесс разделения труда между врачами и специалистами по уходу характеризуется правовой неопределенностью, а меж-профессиональная стандартизация рабочих процессов развита слишком слабо» [SVR 2007: 17f]. Также отмечается сильное смещение фокуса внимания на врачей, что не приводит к эффективным методам работы. Необходимые меры редко согласовываются друг с другом именно потому, что действующие лица имеют собственные, исходящие из различных областей и направлений, научные и индивидуальные взгляды на человека, а также своё индивидуальное образование и воспитание, которые структурируют их представления.

И на этой основе строится профессиональная деятельность. Пользователи системы здравоохранения, пациентки и пациенты, действуют совсем не научно. «В особенности в случае с пожилыми пациентками и пациентами, имеющими терапевтические медицинские показания (medical condition), было установлено, что планирование выписки с учетом особенностей пациента, например, может сократить продолжительность пребывания в больнице и риск

повторной госпитализации. Кроме того, предполагается, что структурированный менеджмент выписки также повышает удовлетворенность как пациенток и пациентов, так и работников системы здравоохранения [Shepperd et al 2013; Goncalves-Bradley et al 2017; Henße & Hall 2020: 89]. В связи с возрастающей сложностью ведения случаев пациентов некоторые страны внедрили межсекторальные формы обеспечения и финансирования. Клиника – это не дом престарелых или инвалидов, не реабилитационный центр, не учреждение по дневному уходу, не ортопедическая мастерская и тому подобное. Но кто сопровождает пациентов в этих учреждениях или, лучше сказать, через все эти учреждения? Участие многих учреждений в процессе ухода приводит к срывам в уходе, в основном из-за недостаточной коммуникации и отсутствия межведомственного контактного лица. 23% ошибок в лечении в Федеративной Республике Германия вызваны недостаточной коммуникацией и кооперацией. 42% этих ошибок в лечении стали прямым следствием недостаточного согласования между амбулаторным и стационарным лечением [Sachverständigenrat 2003: 147]. Руководства по сотрудничеству между, например, стационарными и амбулаторными структурами по большей части отсутствуют. Слабые интерфейсы между учреждениями приводят к потере информации. Больной человек или человек, нуждающийся в уходе, испытывает неуверенность, беспомощность и отсутствие перспективы. Поэтому неудивительно, что экспертный совет федерального правительства говорит о недостаточном, избыточном и неправильном обеспечении ухода с проблематикой интерфейсов (Schmid 2013: 414–424).

Эти зачастую пост-стационарные, но также и внутри-клинические недостатки ухода сегодня общепризнаны в профессиональных кругах. Однако такое понимание ещё не проникло в повседневную оперативную деятельность представителей всех медицинских профессий. В национальном экспертном стандарте в сфере менеджмента выписки из клиники ФРГ в качестве целей названы обеспечение непрерывности ухода, улучшение коммуникации между участвующими амбулаторными или стационарными отделениями, облегчение нагрузки на пациентов и их родственников, а также предотвращение повторной госпитализации [AQUA 2015: 37]. Однако менеджер по выписке не наделена над-институциональными процессуальными полномочиями отдавать распоряжения в других учреждениях. Промежуточный вывод: усложнение многих клинических картин и потребности в уходе ввиду необходимости участия многих профессиональных групп для обеспечения успеха терапии сегодня признается в профессиональных кругах. Наличие разрывов в уходе, однако, намного реже воспринимается как проблема, поскольку восприятие специалиста рефлексивируется в пределах только собственных действий. Необходимо разработать индивидуальные планы помощи или ухода, которые были бы действительно во всех учреждениях и за которые должен отвечать один человек. Не специалист, а скорее генералист.

... ИЗ НАПОЛНЕННОГО СМЫСЛОМ ЦЕЛОГО

Человек, нуждающийся в уходе, переживает феномены, последствия и воздействие болезни или свою потребность в уходе субъективно как связанный с его личностью процесс, который может быть колеблющимся, регрессивным, пугающим, угрожающим существованию или, в лучшем случае, субъективно

успешным. Ему противостоят особые миры участников системы здравоохранения, которые должны формировать этот процесс медицинского обеспечения. Но что значит действовать правильно, или, точнее говоря, как можно уменьшить или избежать этих разрывов в процессе ухода? Поскольку модели поведения, ожидания, запросы и потребности пациенток и пациентов вытекают из их биографий, анамнез в рамках подхода отдельных научных дисциплин, включающий в себя временные перспективы прошлого и настоящего, лишь с трудом может помочь сформировать будущее. В качестве базовой системы для ответа на вопрос о правильных действиях в контексте индивидуального процесса ухода или разработки индивидуального плана помощи в университете Эрнста Аббе в Йене и университете Гумбольдта в Берлине преподается сквозная дисциплина «Онтогенетика человека». Онтогенетика человека рассматривает развитие индивидуума от зачатия до смерти и в значительной степени соотносится с филогенезом. Концепция человека в онтогенезе исходит из понимания человека как био-психо-социального единства. Основным понятием онтогенетики человека является *homo temporalis*. Другими словами, человек как временное существо, которое может привести в гармонию прошлое, настоящее и будущее. Эту способность мы называем временной компетенцией. Следовательно, группа людей, участвующих в разработке индивидуальных планов помощи, должна иметь такой научный взгляд на человека. В то же время мы находимся под воздействием и наших индивидуальных образов человека, сложившихся вследствие влияния общего образования, воспитания и эмпирического опыта. Вопрос о том, какая профессия лучше всего подходит для структурирования и сопровождения процессов ухода, требует прояснения. Исследования выявили дефицит прежде всего компетенции в области самообслуживания как причину повторных госпитализаций [Faucett 1990; Rich & Backham 1990; Vinson & Rich 1990; Williams & Fitton 1988].

Другой интересный результат подтверждает, что учёт субъективных явлений, то есть тех компетенций, которые ведут к предотвращению повторной госпитализации, например, обучение, инструктаж и консультирование больного или его родственников привёл к снижению затрат до 1000 долларов на случай, в зависимости от сложности случая и клинической картины. Под компетенцией самообслуживания подразумеваются не только функции повседневного (физического) ухода, но в первую очередь «забота», то есть забота о себе [Orem 1997: 247, 239–262]. Другими словами, способность делать или выполнять то, что человек делал бы сам, если бы он или она могли бы это делать. Это касается не только действий повседневной жизни, таких, как приём пищи, отдых, одевание и т. д., но и то, что мы называем поддержанием суверенитета.

С точки зрения гуманитарной онтогенетики, под суверенитетом, собственно говоря, исходя из учения о государстве, понимается *порядок внутренних дел, способность действовать или даже выдерживать некоторое состояние, основанная на индивидуальном прошлом, требующая принятия в настоящем решения, ориентированного на будущее*. При этом человек иногда нуждается в помощи, когда в критических или чувствительных фазах его личный биографический опыт теряет силу. Люди, как уже говорилось выше, не действуют научно, а скорее включают свой опыт и субъективные представления в свои индивидуальные действия. Для понимания этих феноменов, которые отражаются на процессах, можно использовать перспективу био-психо-социального

единства человека. Для того, чтобы иметь возможность отвечать на вопросы, которые актуальны на всех этапах жизни, необходима концепция или теория развития на протяжении всей жизни. Поведение, реакции, ассоциации и перспективы, например, тяжелобольного человека в конечном итоге являются результатом его прошлого и, таким образом, влияют на решения, принимаемые в настоящем, которые, в свою очередь, только и позволяют планировать будущее.

На данном этапе мы не будем более подробно излагать концепции онтогенетики человека. Об этом заинтересованный читатель узнает из работы «Der ganze Mensch. Eine Einführung in die Humanontogenetik» [Wessel 2015]. Для проведения современного лечения пациентки или пациента необходимо знать горизонт вмешательства. Если я сведу лечение болезни только к определённой хирургической операции, будут упущены из виду важные меры, необходимость и действенность которых будет очевидна только в будущем. Последствия такой редукционистской перспективы сказываются не только на качестве жизни пострадавшего человека или людей и их родственников, но и на экономике общества, поскольку приходится расходовать ресурсы, которые всегда ограничены, чего можно было бы избежать. Помимо этого, основная идея профилактики существует не только с точки зрения этики.

Возвращаясь к первоначальному вопросу, в большинстве стран компетенция профессиональных специалистов по уходу кажется наиболее подходящей для построения и развития карьеры в сфере ухода. В университете прикладных наук имени Эрнста Аббе в Йене с 2014 года реализуется первая в Германии магистерская программа со специализацией «Кейс-менеджмент». Необходимым условием является наличие третьего образования по одной из специальностей в сфере ухода. Центральным аспектом преподавания является личностный или субъектно-ориентированный взгляд на человека. Целью является обретение компетенции разработки индивидуальных планов помощи.

В настоящее время профессия специалиста по уходу в Федеративной Республике Германия претерпевает значительные изменения. В дополнение к стандартной академизации, например, акушеров, в будущем будут иметь высшее образование около 20% медсестер, осуществляющих непосредственный уход за пациентами. Существенными чертами закона о реформе сестринской профессии 2019 года являются био-психо-социальный взгляд на человека, восприятие явлений, относящихся к жизненным фазам и имеющих отношение к уходу, и условия деятельности по ведению особо сложных случаев [PflBRefG 2017].

Для Германии обозначено, что профессиональные медсестры и медбратья будут отвечать за управление мерами по снижению степени сложности системы здравоохранения. В настоящее время первые концепции уже находят применение, однако, большинство участников этого процесса ещё не прошли обучение и не обладают в полной мере необходимым уровнем квалификации. Решение проблемы дефицита ухода является задачей настолько срочной, что получение квалификации осуществляется параллельно.

В следующих материалах нашего блока, размещённых в этом журнале, своё мнение выскажут студенты этой магистерской программы «Сестринское дело/Управление сестринской деятельностью» с акцентом на кейс-менеджмент. В статьях будут рассмотрены функции, задачи и принципы работы кейс-ме-

неджмента. Во втором докладе будут представлены актуальные проблемы практической реализации. Несмотря на то, что попытки индивидуального ведения случая в Германии пока не достигли того масштаба, как это было бы необходимо, все же очевидно, что общество больше не относится толерантно к распаду на множество подсистем в отношении восприятия индивидуального опыта болезни.

В заключении следует процитировать автора, который уже давно сделал набросок представленной концепции. Капра пишет: «*В такой системе врачи с академическим образованием будут действовать как специалисты. <...> она (медсестра – прим. автора) будет поддерживать личный контакт с пациентом и интегрировать специализированное лечение в наполненное смыслом целое. Если будет необходимо, например, хирургическое вмешательство, медсестра будет находиться с пациентом, выбирать подходящую больницу, работать с медсестрами в ней, оказывать психологическую помощь пациенту и ухаживать за ним после операции. В идеале она должна уже знать пациента по предыдущим консультациям и быть доступной для него на протяжении всей процедуры, подобно тому, как адвокат ведет своего клиента на протяжении всего судебного процесса*» [Capra 1977: 377].

References

- AQUA 2015 – Entlassungsmanagement-Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Hg. v. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Online verfügbar unter https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/425_Entlassungsmanagement/Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf (zuletzt geprüft am 13.05.2021). 2015. P. 37.
- Capra 1977 – *Capra F.* Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild. München: Scherz Verlag, 1977.
- Elias 2010 – *Elias N.* Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen, Bd. 1: Wandlungen des Verhaltens in der weltlichen Oberschicht des Abendlandes. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 2010.
- Faucett 1990 – *Faucett E. et al.* The effect of Orem's self-care model on nursing care in a nursing home seeing. *Journal of Advanced Nursing*. 15. P. 659–666.
- Gonçalves-Bradley 2017 – *Gonçalves-Bradley D. C. et al.* Early discharge hospital at home (Review). In: The Cochrane database of systematic reviews 6, CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub4. 2017.
- Henße, Hall 2020 – *Henße J., Hall, S.* Intersektorale Versorgung von Risikopatienten mit Diabetes mellitus bei Krankenhauseinweisungen und -entlassung: Konzeption und Evaluation des Informationsgewinnungs-, -weitergabe und Verarbeitungsprozesses. Unveröffentlichte Masterarbeit, Ernst-Abbe-Hochschule Jena 2020 P. 89.
- Orem 1997 – *Orem D. E.* Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin/ Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1997. P. 247, 239-262.
- PfIBRefG 2017 – *Pflegeberufereformgesetz.* Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. Bundesgesetzblatt Jg. 2017 Teil I Nr. 49, Bonn 24.07.2017.
- Rich 1990 – *Rich M. & Beckham, H.* A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *The New England Journal of Medicine*. November 2. 333 (18). P. 1900–1995.
- Schmid 2013 – *Schmid P. et al.* Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis* 40 (8), P. 414–424. DOI: 10.1055/s-0033-1343192.

- Shepperd 2013 – *Sheppard S., et al.* Discharge planning from hospital to home. In: The Cochrane database of systematic reviews (1), CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub4.
- SVR 2003 – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Deutscher Bundestag. Bundesdrucksache 15/530 v. 26.02.2003. <https://dserver.bundestag.de/btd/15/005/1500530.pdf>. 2003 P. 147.
- SVR 2007 – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielgerichteten Gesundheitsversorgung. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2007/Kurzfassung_2007.pdf 2007. P 17f.
- Vinson 1990 – Vinson J. & Rich M. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *Geriatr. Soc.* 38. P. 1290–1295.
- Wessel 2015 – *Wessel K.-F.* Der ganze Mensch. Einführung in die Humanontogenetik oder Die biopsychosoziale Einheit Mensch von der Konzeption bis zum Tode. Berlin: Logos Verlag, 2015. P. 27.
- Williams 1988 – *Williams E., Fitton F.* Factors affecting early unplanned Medical Association, P. 297; 784-787. readmission of elderly patents to hospital. British Medical Association, P. 297; 784-787