

Older Patients' Experiences with Medical Care and Caregiving: Editorial

Eva Kahana PhD, *Editor-in-Chief*

When I was asked to become Editor of the *Journal of Elder Policy* (JEP) in 2019, I considered the invitation to be an honor and looked forward to addressing important policy issues related to needs and care of older adults. I did not anticipate that so many of the topics addressed by the JEP would pertain to me personally.

At the time of starting as Editor, I was 78 years old and had been married for 59 years to my collaborator and the love of my life, Dr. Boaz Kahana. In the four years since I accepted the editorship, COVID descended on the world and turned older adults' social relationships upside down. My husband Boaz passed away in November of 2020 and I needed to learn to live alone. For most older adults, COVID heralded an era of loneliness (Groarke et al., 2020). Although the acute phase of COVID has passed, there is still much ambiguity for older people about continuing or diminishing precautions related to COVID. I personally just started sparingly going out to restaurants and inviting friends into my home.

I have also grappled with disabling health challenges due to arthritis in my hip that caused pain and limited my mobility. Last year, I was awaiting the decline of COVID to schedule my hip replacement surgery, which could potentially enhance my mobility and reduce my pain.

I am still working full time as a professor and greatly enjoy my work. I requested to continue teaching online this semester due to my mobility issues and fear of contracting COVID. It was challenging to get the permission from my university, as all courses are now back to being taught in person. But eventually, my supportive dean prevailed, and I am currently teaching my class on Stress and Coping online. I have 20 students and instructing them is a highlight of my week. I also continue to supervise doctoral students and work on my research. As I write this editorial for the current issue of JEP, I realize how much my work and lived experiences are intertwined. I also learned that personal perspectives can deepen one's understanding of healthcare-related issues and challenges.

I had my long-postponed hip replacement surgery in Philadelphia mid-July 2022. Now, I am eagerly working toward recovery and toward fully regaining my mobility. I have positive visions of walking unassisted and traveling again. I am still a bit unsteady on my feet, but have recently graduated from the walker to the cane. So, the current issue of JEP that is focused on "Older Adults' Access to Health

Care and Provider-Patient Interactions in Later Life” is closely related to my lived experiences.

The articles included in this issue address older patients’ experiences in navigating the complicated health care system. They recognize that older patients are confronting a bureaucratic system that varies greatly from their earlier life experiences and from their expectations (Rourke, 2021). I will introduce my discussion of these issues by sharing my lived experiences as an 81-year-old woman undergoing hip replacement surgery.

As I mentioned, I decided to have my surgery in Philadelphia where my younger son, Michael, and his family live. He was aware of an excellent orthopedic surgeon, Dr. Javad Parvizi. Having my surgery in Philadelphia instead of Cleveland ensured the availability of high-quality formal health care and the proximity of family caregivers, as my older son Jeffrey was also spending the month in Philadelphia with his family while his children attended summer camp.

The Rothman Center, affiliated with Jefferson Hospital where Dr. Parvizi practices, is a busy orthopedic center that exuded an optimistic air. My care was excellent during my brief, two-day hospital stay. After my discharge, I spent three weeks recovering at a Residence Inn near my son’s home. I was using a walker and initially needed help to get on and off the bed. I hired homecare workers from a recommended home care agency to help me out when family members were unavailable during my convalescence.

The nighttime caregivers came for a 12-hour shift, from 9 p.m. to 9 a.m. Daytime caregivers came from 9 a.m. to 5p.m. The caregivers helped me get dressed and to walk for exercise in the lobby. I paid \$30 per hour to the agency, resulting in an expense of \$600 per day for 17 days, or a total out-of-pocket personnel cost of \$10,800. It is likely that the homecare workers were paid only a fraction of this cost. Most of the caregivers were immigrants to the U.S. Some came from the Bahamas, others from Nigeria. All were married women, with families, and were active participants in church activities.

Most caregivers helped whenever they were specifically requested to do so. Only a few took the initiative to help with a shower or with meals. The nighttime assistants initially helped me get on and off the bed, allowing me to walk to the bathroom. As I became stronger and more independent in getting on and off the bed, they generally left me to my own devices, with some asking: “Are you alright?” Most of the night-time caregivers watched TV in the living room until late and then went to sleep with their clothes on in the bed adjacent to mine. If I asked for help to get out of bed at night, most responded, awakening to my request. A few slept very soundly and did not awaken when I asked for help. I later learned that the caregivers were expected to stay up, but it was tacitly understood that most go to sleep. My daytime caregivers spent a lot of time talking to their friends on the telephone. My experience underscored the limitations of support by paid caregivers.

After returning home to Cleveland, I no longer required caregivers and had a local hospital-based physical therapist visit twice a week for about half an hour to help me improve my walking. There were only a few minutes of exercises included in each visit. Half of the visit was spent with the therapist checking my vital signs. I recently started outpatient physical therapy that appears far more professional. The therapist spends a full hour with me and explains the rationale for the exercises I do.

Reflecting on my experiences with hired care after my surgery affirms the concerns addressed by JEP regarding difficulties of older patients in obtaining responsive healthcare, particularly when personal care is called for. Private agencies offer limited oversight and control when supervising care staff. Even reputable hospitals have difficulty ensuring a high quality of care provided by homecare workers, such as physical therapists.

The personalized and continuous care of yesteryear has nearly disappeared and has been replaced by a fragmented and cost-conscious system (Stange, 2009). Care by physicians is often substituted with less fully-trained healthcare providers (Montenegro et al., 2011). Indeed, the physician is now generally referred to as one of a multiplicity of “providers.”

Changing Patterns of Healthcare Delivery

The articles in this issue also address the fragmentation of health care and the challenges they pose for policy. To describe this problem in depth, our issue includes patient, researcher, and health care provider perspectives. We also continue to publish multidisciplinary papers written by clinicians and researchers. On a macro level, this edition of JEP also offers insights into regional and international differences in health care and policy. Our examples include focus on underserved populations in Appalachia, geriatric doctors in Italy, and patients recently diagnosed with diabetes in Baltimore.

Several papers are based on patient narratives and use qualitative approaches. They call attention to the shortcomings of our current health care system in providing senior-friendly policies. Trust between patients, physicians, and family caregivers comprises an important and often unrecognized element of successful medical care. The current issue of JEP includes in depth longitudinal studies of such relationships. Given the complex needs of geriatric patients, integrating informal caregivers in the health care team enhances the success of care provision. One study we include is focused on physicians' perceptions of family caregiver trustworthiness, and identifies domains where caregivers provide particularly strong support.

Continuity of care has long been a positive mantra in describing desirability and expectations for high-quality medical care. Most employed people, at least

among middle-class Americans, obtain health insurance from their workplace and get their usual care from an internist or family physician affiliated with one of the major hospitals in town. As patients age and develop chronic health and mobility problems, they look for a referral to a specialist to further treat them. However, there have been dramatic changes in the delivery of healthcare in the past ten years, particularly since the onset of the COVID pandemic in 2020. Obtaining in-person appointments with primary care doctors has become much more difficult, with long waits now being the norm. Communication has morphed to online contacts and even online appointments (Fox & Rainie, 2002). Visual inspection and assessment by the doctor has become secondary. Given the fear of COVID, especially by older adults, some of these changes are understandable.

Many hospital systems have also encouraged patients communication with their doctor through an electronic portal such as MyChart (Rainie & Fox, 2000). The monitoring of these portals has often been left to clerical staff, and questions addressed to doctors have also been increasingly handled by assistants. Indeed, physicians' assistants and nurse practitioners have gained primary roles as health-care providers (Kleinpell, Ely, & Grabenkort, 2008). The customary, old-fashioned practice of primary care doctors calling and notifying their patients of test results has fallen by the wayside. Results are now conveyed via e-mail, or if necessary, by a medical secretary who does not personally know the patient. This practice eliminates the opportunity for the patient to maintain contact and ask questions of their familiar doctor. Also absent is the reassurance coming from a long-term advocate. The changes outlined here occurred both prior to and during the Pandemic, and clearly made obtaining health care more challenging. The articles published in this issue reflect these health care challenges.

Current Articles Elucidating the Challenges of Coordinated Health Care Delivery

Our first article reflects the divide between physician aspirations to deliver personalized care and obstacles to such care delivery. Written by two physicians and a director of community health, the manuscript by **Stange, MD, PhD, Gaglioti, MD, MS, and Bindas, MBA** skillfully maps out the benefits of comprehensive health care for older adults. This paper is unique as it explores and interprets three case studies where the authors share personal reflections of managing the health of older adult patients. The second half of the paper builds on these case studies, and shares the findings from a survey asking: "What matters in health care?" From this survey, the authors identified domains of care "that represent the essence of high-quality primary care, from the perspective of those receiving or providing care."

These expectations include accessibility to primary care, focus on the whole

person, and family in context. This involves forming relationships with the patient over time, learning the most important aspect of care for the patient, prioritizing communication among health care teams to manage multiple chronic illnesses, being an advocate for the patient, and focusing on prevention rather than treatment. The domains encourage health care providers to act as generalists so that they can recognize problems and prioritize their actions to promote health and healing and personalize care for the individual. The authors conclude their paper with policy recommendations that promote primary care, relationship-centered models of care, and non-reductionist research methods.

Medical expertise directed at older persons is represented by care offered by geriatricians. The paper by **Degiuli, PhD** considers the roles of geriatric physicians in the U.S. and in Italy, offering a cross-cultural perspective on geriatric care. Based on qualitative interviews with geriatricians and participant observations at geriatric conferences, the author explores the roles these specially trained physicians play both in acute and long-term care settings. She concludes that geriatricians have a very limited presence in both Italy and in the U.S. This underrepresentation of physicians most highly-trained in chronic care needed by elderly patients offers a unique and important explanation for the underserved characteristics of this group. Degiuli calls for macro-level solutions in order to provide better care for chronic illnesses of late life.

The paper written by **Chard, PhD, Girling, PhD, Harris-Wallace, PhD, Henderson, PhD, Roth, PhD, and Eckert, PhD** in this issue of JEP focuses on diabetes diagnosis pathways and implications for health policy. Type 2 Diabetes is a chronic health condition that concerns many older adults. While screening and prevention are common topics in the literature, the process of diagnosis is often ignored. This important paper explores the pathways in which older adults find themselves diagnosed with diabetes. Utilizing narratives from 47 older black and white adults, the authors reveal that their participants only learned of their disease after suffering a health event and/or experiencing alarming symptoms (e.g., losing consciousness while driving). Surprisingly, only 13 percent of participants were diagnosed during their annual health care visit. Other avenues of diagnosis were through worksite or community testing. In all instances, the participants appeared to be caught off guard by their diagnosis. This paper calls attention to the importance of diagnosis before health events occur, and the need for providing access to screening, particularly in underserved communities.

The paper by **Rao and Minakshi, PhD** examines an understudied but central topic of physician trust in family caregivers. The authors utilized qualitative interviews with 20 physicians to explore how they develop trust in family caregivers, how they perceive whether a caregiver trusts them, the role that culture plays in trust-building, and perceived barriers and facilitators of integrating caregivers into the health care team. Findings from their study revealed that physicians' as-

assessment of trust in family members included competence, fidelity, and reliability. Physicians felt that they could trust family caregivers if they perceived that the caregiver was able to carry out tasks related to the patient's needs, if they advocated for the patient, and if they seemed engaged in the patient's care. In terms of perception of caregivers' trust in them, physicians utilized verbal signals (expressing gratitude) and non-verbal cues (body language) and noted the way in which caregivers asked questions. Additionally, physicians felt that if they were culturally sensitive to their patients, caregivers tended to trust them. Telehealth visits and use of FaceTime helped involve the family member in the patient's care. Lastly, the importance of family caregivers was revealed when physicians expressed that they trust other physicians for objective data, but that family caregivers were able to give them a clearer picture of the patient's symptoms and provide context. Rao and Minakshi conclude with policy recommendations that support integration of family caregivers into the health care relationship.

Hicks Patrick, PhD, Pullen, MA, Ibrahim-Bacha, BS, and Spencer, PhD consider the important link between place and functional disability in Rural Appalachia. Using data from the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), they explore how demographic social determinants of health (age, gender, education, and income) impact access to healthcare and functional ability among 4,867 adults living in West Virginia. Their analysis indicated that being male, younger, and of lower income was associated with more difficulty in accessing medical care. In terms of functional ability, only income was found to impact one's functional levels. Additionally, more access to medical care was associated with lower levels of functional ability, suggesting that greater access leads to more diagnosis and care. The authors suggest that these results may indicate that expanded Medicaid coverage and other social programs are reaching the intended recipients. Their paper underscores the importance of continuing programs of Medicaid expansion in states such as West Virginia where the population is growing older. They also emphasize that Medicaid programs should be expanded to include prevention rather than just treatment in order to combat functional disabilities in later life for those who are younger and middle-aged now.

Bravo, PhD, MPH, Gutierrez, PhD, MPH and Levy-Storms, PhD, MPH address patient-provider relationships (PPR) in a geriatric program serving older adult foreign-born Latinos with multimorbidity. In-depth interviews were conducted in Spanish on three separate occasions with 13 Spanish-speaking patients over the course of one year. Doctor-patient relationships were based on technical knowledge, trust, and advocacy in a hierarchical order. Over time those doctors demonstrating the best relationships exhibited expertise, trust and advocacy. Accordingly, good doctor patient relationships demand constructive actions by doctors on patients' behalf. These findings support the work of Clarke, Bennett and

Korotchenko (2014), in which patients reported that they received inadequate care due to the personal failings of their physicians and constraints of medical consultations.

The Evolving Nature of Health Care Policies

In considering the diverse perspectives and healthcare locations in this volume of JEP, one must be impressed by commonalities in health care and by deficiencies identified that call for innovative policies. We are also impressed by the value of qualitative as well as quantitative approaches to the study of health care delivery, especially as it occurs in late life. We also learn to appreciate the roles played by family members and other informal caregivers in impacting the health and functioning of older adults.

It is important to recognize that services to older adults evolve through a combination of planned improvements and evolving opportunities. Many services do not reflect planned policies, but rather the evolution of organizations and professions. In considering the diverse perspectives and healthcare locations in this volume of JEP, one must be impressed by commonalities in health care and in deficiencies identified that call for innovative policies. We also note the value of qualitative as well as quantitative approaches to the study of health care delivery, especially as it occurs in late life. We also learn to appreciate the roles paid by family members and other informal caregivers in impacting the health and functioning of older adults. Family caregivers are invested in caring relationships in ways that are hard to find among paid caregivers.

We are pleased that our publication retains an international perspective focusing on older adults and health care providers in diverse cultural contexts. We recognize cultural differences, but are also impressed by commonalities across cultures. In particular, there appear to be similarities in the importance of investment of health care personnel in enhancing satisfaction with care among elderly patients. Even with advances in health care delivery, relational aspects of health care assume paramount importance in old age. It appears that deficiencies continue to exist in health care delivery to older adults. To the extent that collective solutions have not been prevalent, individual proactivity among older adults can hold great value (Kahana, Kahana, & Lee, 2014).

Experiencias de los pacientes mayores con la atención médica y la prestación de cuidados: Editorial

Eva Kahana PhD, *Editora en Jefe*

Cuando me pidieron que me convirtiera en editor de *Journal of Elder Policy* (JEP) en 2019, consideré que la invitación era un honor y esperaba abordar importantes cuestiones de política relacionadas con las necesidades y el cuidado de los adultos mayores. No anticipé que tantos de los temas tratados por la JEP me tocarían personalmente.

Al momento de comenzar como Editora, tenía 78 años y llevaba casada 59 años con mi colaborador y el amor de mi vida, el Dr. Boaz Kahana. En los cuatro años desde que acepté la dirección, el COVID descendió sobre el mundo y puso patas arriba las relaciones sociales de los adultos mayores. Mi esposo Boaz falleció en noviembre de 2020 y necesitaba aprender a vivir sola. Para la mayoría de los adultos mayores, la COVID anunció una era de soledad (Groarke et al., 2020). Aunque la fase aguda de la COVID ha pasado, aún existe mucha ambigüedad para las personas mayores acerca de continuar o disminuir las precauciones relacionadas con la COVID. Personalmente, comencé a salir con moderación a restaurantes e invitar a amigos a mi casa.

También he lidiado con problemas de salud incapacitantes debido a la artritis en la cadera que me causaba dolor y limitaba mi movilidad. El año pasado, estaba esperando el declive de COVID para programar mi cirugía de reemplazo de cadera, lo que podría mejorar mi movilidad y reducir mi dolor.

Sigo trabajando a tiempo completo como profesor y disfruto mucho de mi trabajo. Solicité continuar enseñando en línea este semestre debido a mis problemas de movilidad y miedo a contraer COVID. Fue un desafío obtener el permiso de mi universidad, ya que ahora todos los cursos se impartirán de forma presencial. Pero finalmente, prevaleció mi decano solidario, y actualmente estoy enseñando mi clase en línea sobre estrés y afrontamiento. Tengo 20 estudiantes e instruirlos es lo más destacado de mi semana. También continúo supervisando estudiantes de doctorado y trabajo en mi investigación. Mientras escribo este editorial para el número actual de la JEP, me doy cuenta de cuánto se entrelazan mi trabajo y mis experiencias vividas. También aprendí que las perspectivas personales pueden profundizar la comprensión de los problemas y desafíos relacionados con la atención médica.

Tuve mi cirugía de reemplazo de cadera pospuesta durante mucho tiempo en Filadelfia a mediados de julio de 2022. Ahora, estoy trabajando con entusiasmo para recuperarme y recuperar completamente mi movilidad. Tengo visiones positivas de caminar sin ayuda y volver a viajar. Todavía estoy un poco inestable sobre mis pies, pero recientemente me gradué del andador al bastón. Entonces, la edición actual de JEP que se enfoca en “El acceso de los adultos mayores a la atención médica y las interacciones entre el proveedor y el paciente en la vejez” está estrechamente relacionada con mis experiencias vividas.

Los artículos incluidos en este número abordan las experiencias de los pacientes mayores al navegar por el complicado sistema de atención médica. Reconocen que los pacientes mayores se enfrentan a un sistema burocrático que varía mucho de sus experiencias de vida anteriores y de sus expectativas (Rourke, 2021). Presentaré mi discusión sobre estos temas compartiendo mis experiencias vividas como una mujer de 81 años que se sometió a una cirugía de reemplazo de cadera.

Como mencioné, decidí operarme en Filadelfia, donde vive mi hijo menor, Michael, y su familia. Conocía a un excelente cirujano ortopédico, el Dr. Javad Parvizi. Tener mi cirugía en Filadelfia en lugar de Cleveland garantizó la disponibilidad de atención médica formal de alta calidad y la proximidad de los cuidadores familiares, ya que mi hijo mayor, Jeffrey, también pasaba el mes en Filadelfia con su familia mientras sus hijos asistían a un campamento de verano.

El Centro Rothman, afiliado al Hospital Jefferson donde practica el Dr. Parvizi, es un centro ortopédico ocupado que emana un aire optimista. Mi atención fue excelente durante mi breve estadía de dos días en el hospital. Después de mi alta, pasé tres semanas recuperándome en un Residence Inn cerca de la casa de mi hijo. Usaba un andador y al principio necesitaba ayuda para subirme y levantarme de la cama. Contraté trabajadores de atención domiciliaria de una agencia de atención domiciliaria recomendada para ayudarme cuando los miembros de la familia no estuvieran disponibles durante mi convalecencia.

Las cuidadoras nocturnas vinieron para un turno de 12 horas, de 9 p.m. a 9 a. m. Las cuidadoras diurnas venían de 9 a. m. a 5 p. m. Los cuidadores me ayudaron a vestirme ya caminar para hacer ejercicio en el vestíbulo. Pagué \$30 por hora a la agencia, lo que resultó en un gasto de \$600 por día durante 17 días, o un costo total de desembolso personal de \$10,800. Es probable que a los trabajadores de atención domiciliaria se les pagara solo una fracción de este costo. La mayoría de las cuidadoras eran inmigrantes en los EE. UU. Algunas venían de las Bahamas, otras de Nigeria. Todas eran mujeres casadas, con familias y participantes activas en las actividades de su iglesia.

La mayoría de las cuidadoras ayudaron cuando se les solicitó específicamente que lo hicieran. Solo unas pocas tomaron la iniciativa de ayudar con la ducha o con las comidas. Las asistentes nocturnas inicialmente me ayudaron a subir

y bajar de la cama, permitiéndome caminar hasta el baño. A medida que me volví más fuerte e independiente para subir y bajar de la cama, generalmente me dejaban sola, y algunas me preguntaban: “¿Está bien?” La mayoría de las cuidadoras nocturnas veían la televisión en la sala de estar hasta tarde y luego se iban a dormir con la ropa puesta en la cama contigua a la mía. Si pedía ayuda para levantarme de la cama por la noche, la mayoría respondía despertando a mi pedido. Algunas dormían muy profundamente y no se despertaban cuando pedía ayuda. Más tarde supe que se esperaba que las cuidadoras se quedaran despiertas, pero se entendía tácitamente que la mayoría se iba a dormir. Mis cuidadoras diurnas pasaban mucho tiempo hablando con sus amigos por teléfono. Mi experiencia resaltó las limitaciones del apoyo de los cuidadores pagados.

Después de regresar a mi hogar en Cleveland, ya no necesité cuidadores y tuve una visita de un fisioterapeuta del hospital local dos veces por semana durante aproximadamente media hora para ayudarme a mejorar mi forma de caminar. Solo se incluyeron unos minutos de ejercicios en cada visita. Pasé la mitad de la visita con el terapeuta revisando mis signos vitales. Recientemente comencé la fisioterapia ambulatoria que parece mucho más profesional. El terapeuta pasa una hora completa conmigo y me explica la razón de ser de los ejercicios que hago.

Reflexionar sobre mis experiencias con la atención contratada después de mi cirugía confirma las preocupaciones abordadas por JEP con respecto a las dificultades de los pacientes mayores para obtener atención médica receptiva, particularmente cuando se requiere atención personal. Las agencias privadas ofrecen supervisión y control limitados cuando supervisan al personal de atención. Incluso los hospitales de renombre tienen dificultades para garantizar una atención de alta calidad proporcionada por trabajadores de atención domiciliaria, como los fisioterapeutas.

La atención personalizada y continua de antaño casi ha desaparecido y ha sido reemplazada por un sistema fragmentado y consciente de los costos (Stange, 2009). La atención de los médicos a menudo se sustituye por proveedores de atención médica menos capacitados (Montenegro et al., 2011). De hecho, ahora se hace referencia generalmente al personal médico como uno de una multiplicidad de “proveedores”.

Cambios en los patrones de prestación de atención médica

Los artículos de este número también abordan la fragmentación de la atención de la salud y los desafíos que plantean para las políticas. Para describir este problema en profundidad, nuestro número incluye las perspectivas del paciente, el investigador y el proveedor de atención médica. También continuamos publicando artículos multidisciplinarios escritos por médicos e investigadores. En un nivel macro, esta edición de JEP también ofrece información sobre las diferen-

cias regionales e internacionales en la atención y las políticas de salud. Nuestros ejemplos incluyen el enfoque en poblaciones desatendidas en los Apalaches, médicos geriatras en Italia y pacientes recientemente diagnosticados con diabetes en Baltimore.

Varios artículos se basan en relatos de pacientes y utilizan enfoques cualitativos. Llamamos la atención sobre las deficiencias de nuestro actual sistema de atención médica para brindar políticas amigables para las personas mayores. La confianza entre pacientes, médicos y cuidadores familiares constituye un elemento importante y, a menudo, no reconocido de una atención médica exitosa. El número actual de la JEP incluye estudios longitudinales en profundidad de tales relaciones. Dadas las complejas necesidades de los pacientes geriátricos, la integración de cuidadores informales en el equipo de atención de la salud mejora el éxito de la prestación de atención. Un estudio que incluimos se centra en las percepciones de los médicos sobre la confiabilidad del cuidador familiar e identifica los dominios en los que los cuidadores brindan un apoyo particularmente fuerte.

La continuidad de la atención ha sido durante mucho tiempo un mantra positivo para describir la conveniencia y las expectativas de una atención médica de alta calidad. La mayoría de las personas empleadas, al menos entre los estadounidenses de clase media, obtienen un seguro de salud en su lugar de trabajo y obtienen la atención habitual de un internista o médico de familia afiliado a uno de los principales hospitales de la ciudad. A medida que los pacientes envejecen y desarrollan problemas crónicos de salud y movilidad, buscan una derivación a un especialista para que los trate más. Sin embargo, ha habido cambios drásticos en la prestación de atención médica en los últimos diez años, particularmente desde el inicio de la pandemia de COVID en 2020. Obtener citas en persona con los médicos de atención primaria se ha vuelto mucho más difícil, y las largas esperas ahora son el problema. La comunicación se ha transformado en contactos en línea e incluso citas en línea (Fox & Rainie, 2002). La inspección visual y la evaluación por parte del médico se han vuelto secundarias. Dado el miedo al COVID, especialmente por parte de los adultos mayores, algunos de estos cambios son comprensibles.

Muchos sistemas hospitalarios también han fomentado la comunicación de los pacientes con su médico a través de un portal electrónico como MyChart (Rainie & Fox, 2000). La supervisión de estos portales a menudo se ha dejado en manos del personal administrativo, y las preguntas dirigidas a los médicos también han sido manejadas cada vez más por asistentes. De hecho, los asistentes médicos y las enfermeras practicantes han adquirido roles principales como proveedores de atención médica (Kleinpell, Ely y Grabenkort, 2008). La práctica tradicional y anticuada de los médicos de atención primaria llamando y notificando a sus pacientes los resultados de las pruebas se ha quedado en el camino. Los resultados ahora se transmiten por correo electrónico o, si es necesario, por una secretaria

médica que no conoce personalmente al paciente. Esta práctica elimina la oportunidad de que el paciente mantenga contacto y haga preguntas a su médico familiar. También está ausente la tranquilidad proveniente de un defensor a largo plazo. Los cambios descritos aquí ocurrieron antes y durante la pandemia, y claramente hicieron que obtener atención médica fuera más difícil. Los artículos publicados en este número reflejan estos desafíos del cuidado de la salud.

Artículos actuales que aclaran los desafíos de la prestación coordinada de atención médica

Nuestro primer artículo refleja la división entre las aspiraciones de los médicos de brindar una atención personalizada y los obstáculos para dicha prestación. Escrito por dos médicos y un director de salud comunitaria, el manuscrito de **Stange, MD, PhD, Gaglioti, MD, MS y Bindas, MBA** describe hábilmente los beneficios de la atención médica integral para adultos mayores. Este artículo es único ya que explora e interpreta tres estudios de caso donde los autores comparten reflexiones personales sobre el manejo de la salud de los pacientes adultos mayores. La segunda mitad del documento se basa en estos estudios de casos y comparte los hallazgos de una encuesta que pregunta: “¿Qué importa en el cuidado de la salud?” A partir de esta encuesta, los autores identificaron dominios de atención “que representan la esencia de la atención primaria de alta calidad, desde la perspectiva de quienes reciben o brindan atención”.

Estas expectativas incluyen la accesibilidad a la atención primaria, el enfoque en la persona en su totalidad y la familia en contexto. Esto implica formar relaciones con el paciente a lo largo del tiempo, aprender el aspecto más importante del cuidado del paciente, priorizar la comunicación entre los equipos de atención médica para manejar múltiples enfermedades crónicas, ser un defensor del paciente y centrarse en la prevención en lugar del tratamiento. Los dominios alientan a los proveedores de atención médica a actuar como generalistas para que puedan reconocer los problemas y priorizar sus acciones para promover la salud y la curación y personalizar la atención para el individuo. Los autores concluyen su artículo con recomendaciones de política que promueven la atención primaria, los modelos de atención centrados en las relaciones y los métodos de investigación no reduccionistas.

La experiencia médica dirigida a las personas mayores está representada por la atención que ofrecen los geriatras. El artículo de **Degiuli, PhD**, considera los roles de los médicos geriatras en los EE. UU. e Italia, y ofrece una perspectiva intercultural sobre la atención geriátrica. Basado en entrevistas cualitativas con geriatras y observaciones de participantes en conferencias geriátricas, el autor explora los roles que desempeñan estos médicos especialmente capacitados tanto en entornos de atención aguda como a largo plazo. Ella concluye que los geria-

tras tienen una presencia muy limitada tanto en Italia como en los EE. UU. Esta subrepresentación de médicos altamente capacitados en la atención crónica que necesitan los pacientes mayores ofrece una explicación única e importante de las características desatendidas de este grupo. Degiuli pide soluciones a nivel macro para brindar una mejor atención a las enfermedades crónicas de la vejez.

El documento escrito por **Chard, PhD, Girling, PhD, Harris-Wallace, PhD, Henderson, PhD, Roth, PhD y Eckert, PhD** en este número de JEP se centra en las vías de diagnóstico de la diabetes y sus implicaciones para la política de salud. La diabetes tipo 2 es una condición de salud crónica que preocupa a muchos adultos mayores. Si bien la detección y la prevención son temas comunes en la literatura, el proceso de diagnóstico a menudo se ignora. Este importante artículo explora las vías en las que los adultos mayores se encuentran diagnosticados con diabetes. Utilizando narraciones de 47 adultos mayores blancos y negros, los autores revelan que sus participantes solo se enteraron de su enfermedad después de sufrir un problema de salud y/o experimentar síntomas alarmantes (p. ej., perder el conocimiento mientras conducían). Sorprendentemente, solo el 13 por ciento de los participantes fueron diagnosticados durante su visita anual de atención médica. Otras vías de diagnóstico fueron a través de pruebas en el lugar de trabajo o en la comunidad. En todos los casos, los participantes parecían haber sido tomados por sorpresa por su diagnóstico. Este documento llama la atención sobre la importancia del diagnóstico antes de que ocurran los eventos de salud y la necesidad de brindar acceso a la detección, particularmente en las comunidades desatendidas.

El documento de **Rao y Minakshi, PhD**, examina un tema central pero poco estudiado de la confianza del médico en los cuidadores familiares. Los autores utilizaron entrevistas cualitativas con 20 médicos para explorar cómo desarrollan confianza en los cuidadores familiares, cómo perciben si un cuidador confía en ellos, el papel que juega la cultura en la construcción de confianza y las barreras y facilitadores percibidos para integrar a los cuidadores en el equipo de atención médica. Los hallazgos de su estudio revelaron que la evaluación de los médicos sobre la confianza en los miembros de la familia incluía competencia, fidelidad y confiabilidad. Los médicos sintieron que podían confiar en los cuidadores familiares si percibían que el cuidador podía llevar a cabo tareas relacionadas con las necesidades del paciente, si defendían al paciente y si parecían comprometidos con el cuidado del paciente. En cuanto a la percepción de la confianza de los cuidadores en ellos, los médicos utilizaron señales verbales (expresando gratitud) y señales no verbales (lenguaje corporal) y observaron la forma en que los cuidadores hacían preguntas. Además, los médicos sintieron que si eran culturalmente sensibles a sus pacientes, los cuidadores tendían a confiar en ellos. Las visitas de telesalud y el uso de FaceTime ayudaron a involucrar al familiar en la atención del paciente. Por último, la importancia de los cuidadores familiares se reveló cuando los médicos expresaron que confían en otros médicos para obtener datos objetivos, pero que

los cuidadores familiares pudieron darles una imagen más clara de los síntomas del paciente y brindarles contexto. Rao y Minakshi concluyen con recomendaciones de políticas que apoyan la integración de los cuidadores familiares en la relación de atención médica.

Hicks Patrick, PhD, Pullen, MA, Ibrahim-Bacha, BS y Spencer, PhD consideran el vínculo importante entre el lugar y la discapacidad funcional en los Apalaches rurales. Utilizando datos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductual (BRFSS) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), exploran cómo los determinantes sociales demográficos de la salud (edad, sexo, educación e ingresos) afectan el acceso a la atención médica y la capacidad funcional entre 4867 adultos viviendo en Virginia Occidental. Su análisis indicó que ser hombre, más joven y de menores ingresos se asoció con más dificultades para acceder a la atención médica. En términos de capacidad funcional, solo se encontró que los ingresos afectan los niveles funcionales. Además, un mayor acceso a la atención médica se asoció con niveles más bajos de capacidad funcional, lo que sugiere que un mayor acceso conduce a más diagnósticos y atención. Los autores sugieren que estos resultados pueden indicar que la cobertura ampliada de Medicaid y otros programas sociales están llegando a los destinatarios previstos. Su artículo subraya la importancia de continuar con los programas de expansión de Medicaid en estados como West Virginia, donde la población está envejeciendo. También enfatizan que los programas de Medicaid deben ampliarse para incluir prevención en lugar de solo tratamiento para combatir las discapacidades funcionales en la edad adulta para aquellos que ahora son más jóvenes y de mediana edad.

Bravo, PhD, MPH, Gutierrez, PhD, MPH y Levy-Storms, PhD, MPH abordan las relaciones paciente-proveedor (PPR) en un programa geriátrico que atiende a adultos mayores latinos nacidos en el extranjero con multimorbilidad. Se realizaron entrevistas en profundidad en español en tres ocasiones separadas con 13 pacientes de habla hispana en el transcurso de un año. Las relaciones médico-paciente se basaron en el conocimiento técnico, la confianza y la defensa en un orden jerárquico. Con el tiempo, aquellos médicos que demostraron las mejores relaciones exhibieron experiencia, confianza y defensa. En consecuencia, las buenas relaciones médico-paciente exigen acciones constructivas por parte de los médicos en nombre de los pacientes. Estos hallazgos respaldan el trabajo de Clarke, Bennett y Korotchenko (2014), en el que los pacientes informaron que recibieron una atención inadecuada debido a las fallas personales de sus médicos y las limitaciones de las consultas médicas.

La naturaleza evolutiva de las políticas de atención médica

Al considerar las diversas perspectivas y ubicaciones de atención médica en este volumen de JEP, uno debe quedar impresionado por los puntos en común en la atención médica y por las deficiencias identificadas que re-

quieren políticas innovadoras. También estamos impresionados por el valor de los enfoques cualitativos y cuantitativos para el estudio de la prestación de atención médica, especialmente cuando ocurre en la vejez. También aprendemos a apreciar los roles que desempeñan los miembros de la familia y otros cuidadores informales para impactar la salud y el funcionamiento de los adultos mayores.

Es importante reconocer que los servicios para adultos mayores evolucionan a través de una combinación de mejoras planificadas y oportunidades en evolución. Muchos servicios no reflejan políticas planificadas, sino más bien la evolución de organizaciones y profesiones. Al considerar las diversas perspectivas y ubicaciones de atención médica en este volumen de JEP, uno debe quedar impresionado por los puntos en común en la atención médica y las deficiencias identificadas que requieren políticas innovadoras. También notamos el valor de los enfoques cualitativos y cuantitativos para el estudio de la prestación de atención médica, especialmente cuando ocurre en la vejez. También aprendemos a apreciar los roles que desempeñan los miembros de la familia y otros cuidadores informales para impactar la salud y el funcionamiento de los adultos mayores. Los cuidadores familiares están comprometidos con las relaciones afectuosas de formas que son difíciles de encontrar entre los cuidadores pagados.

Nos complace que nuestra publicación conserve una perspectiva internacional centrada en los adultos mayores y los proveedores de atención médica en diversos contextos culturales. Reconocemos las diferencias culturales, pero también nos impresionan los puntos en común entre culturas. En particular, parece haber similitudes en la importancia de la inversión del personal de atención médica para mejorar la satisfacción con la atención entre los pacientes de edad avanzada. Incluso con los avances en la prestación de atención médica, los aspectos relacionales de la atención médica adquieren una importancia primordial en la vejez. Al parecer, continúan existiendo deficiencias en la prestación de servicios de salud a los adultos mayores. En la medida en que las soluciones colectivas no hayan prevalecido, la proactividad individual entre los adultos mayores puede tener un gran valor (Kahana, Kahana y Lee, 2014).

老年患者的医疗护理体验：社论

Eva Kahana 博士，主编

当我在 2019 年受邀担任《老年政策杂志》（JEP）的编辑时，我将邀请视为一种荣幸，并期待应对与老年人的需求和护理相关的重要政策问题。我没有预料到 JEP 涉及的诸多主题会与我个人有关。

在开始担任编辑时，我已经 78 岁了，并且与我的合作者兼一生挚爱 Boaz Kahana 博士结婚 59 年。在我接受编辑职位后的四年里，新冠病毒（COVID）席卷全球，颠覆了老年人的社会关系。我的丈夫 Boaz 于 2020 年 11 月去世，我需要学会独自生活。对于大多数老年人来说，COVID 预示着一个孤独的时代（Groarke et al., 2020）。尽管 COVID 的急性期已经过去，但继续或减少与 COVID 相关的预防措施一事对于老年人来说仍然存在很多不确定性。我个人刚开始很少去餐馆吃饭，也很少邀请朋友来我家。

我也努力应对一系列因髌部关节炎引起的疼痛和行动不便而产生的致残性健康挑战。去年，我在等待 COVID 疫情减缓，以安排我的髌关节置换手术，这可能会增强我的活动能力并减轻疼痛。

我仍然以教授的身份全职工作，并且非常享受我的工作。由于行动不便和害怕感染 COVID，我请求本学期继续进行在线教学。让我所任教的大学允准这一请求并非易事，因为所有课程现在都恢复了线下授课。但最终，支持我的院长带来了好消息，我目前以网络的方式教授压力和应对（Stress and Coping）课程。我有 20 名学生，指导他们是我每周的重头戏。我还继续指导博士生并从事我的研究。当我为本期 JEP 撰写这篇社论时，我意识到我的工作和生活经历在多大程度上交织在一起。我还意识到，个人观点能加深对医疗相关问题和挑战的理解。

2022 年 7 月中旬，我在费城进行了推迟已久的髌关节置换手术。目前，我正渴望康复并完全恢复活动能力。我对独立行走和再次旅行抱有积极的愿景。我的脚仍然有点不稳，但最近已经从助行器过渡到拐杖。本期 JEP 聚焦于“老年人在晚年的医疗保健获取和医患互动”，因此与我的生活经历密切相关。

本期收录的文章应对了老年患者在摸索复杂的医疗系统方面的经历。这些文章都认可的是，老年患者正面临一个与其早年生活经历和期望差异巨大的官僚系统（Rourke, 2021）。我将通过分享我作为一名接受髌关节置换手术的 81 岁女性的生活经历来介绍我对这些问题的探讨。

正如我之前提到的，我决定在我的小儿子 Michael 和他的家人所居住的费城进行手术。他知道一位出色的骨科医生 Javad Parvizi 博士。我在费城

而不是克利夫兰接受手术，这确保了我可以获得高质量的正规医疗服务，并且可以近距离接触家庭护理人员，因为我的大儿子Jeffrey也会在费城待一个月，而他的孩子们则参加了夏令营。

罗斯曼中心隶属于Parvizi医生执业的杰斐逊医院，是一个繁忙的骨科中心，散发着乐观的气息。在我短暂的两天住院期间，我得到了很好的照顾。出院后，我在儿子家附近的 Residence Inn 酒店休养了三个星期。我在休养期间使用助行器，并且最初需要帮助才能上下床。在康复期间，我从一家推荐的家庭护理机构聘请了家庭护理人员，以便在家人不在时帮助我。

夜间护理人员从晚上 9 点开始轮班 12 小时至上午 9 点。日间护理人员从上午 9 点工作到下午 5 点。护理人员帮我穿好衣服，让我在大堂散步锻炼身体。我每小时向该机构支付 30 美元，每天花费 600 美元，一共支付了17天，也就是总的自付人员成本为 10,800 美元。家庭护理人员很可能只得到这笔费用的一小部分。大多数护理人员是美国移民。有些来自巴哈马群岛，有些来自尼日利亚。她们都是有家庭的已婚妇女，并且积极参加教会活动。

大多数护理人员在被特别要求时都会提供帮助。只有少数人主动帮忙洗澡或就餐。夜间助理最初帮助我上下床，让我步行去洗手间。随着我在上下床时变得更强壮和更独立，他们通常让我自己动手，有些人问：“你还好吗？”。大多数夜间护理人员在客厅里看电视直到很晚，然后穿着衣服睡在我旁边的床上。如果我在晚上寻求起床帮助，大多数人都会醒来，响应我的请求。有几个睡得很香，我求助时也没有醒。后来我才知道，护理人员是要熬夜的，但心照不宣的是，大部分人都去睡觉了。我的日间护理人员花了很多时间与他们的朋友通电话。我的经历强调了付费护理人员提供支持一事的局限性。

回到克利夫兰的家后，我不再需要护理人员。当地医院的物理治疗师每周拜访我两次以帮助提升行走能力，每次大约半小时。每次拜访中只有几分钟的练习。治疗师使用一半的拜访时间检查我的生命体征。我最近开始接受看起来更专业的门诊物理治疗。治疗师陪我度过了整整一个小时，并解释了我所做练习的理由。

回顾我在手术后雇用护理人员的经历，证实了JEP所应对的关于老年患者难以获得悉心医疗关怀的担忧，尤其是在需要个人护理时。私人机构在监督护理人员时提供的监督和控制是有限的。即使是信誉良好的医院也难以确保家庭护理人员（例如物理治疗师）提供高质量的护理。

过去的个性化护理和持续护理几乎消失了，取而代之的是一个碎片化且注重成本的系统（Stange, 2009）。医生的护理通常被训练不足的医疗保健提供者所取代（Montenegro et al., 2011）。事实上，医生现在通常被称为众多的“提供者”之一。

不断变化的医疗服务提供模式

本期收录的文章还应对了医疗保健的碎片化及其对政策的挑战。为了深入描述这一问题，我们的期刊包括患者、研究人员和医疗保健提供者的观点。我们还继续发表由临床医生和研究人员撰写的多学科论文。在宏观层面上，本期JEP 还提供了有关“医疗保健和政策方面的区域差异和国际差异”的见解。我们的例证关注点包括：阿巴拉契亚地区未获得足够服务的人群、意大利的老年病学医生、以及最近在巴尔的摩被诊断出患有糖尿病的患者。

几篇论文基于患者的叙事并使用定性方法。这些文章呼吁关注当前的医疗保健系统在提供老年人友好政策方面的缺点。患者、医生和家庭护理人员之间的信任是成功医疗的一个重要且往往未被认可的要素。本期 JEP 包括对此类关系的深入纵向研究。鉴于老年患者的复杂需求，将非正式护理人员融入医疗保健团队一事能提高护理服务的成功率。我们收录的一项研究聚焦于医生对家庭护理人员可信度的感知，并识别了护理人员能提供强有力支持的领域。

长期以来，护理的连续性一直是描述对高质量医疗服务的可取性和期望时所使用的积极口头禅。大多数就业者（至少对美国中产阶级而言）从他们的工作场所获得健康保险，并从内科医生或家庭医生那里获得常规护理，这些医生隶属于城镇的一所主要医院。随着患者年龄的增长并出现慢性健康和行动不便问题，他们会寻求转诊到专科医生，以获取进一步治疗。不过，在过去十年中，医疗保健的提供发生了巨大变化，特别是自 2020 年 COVID 大流行爆发以来。获得与初级保健医生的线下预约变得更加困难，长时间的等待是现在最常见的情况。沟通已经演变为在线联系甚至是在线预约 (Fox & Rainie, 2002)。医生的目视检查和评估已成为次要。鉴于对 COVID 的恐惧，尤其是老年人对 COVID 的恐惧，部分变化是可以理解的。

许多医院系统还鼓励患者通过 MyChart 等电子门户与医生沟通 (Rainie & Fox, 2000)。检查这些门户网站的工作通常留给文员，并且向医生提出的问题也越来越多地由助理处理。事实上，医师助理和执业护士已成为医疗保健提供者的主要角色 (Kleinpell, Ely, & Grabenkort, 2008)。初级保健医生打电话通知患者检测结果的传统做法已经被搁置一旁。检测结果现在通过电子邮件传达，或者在必要时由不认识患者的医疗秘书传达。这种做法消除了患者与他们熟悉的医生保持联系和提问的机会。同样缺失的是来自长期倡导者的消除疑虑的保证。此处概述的变化发生在大流行之前和期间，并且显然使获得医疗保健一事更具挑战性。本期发表的文章反映了这些医疗保健挑战。

本期文章阐明了协调医疗保健服务提供一事的挑战

第一篇文章反映了医生提供个性化护理的愿望与提供此类护理所面临的障

碍之间的鸿沟。文章由两位医生和一位社区卫生主任撰写，他们分别为医学博士 Stange、医学博士 Gaglioti 和工商管理硕士 Bindas。文章巧妙地描绘了综合医疗保健对老年人的好处。这篇文章的独特之处在于探究和诠释了三个案例研究，作者在这些案例研究中分享了对管理老年患者健康一事的个人看法。文章的后半部分以这些案例研究为基础，分享了一项调查的结果，调查的问题为“医疗保健中什么最重要？”。从这项调查中，作者识别了一系列护理领域，这些领域“透过接受或提供护理的人的视角，代表了高质量初级保健的要素”。

这些期望包括初级保健的可及性、对整个人的关注、以及将家庭考虑在内。这涉及与患者逐渐建立关系，了解患者护理的最重要方面，优先考虑医疗团队之间的沟通以管理多种慢性疾病，成为患者的倡导者，以及注重预防而非治疗。这些领域鼓励医疗保健提供者充当多面手，以便其识别问题并优先考虑相关行动以促进健康和康复并为个人提供个性化护理。作者在结论处提出了政策建议，用于促进初级保健、以关系为中心的护理模式、以及非还原论研究方法。

针对老年人的医学专业知识以老年病学家提供的护理为代表。Degiuli 博士的文章考量了美国和意大利老年病学医生的角色，提供了关于老年护理的跨文化视角。基于对老年病学家的定性访谈和老年病学会议参与者的观察，作者探究了这些受过专门训练的医生在急症和长期护理环境中发挥的作用。她的结论认为，意大利和美国的老年病学家数量都非常有限。这种在老年患者所需的长期护理方面接受过最高级培训的医生的代表性不足，为这一群体服务不足的特征提供了一个独特而重要的解释。Degiuli 呼吁宏观层面的解决方案，以便为晚年的慢性病提供更好的护理。

由Chard博士、Girling博士、Harris-Wallace博士、Henderson博士、Roth博士和 Eckert博士在本期 JEP 中撰写的文章聚焦于糖尿病诊断途径和对卫生政策的启示。2 型糖尿病是一种令许多老年人担忧的慢性病。虽然筛查和预防是文献中的常见主题，但诊断过程却往往被忽视。这篇重要的文章探究了老年人发现自己被诊断出患有糖尿病的途径。通过使用 47 位黑人和白人老人的叙事，作者揭示，参与者（即这些老人）在经历了健康事件和/或经历了令人担忧的症状（例如，驾驶时失去知觉）后才知道他们的疾病。令人惊讶的是，只有 13% 的参与者在年度医疗保健访问期间被诊断出糖尿病。其他诊断途径是通过工作场所或社区检测。在所有情况下，参与者似乎都对诊断结果措手不及。文章呼吁关注在健康事件发生之前进行诊断一事的重要性，以及提供筛查机会的必要性，尤其是在服务欠缺的社区。

Minakshi 博士和Rao撰写的文章研究了医生对家庭护理人员的信任这一未被充分研究但十分重要的话题。作者利用对 20 名医生的定性访谈，探究了其如何建立对家庭护理人员的信任、其如何感知护理人员是否信任他们、文化在信任建立中的作用、以及将护理人员融入医疗团队一事的感知障碍和促进因素。作者的研究结果表明，医生对家庭成员信任度的评估包括能力、忠诚度和可靠性。医生的感受是，如果其认为护理人员能够执行

与患者需求相关的任务，能为患者进行倡导，并且似乎参与了患者护理，那么他们就可以信任家庭护理人员。在感知护理人员对医生的信任方面，医生利用语言信号（表达感激之情）和非语言暗示（肢体语言），并注意护理人员提问的方式。此外，医生认为，如果他们对患者具有文化敏感性，那么护理人员往往会信任他们。远程医疗访问和使用 FaceTime 有助于让家庭成员参与到患者的护理中。最后，当医生表示他们信任其他医生的客观数据，但家庭护理人员能够让他们更清楚地了解患者的症状并提供背景信息时，家庭护理人员的重要性便得以展现。Rao 和 Minakshi 最后提出了一系列政策建议，用于支持将家庭护理人员融入医疗保健关系中。

博士 Hicks Patrick、文学硕士 Pullen、理学学士 Ibrahim-Bacha、和博士 Spencer 考量了阿巴拉契亚农村中地点和功能性障碍之间的重要联系。通过使用美国疾病控制和预防中心（CDC）行为风险因素监测系统（BRFSS）的数据，作者探究了健康的人口社会决定因素（年龄、性别、教育和收入）如何影响西弗吉尼亚州 4,867 名成年人的医疗保健获取和功能性能力。他们的分析表明，男性、年轻和较低的收入与“更难以获取医疗服务”一事存在联系。在功能性能力方面，只有收入会影响一个人的功能性水平。此外，更多的医疗保健机会与较低水平的功能性能力相关，这表明更多的医疗保健机会导致更多的诊断和护理。作者认为，这些结果可能表明：扩大的医疗补助覆盖面和其他社会项目正在惠及预期的接受者。他们的文章强调了在人口老龄化的西弗吉尼亚等州继续扩大医疗补助计划的重要性。他们还强调，医疗补助计划应该包括预防而不仅仅是治疗，以便让当下的年轻人和中年人在以后的老年生活中防止功能性障碍。

Bravo 博士、Gutierrez 博士和 Levy-Storms 博士在一项老年病学项目中应对了患者-提供者关系（PPR），该项目服务于患有多种疾病的、在外国出生的老年拉美裔人。在为期一年的时间里，在三个不同的场合用西班牙语对 13 名讲西班牙语的患者进行了深度访谈。医患关系是建立在“技术知识、信任和倡导”这一等级顺序的基础上的。随时间推移，那些具备最佳关系的医生表现出专业知识、信任和倡导。因此，良好的医患关系需要医生代表患者采取建设性行动。这些研究发现支持 Clarke、Bennett 和 Korotchenko（2014）的研究，后者的研究中，患者报告称其得到的护理不足，这归因于医生的个人失误和医疗咨询的限制。

医疗保健政策不断演变的性质

在考量本卷 JEP 中的不同观点和医疗地点时，让人印象深刻的是医疗保健的共性以及所识别的不足之处，后者需要创新政策。同样令人印象深刻的是，医疗服务提供（尤其出现在晚年生活）研究的定性和定量方法所体现的价值。我们还学会重视家庭成员和其他非正式护理人员在影响老年人健康和功能方面所发挥的作用。

老年服务是通过一系列改进计划和不断变化的机会相结合而发展的，认识到这一点很重要。许多服务并不反映所规划的政策，而是反映组织和专业

的演变。在考量本卷 JEP 中的不同观点和医疗地点时，让人印象深刻的是医疗保健的共性以及所识别的不足之处，后者需要创新政策。我们还注意到定性和定量方法对医疗服务提供研究的价值，尤其是当它发生在晚年时。我们还学会重视家庭成员和其他非正式护理人员在影响老年人健康和功能方面所发挥的作用。家庭护理人员在护理关系中的投入是难以从付费护理人员处获取的。

令我们欣喜的是，我们的出版物保留了国际视角，关注不同文化背景下的老年人和医疗保健提供者。我们承认文化差异，但也对跨文化的共性印象深刻。特别地，医护人员加大提升老年患者的护理满意度一事的重要性似乎存在相似之处。即使在医疗保健服务提供方面取得了进步，医疗保健的相关方面在老年中仍占据着最重要的地位。向老年人提供医疗保健一事似乎仍然存在缺陷。在集体解决方案尚未普遍存在的情况下，老年人的个人主动性具有很大的价值（Kahana, Kahana, & Lee, 2014）。

References

- AbouZahr, C., Adjei, S., & Kanchanachitra, C. (2007). From data to policy: good practices and cautionary tales. *The Lancet*, 369(9566), 1039-1046.
- Beisecker, A. E. (1996). Older persons' medical encounters and their outcomes. *Research on Aging*, 18(1), 9-31.
- Clarke, L. H., Bennett, E. V., & Korotchenko, A. (2014). Negotiating vulnerabilities: how older adults with multiple chronic conditions interact with physicians. *Canadian Journal on Aging* 33(1), 26-37.
- Fox, S., & Rainie, L. (2002). E-patients and the online health care revolution. *Physician Executive*, 28(6), 14-18.
- Groarke, J. M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P. E., McGlinchey, E., & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PloS one*, 15(9), 1-18.
- Harris, M. F., Advocat, J., Crabtree, B. F., Levesque, J. F., Miller, W. L., Gunn, J., & Russell, G. M. (2016). Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: evidence from a comparison of reform in three countries. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 35-46.
- Kahana, E., Kahana, B., & Lee, J. E. (2014). Proactive approaches to successful aging: One clear path through the forest. *Gerontology*, 60(5), 466-474.

- Kleinpell, R. M., Ely, E. W., & Grabenkort, R. (2008). Nurse practitioners and physician assistants in the intensive care unit: an evidence-based review. *Critical Care Medicine*, 36(10), 2888-2897.
- Montenegro, H., Holder, R., Ramagem, C., Urrutia, S., Fabrega, R., Tasca, R., & Gomes, M. A. (2011). Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. *Journal of Integrated Care*, 19(5), 5-16.
- Rainie, L., & Fox, S. (2000). The online health care revolution. Retrieved from <https://www.pewresearch.org/internet/2000/11/26/the-online-health-care-revolution/>
- Rourke, E. J. (2021). Continuity, fragmentation, and Adam Smith. *New England Journal of Medicine*, 385(19), 1810-1814.
- Stange, K. C. (2009). The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *The Annals of Family Medicine*, 7(2), 100-103.
- Yoong, S. L., Hall, A., Stacey, F., Grady, A., Sutherland, R., Wyse, R., & Wolfenden, L. (2020). Nudge strategies to improve healthcare providers' implementation of evidence-based guidelines, policies and practices: a systematic review of trials included within Cochrane systematic reviews. *Implementation Science*, 15(1), 1-30.