

· 指南解读 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2024.14.001

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240507.2135.022\(2024-05-08\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240507.2135.022(2024-05-08))

加拿大安大略注册护士协会《护理和服务的过渡》 最佳实践指南解读

田 娇,石欣璐,赵锡丽[△]

(重庆医科大学附属第二医院消毒供应科,重庆 400010)

[摘要] 为确保患者顺利完成护理过渡,我国各家医院不断提升护理质量,优化护理程序。鉴于当前我国护理过渡仍处于发展阶段,该研究对加拿大安大略注册护士协会 2023 年发布的《护理和服务的过渡》最佳实践指南进行解读,旨在为我国医务人员提供护理过渡的规范化指导,并为制订相关策略提供科学依据,从而减少不良事件的发生,提高患者生活质量。

[关键词] 过渡期护理;过渡期护理模式;指南;推荐意见;指南解读

[中图分类号] R47 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2024)14-2081-04

Interpretation of best practice guidelines for *Transitions in Care and Services* by Registered Nurses' Association of Ontario

TIAN Jiao, SHI Xinlu, ZHAO Xili[△]

(Department of Disinfection Supply, the Second Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400010, China)

[Abstract] In order to ensure that the patients smoothly complete the nursing transition, major hospitals in China continuously improve the quality of nursing and optimize the nursing procedures. In view of the fact that the nursing transition is still in the development stage in China, this study interprets the best practice guidelines for *Transition of Nursing and Services* issued by the Registered Nurses' Association of Ontario in 2023, aiming to provide standardized guidance for the nursing transition of healthcare professionals in China and provide scientific basis for the formulation of relevant strategies, thus the occurrence of adverse events can be reduced and the patients' quality of life can be improved.

[Key words] transitional care; transition period nursing mode; guideline; recommendations; guide interpretation

护理过渡是指患者的基本信息和护理需求从一个医疗机构转移到另一个医疗机构,包括医院不同科室的转移、不同医院的转移、医院与养老院的转移等,是提供卫生保健的重要环节^[1]。有研究指出,在护理过渡期间,若处理不当,易导致不良事件的发生,如加重患者病情的进展,增加不必要的检查或治疗,手术或检查的延误或取消,以及用药错误等情况^[2-3]。规范化的护理过渡能够确保患者在不同机构之间的顺畅衔接,有效减少护理中断,从而提升护理质量,增加患者的满意度,促进患者的恢复,降低再入院率。因此,规范化的护理过渡对患者的预后至关重要。近年来,为了保证患者顺利完成护理过渡,各家医院不断提升护理质量,优化护理程序,提高患者的满意度^[4]。但是,目前我国护理过渡仍处于发展阶段,亟待汲取

国外护理过渡实践的先进经验,构建符合我国国情的护理过渡实践模式^[5]。

2014 年加拿大安大略注册护士协会(Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO)发布了第 1 版《护理过渡》最佳实践指南^[6],2023 年在此基础上,该组织通过对文献的系统评价、对相关实践人员的访谈和专家的讨论函询等方法,更新发布了《护理和服务的过渡(第 2 版)》最佳实践指南(以下简称指南)^[7]。该指南由最佳实践组织[®]安大略团队(Best Practice Spotlight Organization[®] Ontario Health Teams, BPSO OHTs)为代表的专家小组进行编写制定。本文对该指南中的推荐内容进行解读,以期为我国医务人员提供护理过渡的规范化指导,并为制订相关策略提供科学依据,从而减少不良事件的发生,提

[△] 通信作者, E-mail: 300313@hospital.cqmu.edu.cn.

高患者生活质量。

1 指南适用范围及特点

该指南支持儿科(18 岁以下)和成人(18 岁及以上)及其家属的护理过渡。以下人群(情况)不包括在指南范围内:从儿科病房过渡到成人病房,产后从医院回家的产妇和婴儿,从新生儿重症监护病房出院回家的婴儿,医务人员在交接班时的过渡,医院不同门诊就诊的患者。该指南适用于所有需要护理过渡的实践环境,包括医院、养老院和急救中心等。该指南包含 5 条良好实践声明和 3 条推荐意见。良好实践声明指基于临床实践得出的有益结论,为强烈推荐;推荐意见是基于专家或循证证据得出,为有条件推荐。

2 指南推荐内容

2.1 与患者及其家属合作

良好实践声明 1:医务人员在护理过渡的前、中、后与患者及其家属合作,以确保安全地完成过渡。这条良好实践声明是总体声明,是实现所有其他建议和良好实践声明的基础。

在制订护理计划时,与患者及其家属的合作至关重要,是专业实践的标准^[8]。在护理过渡期间,患者的基本信息和护理需求在医务人员之间转移,为实现最佳结果,各医务人员需知情、共享决策^[9-10]。此外,在护理过渡准备期间,医务人员应与患者及其家属进行有效的沟通,了解患者及其家属的需求和偏好,制订相关护理计划^[11]。如果不能满足患者及其家属的需求,医务人员应解释原因并提供其他可行方案,获得患者及其家属的谅解^[10]。只有共同合作,才能确保顺利完成护理过渡,因此,尊重患者及其家属的意愿和选择至关重要^[1-2]。

专家小组提出实施意见:在护理过渡期间,医务人员积极地与患者及其家属沟通,通过开放式的问题,了解其需求,并建立信任关系。为尊重患者的自主权,医务人员需通过提供通俗易懂的资料,与患者及其家属共同商讨,确定最合适的护理过渡计划。

2.2 评估护理需求和过渡准备情况

良好实践声明 2:医务人员与患者及其家属共同评估其护理需求和过渡准备情况是一种良好实践。

在制订护理计划或实施任何干预措施之前,对患者进行初步评估是专业实践的标准。评估不仅能帮助医务人员确定患者是否做好过渡准备,还能确定过渡期间和之后患者所需的护理类型及支持内容,尤其对有复杂需求的患者至关重要^[12]。在评估时需考虑众多因素,但应侧重考虑患者及其家属的需求,制订符合患者个性化需求的过渡计划^[13]。若未进行充分评估,可能会增加医务人员和患者及其家属的心理压力,加大护理过渡的难度,甚至导致患者再次入院^[14-15]。专家小组强调,评估对于护理过渡准备至关重要,但应避免不必要的重复评估。若进行多次重复

评估,可能会增加患者的心理压力,降低其对医务人员的信任。为了避免不必要的重复评估,医务人员应审查先前的评估,并在新评估中突出差异与变化。此外,还需对评估工具进行学习,包括明确评估的执行者、评估内容、评估时机等。当必须重复评估时,医务人员应向患者及家属解释原因。最后,完成评估以确定护理需求并确定过渡的准备情况是良好的临床实践,也是制订过渡计划的先决条件。

2.3 跨专业合作

良好实践声明 3:跨专业团队合作共同制订符合患者及其家属独特需求的护理过渡计划是种良好实践。

为满足患者及其家属的独特需求,来自不同专业的医务人员通过共享专业的观点和知识,共同制订出更全面的护理过渡计划^[16]。跨专业团队不局限于护士、医生的参与,还包括康复师、志愿者、社区工作者等成员。有研究表明,当团队成员对各自的作用和责任不明确时,将增加制订过渡计划的难度^[17]。团队成员间有限的沟通和共享决策,将阻碍成员间的合作^[18]。当成员向患者及其家属传达矛盾信息时,不仅给患者带来困惑,还会降低患者对团队的信任^[19]。因此,制订有效的护理计划,取决于跨专业团队之间良好沟通和合作,需要形成平等价值的意识,以促进团队成员之间的信任和尊重。

推荐意见 1:专家小组建议,为支持护理过渡的患者,各医疗单位应开展合作,制订正式的跨专业跨部门的合作方法。

制订跨专业跨部门的方法,即两个或两个以上来自不同学科或不同部门的医务人员进行合作的方法,以确保患者及其家属能顺利地顺利完成护理过渡。缺乏各部门的正式沟通和对患者的后续跟进是当前护理过渡的主要问题。多项研究表明,正式的跨部门合作能增加患者满意度,提升患者的随访率和降低患者的再入院率^[20-21]。尽管研究结果存在不一致的情况^[22],但正式的跨专业跨部门方法对改善患者的状况具有积极意义。

专家小组提出实施意见:制订护理过渡计划时,应综合考虑加入各方面的人员和资源。首先,考虑邀请了解社区或个人经验丰富的相关人员如相关志愿者、政府工作人员共同参与,他们具备丰富的经验和专业知识,能够为计划提供宝贵的见解和建议。其次,对于有痴呆、精神健康等问题的患者,需要相应专业医务人员共同制订行为支持计划。此外,跨专业团队的合作和协调至关重要,需确保每位成员明确自身角色,并有 1 位主导者统一协调。在制订计划时,除了医疗需求,还应重视社会心理和实际支持,确保患者获得基本必需品和社会支持的途径。并且,为在护理过渡中实现有效合作,跨专业团队成员需接受相关教育和培训,并发展所需的协调技能。

2.4 用药史回顾

良好实践声明 4: 为确保用药安全, 医务人员应与面临护理过渡的患者及家属合作, 获取完整的用药史, 并在所有过渡机构进行药物清单核对。

沟通和护理程序在护理过渡期间可能存在不同程度的中断, 导致用药差异和错误的风险增加^[23]。因此, 为确保用药安全, 需实施结构化药物调节流程, 包括获取完整的用药史、核对更新药物清单, 并与患者及其家属合作, 确保他们能理解并安全地保管药物。对于高风险患者如儿童、老年人、服用多种药物的患者等, 应提供额外支持, 并提高药物信息的质量和可获得性。同时, 倡导患者使用药物清单, 无论是纸质还是电子形式, 以跟踪药物并与医务人员共享信息, 从而确保护理过渡期间的用药安全。

专家小组提出实施意见: 在药物管理过程中, 获取用药史至关重要, 需在药物清单核对前完成。理想情况下, 在护理过渡前获取用药史, 以便在护理过渡后更顺利地进行药物清单核对。若护理过渡前无法完成, 应在护理过渡后尽快进行。医务人员在开具新药处方前应充分考虑药物间的相互作用、副作用及禁忌证。同时, 也需考虑患者的经济能力和药物购买的可行性, 评估患者服药的依从性及其对治疗方案的理解决程度等。药物清单核对不仅是医务人员的责任, 也是患者及其家属的重要任务。因此, 医务人员在与患者沟通时应避免使用医学术语, 确保患者及其家属充分理解用药情况。此外, 医务人员还应告知患者药物变化及原因, 并提供书面资料以帮助其更好地理解。在护理过渡时, 应确保向接收机构提供完整的用药史。医疗机构应制订明确的政策和流程, 以确保药物信息的准确传递。

2.5 导航支持

良好实践声明 5: 为了确保患者在护理过渡期间和之后的需求得到满足, 相关人员应该向患者及其家属提供充分的信息和支持, 这是一种良好实践。

导航支持是指由相关人员提供的个性化支持, 以帮助患者及其家属克服在护理过渡期间面临的种种挑战。相关人员由医务人员和社会团体(如志愿者)构成。在护理过渡期间, 相关人员应有责任为患者及其家属提供清楚、及时的信息和支持^[24]。这包括个性化的健康教育(伤口护理、药物管理、医疗设备使用等), 安排预约和转诊指导, 并发症和潜在危险特征的识别, 以及如何解决护理障碍^[25-27]。同时, 关注患者及家属的需求, 对其进行教育、培训和实际支持。最后, 相关人员应与患者及其家属进行信息共享, 使患者及其家属能够更好地了解潜在的护理需求和治疗的利弊, 从而做出明智的决策。

推荐意见 2: 专家小组建议, 针对护理过渡期间有复杂的护理需求的患者, 相关人员应积极提供导航支持, 准确评估并应对患者当前及不断变化的需求。这

种支持包括对患者定期跟踪、满足患者需求、提供信息、减少障碍、提供社会和情感支持等。研究显示, 导航支持可以提升随访率、减少再入院人数和提高患者满意度^[28-29]。然而, 由于证据的确定性和相关性有限, 需要进一步研究以明确其效果和危害。

推荐意见 3: 专家小组建议, 有类似经历的相关人员为护理过渡期间有心理健康需求的患者提供支持, 以帮助患者顺利完成过渡。有类似经历的相关人员为不受监管的人员, 凭借过往的相似经历(如心理健康问题或疾病), 接受专业培训后, 提供情感和实际支持以帮助他人。这种支持包括提供情感支持、分享经验和提供必要的信息等, 以帮助患者更好地理解 and 应对自己的心理健康问题。专家小组建议, 有类似经历的相关人员须具备特定资格和适当技能, 同时确保对患者隐私的保护。尽管这种支持方式对提高患者满意度, 改善患者生活质量具有重要意义^[30-31], 但仍存在不确定性。因此, 患者需了解潜在的益处和危害后, 自愿选择是否接受此类支持。

专家小组提出实施意见: 为了确保顺利地完护理过渡, 相关人员须与患者及其家属建立信任关系, 明确自身角色和责任, 倾听患者心声, 积极沟通, 以便提供清晰的信息和支持。在健康教育方面, 应采用多种形式且语言通俗易懂, 并提供实践培训机会, 最后通过反问等方式加深患者对健康教育内容的理解。对于医疗保障不足的农村和偏远地区, 应提供更多支持并确保支持的透明度。

3 小 结

指南对护理过渡的准备、评估、实施等方面给出相应的建议, 对护理过渡的管理具有重要意义。建议医务人员及相关机构在应用该指南时, 综合考虑护理过渡时的要求和患者及其家属的偏好, 制订个性化的过渡计划, 以确保顺利完成护理过渡。

参考文献

- [1] PINELLI V, STUCKEY H L, GONZALO J D. Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: a qualitative study of patients' and providers' perceptions [J]. J Interprof Care, 2017, 31(5): 566-574.
- [2] WILLIAMS L J, WALLER K, CHENOWETH R P, et al. Stakeholder perspectives: communication, care coordination, and transitions in care for children with medical complexity [J]. J Spec Pediatr Nurs, 2021, 26(1): e12314.
- [3] OP'T HOOG S A J J, DAUTZENBERG M, ESKES A M, et al. The experiences and needs of relatives of intensive care unit patients during the transition from the intensive care unit

- to a general ward: a qualitative study[J]. *Aust Crit Care*, 2020, 33(6): 526-532.
- [4] SHUSTER C, HURLBURT A, TAM P, et al. Unplanned hospital readmissions in british columbia[J]. *BC Med J*, 2018, 60(5): 263-267.
- [5] 林敏, 朱佳楠, 陈京立. 过渡理论在出院护理实践领域的应用及研究进展[J]. *护士进修杂志*, 2020, 35(23): 2141-2145.
- [6] Registered Nurses' Association of Ontario. Care transitions[EB/OL]. [2023-11-21]. <https://rno.ca/media/3167/download?inline>.
- [7] Registered Nurses' Association of Ontario. Transitions in care and services[EB/OL]. [2023-11-21]. <https://rno.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care>.
- [8] College of Nurses of Ontario. Therapeutic nurse-client relationship, revised 2006 [EB/OL]. [2023-11-21]. https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41033_therapeutic.pdf.
- [9] KIRAN T, WELLS D, OKRAINEC K, et al. Patient and caregiver experience in the transition from hospital to home: brainstorming results from group concept mapping: a patient-oriented study [J]. *CMAJ Open*, 2020, 8(1): E121-133.
- [10] SATHER E W, IVERSEN V C, SVINDSETH M F, et al. Patients' perspectives on care pathways and informed shared decision making in the transition between psychiatric hospitalization and the community[J]. *J Eval Clin Pract*, 2019, 25(6): 1131-1141.
- [11] National Institute for Health and Care Excellence. Shared decision making [EB/OL]. [2023-11-21]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197/resources/shared-decision-making-pdf-66142087186885>.
- [12] LUTZ B J, YOUNG M E, CREASY K R, et al. Improving stroke caregiver readiness for transition from inpatient rehabilitation to home[J]. *Gerontologist*, 2017, 57(5): 880-889.
- [13] LAFORTUNE C, ELLIOTT J, EGAN M Y, et al. The rest of the story: a qualitative study of complementing standardized assessment data with informal interviews with older patients and families[J]. *Patient*, 2017, 10(2): 215-224.
- [14] GOTLIB CONN L, ZWAIMAN A, DASGUPTA T, et al. Trauma patient discharge and care transition experiences: identifying opportunities for quality improvement in trauma centres[J]. *Injury*, 2018, 49(1): 97-103.
- [15] BOBAY K L, WEISS M E, OSWALD D, et al. Validation of the registered nurse assessment of readiness for hospital discharge scale [J]. *Nurs Res*, 2018, 67(4): 305-313.
- [16] GOLDMAN J, MACMILLAN K, KITTO S, et al. Bedside nurses' roles in discharge collaboration in general internal medicine: disconnected, disempowered and devalued? [J]. *Nurs Inq*, 2018, 25(3): e12236.
- [17] SMITH L M, KEISER M, TURKELSON C, et al. Simulated interprofessional education discharge planning meeting to improve skills necessary for effective interprofessional practice [J]. *Prof Case Manag*, 2018, 23(2): 75-83.
- [18] FARRELL T W, SUPIANO K P, WONG B, et al. Individual versus interprofessional team performance in formulating care transition plans: a randomised study of trainees from five professional groups[J]. *J Interprof Care*, 2018, 32(3): 313-320.
- [19] CADEL L, SANDERCOCK J, MARCINOW M, et al. A qualitative study exploring hospital-based team dynamics in discharge planning for patients experiencing delayed care transitions in Ontario, Canada [J]. *BMC Health Serv Res*, 2022, 22(1): 1472.
- [20] LOW L L, TAN S Y, NG M J, et al. Applying the integrated practice unit concept to a modified virtual ward model of care for patients at highest risk of readmission: a randomized controlled trial[J]. *PLoS One*, 2017, 12(1): e168757.
- [21] ENZINGER L, DUMANOIR P, BOUSSAT B, et al. Direct phone communication to primary care physician to plan discharge from hospital: feasibility and benefits [J]. *BMC Health Serv Res*, 2021, 21(1): 1352.
- [22] PAOLINI D, BONACCORSI G, LORINI C, et al. Careggi Re-Engineered Discharge project: standardize discharge and improve care coordination between healthcare professionals[J]. *Int J Qual Health Care*, 2022, 34(3): mzac060.
- [23] World Health Organization. Medication safety in transitions of care [EB/OL]. (2019-06-20) [2023-11-21]. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9>.
- [24] College of Nurses of Ontario. Practice standard: code of conduct [EB/OL]. (2023-06-05) [2023-11-21]. https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/49040_code-of-conduct.pdf.
- [25] JOHNSON S, LAMB D, MA-(下转第 2091 页)

- Using texture analysis of head CT images to differentiate osteoporosis from normal bone density[J]. *Eur J Radiol*, 2019, 116: 212-218.
- [12] MOOKIAH M, ROHRMEIER A, DIECKMEYER M, et al. Feasibility of opportunistic osteoporosis screening in routine contrast-enhanced multi detector computed tomography (MDCT) using texture analysis [J]. *Osteoporos Int*, 2018, 29(4): 825-835.
- [13] CHEN Y C, LI Y T, KUO P C, et al. Automatic segmentation and radiomic texture analysis for osteoporosis screening using chest low-dose computed tomography[J]. *Eur Radiol*, 2023, 33(7): 5097-5106.
- [14] WANG S, TONG X, FAN Y, et al. Combining deep learning and radiomics for automated, objective, comprehensive bone mineral density assessment from low-dose chest computed tomography[J]. *Acad Radiol*, 2024, 31(3): 1180-1188.
- [15] TONG X, WANG S, ZHANG J, et al. Automatic osteoporosis screening system using radiomics and deep learning from low-dose chest CT images[J]. *Bioengineering*, 2024, 11(1): 50.
- [16] VALENTINITSCH A, TREBESCHI S, KAESMACHER J, et al. Opportunistic osteoporosis screening in multi-detector CT images via local classification of textures [J]. *Osteoporos Int*, 2019, 30(6): 1275-1285.
- [17] XUE Z, HUO J, SUN X, et al. Using radiomic features of lumbar spine CT images to differentiate osteoporosis from normal bone density [J]. *BMC Musculoskelet Disord*, 2022, 23(1): 336.
- [18] CHENG L, CAI F, XU M, et al. A diagnostic approach integrated multimodal radiomics with machine learning models based on lumbar spine CT and X-ray for osteoporosis[J]. *J Bone Miner Metab*, 2023, 41(6): 877-889.
- [19] CHEN B, CUI J, LI C, et al. Application of radiomics model based on lumbar computed tomography in diagnosis of elderly osteoporosis [EB/OL]. [2023-09-11]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38245854>.
- [20] ZAWORSKI C, CHEAH J, KOFF M F, et al. MRI-based texture analysis of trabecular bone for opportunistic screening of skeletal fragility [J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 2021, 106(8): 2233-2241.

(收稿日期: 2023-10-13 修回日期: 2024-03-29)

(编辑: 张芃捷)

(上接第 2084 页)

- RSTON L, et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial [J]. *Lancet*, 2018, 392(10145): 409-418.
- [26] ROSE L, ISTANBOULIAN L, CARRIERE L, et al. Program of integrated care for patients with chronic obstructive pulmonary disease and multiple comorbidities (PIC COPD⁺): a randomised controlled trial[J]. *Eur Respir J*, 2018, 51(1): 1701567.
- [27] SAMUELS E A, KELLEY L, PHAM T, et al. "I wanted to participate in my own care": evaluation of a patient navigation program [J]. *West J Emerg Med*, 2021, 22(2): 417-426.
- [28] SEABERG D, ELSEROAD S, DUMAS M, et al. Patient navigation for patients frequently visiting the emergency department: a randomized, controlled trial[J]. *Acad Emerg Med*, 2017, 24(11): 1327-1333.
- [29] TAYLOR S P, MURPHY S, RIOS A, et al. Effect of a multicomponent sepsis transition and recovery program on mortality and readmissions after sepsis: the improving morbidity during post-acute care transitions for sepsis randomized clinical trial [J]. *Crit Care Med*, 2022, 50(3): 469-479.
- [30] KIDD S A, VIRDEE G, MIHALAKAKOS G, et al. The welcome basket revisited: testing the feasibility of a brief peer support intervention to facilitate transition from hospital to community [J]. *Psychiatr Rehabil J*, 2016, 39(4): 335-342.
- [31] SCANLAN J N, HANCOCK N, HONEY A. Evaluation of a peer-delivered, transitional and post-discharge support program following psychiatric hospitalisation [J]. *BMC Psychiatry*, 2017, 17(1): 307.

(收稿日期: 2023-12-15 修回日期: 2024-03-22)

(编辑: 冯甜)