

区域医联体内脑卒中患者向下转诊过渡期护理模式的构建

王园^{1,2}, 项丽君¹, 崔艳丽^{1,2}, 陈坚^{1,2}, 罗彦嗣¹, 谭庙琴¹, 程代红¹, 张晓梅¹

摘要:目的 构建区域医联体内脑卒中患者向下转诊过渡期护理模式,以满足脑卒中患者延续护理需求。方法 以过渡期护理模式理论及人口-能力-过程模型为框架,结合文献分析、质性访谈及德尔菲专家函询法,构建区域医联体内脑卒中患者向下转诊过渡期护理模式。邀请 18 名专家参与 2 轮函询。结果 2 轮专家函询问卷回收率分别为 100%、94.4%;专家权威系数分别为 0.867、0.868;肯德尔和谐系数分别为 0.118、0.267(均 $P < 0.05$)。第 2 轮函询各条目变异系数为 0~0.204。最终确定的区域医联体内脑卒中患者向下转诊过渡期护理模式包括 5 个维度(实施机构、人员配备、关键环节、实施路径、效果评价)、23 个一级条目和 60 个二级条目。结论 构建的区域医联体内脑卒中患者向下转诊过渡期护理模式内容全面,构建过程严谨规范,可供医护人员为脑卒中患者在不同机构间的过渡护理提供实践依据。

关键词:脑卒中; 过渡期护理; 区域医联体; 转诊; 实施机构; 人员配备; 德尔菲法

中图分类号: R473.74; R473.2 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2023.09.085

Construction of transitional care model for downward referral of stroke patients in regional medical alliance Wang Yuan, Xiang Lijun, Cui Yanli, Chen Jian, Luo Yansi, Tan Miaoqin, Cheng Daihong, Zhang Xiaomei. Department of Neurology, Nanfang Hospital, Southern Medical University, Guangzhou 510515, China

Abstract: **Objective** To construct a transitional care model for downward referral of stroke patients in regional medical alliance, so as to meet transitional care needs of stroke patients. **Methods** Based on the transitional care model and population-capacity-process framework, literature review, qualitative interview, and Delphi expert consensus method were used to develop the transitional care model of downward referral of stroke patients in regional medical alliance. Eighteen experts were invited to participate in a two-round consultation. **Results** The response rate of the experts was 100% in round 1 and 94.4% in round 2. The expert authority coefficients were 0.867 and 0.868, respectively. The Kendall's coefficients of concordance (W) were 0.118 and 0.267, respectively (both $P < 0.05$). The coefficient of variation for each item ranged from 0 to 0.204 in round 2. The final version of the transitional care model for downward referral of stroke patients in regional medical alliance included 5 dimensions, namely implementing agencies, staffing, key procedure, implementing paths, and effect evaluation, totaling 23 primary items and 60 secondary items. **Conclusion** This innovative transitional care model for downward referral of stroke patients in regional medical alliance is comprehensive, rigorous and normative, which will enable medical staff to provide transitional care for stroke patients in different institutions.

Key words: stroke; transitional care; regional medical alliance; referral; implementing agencies; staffing; Delphi technique

全球脑卒中疾病负担数据显示,发病率的上升和病死率的下降使脑卒中幸存者数量不断增加^[1]。为节约卫生资源、提高医院和社会效益及优化医疗服务流程,国家倡导早期出院的医疗政策,该政策使超过 90% 的脑卒中幸存者在医院渡过急性期后选择出院回家^[2]。脑卒中幸存患者常遗留不同程度的功能障碍,而功能障碍在疾病急性期得不到明显改善,需要长期的康复与护理^[3]。因此,为脑卒中幸存者提供高质量的连续性医疗照护至关重要。顺应我国医改政策,医联体向下转诊将是解决脑卒中连续性照护的重

要手段。向下转诊是指经上级医院治疗,病情已经稳定,仍需后续康复及护理等服务的患者,上级医院结合其意愿,将其转入下级或基层医疗机构进行后续的医护服务。在组建的区域医联体将实现资源合理配置、优质资源下沉及各级机构的同质化医疗与管理,使下级或基层医疗机构成为脑卒中患者高质量的过渡护理平台。过渡期护理模式(Transitional Care Model, TCM)^[4]的内涵与向下转诊的过渡性护理较为契合。近年来,已有多位学者利用区域医联体的向下转诊平台为脑卒中幸存者提供各级机构间过渡的协调且连续性的护理服务,显示出良好的健康结局^[5-7],但针对不同等级机构间的过渡护理方案形式不一,多为单一模式,缺少循证、专家函询等方法的支持,导致方案外推实践性不强。鉴于此,本研究在区域医联体背景下,以过渡期护理模式理论为指导,构建脑卒中患者向下转诊过渡期护理模式,以期为脑卒中患者在不同医疗机构的转诊及过渡提供系统、完

作者单位:1. 南方医科大学南方医院神经内科(广东 广州,510515);2. 南方医科大学护理学院

王园:女,硕士在读,护士

通信作者:张晓梅,2925611568@qq.com

科研项目:广东省基础与应用基础研究基金自然科学基金项目(2022A1515012184)

收稿:2022-12-01;修回:2023-01-28

善、科学的流程管理及护理模式,促进医联体转诊制度的落实,满足患者长期康复护理需求。

1 资料与方法

1.1 成立科研小组 由6名成员组成,组长为神经内科护士长(副主任护师),成员包括3名临床护理人员(均为主管护师,其中1名为澳大利亚循证中心临床研究员)、2名护理硕士研究生。组长负责课题设计、访谈提纲制订、函询专家遴选及质量控制。研究生负责文献研究,实施访谈,拟定专家咨询条目并进行专家函询,对资料和专家咨询意见进行整理和统计分析等。护理人员负责文献分析、证据整合,协助初步设计方案及专家函询意见的修改。研究小组共同完成函询结果的归纳并分析,过渡期护理模式的修订及完善。

1.2 初步拟定过渡期护理模式

1.2.1 理论基础 本研究以过渡期护理模式为理论基础,该理论包含9个核心元素^[8],即筛选目标患者;配备过渡期的联络员;联络员维持与患者及家属的关系;患者和家庭照护者共同参与护理计划的制订;评估与管理风险和症状;教育和促进自我管理;促进患者和医疗团队成员就照护计划达成共识;保证连续性;保证协调性。以上核心元素将作为初步构建过渡期护理模式的指引、标准。

1.2.2 结构框架 以人口-能力-过程(Population-Capacity-Process, PCP)模型为结构框架。该模型来源于一项研究,该研究表明患者过渡照护计划的失败往往可以归因于忽略了其3个基本组成部分中的1个或多个^[9],如模糊定义的患者(Population),医疗机构服务能力与患者病情不符合(Capacity),得到延续护理服务的过程不可靠(Process)^[10]。PCP模型对过渡期护理模式构建的指导建议:①制定向下转诊的标准,以此明确各级医疗机构的功能定位,使医疗机构的服务内容可以最大程度地满足下转后患者当前的医疗需求;②向下转诊的过渡期护理管理流程规范。

1.2.3 文献回顾 考虑到国内医联体制度实施的独特性,主要检索利用医联体向下转诊平台为脑卒中患者提供延续护理的干预性研究,为过渡期护理模式的维度内容提供参考。检索中国知网、万方数据、维普网、中国生物医学文献数据库、中华医学期刊全文数据库。检索词:脑卒中,卒中,中风,脑血管疾病,脑栓塞,脑梗死,脑出血,脑中风;医联体,医疗联合体,医疗集团,医共体,转诊;延续护理,过渡护理,延续性护理,过渡期护理,连续性护理,连续性照护。检索时间为建库至2022年3月1日。最终获得文献6篇(随机对照试验4篇,类实验研究2篇),对文献相关的延续护理管理模式进行内容分析,确定实施机构、人员配备、关键环节、实施路径4个维度。根据“6S”原则,补充检索国内外数据库中关于脑卒中过渡护理相关指南、最佳实践、临床实践、推荐实践、专家共识、证据

总结等,为过渡期护理模式的条目内容提供参考。以主题词结合自由词形式进行检索,检索时间为建库至2022年3月1日。最终获得文献14篇(1篇临床决策,6篇指南,2篇标准,5篇证据总结),并根据文献进行证据提取,汇总得到50条证据,为过渡期护理模式的条目内容构建提供依据。

1.2.4 半结构式访谈 2021年4~7月,采用半结构式访谈,了解患者向下转诊的体验。通过查阅文献、课题组讨论及临床护理专家咨询初步制订访谈提纲,采用目的抽样法选取2名经历过区域医联体向下转诊的脑卒中患者进行预访谈,结果显示转至下级机构的脑卒中患者仍存在较严重的功能障碍,导致访谈较难取得配合。鉴于照顾者在其医疗决策、康复、生活、社交活动中起到重要作用,将访谈对象调整为照顾者。共访谈13名脑卒中照顾者。每次访谈30~60 min,访谈内容录音并进行逐字转录。对访谈资料分析后,发现脑卒中照顾者在经历了向下转诊后,体验感较差,待满足的需求较多,主要体现在医疗制度相关知识需求、信息需求、同质化医护需求3个方面。

综合以上,研究小组多次讨论,初步拟定过渡期护理模式,包括实施机构、人员配备、关键环节、实施路径4个维度、16个一级条目和61个二级条目。

1.3 专家函询 函询问卷包括以下3个部分:①研究介绍,包括研究背景、目的、意义和填表说明等。②过渡期护理模式专家函询问卷。请专家判断各级条目的重要程度,采用Likert 5级评分法,即“非常重要”至“不重要”依次赋1~5分,每个条目后设置修改意见栏,表格最后一行设置为条目增删栏,方便专家给出开放性意见。③专家基本情况和专家权威程度调查。权威程度包括熟悉程度及判断依据2个方面。专家选取标准:本科及以上学历;副高级及以上职称(或中级,具有相关能力);专科工作5年及以上;知情同意且自愿参与。2022年5月进行第1轮专家函询,问卷的发放与回收采用当面发放、电子邮件或微信方式。收回函询问卷后,由研究小组进行数据整理及分析,根据条目筛选标准(条目重要性评分均数>3.5、变异系数<0.25)和专家意见对条目进行删减、修改与完善。于2022年6月开展第2轮专家函询,结果显示,专家意见较为一致,停止咨询。

1.4 统计学方法 采用Excel2019和SPSS26.0软件进行数据分析。专家的积极性以问卷回收率表示;专家的权威程度以权威系数(C_r)表示,由判断依据(C_s)和熟悉程度(C_a)决定,计算公式为 $C_r = (C_a + C_s) / 2$;专家意见协调程度由变异系数(CV)和肯德尔和谐系数(Kendall's W)表示,对 W 值行 χ^2 检验,检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 专家基本资料 本研究选取来自北京市、天津市、重庆市、四川省、河南省、湖北省、湖南省、广东省

共 12 所三级甲等医院和 3 所高等院校的 18 名专家,男 1 人,女 17 人;年龄 33~63(47.56±9.53)岁。工作年限 10~43(25.50±11.00)年。学历:本科 7 人,硕士 8 人,博士 3 人。职称:中级 3 人,副高级 6 人,正高级 9 人。来自高等院校 3 人,综合三甲医院 15 人;临床护理专家 2 人,临床护理管理者 14 人,护理教育/科研者 2 人。

2.2 专家积极性、权威性、意见协调程度 第 1 轮发放问卷 18 份,有效回收率为 100%;第 2 轮发放问卷

18 份,有效回收 17 份问卷,有效回收率为 94.44%。两轮 *Ca* 分别为 0.933、0.929;*Cs* 分别为 0.800、0.806;*Cr* 分别为 0.867、0.868。*W* 系数分别为 0.118、0.267(均 $P < 0.05$);变异系数为 0~0.333、0~0.204。

2.3 专家函询结果 根据条目筛选标准,2 轮专家函询后,最终构建的过渡期护理模式包括 5 个维度,23 个一级条目及 60 个二级条目,见表 1。各条目重要性评分均数为 4.41~5.00 分。

表 1 区域医联体内脑卒中患者向下转诊过渡期护理模式

维度	一级条目	二级条目
实施机构	上级机构	医联体牵头单位:三级甲等医院神经内科
	下级机构	医联体成员单位:二级、三级乙等公立医院神经内科
	基层机构	医联体基层单位:社区卫生服务中心(家庭)
人员配备	医护组	上级机构:必须包含神经内科医生、康复科医生、康复治疗师、责任护士;有条件的纳入营养师、心理咨询师、药剂师、脑心健康管理师、全病程个案管理者、脑卒中康复专科护士等 下级机构:必须包含神经内科医生、康复治疗师、责任护士,有条件的科室纳入营养师、心理咨询师、药剂师、脑心健康管理师、脑卒中康复专科护士等
	联络组	上级机构转诊联络员:≥2 人,由 3 年以上神经专科工作经验,中级及以上职称,本科及以上学历,且沟通协调能力良好的护士担任 下级机构转诊联络员:每家单位≥2 人,由 10 年以上神经专科工作经验,中级及以上职称,大专及以上学历,且沟通协调能力良好的护士担任
	随访组	微信/电话随访:上级机构的联络员 居家随访:社区卫生服务中心护士(接受正式脑卒中专业培训至少 3 个月)
	质量管控组	各级机构科主任;统筹协调 各级机构护士长;质量控制、培训管理
关键环节	向下转诊标准	转至下级机构标准:①生命体征平稳;②神经内科专科处理结束,患者病情处于稳定期;③脑卒中相关实验室指标基本正常或平稳;④存在较重的功能障碍,如意识障碍、认知障碍等;⑤存在并发症或合并症,如气管切开、肺部感染等 转至社区/家庭标准:①生命体征平稳;②脑卒中相关实验室指标基本正常或平稳;③无需住院治疗的并发症/合并症;④存在轻度功能障碍,但无需住院康复治疗
	信息传输平台	各级机构统一建立“双向转诊智慧平台” 用途:①电子健康档案、电子病例、检查检验结果等的信息共享;②系统内转诊;③随访信息录入;④医-护-技会诊申请
	联络平台	微信建立“区域医联体内脑卒中患者向下转诊工作群” 群管理员:上级机构的联络员 群成员:上下级机构联络员、护士长及各机构亚专科主治医生、社区随访护士 用途:①联络员信息互动;②质量控制;③讨论随访问题
	医护专项培训	培训人员:上级机构护士长、神经内科医生、康复治疗师、营养师、脑卒中康复专科护士、脑心健康管理师、护理组长、联络员 受训人员:下级机构全体护士(含联络员)、神经内科医生、康复治疗师、社区随访护士等所有相关人员 培训内容:①医联体及转诊制度;②实施流程和要点环节;③各级机构职能、随访要点;④信息平台知识;⑤专科知识及操作技能。 培训形式:①集中培训,上级机构组织下级机构的“医-护-技”骨干及社区随访护士进行集中培训;②分散培训,受训后骨干承担各单位培训任务;③技术下沉,专家到下级、基层机构现场指导;④定向进修,下级机构“医-护-技”人员到上级机构观摩或进修;⑤网络培训(病例、个案学习等) 培训方法:理论授课、操作示范、临床指导、病例讨论等 培训时间及频次:每次理论授课不少于 1 h;具体根据实际需求和效果而定 考核内容:上级机构统一制订,如脑卒中“医-护-技”理论知识考试及临床实践技能考试 合格标准:满分为 100 分,各项均>90 分即合格,否则重考直至通过 质量控制:下级机构上报培训计划(培训时间、地点、内容、方法、教/学双方、考核形式)、过程(图片)、结果(考核成绩)
	转诊交接与反馈	交接:转诊交接单(包括患者一般资料及住院期间、转出当天、转入期间、出院当天的资料) 反馈:随访单(包括首次家访交接信息及随访信息)
实施路径	住院期间的筛选、计划与实施(上级机构)	目标患者筛选:入院 24 h 内,医护组及联络员评估并筛选出预计从医院过渡到家庭预后较差的脑卒中患者,填写转诊交接单的“治疗需求、康复需求、护理需求” 共同拟定护理计划,目标患者确定后的 24 h 内,联络员获取患者及照顾者的知情同意后,鼓励其共同参与拟定和实施护理计划,并填写转诊交接单的“总体护理计划” 护患关系维系:联络员在工作期间每日探望患者及照顾者,建立并维持信任关系 动态需求评估:联络员参与每日医护联合查房,动态评估并及时更新护理计划 健康教育:联络员实施疾病知识及健康教育、照护知识及技巧培训、医联体及转诊制度的介绍
	转出前一天准备工作(上级机构)	完善转诊交接单:联络员与责任护士再次评估患者风险与症状,填写“下一阶段护理计划” 系统内转诊:联络员在“双向转诊智慧平台”申请向下转诊,并微信通知下级机构转诊联络员 促进连续性:转出当天,联络员携带“转诊交接单”陪同患者向下转诊 信息互动:联络员积极应对并督促落实下级机构的“医-护-技会诊申请” 远程随访:转至下级机构后,联络员 7 d 内微信/电话随访 1 次;居家 24 h 内,微信/电话随访,动态关注患者病情
	转入后护理及反馈(下级机构)	延续护理:责任护士参考“转诊交接单”继续行延续护理服务 动态需求评估:联络员参与每日医护联合查房,结合患者及照顾者需求变化,填写转诊交接单的“更新护理需求、更新护理计划” 信息互动:通过微信群,联络员及时通知上级机构落实“医-护-技会诊申请”,并沟通反馈患者的病情 健康教育:联络员实施疾病知识及健康教育、自我管理指导、照护知识及技巧培训

续表 1 区域医联体内脑卒中患者向下转诊过渡期护理模式

维度	一级条目	二级条目
效果评价	出院当天信息交接 (下级机构)	联络员微信群内通知社区随访护士患者出院时间、出院后去向 “双向转诊智慧平台”内完善转诊交接单
	居家 48 h 内交接、 评估、指导(社区 随访护士)	社区再次建立随访患者档案 信息交接:“双向转诊智慧平台”内下载并打印“交接/随访单”,交接/评估患者现状 居家评估:居家环境、健康知识、照顾能力、并发症识别及急救能力等相关评估 居家指导:防跌倒、健康知识、急救知识、症状管理、康复护理、用药等相关指导,随访事宜告知
效果评价	居家随访/信息反馈 (社区随访护士)	评估:根据“随访单”评估患者 指导:根据评估反馈内容给予相应指导 随访频次:根据“随访单”信息反馈,与上级联络员协商随访频次(首月 1 次/2 周) 结果反馈:将随访内容上报至“双向转诊智慧平台” 应急处置:当患者出现新的症状和体征等病情变化,即刻通过绿色通道转入上级医院进行紧急处置
	医院层面	上级机构:向下转诊率、非计划再入院率、平均住院日、床位周转率等 下级机构:下转患者因病情进展导致的向上转诊率、平均住院日、床位周转率等 基层机构:随访率等
	患者层面	躯体功能状态、心理社会状态、并发症发生率、疾病知识掌握、健康行为依从性、高危因素控制、满意度等
	照顾者层面	照顾负担、照顾能力、满意度等

3 讨论

3.1 构建区域医联体内脑卒中患者向下转诊过渡期护理模式的重要性 首先,构建转诊过渡期护理模式是基于政策要求。2015 年,《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》^[11] 出台,旨在推进分级诊疗制度建设。为了使分级诊疗系统运作起来,政府鼓励发展医联体。医联体是分级诊疗制度的重要载体,其实现有赖于医联体双向转诊制度。鉴于对国家医疗政策的积极响应,利用区域医联体平台,在各级医疗机构间通过向下转诊平台为脑卒中幸存者提供长期医疗服务是必然趋势。《全国护理事业发展规划(2021—2025 年)》^[12] 也鼓励通过组建城市医联体等形式,发挥大型医院优质护理资源的引领带动作用,健全完善不同医疗机构之间定位明确、分工协作的护理服务体系。其次,构建转诊过渡期护理模式是基于疾病本身的需求。由于医疗资源有限,多数脑卒中幸存者在功能完全恢复之前出院。且随着缩短住院日及早期出院的相关政策提出,脑卒中幸存者对后续医疗康复及过渡护理服务的需求更加明显。因此,在区域医联体为脑卒中幸存者构建向下转诊过渡期护理模式十分必要。

3.2 区域医联体内脑卒中患者向下转诊过渡期护理模式的科学性 本研究以过渡期护理模式理论为指导,过渡期护理模式核心要素能满足过渡期患者需求,以此确立过渡期护理服务的主要内容。本研究以过渡期护理模式理论及 PCP 模型为基础,结合文献分析及半结构式访谈,形成初稿,最后通过 2 轮专家咨询对初稿进行论证,研究过程科学严谨。参与本研究的函询专家来自 8 个省市的 12 所三级甲等医院和 3 所高等院校,专家理论知识、临床实践及管理经验较为丰富,且专家地区分布广,代表性较好。2 轮问卷回收率分别为 100%、94.44%,表明专家积极性较高;Cr 分别为 0.867、0.868,表明专家有较高的权威性;W 系数分别为 0.118、0.267(均 $P < 0.05$),表明

专家意见较为一致。说明本研究构建过程及结果具有科学性。

3.3 区域医联体内脑卒中患者向下转诊过渡期护理模式的内容分析

3.3.1 明确了各级医院角色与服务内容 区域医联体是指在一定区域内,以高级别医疗机构为龙头,整合数家低级别医疗机构,成为医疗联合经营体,在政府的统筹指引下,保障上下级医疗机构之间的医疗护理服务的无缝对接^[13]。由此可见,医联体的参与机构一般由上级机构牵头,联合下级机构及基层机构。由于优质医疗资源多集中在大型三甲医院,其比二级或其他三级医院更有能力承担起牵头的责任和义务。本研究过渡期护理模式构建过程中,将上级机构确定为三甲医院,再联合其他二、三级医院及基层机构。《“十四五”国民健康规划》^[14] 指出,要明确各级医疗卫生机构在相关疾病诊疗中的职责分工、转诊标准和转诊程序,形成连续通畅的双向转诊服务路径。本研究在构建该模式时,参考了 2019 年发布的《医联体脑卒中防治一体化康复管理指南》^[15] 团体标准,其明确了由上级医院转出至下级医院,或由上级医院转出至社区/家庭的标准,转出标准在同等程度上规范了各级医疗机构的角色定位及服务内容。此外,本研究构建的过渡期护理模式中的维度 4“实施路径”细分了各级机构的主要职责,为将来的临床工作提供了良好的实践依据。

3.3.2 明晰了向下转诊过渡期护理模式的重要环节

3.3.2.1 保证及时的信息传递与高质量的信息反馈 成功的转诊协调需要有效、及时的信息共享,以促进沟通和患者护理服务的过渡^[16]。微信群能够快速传递免费的视频、图片、文字及语音信息,且支持多人同时阅读及聊天,随时随地互动的优势,使各级医疗机构间的信息传播与交流变得更加现实化、简易化及紧密化^[17]。各级机构统一建立“双向转诊智慧平台”。统一的信息平台是完成快速且系统的信息共享

的必要工具,信息的存在和共享对于确保患者在任何医疗环境和护理过渡期间的安全至关重要。各级机构统一建立信息平台,以保障医疗过渡的协调,使各级医疗机构之间及时沟通和合作。各机构统一的信息平台也将为下级机构的远程会诊申请提供机会。有学者指出,基层医疗机构方便患者就近就医,社区护士将成为延续性护理的主力军^[18]。本研究在模式构建过程中,将社区护士职责定为居家随访者,由社区护士实施居家随访将为上级机构提供高质量的随访反馈信息。

3.3.2.2 加强培训以保证医疗护理的同质化 多学科“医护组”以其团队协作、资源整合的优势,成为患者的首选医疗模式,其核心是对患者进行科学的整体评估、风险因素管控,从而最大限度地为患者制订个性化、规范化的综合诊疗护理方案。一项针对患者向下转诊意愿的 Meta 分析显示,医院患者愿意向下转诊率为 49.60%,愿意向下转诊率偏低^[19]。同时,多项调查研究显示,对基层医院服务能力不信任是患者较低的向下转诊意愿的主要影响因素^[20-22]。由此可见,提升医联体下级机构的服务能力是提升向下转诊率的关键,与此同时,由上级机构牵头开展的医疗护理同质化是其中的重要环节。医务人员是落实医疗护理同质化的主体。本研究构建的过渡期护理模式中,其中一个关键环节就是“医护专项培训”。该板块内容旨在提升下级及社区医疗机构医护人员的服务能力,使患者在不同等级医疗机构享受同等水平的医疗护理服务。

3.3.3 明确了过渡期护理模式的全流程体系化管理 医联体建设的最终目标是实现患者全生命周期、全流程的健康服务^[23]。本研究在维度 4“实施路径”详细描述了各级机构的服务内容,以期对脑卒中患者提供全生命周期的跨机构一体化服务。本研究构建的过渡期护理模式为脑卒中患者疾病不同阶段的照护地点搭建了桥梁,弥补了患者疾病过渡期照护的断环,对跨机构实施过渡期护理有一定的借鉴作用。

3.3.4 考虑了过渡期护理模式执行的质量控制 鉴于过渡期护理项目需要多学科合作与协调、区域医联体需要各级医疗机构的联动,有效的管理在发展和实施项目中必不可少。医联体的医疗护理质量是患者高度重视的问题,它是医联体得以生存的根基^[24]。医联体的服务质量不仅取决于各级医疗机构的服务水平,还与各级医疗机构间的质量控制有关。研究显示,在医联体开展质量控制,能促进医联体内部各成员单位更好地适应医疗体制改革,推进分级诊疗^[25]。本研究构建的过渡期护理模式中,成立质量管控组进行统筹管理与质量控制,以期监督并完善转诊制度的发展。

3.3.5 提供了过渡期护理模式的效果评价 根据构建医联体的目的,效果评价应从体系效果和人群效果

2 个维度构建评价指标体系^[26]。体系效果体现在效率、质量、资源分配公平等方面;人群效果体现在满意度、健康结局、服从性等方面。本研究构建的过渡期护理模式效果评价指标包含了体系效果(如医院方面的向下转诊率、非计划再入院率等)及人群效果(如患者及照顾者的满意度,患者的功能指标、临床结果指标、依从性指标等),结构完整。

4 小结

本研究以过渡期护理模式理论及 PCP 模型为框架,结合文献研究、质性访谈及德尔菲专家咨询,构建了区域医联体内脑卒中患者向下转诊过渡期护理模式。研究不足为:专家协调系数较低,且尚未进行实证研究,本项目组将在某区域医联体开展验证性研究,探究实施效果。

参考文献:

- [1] Guéniat J, Brenière C, Graber M, et al. Increasing burden of stroke; the Dijon Stroke Registry(1987-2012)[J]. *Neuroepidemiology*, 2018, 50(1-2): 47-56.
- [2] 张秋实,张振香,林蓓蕾. 脑卒中患者连续性照护实践研究进展[J]. *中国全科医学*, 2012, 15(20): 2253-2255.
- [3] Management of Stroke Rehabilitation Working Group. VA/DOD clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation[J]. *J Rehabil Res Dev*, 2010, 47(9): 1-43.
- [4] 单伟颖,李青,郭金玉. 过渡期护理模式的研究进展[J]. *中华护理杂志*, 2010, 45(3): 284-286.
- [5] 张颖杰,黎月娥,黄志强,等. 区域医联体延续护理对脑卒中患者自我护理能力及生活质量的影响[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(22): 87-90.
- [6] 黄瑛,梁武乔,梁杰秀,等. 医共体框架下的延续护理对出院后脑卒中患者自我管理能力及生活质量的影响[J]. *中国医学创新*, 2021, 18(23): 109-113.
- [7] 刘必琴,顾志娥,胡娅莉,等. 基于医联体的脑卒中后失能老年患者延续护理实践[J]. *上海护理*, 2020, 20(9): 32-35.
- [8] Hirschman K B, Shaid E, McCauley K, et al. Continuity of care; the Transitional Care Model[J]. *Online J Issues Nurs*, 2015, 20(3): 1.
- [9] Kreindler S A. Six ways not to improve patient flow: a qualitative study[J]. *BMJ Qual Saf*, 2017, 26(5): 388-394.
- [10] Kreindler S A, Struthers A, Star N, et al. Can facility-based transitional care improve patient flow? Lessons from four Canadian regions[J]. *Healthc Manage Forum*, 2021, 34(3): 181-185.
- [11] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见[EB/OL]. (2015-09-11)[2022-10-28]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-09/11/content_10158.htm.
- [12] 国家卫生健康委. 全国护理事业发展规划(2021—2025年)[EB/OL]. (2022-05-09)[2022-10-28]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-05/09/content_5689354.

htm.

[13] 黄显官,王林智,余郭莉,等. 医联体模式及其发展的研究[J]. 卫生经济研究,2016(3):10-12.

[14] 国务院办公厅.“十四五”国民健康规划[S]. 2022.

[15] 上海市康复医学会. 医联体脑卒中防治一体化康复管理指南[S]. 2019.

[16] Savoy A, Militello L, Diiulio J, et al. Cognitive requirements for primary care providers during the referral process: information needed from and interactions with an electronic health record system[J]. Int J Med Inform, 2019,129:88-94.

[17] 王娟,姚来顺,孙国玲,等. 新医改下天津眼科专科联盟信息化转诊平台效果分析[J]. 现代医院,2021,21(5):770-772.

[18] 施雁,王莉,孙晓,等. 区域联动提高基层医院护理服务能力的实践[J]. 中国护理管理,2018,18(11):1441-1444.

[19] 高晓彤,郝奇秀. 中国患者向下转诊意愿及其影响因素的 Meta 分析[J]. 现代医院,2022,22(5):671-675.

[20] 孙棋圻,石燕,王燕飞,等. 三甲医院康复期老年慢性病患者向下转诊意愿及相关因素分析[J]. 医院管理论坛,2022,39(1):17-20,23.

[21] 陈阳,王晓雯,孔祥金,等. 三级医院康复期住院患者向下转诊意愿及影响因素分析[J]. 现代医院管理,2020,18(6):5-8.

[22] 王鑫鑫,颜星,魏响林,等. 从患者角度探索制约双向转诊的影响因素[J]. 重庆医学,2018,47(7):947-949.

[23] 方鹏骞,田翀. 我国医疗联合体建设与创新探索与再思考[J]. 中国医院管理,2022,42(7):1-4.

[24] 吴玉洁,刘子先,晁杰. 基于虚拟管理的我国医联体质量管理模式研究[J]. 中国农村卫生事业管理,2015,35(3):312-315.

[25] 钟小兰,吴婉云,邱喜云,等. 某三甲医院医疗集团质控中心运行实践与成效分析[J]. 江苏卫生事业管理,2021,32(10):1308-1311.

[26] 闫如玉,刘晓洁,高镜雅. 我国“医联体”实施现状效果的系统综述[J]. 管理观察,2017(35):166-168.

(本文编辑 李春华)

(上接第 84 页)

[8] 吴晓蕾,张月珍,戴亚端. 早产初产妇互联网+医院-社区-家庭联动延续管理研究[J]. 护理学杂志,2021,36(4):86-90.

[9] Thaler R H, Sunstein C R. Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness [M]. New Haven: Yale University Press,2008:3-15.

[10] Möllenkamp M, Zeppernick M, Schreyögg J. The effectiveness of nudges in improving the self-management of patients with chronic diseases: a systematic literature review[J]. Health Policy,2019,123(12):1199-1209.

[11] Vlaev I, King D, Dolan P, et al. The theory and practice of "Nudging": changing health behaviors[J]. Public Adm Rev,2016,76(4):550-561.

[12] 周延风,张婷. 助推理论及其应用研究述评与未来展望——行为决策改变的新思路[J]. 财经论丛,2019(10):94-103.

[13] 国务院. 国务院关于印发中国妇女发展纲要和中国儿童发展纲要的通知[EB/OL]. (2021-09-08)[2022-10-24]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2021-09/27/content_5639412.htm.

[14] 孙小嫡,孔燕,张玉,等. 社区母乳喂养促进服务供需双方真实体验的质性研究[J]. 护士进修杂志,2022,37(21):2003-2007.

[15] 赵旻. 北京地区初产妇母乳喂养自我效能及其影响因素的研究[D]. 北京:中国协和医科大学,2008.

[16] 刘延锦,王敏,董小方. 中文版母乳喂养自我效能简式量表的信效度研究[J]. 中国实用护理杂志,2016,32(18):1361-1364.

[17] 中华人民共和国卫生部妇幼卫生司. 母乳喂养培训教材[M]. 北京:北京大学医学出版社,2014:1-2.

[18] Galipeau R, Baillot A, Trottier A, et al. Effectiveness of interventions on breastfeeding self-efficacy and perceived

insufficient milk supply: a systematic review and meta-analysis[J]. Matern Child Nutr,2018,14(3):e12607.

[19] Blumenthal-Barby J S, Burroughs H. Seeking better health care outcomes: the ethics of using the "nudge" [J]. Am J Bioeth,2012,12(2):1-10.

[20] Yoong S L, Hall A, Stacey F, et al. Nudge strategies to improve healthcare providers' implementation of evidence-based guidelines, policies and practices: a systematic review of trials included within Cochrane systematic reviews[J]. Implement Sci,2020,15(1):50.

[21] Thorndike A N, Sonnenberg L, Riis J, et al. A 2-phase labeling and choice architecture intervention to improve healthy food and beverage choices [J]. Am J Public Health,2012,102(3):527-533.

[22] Baldwin R. From regulation to behaviour change: giving nudge the third degree[J]. Modern Law Rev,2014,77(6):831-857.

[23] 李蕊,田策,马良坤,等. 院内外团队协作入户对产妇实施母乳喂养与产褥期照护支持研究[J]. 护理学杂志,2022,37(14):1-4.

[24] 郭巧慧,闫婷. 悠闲式哺乳体位在产妇初期乳房胀痛中应用效果研究[J]. 现代医药卫生,2022,38(6):1039-1042.

[25] 李本,周思雨,张宇,等. 乳汁管理在哺乳期乳腺炎患者中的应用效果[J]. 护理实践与研究,2022,19(15):2229-2232.

[26] 张新慧,伍东红,丁娟,等. 职业女性母乳喂养持续时间及影响因素[J]. 护理学杂志,2019,34(16):99-102.

[27] 文娟,于桂玲,孔燕,等. 妇幼保健专业人员对母乳喂养障碍感知质性研究的 Meta 整合[J]. 护理学杂志,2021,36(21):89-93.

(本文编辑 李春华)