

# 三级医院老年患者出院延续护理转介单的设计及应用

王琳<sup>1</sup>, 黄瑞英<sup>1</sup>, 牛亚荣<sup>2</sup>, 刘敏<sup>2</sup>, 林海华<sup>1</sup>

**摘要:** **目的** 设计三级医院老年患者出院延续护理转介单, 评价其应用效果。 **方法** 参考文献资料, 采用焦点小组讨论法, 设计老年患者出院延续护理转介单, 嵌入医院电子病历信息系统, 病区护士使用转介单对有延续护理需求的患者进行转介, 延续护理服务部专职护士接收转介, 到病区为患者提供出院计划服务及出院后上门护理。 **结果** 2021—2022 年全院 21 个老年患者所在科室均应用老年患者出院延续护理转介单实施转介, 转介患者 386 例, 其中 80 岁及以上老年患者 219 例(56.7%), 内科系统 9 个科室共转介患者 267 例(69.2%)。为 386 例患者出院后 1 个月内提供上门护理服务 597 例次, 患者出院 30 d 内非计划性再入院率为 5.2%。 **结论** 设计及应用老年患者出院延续护理转介单, 有利于促进转介及提高不同部门工作人员之间合作协调性, 从而满足出院老年患者延续护理服务需求及降低出院后非计划性再入院率。

**关键词:** 三级医院; 老年患者; 出院护理; 延续护理; 转介单; 上门护理服务; 非计划性再入院

**中图分类号:** R472 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.15.108

## Design and application of a referral form of transitional care for elderly patients discharged from tertiary hospitals

Wang Lin, Huang Ruiying, Niu Yarong, Liu Min, Lin

Haihua. Transitional Care Department, The First Affiliated Hospital of Jinan University, Guangzhou 510630, China

**Abstract:** **Objective** To design a referral form of transitional care for elderly patients discharged from tertiary hospitals, and to evaluate its application effect. **Methods** Based on references and focus group discussion, a referral form of transitional care for elderly patients was designed and embedded in the hospital's electronic medical record information system. Ward nurses used the referral form to refer patients that needing transitional care, then the full-time nurses in the transitional care department received the referral form and went to the wards to provide discharge planning services, and provided home care services after discharge. **Results** From 2021—2022, the referral form of transitional care for elderly patients was applied in 21 departments of the hospital. A total of 386 elderly patients were referred by using the form, among whom 219 patients were over 80 years old (56.7%), and 267 patients were referred from 9 departments of the internal medicine system (69.2%). All 386 patients were provided with home care services 597 times within 1 month after discharge, and the rate of unplanned readmission within 30 days of discharge was 5.2%.

**Conclusion** Design and application of the referral form of transitional care for elderly patients is conducive to promoting the referral and improving the cooperation and coordination between staff in different departments, so as to meet the needs of discharged elderly patients for transitional care services and reduce the rate of unplanned readmission after discharge.

**Key words:** tertiary hospital; elderly patients; discharge care; transitional care; referral form; home care service; unplanned readmission

延续护理是通过一系列连续性护理活动以确保患者在不同的保健机构(如从医院到家庭)及同一医疗机构(如在医院的不同科室之间)享受到协调性和连续性的照护<sup>[1]</sup>。延续护理作为医院护理服务的延伸,在改善患者健康结局、提高患者满意度、缩短平均住院日及节约医疗资源等方面具有良好的社会效益及经济效益<sup>[2-4]</sup>。近年来,为积极应对人口老龄化、推进健康中国战略,《关于印发全国护理事业发展规划(2021—2025年)的通知》<sup>[5]</sup>《关于开展“互联网+护理服务”试点工作方案》<sup>[6]</sup>以及《进一步改善护理服务行动计划(2023—2025年)》<sup>[7]</sup>等文件鼓励医疗机构为出院患者提供形式多样的延续性护理,将服务延伸至社区及家庭,从而保障患者服务的连续性,降低出

院患者非计划性再入院率。评估和明确患者健康需求为医疗机构开展延续护理的关键环节。鉴此,我院设计老年患者出院延续护理转介单(下称转介单),通过评估筛选有延续护理需求的老年住院患者,并转介至延续护理专职部门提供连续性护理服务,取得了较满意的效果,报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 我院于 2007 年成立延续护理服务部,设置 10 名专职护士开展延续护理服务。通过实践,探索出了一套延续护理服务体系和标准化服务模式:我院延续护理服务以患者为中心,以出院转介服务为枢纽,以实施长期护理服务为核心内容,辅以慢性病个案管理和随访咨询服务 2 个模块,建立了可以承担医疗护理服务和健康管理的团队,能够为居民提供优质的专业延伸服务<sup>[8]</sup>。2018 年以前我院各病区护士主要采用电话沟通形式将有延续护理需求的患者转介至延续护理服务部。为形成长效转介机制,2019 年开始设计转介单,选取呼吸内科作为试点病

作者单位:1. 暨南大学附属第一医院延续护理服务部(广东 广州, 510630); 2. 暨南大学护理学院

王琳:女,硕士,副主任护师,护士长,26949106@qq.com

科研项目:广东省医学科研基金立项项目(A2022389)

收稿:2024-03-04;修回:2024-05-02

区试用并不断优化,2021 年推广至全院老年患者所在病区使用。

### 1.2 方法

**1.2.1 设计转介单** 参考相关文献及著作<sup>[9-12]</sup>自行设计转介单,并通过焦点小组讨论法优化。本研究负责人作为主持人,邀请我院在延续护理方面有相关实

践及管理经验的 6 名护理人员(护理部副主任 1 名、延续护理服务部专职护士 2 名、呼吸内科护士长 1 名、呼吸内科延续护理联络护士 1 名及老年专科护士 1 名)组成讨论小组对转介单内容逐一讨论,达成共识后形成转介单。转介单包含 4 个部分,见表 1。

样表 1 老年患者出院延续护理转介单

一. 患者一般信息				
姓名:	性别:	年龄:	病区:	住院号: 入院日期:
职业:	教育程度: <input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 中专 <input type="checkbox"/> 大专及以上学历			
医疗费用支付方式: <input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 公费医疗 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 商业保险 <input type="checkbox"/> 他人赔付 <input type="checkbox"/> 其他_____				
住址:	联系人:	联系电话:		
疾病诊断:	管床医生:	管床护士:		
既往史:				
二. 出院延续护理转介筛选表				
评估项目	0 分	1 分	2 分	评估分
年龄	60~64 岁	65~75 岁	76 岁及以上	
活动能力	自理	需部分协助	完全依赖	
管路情况(胃管、尿管、气管切开管、造瘘、引流管等)	无	其中 1 种	2 种及以上	
伤口情况	无伤口或伤口干洁	伤口有红、肿、分泌物	开放性伤口或压疮 3 期以上	
心理问题(失眠除外)	无病史	曾有酗酒、药瘾或自杀病史或服用安定情绪药物	曾诊断为精神方面疾病	
照顾者能力	有照顾者且照顾能力良好或无需照顾者	照顾者能力需加强指导	无照顾者或照顾者能力差	
经济状况	无问题	有一定困难	低保家庭	
出院安置需求	无需求	未确定	转社区医院(养老院)或需进一步康复	
转介情形	是_____分 否_____分 筛选分数≥6 分者转介			
三. 出院医疗护理服务需求(参考广东省“互联网+护理服务”项目目录):				
病区转介护士签名:	日期: 年 月 日			
四. 延续护理服务部是否收案: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否,原因: <input type="checkbox"/> 转当地医院 <input type="checkbox"/> 其他_____				
延续护理服务部专职护士签名:	日期: 年 月 日			

**1.2.2 转介单嵌入病历信息系统** 转介单经护理部审核后,联合医院信息工程师嵌入医院电子病历信息系统,方便病区护士通过信息系统筛选出有后续护理需求的老年患者在出院前转介至延续护理服务部,从而确保患者及时获得延续性护理。

**1.2.3 组织培训** 护理部组织各病区遴选 1 名主管护师及以上职称者担任延续护理联络护士,并对其进行转介单使用方法及流程等培训。待病区延续护理联络护士熟练掌握转介单的使用方法后,再让其负责培训各自所在病区护士,并通过日常监测及时发现病区转介过程中存在问题,持续质量改进。

**1.2.4 应用转介单** 病区护士使用转介单中的筛选表在患者入院 72 h 内对其进行评估,评分≥6 分者,在医院电子病历信息系统中填写转介单发送至延续护理服务部。延续护理服务部护士接收转介单后,查看患者资料,了解患者病情,然后到病区与患者主管医生、护士、患者及家属共同制定出院计划,向患者及家属宣教相关照顾技巧和疾病知识,提供社区服务和居家护理服务信息咨询,提供医疗器械、辅助用具租借咨询等。出院后,电话随访了解患者病情及照护情

况,并提供出院后上门护理及咨询等。

**1.2.5 评价方法** ①记录 2021—2022 年参与转介的科室及转介有延续护理服务需求患者例数。②记录延续护理服务部为转介的出院患者提供的上门护理服务情况。③通过出院随访,监测转介患者出院后 30 d 内非计划性再入院率。

**1.2.6 统计学方法** 采用 SPSS23.0 软件进行统计描述。

## 2 结果

**2.1 转介患者情况** 2021—2022 年全院 21 个老年患者所在科室均有参与实施转介,共转介有延续护理服务需求的患者 386 例。其中 2021 年 190 例,2022 年 196 例;男 219 例,女 167 例;年龄 60~102(80.1±8.9)岁,其中 60~69 岁 70 例,70~79 岁 97 例,≥80 岁 219 例。内科系统 267 例,外科系统 115 例,其他 4 例。转介患者的科室分布见表 1。

**2.2 上门护理服务情况** 共为 386 例患者出院后 1 个月内提供上门护理服务 597 例次,共涉及 16 项护理服务,见表 2。

**2.3 出院后非计划性再入院率** 386 例转介患者

中,出院后 30 d 内非计划性再入院 20 例,出院后非计划性再入院率为 5.2%。

表 1 转介患者的科室分布 (n=386)

科别	科室	例(%)	
内科系统	呼吸内科	151(39.1)	
	神经内科	60(15.5)	
	肾内科	18(4.7)	
	肿瘤科	16(4.1)	
	心血管内科	11(2.8)	
	康复科	5(1.3)	
	内分泌科	3(0.8)	
	血液内科	2(0.5)	
	感染科	1(0.3)	
	外科系统	骨关节外科	60(15.5)
神经外科		21(5.4)	
骨脊柱外科		14(3.6)	
胃肠外科		11(2.8)	
头颈外科		4(1.0)	
介入血管外科		2(0.5)	
乳腺外科		1(0.3)	
泌尿外科		1(0.3)	
心胸外科		1(0.3)	
妇科		1(0.3)	
急危重症医学科		综合 ICU	2(0.5)
		急诊科	1(0.3)

表 2 上门护理服务项目提供情况 (n=597)

服务项目	例次(%)
更换鼻饲管护理	218(36.5)
更换尿管护理	108(18.1)
吸痰护理	83(13.9)
压疮伤口换药护理	60(10.1)
PICC 维护	44(7.4)
气管切开置管护理	18(3.0)
居家氧疗指导	12(2.0)
生活自理能力训练	12(2.0)
居家压疮预防与护理	10(1.7)
造口护理	8(1.3)
BIPAP 呼吸机辅助通气指导	6(1.0)
居家生活护理指导	5(0.8)
居家安宁疗护	4(0.7)
静脉采血	4(0.7)
膀胱造瘘护理	3(0.5)
皮下注射	2(0.3)

### 3 讨论

**3.1 转介单是病区护士与延续护理服务部专职护士的沟通桥梁,以满足患者延续性护理服务需求** 延续护理作为整体护理的一部分和住院护理的延伸,已被证实具有良好的社会及经济效益。院内转介环节是确保患者获得连续性照护的关键<sup>[13]</sup>,因此,打通院内

转介通道显得尤为重要。本研究设计转介单,并嵌入电子病历信息系统进行应用,方便病区护士快捷准确筛选出有延续护理需求的患者并转介给延续护理服务部,延续护理服务部专职护士接收到转介单后会及时到病房探访患者,在院内即与患者建立关系,实现对患者管理延续性及关系延续性的可能。本研究结果显示,2021—2022 年全院 21 个老年患者所在科室均参与了转介工作,应用转介单将有延续护理服务需求的 386 例老年患者转介至延续护理服务部,延续护理服务部专职护士通过后续动态随访跟踪,根据患者需求于其出院 1 个月内提供上门护理服务 597 例次,说明转介单是病区护士与延续护理服务部专职护士之间搭建的沟通桥梁,能促进工作人员之间的协调合作,有利于保障出院患者延续护理服务需求的供给,达到对患者照护的整体性、一致性和连续性。

**3.2 内科系统高龄老年患者延续护理服务需求更迫切** 近年来,随着各级医疗机构急慢分治、分级诊疗政策的落实,更多的老年人在医院渡过急症期后即回归家庭或社区继续康复,从而产生较大的延续护理服务需求。本研究显示,转介的 386 例患者中内科系统最多(267 例,占 69.2%),这与谢凤兰等<sup>[14]</sup>的研究结果较一致,可能与内科系统收治老年慢病患者较多有关。此外,转介患者平均年龄(80.1±8.9)岁,其中≥80 岁患者占 56.7%,多于 60~79 岁人群,这与夏晓妹等<sup>[15]</sup>研究结果一致,说明≥80 岁高龄老年患者延续护理服务需求更迫切。此外,上门护理服务项目中鼻饲管护理、尿管护理、吸痰护理、压疮伤口护理等项目需求量较大,这与国内相关研究结果<sup>[16-17]</sup>较一致,可能与失能、半失能的老年人群迅猛增长需长期护理有关。目前,我国失能、半失能老年人约 4 400 万,主要为脑卒中、阿尔茨海默病、帕金森病、各种癌症等疾病迁延难愈的高龄老年人,对基础医疗护理、日常生活照料及健康指导需求较高<sup>[18]</sup>。因此,在临床工作中,护理人员应更加关注高龄、慢病患者的延续护理服务需求,加强转介,从而为其提供无缝隙的连续性服务,促进其康复及保障安全。

**3.3 应用转介单有利于开展延续护理服务,降低非计划性再入院率** 再入院率是国际上普遍使用的评价医疗服务质量的重要指标<sup>[19]</sup>。非计划再入院的统计标准为同一医院的同一患者,因同类或相关疾病出院 30 d 内非计划再入院<sup>[20]</sup>。患者在出院后短期内再次入院,会额外产生较多医疗费用,加重患者及社会经济负担,降低患者生活质量,甚至危及患者生命。因此,降低老年患者非计划性再入院率有重要意义。近年来,随着国家老龄化进程的加剧及对护理需求的增加,患者出院回归家庭或社区后,往往因为得不到连续性的照顾和护理而导致自理能力和生活质量下降,健康需求得不到很好的满足,从而导致患者非计

划性再入院<sup>[21]</sup>。Greysen 等<sup>[22]</sup>对 7 854 例出院回归社区的老年患者追踪发现,出院后 30 d 内再入院率为 15.5%;一项延续护理干预对预防慢病老年患者再入院的 Meta 分析显示,慢病老年患者非计划性再入院率为 16%<sup>[23]</sup>。崔慧敏等<sup>[24]</sup>报道,老年 COPD 患者 30 d 内非计划性再入院率为 13.62%;毕健成等<sup>[25]</sup>对老年急性心力衰竭患者 30 d 内非计划性再入院率调查结果为 22.29%。本研究发现,转介的 386 例老年患者出院后 30 d 内非计划再入院率为 5.2%,低于上述国内外研究报道,提示应用转介单使出院后有医疗护理需求的患者及时获得延续护理服务,有利于降低出院老年患者非计划性再入院率。

#### 4 结论

老年患者出院延续护理转介单的设计及应用,促进了转介服务的开展,实现了对出院老年患者持续有效的延续护理管理,从而满足其延续护理服务需求,进而降低出院后非计划性再入院率。但转介单仅在 1 所医院应用,且本研究未设置对照组,可能影响研究结果。未来可设计随机对照研究进一步验证本研究结果,且将出院延续护理转介纳入医院护理管理指标中,推广转介单的应用,从而更大程度地满足患者延续护理需求。

#### 参考文献:

- [1] Duthie E H, Katz P R, Malone M L. Practice of geriatrics[M]. 4th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier, 2007: 145.
- [2] Browall C W Y. Assessing patient outcomes and cost-effectiveness of nurse-led follow-up for women with breast cancer-have relevant and sensitive evaluation measures been used? [J]. J Clin Nurs, 2017, 26 (13-14): 1770-1786.
- [3] Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions:a systematic review[J]. JBI Database System Rev Implement Rep, 2016, 14(2):106-73.
- [4] 王少玲,符始艳,周家仪,等.慢性阻塞性肺疾病患者的延续护理[J].中华护理杂志,2011,46(8):758-760.
- [5] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.关于印发全国护理事业发展规划(2021—2025 年)的通知[EB/OL]. (2022-05-07) [2023-10-01]. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s7653pd/202205/441f75ad347b4ed68a7d2f2972f78e67.shtml>.
- [6] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.关于开展“互联网+护理服务”试点工作方案[EB/OL]. (2019-02-12) [2023-10-01]. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s7657g/201902/bf0b25379ddb48949e7e21edae2a02da.shtml>.
- [7] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.关于印发进一步改善护理服务行动计划(2023-2025 年)的通知[EB/OL]. (2023-06-20) [2023-10-01]. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s7659/202306/1ba5e5b3291044cb8aa0a1b>

d2999c967.shtml.

- [8] 陈伟菊,林清然,翟萃球.延续护理实践模式探索与对未来发展趋势的思考[J].中国护理管理,2017,17(4):444-448.
- [9] 陈湘玉,陈璐.居家护理服务理论与实务应用[M].南京:东南大学出版社.2016:52.
- [10] 丁玲,芦鸿雁,路露.老年患者出院计划风险筛查指标的构建[J].护理学杂志,2018,33(21):5-8.
- [11] 崔艳丽,项丽君,王园,等.脑卒中患者出院安置现状及风险因素调查分析[J].护理学杂志,2023,38(20):84-88.
- [12] 广东省卫生健康委员会.关于印发《广东省开展“互联网+护理服务”试点工作实施方案》的通知[EB/OL]. (2019-04-02) [2023-10-01]. [https://wsjkw.gd.gov.cn/gkmlpt/content/2/2268/post\\_2268434.html#2532](https://wsjkw.gd.gov.cn/gkmlpt/content/2/2268/post_2268434.html#2532).
- [13] 陈莉萍,庞俊,葛利辉.医疗机构 HIV 抗体筛查阳性患者院内转介信息化管理效果评价[J].中国艾滋病性病,2016,22(9):734-736.
- [14] 谢凤兰,林芳宇,余娟,等.我院延续护理随访内容及评价体系建立的探讨[J].中国医药导刊,2015,17(11):1169-1170.
- [15] 夏晓妹,葛若兰,崔立敏.老年人居家护理需求影响因素 Meta 分析[J].延边大学学报,2020,43(2):102-106.
- [16] 刘晓晨,王秀丽,马月珍.基于“互联网+医联体”的老年慢病患者延续护理实践[J].护理学杂志,2023,38(2):100-104.
- [17] 王琳,黄瑞英,陈佳丽,等.新型冠状病毒肺炎疫情下老年居家护理实践的探讨[J].暨南大学学报(自然科学与医学版),2020,41(2):123-128.
- [18] 陈秋婉,程卫珍,吴晓珍.社区失能老人对互联网+长期护理服务需求及使用意愿调查[J].医院管理论坛,2022,39(6):91-96.
- [19] 陈丽.我国再入院率衡量住院医疗服务质量的适用性分析[J].中国医院管理,2016,36(1):48-50.
- [20] 张思兵,李林.重返住院率测量及评价研究综述[J].中国医院,2019,23(6):77-80.
- [21] 申良荣,张鸿雁,孙忠民,等.出院患者非计划再入院影响因素分析[J].中国卫生质量管理,2018,25(5):35-38.
- [22] Greysen S R, Cenzler I S, Auerbach A D, et al. Functional impairment and hospital readmission in medicare seniors[J]. JAMA Intern Med, 2015, 175(4):559-565.
- [23] Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, et al. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: a meta-analysis [J]. Int J Nurs Stud, 2020, 101:103396.
- [24] 崔慧敏,王东莉,李胜玲.营养风险对老年慢性阻塞性肺疾病患者非计划性再入院的影响[J].中国呼吸与危重监护杂志,2017,16(4):314-317.
- [25] 毕健成,刘群英,冯俊灵,等.老年急性心力衰竭病人非计划性再入院的预测模型构建及风险分层研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(10):1860-1864.

(本文编辑 韩燕红)