

·综述·

国外慢病延续性照护现状及启示*

孙晓, 杨开阳, 施雁

(上海市第十人民医院, 上海, 200072)

[关键词] 慢性病; 延续性照护; 运行模式

[中图分类号] R47 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2018)04-0072-05 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2018.04.016

A survey of continuance care for patients with chronic diseases abroad

Sun Xiao, Yang Kaiyang, Shi Yan//Modern Clinical Nursing, -2018, 17(4): 72.

(Shanghai Tenth People's Hospital, Shanghai, 200072, China)

[Key words] chronic diseases; continuance care; operation model

延续护理通常是指从医院到家庭的延续护理, 包括由医院制订的出院计划、转诊、患者回归家庭或社区后的持续随访与指导^[1]。国外早在上个世纪40年代就开始关注延续性照护模式的研究, 比如出院计划模式(discharge planning)、过渡期护理模式(transitional of care)、个案管理模式(case management)等。融入信息延续、关系延续、管理延续核心理念, 在政策支持、信息系统、跨学科团队等保障机制的促进下, 国外已逐步形成了医院-社区-家庭联动的健康管理网络, 有效地实现了患者、社区、医院之间的上下联动与延续性照护, 同时重视延续性照护测评工具的开发及对延续性照护质量的评价^[2]。目前, 国内各医院相继开始积极探索慢病延续护理模式与运行机制, 覆盖了产后、糖尿病、颅脑损伤、终末期肾病、类风湿关节炎等多个病种^[3]。但存在护士对延续护理的认知度较低^[4]、延续护理评价指标不规范^[5]、缺乏延续护理多学科协作^[6]等问题。本研究从政策支持、核心内

容、团队结构、效果评价4方面综合分析国外慢病延续性照护现状; 通过与国外慢病延续性照护现状的比较, 探讨国内该模式运行中亟待完善与改进之处, 进一步促进慢病管理延续、信息延续与关系延续, 以期达到改善慢病患者健康照护结局、促进卫生资源利用合理化、提升照护系统功能的目标。

1 延续护理概述

延续护理是指设计一细类护理活动, 以确保患者在不同健康照顾场所之间转移或不同层次健康照顾机构之间转移时所接受的健康服务具有协调性和延续性, 预防或减少高危患者健康状况的恶化^[1]。延续性护理是信息、管理、关系延续的有机统一体。信息的延续延续是指对患者信息(过去发生的事件和个人情况)的使用, 使当前的照顾适合每一个人; 管理的延续是指对患者不断变化的需求作出反应, 对患者的健康状况实施的一种连续、一致的管理方法; 关系的延续是指患者与一个或多个卫生服务提供者之间的一种持续的治疗性关系^[7]。

2 国外慢病延续性照护的现状

2.1 完善的医疗保险制度与法律法规

国外的医疗保险制度政策, 为慢病延续性照护

[基金项目] * 本课题为国家自然科学基金面上项目, 项目编号为71774177。

[收稿日期] 2018-02-14

[作者简介] 孙晓(1986-), 山西人, 主管护师, 硕士, 主要从事慢病护理管理工作。

[通信作者] 施雁, 护理部主任, 主任护师, 博士, 博士生导师, E-mail: sunxiao8600@163.com。

从医院-社区的联动提供了保障,另外,国外开业医生、全科医生等为患者在医院、社区之间转诊等起到了纽带作用,保证照护信息的连续。德国法定医疗保险 (Statutory Health Insurance, SHI), 通过与医疗机构签订服务合同,向参保人员提供医疗、预防、保健等全程覆盖的服务。德国实行严格的医药分开和逐级转诊制度。当参保人选择开业医生后,由开业医生为其建立专门的健康档案。参保人需要就医时,先到开业诊所进行首诊,医生根据其病情需要,向相应医院转诊。在整个诊疗过程中,患者的病历及其治疗资料均可共享^[8]。英国的医院-社区联动体现在国家医疗卫生服务制度 (National Health Service, NHS) 以免费为主,由全科医生承担社区到二三级医院的转诊工作,保证了患者在社区与医院转诊的联动^[9]。新加坡的医疗网络以社区卫生服务中心为基础,患者除急诊外都要先到社区医院或私人诊所就医。为鼓励患者到社区医院首诊,新加坡为在社区首诊后再转入大医院的患者提供 10%~20% 的优惠,对于在大医院治疗后,待病情稳定再转入社区医院康复的患者,政府也有相应的利益鼓励政策,以此来保证双向转诊的有序进行^[10]。英国、美国等发达国家同样也已经制定相关法规并实施出院计划,达到了预期照护效果^[11]。

2.2 一定区域内延续性照护体系与流程规范统一

虽然国外延续性照护模式不尽相同,但是在一定地区或区域内,已逐步发展形成了公认的规范统一的延续性照护模式,这是保证患者信息、医疗关系、上下管理得到有效延续的重要条件。比如:英国多所医院为了出院计划的整体实施,制定了适合各医院的出院计划指南,用以规范全院的出院计划服务,建立专门的协调机构或确定专职协调员进行整个工作的协调。具体流程如下^[12],首先对出院前患者进行详细的健康教育、安排必要的转运服务、管理患者的出院带药等,为患者出院做好充分的准备,然后填写出院转介单,同时须与转诊协调员就出院事项达成共识,再由转诊协调员与后续的社区医院进行联系,帮助患者协调出院后的各项服务。如果患者病情复杂,医院护士则在患者出院前邀请社区护士进行院内访视,并

参与患者的病例讨论^[13]。可见,出院计划模式中出院计划指南规范了患者出院后流向社区康复时各项服务,形成了医院-社区联动慢病延续性照护技术规范和服务标准。日本在上个世纪 90 年代借鉴出院计划模式形成了适合自身特点的延续性照护模式,整个动态过程包括评估、设定目标、实施、评价和患者出院转介等过程。过渡期护理模式包括以下内容,①护士向患者提供其护理评估表;②患者主管医生向家庭护理机构提供患者所需服务的书面材料;③家庭护理协调者负责向医院咨询并直接与患者及其家庭成员进行交流^[14]。

2.3 跨机构、多学科团队协作

1990 年, RORDEN 和 TAFF^[15]提出的出院计划是包含多步骤、多阶段的过程,要考虑患者医疗需求、心理状态、经济状况和社会环境等多方面因素,并能预测患者护理需求的变化,保证连续护理的实施。美国医院协会提出^[16],出院计划是一个集中性、协调性、多学科整合的过程,其核心是评估和明确健康需求,接洽相关机构或部门,实施并评价,通过多学科专业人员与患者及家属的共同合作,确保患者在出院后获得持续的健康照护。而接受过一定培训的护士尤其是高级实践护士 (Advanced Practice Nurse, APN) 的决策显得尤为重要,由护士主导的、经过精心设计并得到多方团队支持的照护计划逐步被证明在提升院外护理质量、改善照护结局,减少政府、保险公司和家庭医疗开支等方面发挥了重要作用^[17]。

2.4 评价指标为延续性照护模式的推行提供循证依据

国外对延续性照护模式研究均考虑到通过系列指标评价该模式运行效果,为持续改进及推广运用提供一定的依据。评价指标主要涉及 3 个方面:患者的临床结局及功能状态;对医疗资源的使用,包括患者急症访问次数、平均住院日、再入院率等;患者对卫生服务的满意度;其他指标还包括患者的医疗费用、生活质量、照顾者的压力及负担等^[18]。1976 年, SHORTELL^[19]提出,利用基尼指数和集中指数评价连续护理。1977 年, BICE 等^[20]在此基础上提出了连续护理指数。季梦婷等^[17]在研究报告中指出,评估连续护理的指标主要可分为

两大类,第一类是指“不连续”的情况变为“连续”后护理质量是否提高,主要从个体评价(如患者就诊情况、疾病发作情况、访视情况),健康机构整体评价(如失预率、重复检查次数、体检次数、转介信回馈率、患者流失率等),患者满意度评价3个方面进行评价;第二类包括各种记录连续护理的具体信息和文书,这通常默认了连续护理对于护理质量的正向作用,主要从是否定期复查,并为患者提供临床检查和咨询意见等;专责护士是否了解患者情况,并积极关注和倾听患者且做好解释工作;是否依据患者不断变化的需求或状况灵活改善护理服务内容;是否实现不同人员、不同机构间连贯一致的相互合作等方面进行评价;同时记录随访人员的变动和随访次数,以及患者与护理人员关系持续时间、信任程度等。由此可见,慢病延续性照护效果评价体系的构建在规范慢病延续照护体系、提高延续照护质量,满足出院患者需求方面起到比较大的作用。但是制定全球通用的连续护理评估标准十分困难,须根据实际情况,遵循护理质量指标制定的核心原则,结合延续性照护内涵,从管理、信息、关系延续3个层面,选择易测且有意义的指标来对延续性照护运行的结构、过程、结局质量进行全方面的评价。

3 国内慢病延续性照护模式运行中亟待完善与改进之处

3.1 国内慢病延续性照护模式运行现状

近些年来,国内在相关政策引导下开始逐步摸索延续性照护的运作模式。香港地区,王少玲等^[21]针对慢性阻塞性肺疾病建立了4C延续性照护模式和效果评价。台湾地区开展了出院准备服务,运用“整合性医疗团队资源”使患者在不同医疗机构转换中能得到完整且持续的照顾,并确保其出院后能获得持续性的照顾^[22]。大陆地区部分学者已针对慢性阻塞性肺病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)、糖尿病、高血压、脑卒中、肿瘤、伤口造口等慢病患者开展了一系列出院后延续性护理的研究。施雁等^[23]构建了医院-社区-家庭三元联动健康照护模式,形成了社区-医院-社区环形全

程式护理服务路径。目前,大陆地区均处于起步和不断摸索阶段,与上述涉及的国外及港台地区延续性护理模式相比较,尚存在一定的困难与问题。

3.2 亟待完善与改进之处

3.2.1 进一步完善延续性照护相关政策 2006年,卫生部在全国推行“双向转诊”制度。国务院在2009年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确指出要完善以社区卫生服务为基础的新型城市医疗卫生服务体系、健全各类医院的功能和职责、建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制^[24]。《中国护理事业发展规划纲要》连续2个五年规划中(2011-2015年,2016-2020年)均提及“充分发挥专业技术和人才优势,将护理服务延伸到家庭和社区”,“拓展护理服务领域,在老年护理、慢性病护理、临终关怀等方面发挥积极作用”,“逐步完善服务内容和方式,保障护理服务的延续性”等^[25-26]。其目的在于加强医院与社区的分工合作,建立有效的协作机制,形成规范就医流程,实现分级诊疗模式,提高社区的利用率,缓解医疗资源的紧张,提高整个卫生体系的延续护理服务能力,推动慢病延续性照护社区-医院的联动。但是,目前双向转诊运行机制尚在摸索阶段,出现转上容易转下难的“单向转诊”等现象。同时政府投入不足阻碍了医院-社区联动机制的实施。国内的医疗机构由于政府投入不足处于自负盈亏的状况,造成了其以药养医的现状,也导致了居民电子健康档案无法实现全面覆盖,医生在基层由于待遇不高而不愿到基层工作等问题,这也为医院-社区联动机制提倡的双向转诊带来了困难,阻碍了医院-社区联动机制的实行^[27]。

3.2.2 推广普及医联体信息平台建设 电子档案和微信等信息化方式实现了患者信息和医疗护理服务的延续、医院与社区之间的良性互动,避免了出院后护理服务的脱节,是医院-社区联动的契机。上海申康医院发展中心已基本完成建设并实现了临床信息共享的“医联工程”,实现了信息的共享和连续。上海市于2011年启动了“基于市民电子健康档案的卫生信息化工程”完成“健康信息网”。部分医院联合所在区域的社区针对部分疾病开始试点并积极推行。上海市某家医院在其总部

与两家社区卫生服务中心之间铺设了网络光缆,建立了一、二、三级医院之间的数字化信息平台。上海市某区已开始在区域内尝试建立以高血压、糖尿病、心脑血管疾病和乳腺疾病等为试点的三元专病防治网络,并建立起居民电子健康档案^[6]。因此,完善医联体信息化平台建设,只要在所属的社区卫生服务中心内,就能看到患者在某家医院所拍摄的CT片、核磁共振等影像,就能调阅患者所有的就诊记录。这是实现医院社区联动的契机,也能为实现医院-社区联动奠定基础。

3.2.3 明确多学科协作模式 纵观国内关于慢病延续性照护模式的系列研究,不难发现大多数研究中尚未提及组建多学科协作团队实施延续性照护,而延续性照护是一项跨机构、多学科协作的工作,跨学科团队通常包括医生、护士和社会工作者等。由于国内护理人力资源严重短缺,尤其是缺乏接受过规范化培训的专职护士特别是高级实践护士,而目前社区卫生服务中心的全科医师和社区护士同样短缺,医疗护理质量不高,使患者不愿去社区医院就诊,上述种种原因在一定程度上阻碍了医院-社区-家庭三元联动延续性照护模式顺利、有效运作。某市关于25家医院内科系统延续性护理开展现况访谈中发现,延续性护理提供者主要以医院护士为主导,只有极少数医院引入“多学科协作”的理念,组建医生、护士、康复师、营养师等六位一体多学科协作团队共同开展延续性护理,包括从患者入院治疗到康复进行跟踪指导^[6]。

3.2.4 构建完善结构-过程-结局评价指标体系 现阶段我国延伸护理服务的质量评价指标往往集中于“结果”层面,而缺少对“结构”和“过程”两大重要维度的评价。另外,延续性护理评价指标不完善、不规范。国内学者集中于COPD、糖尿病健康教育、高血压、脑卒中等单病种延续性护理研究,使用的评价指标多样化,即使是同一病种,效果评价指标也不尽相同。如:探讨延续性护理对COPD患者生存质量的影响,有的学者以不同形式的量表进行综合测评^[28],包括圣-乔治呼吸问卷(st george's respiratory questionnaire,SGRQ)、一般健康问卷-12(general health questionnaire-12,GHQ-12)等,而有的学者以患者住院天数、住院总费用、疾病加重次

数、再入院次数、自我照顾认知评估量表、西雅图阻塞性肺疾病问卷(包括生理功能、情绪功能和照护满意度)作为评价指标^[29]。造成延续性护理评价指标内容较为单一,不能较为系统地反映延续性护理的效果^[5]。因此,构建统一的质量评价体系,是保证该类护理服务项目的顺利开展和实施、提高资源利用率的必要条件。

4 小结

综上所述,医疗保险制度政策为国外慢病延续性照护医院-社区的联动提供了保障;已逐步发展形成了公认的规范统一的延续性照护模式;在照护模式研究中均考虑到通过系列指标评价该模式运行效果,为持续改进及推广运用提供一定的依据。在国内卫生政策的大力支持下,国内慢病延续性照护“医院-社区-家庭”三元联动模式已具雏形,但是与国外相比,在管理、关系、信息等方面还需要进一步完善,以此弥合综合医院护理优质资源与社区医院护理技术力量薄弱的鸿沟,促进医疗资源利用的均衡性,达到改善慢病患者健康照护结局,也为国家制定以“全方位、全周期维护和保障人民健康,大幅提高健康水平,显著改善健康公平”为宗旨的相关健康政策,提供一定的科学参考与理论借鉴。

参考文献:

- [1] BOOCKVAR K, VLADECK B C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs[J]. J Am Geriatr Soc, 2004, 52(5): 855-856.
- [2] HALASYAMANI L, KRIPALANI S, COLEMAN E, et al. Transition of care for hospitalized elderly patients development of a discharge checklist for hospitalists[J]. Journal of Hospital Medicine, 2006, 1(6): 354-360.
- [3] 钱春荣, 朱京慈, 杨燕妮. 国内外延续护理的研究方案及构建[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(21): 2481-2485.
- [4] 谢书红. 我国实施延续护理的系统评价[D]. 长春: 吉林大学, 2013.
- [5] 李汝芬, 安新荣, 董爱红, 等. 基于出院准备服务概念的糖尿病健康教育设想[J]. 中华护理教育, 2008, 5(2): 65-66.
- [6] 施雁, 孙晓, 朱晓萍. 上海市内科系统延续护理开展现状访谈[J]. 护理学杂志, 2014, 29(21): 85-87.

- [7] HAGGERTY J L, REID R J, FREEMAN G K, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review [J]. BMJ, 2003, 327(7425): 1219-1221.
- [8] THOMSON S, BUSSE R, CRIVELLI L K, et al. Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison [J]. Health Policy, 2013, 109(3): 209-225.
- [9] ODEYEMI I A, NIXON J. The role and uptake of private health insurance in different health care systems: are there lessons for developing countries? [J]. Clinicoecon Outcomes Res, 2013, (5): 109-118.
- [10] JOSHI V D, LIM J F. Health insurance in singapore: who's not included and why? [J]. Singapore Med J, 2010, 51(5): 399-405.
- [11] 赵岳. 探讨连续护理过程中出院计划模式的应用 [J]. 中国护理管理, 2007, 7(7): 78-80.
- [12] 汤维娟, 李娟, 孙菲, 等. 国内外出院计划服务的现状及启示 [J]. 护理管理杂志, 2011, 11(5): 330-331.
- [13] SALTER M. Planning for a smooth discharge [J]. Nurs Times, 2011, 97(34): 32-34.
- [14] CLARK A, NADASH P. The effectiveness of a nurse-led transitional care model for patients with congestive heart failure [J]. Home Healthc Nurse, 2004, 22(3): 160-162.
- [15] WATS R J, PIERSON J, GARDNER H. How do critical care nurses define the discharge planning process [J]. Intensive and Critical Care Nursing, 2005(21): 39-46.
- [16] 刘凌, 付伟. 英美两国出院计划发展及其启示 [J]. 健康研究, 2011, 31(6): 455-459.
- [17] 季梦婷, 周嫣. 连续护理国内外研究现状 [J]. 护理研究, 2013, 27(35): 3969-3971.
- [18] VAN WALRAVEN C, OAKEN, JENNINGS A, et al. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review [J]. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2010(16): 947-956.
- [19] SHORTELL SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement [J]. Med Care, 1976, 14(5): 377-391.
- [20] BICE T W, BOXERMAN S B. A quantitative measure of continuity of care [J]. Medical Care, 1977, 15(4): 347-349.
- [21] 王少玲, 黄金月, 周家仪. 建立慢性阻塞性肺疾病延续护理的循证实践 [J]. 中华护理杂志, 2009, 44(5): 431-434.
- [22] 席淑华, 赵继军, 赵建华, 等. 成功大学附属医院出院准备服务概况与启示 [J]. 中华护理杂志, 2007, 42(2): 341-342.
- [23] 施雁, 王西英, 孙晓. 糖尿病病人三元联动健康照护模式在连续护理中的应用 [J]. 中国护理管理, 2012, 12(9): 8-11.
- [24] 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见 [J]. 中国药房, 2010(4): 289-294.
- [25] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 中国护理事业发展规划纲要(2011-2015年) [EB/OL]. (2011-12-31) [2017-12-21]. <http://www.moh.gov.cn/mohyzs/s3593/201201/53897.shtml>.
- [26] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 中国护理事业发展规划纲要(2016-2020年) [EB/OL]. (2016-11-28) [2017-12-21]. <http://www.nhpc.gov.cn/yzygj/s3593/201611/92b2e8f8cc644a899e9d0fd572aef3.shtml>.
- [27] 鲍勇, 鲍晓青. 对上海市医院社区联动的 SWOT 分析及其政策建议 [J]. 中国医疗管理科学, 2015, 5(1): 31-35.
- [28] 李佳梅, 成守珍, 张朝晖, 等. 延续护理对慢性阻塞性肺病患者生存质量的影响 [J]. 中华护理杂志, 2012, 47(7): 603-606.
- [29] 陈琴, 姜小鹰, 钟清玲, 等. 慢性阻塞性肺病患者应用出院计划服务的效果评价 [J]. 中华护理杂志, 2012, 47(9): 790-794.

[本文编辑: 郑志惠]

欢迎订阅《现代临床护理》杂志!