



重庆医学
Chongqing Medicine Journal
ISSN 1671-8348, CN 50-1097/R

《重庆医学》网络首发论文

题目： 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
作者： 田娇，石欣璐，赵锡丽
网络首发日期： 2024-05-08
引用格式： 田娇，石欣璐，赵锡丽. 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[J/OL]. 重庆医学.
<https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240507.2135.022>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

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）

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

[摘要]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，旨在为我国的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]护理过渡；过渡护理模式；实践指南；推荐意见；解读

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

TIAN Jiao, SHI Xinlu, ZHAO Xili[△]

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

[Abstract] Interpretation of the practice best practice guidelines for “Transitions in Care and Services” published by the Registered Nurses’ Association of Ontario, 2023 aims to provide standardised guidance on transitions in nursing care for healthcare professionals in china and to provide a scientific basis for the development of relevant strategies that will reduce the incidence of adverse events and improve the quality of life of patients.

[Keyword] Transitional care ; Transitional care mode ; practice guideline ; recommendation; 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，用药错误等情况^[2-3]。规范化地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，为了保证患者顺利的完成护理过渡，各大医院不断的提升护理质量，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，亟需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) 发布了第一版《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（第二版）》临床实践最佳指南（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，并为制定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。

1 指南适用范围及特点

该指南支持儿科（17 岁及以下）和成人（18 岁及以上）及其家属的护理过渡。以下人群不包括在指南范围内：从儿科病房过渡到成人病房；产后从医院回家的母亲和婴儿；从新生儿重症监护病房（NICU）回家中的婴儿；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，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。良好实践声明指的是基于临床实践中得出来的有益结论，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，以确保安全的完成过渡。这个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。

在制定护理计划时，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各医务人员之间转移，为实现最佳结果，各医务人员间需知情、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，制定相关护理计划^[11]。如果不能满足患者及其家属的需求，医务人员应解释其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，才能确保顺利的完成护理过渡，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。

在制定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，制定符合患者个性化需求的过渡计划^[13]。若未进行充分的评估，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的可能^[14-15]。专家小组强度，医务人员应避免不必要的重复评估，如果重复评估，会增加患者的心理压力，降低对医务人员的信任。为了避免不必要的重复评估，医务人员应谨慎评估并共享信息，定期接受使用评估工具的学习，确保评估的准确性和有效性。当必须重复评估时，医务人员应向患者及家属解释原因。因此，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，也是制定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定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，共同制定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，将增加制定过渡计划的难度^[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，会导致成员间的混乱和对团队的不信任^[19]。因此，制定有效的护理计划，取决于跨专业团队之间良好沟通和合作，需要建立一种支持平等价值的文化，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，制定正式的跨专业跨部门的合作方法。

制定跨专业跨部门的方法，即两个或两个以上来自不同学科和不同部门的医务人员合作的方法，以确保患者及其家属能顺利地完成护理过渡。与之相比，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: 制定护理过渡计划时，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、精神健康问题等患者，需要相应专业医务人员共同制定行为支持计划。此外，跨专业团队的合作和协调至关重要，需确保每个成员明确自身角色，并有一个主导者来统一协调。在制定计划时，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。此外，跨专业团队成员为护理过渡中有效合作，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，医务人员应与面临过渡的患者及家属合作进行以下工作：获取完整的用药史；在所有过渡机构进行药物协调。

由于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的保管药物。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，需在药物协调前完成。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协调。若过渡前无法完成，应在过渡后尽快进行。医务人员在开具新药处方前充分考虑药物间的相互作用、副作用及禁忌症。同时，他们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以及对其治疗方案的理解程度等。药物协调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的理解其用药情况。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。医疗机构应制定明确的政策和流程，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的支持，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]。这包括了个性化的健康教育（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，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，针对遇到护理过渡的复杂护理需求者，相关人员应积极提供导航支持，旨在准确评估并应对患者当前及不断变化的需求。这种支持包括了对患者定期跟踪、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间接性有限，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应向面临护理过渡期间

遇到心理健康需求的患者提供支持，以帮助患者顺利完成过渡。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，此类相关人员需符合相关资质，具备相应技能，保护患者隐私。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，患者需了解其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：为了确保顺利的完成过渡，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，应采用多种形式和通俗易懂的语言，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。对于农村和偏远地区的保健差异，应提供更多支持和确保支持的透明度。

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。建议医务人员及机构在应用该指南时，根据过渡时的需求和患者及其家属的偏好进行综合考虑，制定个性化的过渡计划，以确保顺利的完成护理过渡。

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] OPT H S, 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[EB/OL]. [2023-11-21]. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.
- [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://rnao.ca/media/3167/download?inline>.
- [7] Registered Nurses' Association of Ontario. Transitions in Care and Services[EB/OL]. [2023-11-21]. <https://rnao.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 C 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, MARSTON 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.