

# 出院準備服務概論與計畫內容

臺大醫院出院準備服務專責團隊

詹惠雅護理師



# 大綱

- 基本概念
  - 沿革
  - 組織架構
  - 服務流程
  - 服務內容與範圍
  - 指標監測
  - 結論
- 

# 出院準備服務

- ▶ 出院規劃是指由醫療團隊的合作，協助病人在所要的治療完成時可以順利且及時地由醫院回到社區或轉介到其他機構接受照顧，以確保適當的健康與生活品質(戴等，2003)。
- ▶ 出院規劃是一連串協助病患從一個治療環境轉換到另一個環境的活動過程，需要病人本身及各個醫療團隊成員一同努力，藉由多元的專業醫療團隊組合，發掘病人家屬出院後可能遇到的問題，使安排適切的資源協助出院。

# 為什麼病人一定要出院？

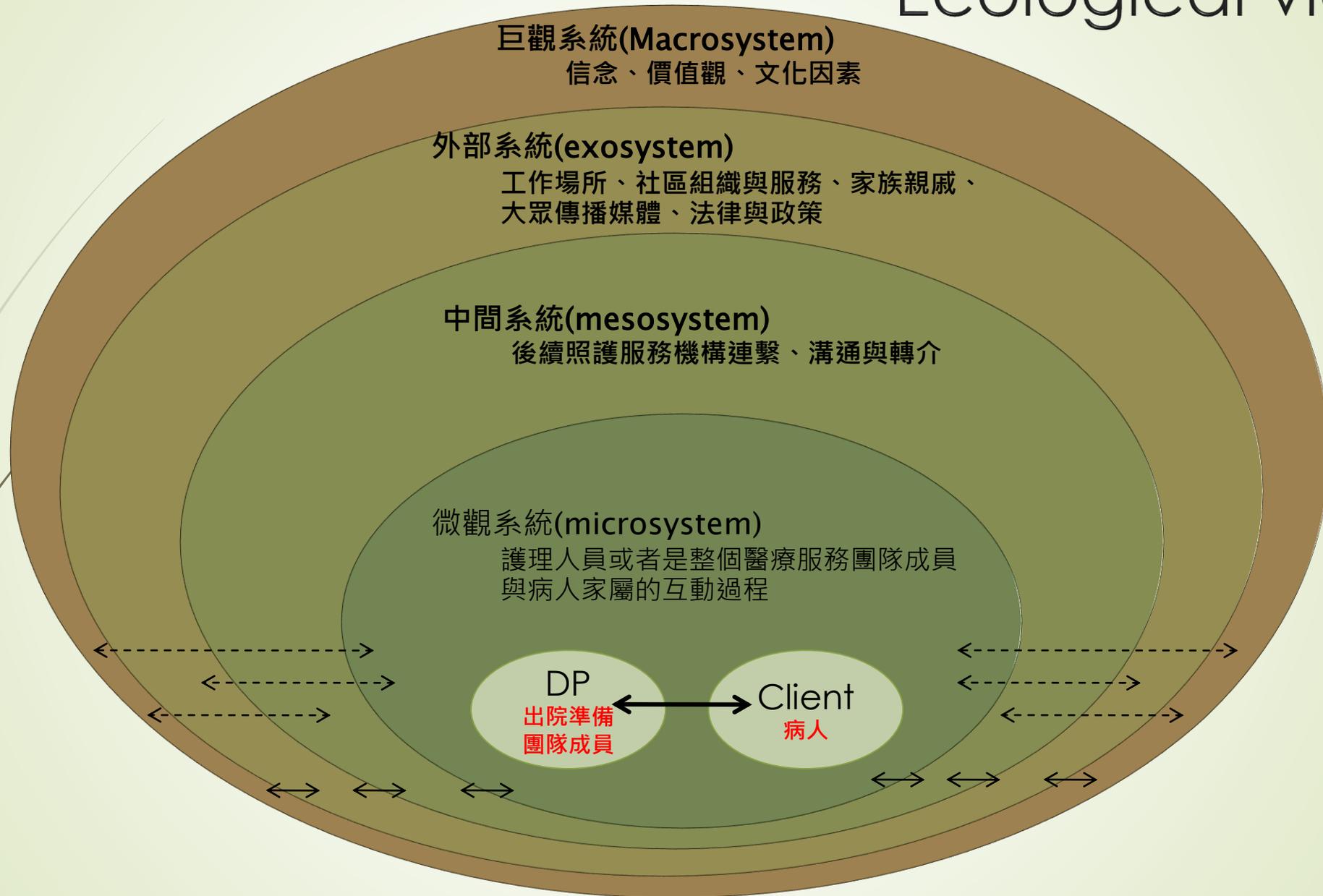
## ➤ 你對出院準備服務的理念應是

- 沒有人喜歡留在醫院，超長住院病人一定有一些理由。

## ➤ 推動出院準備服務的理由是

- 病人應該要儘早回到社會(較生活化空間)而非治療性空間
- 醫院是一個高風險感染的場所，特別愈高級的醫院細菌愈毒，滯院只有帶給家屬心理上安心，對病人沒有什麼好處，疾病慢性化的病人，鮮少使用高科技醫療設備。
- 想想在急診推床上睡好多天的病人，治癒機會正點點滴滴的流失中。
- 當然還有成本的因素…

# Ecological view



# 沿革

1998 行政院衛生署「老人長期照護三年計畫」

2000-  
2003

行政院「建構長期照護體系先導計畫」

2002-  
2007

經建會「照顧服務福利及產業發展方案」

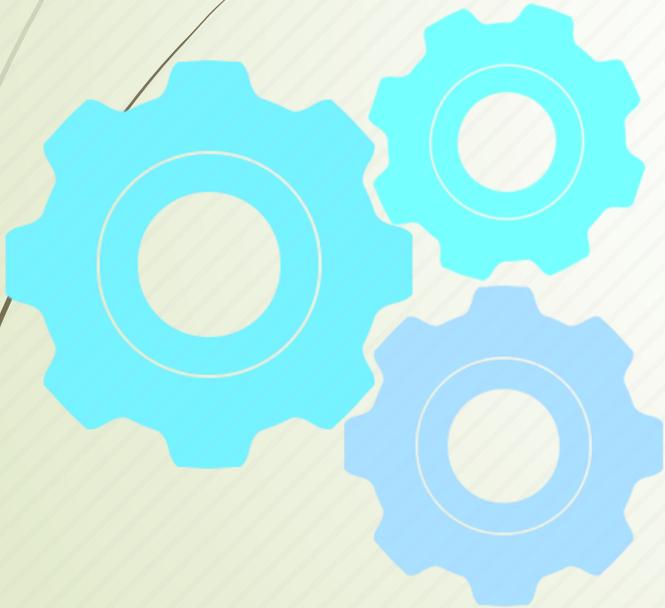
2007 行政院核定「長期照顧十年計畫」

2015 長照服務網及長照服務法

2016 長照十年2.0計畫

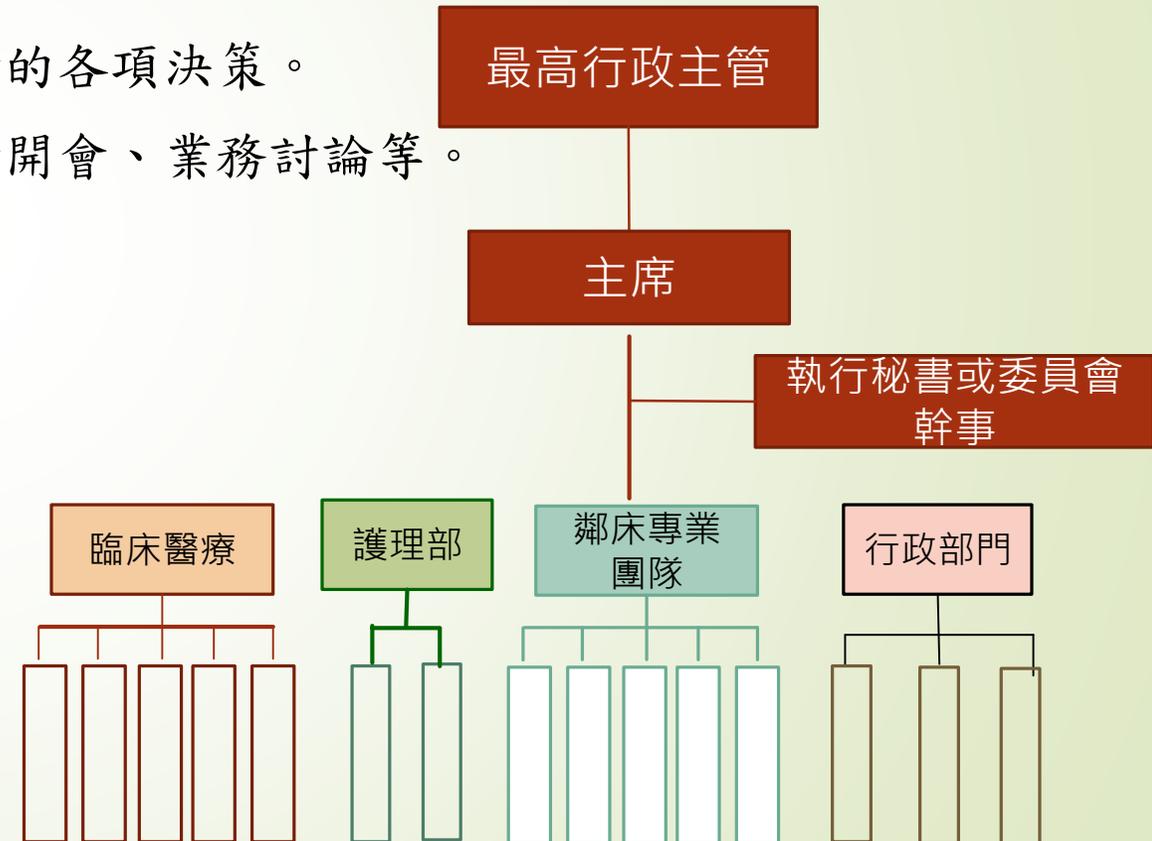
2017~~ 出院準備角色功能 ↑

02025B 出院準備與追蹤管理費  
急性後期照護計畫上游醫院評估費  
垂直整合照護計畫管理費.....



# 組織架構

- ▶ 因應醫院單位組織編制，執行出院準備的工作單位名稱有所不同
- ▶ 大致可分四層(如圖例)
  - ▶ 第一階：主要任務為督導出院準備服務委員會的各項決策。
  - ▶ 第二階：實際參與並主持出院準備服務委員會開會、業務討論等。
  - ▶ 第三階：委員會核心部門
  - ▶ 第四階：跨專業團隊核心單位或人員



# 服務流程

- 出院準備服務有時效性，病人於入院24小時內，應接受個別性的出院準備服務評估(篩選)。
- 針對病人個別性需求，照會相關專業團隊，必要時召開跨專業團隊討論會或家庭會議。
- 依照照會意見完成出院照顧需求完整評估，擬訂個別性照顧計畫，提供後續醫療或長期照護轉銜。
- 病人出院前完成相關文件與交班。
- 出院後14天完成電話追蹤。
- 資料統整與結案。

# 服務內容與範圍

- 高危險群個案長期照護計畫之評估、溝通協調、資源連結與追蹤
- 長期照院/困難出院病患之長期照護計畫
- 醫療團隊長期照護資源之諮詢
- 與分院病房、護理之家與居家護理的轉介協調
- 與分院以外長期照護相關機構之窗口
- 需要出院準備銜接長期照顧2.0個案之及早評估轉介(需合格評估人員)
- 需要急性後期照護(PAC)病人轉介下游醫院的連繫協調
- 辦理研討會，提供醫療與護理人員出院準備服務在職教育
- 整合醫院轉介資源，協助追蹤病患轉出後接受其轉介機構之服務品質
- 配合需要提供出院準備服務相關資料之訪查、觀摩與評鑑等活動

# 出院準備服務---評估期

評估需求方向	評估需求項目	
醫學危險因子	健康狀況	病情進展及未來影響
	功能層級	病人目前與預期出院之自我照顧能力
	行為狀態	病人及家屬對疾病的處理能力(如：管路留置的處理)
	情緒狀態	病人及家屬對疾病所衍生各種變化的適應情形
	認知能力	病人及家屬對疾病及照顧需求的認知能力
社會危險因子	家庭成員的組成 互動及權力結構	例如：主要照顧者？照顧安排決策者？經濟提供者？
	主要照顧者評估	評估主要照顧者的照顧動機、照顧技巧及其健康狀況
經濟危險因子	家庭整體 經濟評估	例如：支付醫療費用及長期照顧經費需求的能力
環境危險因子	家庭內外可運用的 資源	(1)社會資源- A.居家照顧：居家環境安全、長照資源、社區照顧資源 B.機構安置：可負擔且合適的長期照顧機構 (2)支持系統- 家屬、朋友及親戚間的互動

(參考：何，2015)

## 出院準備服務---決策期

- 病情趨穩階段：營造出院準備服務的氣氛
  - 儘早以最自然的方式植入觀念。
  - 時時誘導思考未來的規劃。
  - 建立與提供實例，鼓勵提出疑惑與討論。
- 敏銳的辨識可能出院需求有問題的個案。
- 擅用照會與資源連結
- 傾聽、同理、展現最大的誠意與努力
- 時間共識的促成

# 運用團隊會議

## ➤ 會議方式

- 醫療團隊會議：照護團隊的內部溝通
- 個案家屬座談會：團隊與個案家屬的開放溝通

## ➤ 會議目的

- 釐清治療與照護目標
- 建立團隊看法與說法的一致性，讓團隊共同承擔責任
- 腦力激盪，共謀策略
- 較能控制衝突

# 出院準備服務---銜接期

## ➤ 提供與傳遞照顧訊息

- 出院轉介單、照顧指導單張
- 居家整合醫療醫囑單
- 出院囑咐單：藥物、營養、復健、照顧問題諮詢電話
- 病摘、出院帶藥、門診預約訊息
- 居家設備、輔具租借、購買補助

## ➤ 交通安排

- 爬梯機
- 復康巴士 (北)
- 計程車
- 救護車
- 其他



## 出院準備服務---追蹤期

- 以了解照護情形為主，對服務的滿意度次之。
- 建立屬於自己單位的追蹤問題分析，並回饋到住院護理過程中。
- 病患年齡、性別、疾病診斷與後續照護選擇的關係？單位常選擇的後續照護機構？
- 與後續照護機構或居家護理的聯繫與回覆？常有的問題是？



# 出院準備服務的評值

## ➤ 記錄的完整性：

資料建檔完整便於分析追蹤

## ➤ 計畫執行結果：

計畫成效

## ➤ 計畫的變異性：

計畫差異原因分析

# 指標監測--效益指標1—以急性後期照護計畫為例

## (一)醫療共病處理成效

### ➤ 1.一年內死亡率

- 分子：分母個案於結案出院後1年內死亡個案。
- 分母：當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

### ➤ 2.30日內急診率

- 分子：分母個案於結案出院後30日內急診之個案數(含跨院)。
- 分母：當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

## (二)功能改善及後續適當轉銜之成效

### ➤ 1.醫學中心病人轉至急性後期照護醫院比率

- 分子：分母個案轉至急性後期照護醫院入院之個案數。
- 分母：醫學中心符合本計畫收案對象個案數(排除已死亡個案)。

### ➤ 2.14日內再入院率

- 分子：分母個案於結案出院後14日內再入院之個案數(含跨院)。
- 分母：當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

# 指標監測--效益指標2--以急性後期照護計畫為例

## (二)功能改善及後續適當轉銜之成效

### ◎ 3. 30日內再入院率

- 分子：分母個案於結案出院後30日內再入院之個案數(含跨院)。
- 分母：當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。  
註：心臟衰竭計算6個月內再入院率。

### ◎ 4. 個案之功能進步情形

以個案收案及結案時之核心評估量表進步分數計算。

## (三)急性後期照護平均住院天數

- 分子：分母個案急性後期照護天數合計。
- 分母：當年度結案個案數。

## (四)病人對轉介、轉銜與後續提供照顧單位之滿意度

接受轉介、轉銜等服務且完成電話追蹤個案滿意度平均值。

# 指標監測—團隊效能

對出院準備服務專責團隊服務的要求，包括在全面實施DRG後，能掌握及時性，協助符合收案條件的病人接受出院後長照服務之介入，讓醫院出入院管理順暢無礙。運作效益的評值，可考慮以下指標進行：

- 醫院評鑑項目中與出院準備服務的相關項次評分結果。
- 出院準備服務之相關服務給付申報比率達80%。
- 長照服務轉介量與急性後期轉介量與同儕的轉介量評比，至少不低於平均值之標準差下限。
- 維持90%以上之病人與家屬對出院規劃專責團隊服務感到滿意。

# 結論：出院準備提供了甚麼幫助？



# 參考資料

- 何瓊芳(2015)·長期照顧需求評估·於胡月娟總校閱，長期照顧(三版，p.142-170)·臺北市：新文京。
- 新北市政府衛生局、新北市護理師護士公會(2018)·新北市出院準備服務銜接長期照顧服務之工作指引。
- 詹惠雅、曾建寧(2010)·從社會環境之觀點探討台灣出院準備服務· [The Social Ecological View of Discharge Planning in Taiwan] · *台灣醫學*，14(3)，346-350。doi: 10.6320/fjm.2010.14(3).16
- 詹惠雅、張慈惠、林綉珠(2016)·臺大醫院長期照護手冊\_護理與出院準備·台大醫院。
- 詹惠雅、黃獻樑、游芝亭、丁施丹、闕圻安、徐于絜、、、余忠仁(2018)·某醫學中心試辦出院準備銜接長照2.0計畫成效初探·[Outcome of Discharge Planning Linked to Long Term Care 2.0 Project in a Medical Center]. *台灣醫學*，22(5)，474-481。doi:10.6320/fjm.201809\_22(5).0002
- Chen, K. L., Chang, C. M., Chen, C. H., & Huang, M. C. (2018). Information Reception and Expectations Among Hospitalized Elderly Patients in Taiwan: A Pilot Study. *Journal of Nursing Research*, 26(3), 199-206. doi: 10.1097/jnr.0000000000000228
- DeCaporale-Ryan, L. N., Cornell, A., McCann, R. M., McCormick, K., & Speice, J. (2014). Hospital to Home: A Geriatric Educational Program on Effective Discharge Planning. *Gerontology & Geriatrics Education*, 35(4), 369-379. doi: 10.1080/02701960.2013.858332
- Feng, R. C., Tsai, H. H., & Li, Y. P. (2018). Constructing an Interdepartmental Information Integration System for Discharge Planning Services. *Studies in Health Technology and Informatics*, 250, 126-128.
- McGregor, M. J., Cox, M. B., Slater, J. M., Poss, J., McGrail, K. M., Ronald, L. A., . . . Schulzer, M. (2018). A before-after study of hospital use in two frail populations receiving different home-based services over the same time in Vancouver, Canada. *BMC Health Service Research*, 18(1), 248. doi: 10.1186/s12913-018-3040-y
- Zurlo, A., & Zuliani, G. (2018). Management of care transition and hospital discharge. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30(3), 263-270. doi: 10.1007/s40520-017-0885-6