

住院轉銜— 無縫接軌的安心照護



◆ 分級醫療暨轉銜照護管理中心護理師 王佳琪

家住桃園的 L 女士，平常固定在家裡附近的林醫師診所領糖尿病、高血壓用藥。2022 年 7 月因為確診新冠肺炎至社區醫院就醫住院，因重症後續轉診至臺大醫院治療。在加護病房期間使用葉克膜，雖然病況好轉轉出到普通病房，但住院期間 L 女士幾乎臥床，最多只能坐輪椅，無法行走。也因為住院期間體重減輕，原本服用的降血糖和降血壓藥物劑量減少。L 女士擔心出院回家之後，回臺大醫院門診領藥、復健，在來回交通上非常不便利。透過病房團隊轉介，分級醫療暨轉銜照護管理中心（以下簡稱 RMC）協助進行出院後醫療銜接照護計畫，安排病房團隊與林醫師診所家庭醫師，進行電話交班，說明糖尿病及高血壓藥物調整狀況及銜接照護注意事項；關於復健方面，本中心則聯繫社區醫院新冠康復者整合門診個管師，安排復健門診銜接。出院後 L 女士的慢性病轉診回到林醫師診所，復健則轉診至社區醫院復健。L 女士返家後一個月已能使用助行器慢慢走路，半年後 L 女士則已經能完全自行走路，恢復往日生活。L 女士表示很謝謝臺大醫院 RMC 暨醫護團隊的安排，返家後能回到原本熟悉的社區診所穩定領藥，還能持續復健，更不用舟車勞頓回到臺大醫院，能在自己家附近就醫非常方便！

守護月亮的星星－來聽聽其他病友的經驗！

分級醫療暨轉銜照護管理中心協助住院病人社區院所轉銜，2022 年共協助 100 位住院病人轉出至北北基地區醫療院所（扣除轉臺大醫療體系分院），如轉診住院、門診、居家醫療等。本中心定期追蹤轉銜狀況及滿意度，96% 以上個案滿意本中心安排的出院轉銜照護，多數認為「轉院的流程順暢，資料準備齊全」、「院所醫師與本院醫師合作互相聯

繫」、「減少家屬聯繫院所和舟車勞頓」等；96% 以上個案對於出院後銜接的醫療院所感到滿意，例如「醫療人員照護很細心」、「感謝居家醫療團隊的照顧模式」等。

垂直整合的延續性照護

透過本院與各醫療院所間分級分工照護、醫療團隊間轉銜聯繫，民眾不但能夠安心回歸社區照護，社區院所醫師也能完整掌握健康資訊，一同建立健康照護網絡，成為守護民眾健康最佳典範。

