

医院-社区-家庭合作护理服务研究进展

王虹

上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心 上海 200032

【摘要】：受到我国社会各个方面不断发展影响，极大地推动了我国医疗卫生事业的发展，这对护理服务做出了新要求。同时，随着人们生活物质水平不断提升，患者及家属对护理服务需求逐渐增加，传统护理服务已经不能在最大程度上适应社会发展。随着现代护理观念的转变，研究人员发现保证护理服务的持续性、全面性、协调性、可及性、负责性，能够在最大程度上发挥护理价值，促进患者康复。而医院-社区-家庭合作护理服务的实施，能够不断提升护理服务水平，让患者可以在医院环境下、社区环境下、家庭环境下均可得到专业、有效的护理指导与服务，充分发挥护理服务价值，与现代护理发展趋势一致。文中对医院-社区-家庭合作护理服务的研究与应用进行了分析，具体如下。

【关键词】：医院-社区-家庭；合作护理服务；应用进展

Research Progress of Hospital Community Family Cooperative Nursing Service

Hong Wang

Community Health Service Center of Xietu Street, Xuhui District, Shanghai 200032

Abstract: Influenced by the continuous development of all aspects of our society, it has greatly promoted the development of medical and health care in China, which has made new requirements for nursing services. At the same time, with the continuous improvement of people's material standard of life, the demand for nursing services from patients and their families has gradually increased. Traditional nursing services have not been able to adapt to social development to the greatest extent. With the change of modern nursing concept, researchers found that ensuring the continuity, comprehensiveness, coordination, accessibility and responsibility of nursing services can maximize the value of nursing and promote the rehabilitation of patients. The implementation of hospital community family cooperative nursing service can continuously improve the level of nursing service, so that patients can receive professional and effective nursing guidance and services in the hospital environment, community environment and family environment, giving full play to the value of nursing service, consistent with the development trend of modern nursing. This paper analyzes the research and application of hospital community family cooperative nursing service, as follows.

Keywords: Hospital community family; Cooperative nursing service; Application progress

前言

在《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015-2020）》文件中，明确了现代护理服务新理念，也就是“大病在医院、小病在社区、康复回社区”，表示护理服务研究应向家庭、社区和社会延伸，通过医院-社区-家庭合作护理服务，推动分级诊疗、进一步改善医疗服务发展，鼓励医务人员在政府、社会、医疗机构和家庭的支持下，充分发挥患者的自主性和主动性，促使患者以积极的状态应对疾病，从而将护理服务水平提升到新高度，满足患者护理需求的同时，推动我国护理服务发展。

1 医院-社区-家庭合作护理服务的概念

医院-社区-家庭一体化护理服务主要是指由社区卫生服务中心、综合医院共同开展患者管理工作，各自立足于自己的功能与定位，重视患者出院后的后期护理，有效提升社区卫生服务中心服务质量，对患者病情发展进行有效掌控，通过综合防治信息共享、两级医院双向转诊等的工作方法，及时采取处理措施，医院、社区之间做好对接工作，将患者作为护理服务中线，鼓励患者、家属共同参与到护理服务中，实现患者从医院到社区，再到家庭的护理紧密连接，通过连续的、有效的护理服务，有效防治疾病。通过医院-社区-家庭护理服务，能够充分利用社区卫生服务中心的数量优势，通过综合性医院专科医生对基层医疗机构医生面对面的指导，制定个体化的防治方案，规

范了疾病的诊疗。在该种护理服务管理模式下，更加重视对患者进行系统的、全面的、连续的防治疾病护理，将综合医院的专科治疗、疾病的社区随访和防治进行有效联系，达到医院、社区、家庭协同服务的目的。

2 医院-社区-家庭合作护理服务的重要性

从我国实际发展来看，人口老龄化程度逐渐加深，增加了老年人慢性疾病发生风险，需要对慢性病护理进行进一步研究，不断提升慢性病护理水平，让患者在出院回归家庭与社区后，均可得到连续性照顾与护理，提升患者自理能力水平与生活质量水平，满足患者健康需求。同时，从相关调研结果来看，部分患者需要在家长期卧床休养，且行动不便，但是社区相关机构缺乏专业护理人员，不能为社区患者提供专业压疮护理、导管护理等不能为患者提供专业的护理服务，对患者康复造成不良影响。而通过实施医院-社区-家庭合作护理服务模式，可实现政府、医院、患者三方受益的医疗延伸服务，既能够节约医疗资源，促进不同级别、不同性质医疗机构间的密切合作，还能满足患者的医疗、护理、生活等需求，让患者可以获得连续的医疗照顾，形成一种新型的、适合我国发展的慢性病延续护理服务模式。通过医院-社区-家庭合作护理服务，可以实现以社区为平台推进患者健康管理，十分有利于慢性病健康管理工作的开展，在满足国家建设“健康中国2030”目标发展的同时，还能将分级诊疗制度落实到位，达

到慢性病综合防治战略要求,实现社区到健康管理中心的转变。

3 医院-社区-家庭合作护理服务措施

3.1 创建护理服务团队

医院在与患者社区取得联系后,结合医院科室情况、社区卫生服务机构情况,创建对应的护理服务团队,建立“医院-社区-家庭”三者联动的延续性护理照护服务平台,实现医院延续性护理照护、家庭医生服务之间的相互协助、相互促进,这样还能避免医院人力资源不足导致护理不到位情况出现,推动社区家庭医生签约的普及,让基层社区护士可以得到上级医院专业护理指导,提升自身专业水平。

3.2 患者个案管理

对每个转介到社区机构的患者各项基础资料进行收集与整理,包括疾病类型、年龄、性别、治疗情况、病情控制情况等,为患者创建对应的健康档案,并由社区机构护理管理专线工作人员负责患者定期健康评估工作,并将评估结果及时反馈给医院专科医生或者家庭医生,并为患者制定、调整相应的健康管理计划,将患者就医用药护理、营养与饮食指导、运动指导、生活指导等各项护理工作落实到位,为患者提供定期健康评估服务、咨询服务。

3.3 家属共同参与

根据患者家庭情况,明确家庭协管人员(为能够联系沟通的家庭成员或者照顾者),与家庭协管人员进行有效沟通与交流,要求家庭协管人员掌握患者各项护理内容,由社区医务人员协助,家庭协管人员对患者生活习惯、用药情况、运动情况、饮食情况等各项护理工作进行检查管理。

3.4 重视社区转诊联络员人才培养

在实施医院-社区-家庭合作护理服务时,需要由社区转诊联络员负责对多个部门进行沟通,为多环节工作顺利开展提供一定保障,从而达到多学科有效协调与合作的目的。所以,需要重视并加强社区转诊联络员人才培养工作,要求转诊联络员掌握护理服务全流程、不同环节具体操作步骤,并可以冷静、有序完成各项工作安排。

3.5 具体运作

通过多学科团队协作、中长期照护体系基地联网,对个社区卫生服务中心进行协调,派遣专职护士进驻机构进行业务指导和培训,提供服务并进行定期评估考核;同时,设立管理专员,便于上门评估居民服务需求,从而精准确定与服务患者,进行一体化运行;依托智慧医疗平台对老人进行老年综合评估,结合评估结果与患者家庭实际情况,对患者照护进行准确划分,在医院对患者进行急性期照护(对患者进行康复护理与认知训练等),在社区对患者进行急性后或者中期照护(为患者提供居住环境评估与改造、安排患者生活照护、实施康复护理与认知训练等服务),在养老机构或者居家进行长期照护(为患者提供居家环境评估与改造、引导患者树立安全意识、给予患者生活照料、压疮护理、导管护理、喘息服务以及临终关怀等服务),并按照患者病情变化情况适当调整护理方

案;明确患者出院准备服务工作流程,对患者进行综合评估后,制定对应的医护方案,对家属与患者实施继续相应的培训与指导,让患者与家属掌握居家休养所需的照护知识与技能,与社区卫生服务中心签约医生进行合作与对接,并在社区设计相应的照护病房与慢病门诊,建立家庭病房,实现社区医疗向居家照护的延伸;多学科团队进行上门居家方式,强化患者饮食指导、用药指导、导管护理、压疮护理、康复指导、抽血复查等多项护理措施,并对患者进行定期评估,持续对护理质量进行改进。

4 医院-社区-家庭合作护理服务应用进展

4.1 延续护理应用方面

有研究人员对医联体合作模式下“医院-社区-家庭”链式管理在延续护理服务的应用效果进行了分析,通过应用护理技术、护理人才的双轨制输出方式和多媒体双向反馈,同质化实施“医院-社区-家庭”链式管理的延续护理,发现将医院-社区-家庭模式运用到延续性护理中,能够提高基层医疗机构护理人员延续护理知信行评分,提高患者自我护理能力评分,让患者更加满意医联体合作模式链式管理下延续护理服务,证实了将医院-社区-家庭的医联体合作模式运用到延续护理链式管理中,可推动医联体建设发展,让基层护理人员的服务能力得到有效提升,增强患者自我护理能力,为患者提供多层次医疗服务,提升患者对护理服务满意水平。

4.2 腹膜透析护理方面

将医院-社区-家庭合作护理服务模式运用到居家腹膜透析护理中,能够通过建立医院-社区-家庭一体化居家腹膜透析护理基层试点,强化试点腹膜透析分中心的人力资源建设,做好试点腹膜透析分中心医护专业技能培训工作,对护士进行专科护理知识与技能培训,对家属与患者进行个人护理知识与技能培训,建立相应的家庭随访机制,强化患者自我管理教育,推广医院-社区-家庭一体化居家腹膜透析护理服务模式,制定医院-社区-家庭一体化腹膜透析护理模式绩效评价标准,从而推动医院护理服务向社区延伸,提升社区护理人员专业护理水平,让患者从医院到家庭可接受连续性护理服务,让患者可以得到医院与社区的延续性、优质护理服务,还能减少社会与医疗成本投入^[1]。

4.3 慢性结核性脓胸术后带胸管患者护理方面

在黄金鹏,高晶,梅英^[2]等人的研究中,对医院-社区-家庭合作型延续护理在慢性结核性脓胸术后带胸管出院患者中的应用效果进行了探讨,发现通过医院-社区-家庭合作型延续护理模式,能够将导管相关并发症发生率控制在合理范围,提升患者自我护理能力、健康知识掌握程度,强化患者自护责任感与自我概念,提高患者对护理服务满意度,证实通过医院-社区-家庭合作型延续护理能够减少导管相关并发症对慢性结核性脓胸术后带胸管出院患者不良影响,提高患者自我护理能力,让患者尽早拔管,十分有利于患者康复。

4.4 2型糖尿病护理方面

贾海静^[3]的研究中对2型糖尿病患者护理中应用医院-社

区-家庭三元联动护理模式的价值进行了分析,发现通过该种护理模式,能够对患者自我管理行为产生积极影响,可以让患者主动改善自身饮食习惯、运动习惯,主动落实好血糖监测工作、足部护理工作,证实采取医院-社区-家庭三元联动护理模式开展2型糖尿病患者护理工作,可将患者疾病管理水平提升到新高度,有效改善血糖控制效果,帮助患者尽早恢复正常生活。

4.5 消化性溃疡护理方面

将医院-社区-家庭三元联动健康管理模式运用到消化性溃疡患者中,创建相应的健康管理团队,将培训与沟通工作落实到位,借助互联网创建相应的管理平台,并为患者建立健康档案,分析患者病情,制定个性化护理方案,开展信息化管理,与患者所在社区医疗卫生服务站取得联系后,开展无缝衔接护理,为患者提供疾病相关知识推送、用药指导、医疗在线咨询、随访、复诊与转诊等护理服务,有效改善了患者疾病症候情况,增强患者自我效能,提升患者对护理工作满意度^[4]。

4.6 PICC带管出院患者护理方面

彭先美,何全英,何晓丽^[5]等人探讨了建立医院指导、社区参与、居家合作多维联动护理模式对经外周静脉穿刺置入中心静脉导管(PICC)患者的影响,通过以医院为

主导,对社区医院护士进行培训,建立区域化维护网络,对有需求的家属进行培训,患者根据需求选择社区维护或护士指导的居家维护,有效降低了患者接触性过敏性皮炎、静脉炎、局部皮肤感染、导管堵塞、非计划拔管等并发症发生风险,缩短了患者单次PICC维护路途花费时间、减少了费用支出,患者PICC依从性和满意度均得到明显提升,证实了通过医院-社区-家庭联动多维延伸护理模式,能够让PICC带管出院患者间歇期个性化维护需求得到满足,提升留置导管安全性,增强患者维护依从性,提高患者满意度。

5 总结

医院-社区-家庭合作护理服务可以为患者提供从医院到社区、居家不同环境下的持续性、全面性、协调性的护理服务,有效适应了我国健康社会发展趋势,为居家患者提供了更为便利、安全、有效的护理服务,使得社会资源利用更加合理,能够为患者与家属提供健康宣教、预防保健、专业护理指导等全方位服务,在提升整体护理水平的同时,让患者与家属掌握相应的健康知识与管理技巧,让患者与家属主动参与到护理中,十分有助于患者康复。

参考文献:

- [1]柴艳美.医院-社区-家庭“三位一体”护理管理模式对糖尿病肾病腹膜透析患者自我管理行为的影响[J].实用中西医结合临床,2021,21(11):142-143,145.
- [2]黄金鹏,高晶,梅英,等.医院-社区-家庭合作型延续护理在慢性结核性脓胸术后带胸管出院患者中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2018,24(20):2365-2369.
- [3]贾海静.医院-社区-家庭三元联动护理在2型糖尿病患者中应用分析[J].中国老年保健医学,2022,20(4):151-153.
- [4]汪春燕,尹梅,张静,等.基于“互联网+”的医院-社区-家庭三元联动健康管理模式在消化性溃疡患者中的应用[J].护理学杂志,2020,35(15):96-98,106.
- [5]彭先美,何全英,何晓丽,et al.医院-社区-家庭联动多维延伸护理模式在PICC带管出院患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(11):5-8.