

县域医共体内慢性创面一体化管理模式的构建与探索

郑国会 李姝孟 杨春丽 宋文君

祥云县人民医院, 云南 祥云 672100

摘要: 目的: 构建县域医共体内慢性创面一体化管理模式并推广应用。方法: 通过在县域医共体内建立慢性创面一体化管理体系、管理制度、管理团队、管理平台、管理标准和流程来统一规范慢性创面护理工作, 为慢性创面患者提供系统性的护理服务, 全面实现医共体慢性创面护理同质化。结果: 构建了县域医共体内慢性创面一体化管理模式并有序推进工作, 医共体内医务人员对慢性创面的诊疗护理能力提升, 为慢性创面患者提供便捷就诊途径。结论: 县域医共体内慢性创面一体化管理模式有推广应用价值。

关键词: 慢性创面; 医共体; 同质化管理

DOI:10.69979/3029-2808.24.3.041

慢性创面是指由于多种原因导致的皮肤组织受损且无法在正常时间内愈合, 其愈合时间一般超过 4 周, 包括压力性损伤、下肢静脉溃疡、糖尿病足溃疡、放射性溃疡、术后创面愈合等。慢性创面具有发病率高、疾病复杂、并发症多、治疗过程复杂、治疗费用贵、复发率及致残率高等特点^[1], 干扰了患者的正常生活和工作, 从而增加了患者的身体负担、经济负担和心理负担^[2]。通过开展县域医共体内慢性创面工作开展情况调研发现, 县域医共体内慢性创面患者地域分布零散, 乡镇卫生院和村卫生室均不能对慢性创面进行有效处理和后期愈合情况的追踪, 县域医共体内成员单位医护人员对慢性创面的认识、相关治疗、护理知识匮乏, 基本不能对慢性创面进行处理, 在当地卫生院不能满足慢性创面患者治疗需求的情况下, 患者只能选择到县级医院进行治疗, 但因慢性创面患者群体大多数为老年人, 不能独立到离家远的医院就诊且对该群体对慢性创面认识较少, 家中年轻家属因外出打工或工作影响, 不能陪同老年患者及时就医处理, 导致慢性创面患者不能及时就诊, 最终导致慢性创面加重, 治疗时间延长, 甚至威胁生命。

1. 研究方法

通过文献查阅、广泛调研慢性创面患者管理的缺陷, 通过组建“医共体总院牵头、县级医院协同-乡镇卫生院-村卫生室”一体化管理体系和管理团队, 明确职责与分工, 修订完善管理制度, 建立标准化护理流程, 构建信息化管理平台, 延伸健康教育和随访服务等内容规范全程管理, 最终实现县域医共体内慢性创面患者一体化管理, 为患者提供全过程同质化服务, 提升基层医院服务水平, 提高患者慢性创面愈合率。

2. 县域医共体内慢性创面现状分析

通过初略统计: ①每年到医共体总院住院治疗 and 门诊就诊的患者有 400 余名存在慢性创面, 大多以压力性损伤 (约 200 名)、下肢静脉溃疡、术后创面愈合不良和糖尿病足溃疡和为主, 且以上患者大多存在多次住院治疗倾向。每年到糖尿病专科门诊就诊人次约 2000 人中 2 型糖尿病足患者占 1.2%, 约 200 余人, 但大多数糖尿病足患者因家庭、个人、经济等原因均未规律随诊。②伤口造口专科护理门诊主要负责医院慢性创面管理, 近三年伤口造口门诊平均就诊人次约 2000 人, 基本为伤口患者和下肢静脉溃疡患者换药; 近三年专科护理组承担院内外 2 期及以上压力性损伤 300 余例次护理会诊。③目前具有治疗护理好的典型案例, 院外慢性创面患者资料齐全。④院内已经成立了慢性疑难伤口多学科 (MDT) 门诊, 为复杂伤口、疑难复杂病例患者提供合理化的治疗方案及建议。⑤糖尿病专科护理门诊 2 型糖尿病足患者资料档案齐全。⑤县域医共体内成员单位医护人员对慢性创面的认识、相关治疗、护理知识匮乏, 基本不能对慢性创面进行处理, 导致慢性创面患者不能及时就诊, 最终导致慢性创面加重, 治疗时间延长, 甚至威胁生命。

3. 县域医共体内慢性创面一体化管理构建模式

3.1 构建县域医共体内慢性创面一体化管理体系

结合县域医共体建设情况和医共体统一护理管理模式, 医共体总院牵头建立县域医共体内慢性创面“医共体总院牵头、县级医院协同-乡镇卫生院-村卫生室”的一体化管理体系。

3.2 建立县域医共体内慢性创面一体化管理相关

制度

3.2.1 建立患者管理制度,明确慢性创面管理患者范畴,确定将压力性损伤、下肢静脉溃疡、糖尿病足溃疡、术后创面愈合不良且到医共体成员单位住院或门诊就诊的患者纳入研究对象。首先,确定慢性创面管理的患者范畴。根据相关研究和临床实践,将压力性损伤、下肢静脉溃疡、糖尿病足溃疡、术后创面愈合不良等慢性创面类型纳入研究对象。这些患者通常需要长期治疗和护理,对慢性创面管理的需求较高。其次,制定患者管理的操作规范和流程。明确患者的评估、治疗、护理等各个环节的具体操作步骤和要求。例如,对于糖尿病足溃疡患者,可以制定血糖控制、创面清洁和敷料更换等方面的管理规范。第三,建立患者管理的信息系统。通过建立电子病历和慢性创面信息数据库,记录患者的基本信息、创面情况、治疗方案等,实现患者信息的共享和医疗数据的统一管理,方便医务人员进行患者管理和治疗方案的制定。第四,加强患者教育和自我管理能力培养。通过开展患者教育活动,提供慢性创面管理的相关知识和技能培训,帮助患者了解疾病特点、掌握自我护理方法,提高自我管理能力,促进治疗效果的提升。最后,建立患者管理的评估和监控机制。制定评估指标和评估方法,定期对患者的治疗效果和生活质量进行评估和监测,及时发现问题并采取措施进行改进。

3.2.2 建立培训制度,确定培训内容并由医共体总院制定学习培训计划并有序组织培训开展。

3.2.3 建立健康管理教育制度,制定患者健康教育内容、方式并在研究对象范围内通过微信、图片、文字、视频进行宣传教育。

3.2.4 建立患者随访管理制度,明确随访流程、内容、方式、时限并建立研究对象随访台账。

3.3 组建“医共体总院牵头、县级医院协同-乡镇卫生院-村卫生室”为一体的慢性创面管理团队并明确职责。

3.3.1 组建“医共体总院牵头、县级医院协同-乡镇卫生院-村卫生室”的慢性创面管理团队,县域外专家团队依托三级医院护理专家组成。县域内团队由总院护理部主任、干事、专科护士、伤口造口专科护理学组成员、县域医共体内县级医院和各乡镇卫生院每家1名护理人员组成。

3.4 明确各级团队岗位职责。

3.4.1 县域外专家团队主要负责项目开展工作指导及进行慢性创面护理相关知识培训授课及远程工作指

导。首先,县域外专家团队将负责对慢性创面一体化管理项目的开展工作进行指导。县域外专家团队将与县域内的医务人员合作,制定项目的实施方案和工作计划,确保项目的顺利进行。专家团队将根据自身的专业知识和经验,提供专业的指导和建议,帮助解决项目中遇到的问题和困难。其次,专家团队将进行慢性创面护理相关知识的培训授课。专家团队通过组织培训班、讲座等形式的培训活动,向县域内的医务人员传授慢性创面护理的最新知识和技术。通过培训,提高医务人员的专业水平和技能,增强医共体成员对慢性创面管理的理解和能力。第三,专家团队将进行远程工作指导。通过现代化的通信技术,专家团队可以与县域内的医务人员进行远程沟通和指导,通过视频会议、在线交流等方式,对慢性创面的评估、治疗方案的制定等进行远程指导,提供及时的专业支持。

3.4.2 县域内专家团队主要负责体系建设、制度建立,团队组建、分工和具体工作落实。

3.4.3 专科护士、伤口造口专科护理学组负责总院、县级医院住院和门诊就诊的慢性创面患者档案建立、诊疗知识培训、慢性创面护理会诊、现场指导等具体工作实施。

3.4.4 中医医院、妇计中心结合医院特色负责配合医共体总院开展特色护理服务。

3.4.5 乡镇卫生院积极参加医共体总院组织的各种培训学习,负责完成医共体总院、县级医院下转慢性创面患者的后期护理、愈合情况追踪、随访及数据收集并报送总院,协助村卫生室做好患者后期创面护理,做好延续护理服务。

3.4.6 村卫生室积极参加医共体总院、乡镇卫生院组织的各种培训学习,完成已建档慢性创面患者的创面基础护理,及时向乡镇卫生院报送辖区内慢性创面患者就诊及愈合情况,遇到慢性创面患者疑难护理问题时及时向乡镇卫生院、总院寻求帮助。

3.5 构建信息化管理平台

3.5.1 根据调研结果与医院慢病管理系统对接,建立慢性创面患者管理信息管理模块,院内患者直可接通过和HIS系统对接联动自动生成慢性创面患者档案,院外患者通过手工录入转接方式录入到随访管理信息模块,系统内慢性创面患者信息全同步,实现慢性创面患者信息的上下流通。

3.5.2 将慢性创面管理系统对接卫生院慢病管理系统,扩大服务对象范围,同时便于各级医院慢性创面患者护理服务工作开展。

3.5.3 建立微信管理交流群由专人管理,不定期推

送相关科普知识,同时支持在线咨询服务。

3.6 建立流程并开展培训。

3.6.1 根据行业标准、指南等在县域外专家团队指导下由伤口造口专科学组成员讨论研究制定慢性创面标准化护理技术规范和流程。首先,学组成员将根据行业标准、指南以及专家团队的指导,对慢性创面管理的相关知识和技术进行深入研究和学习并将收集和分析国内外的最新研究成果和经验,了解慢性创面管理的最佳实践和先进技术。其次,学组成员将组织讨论会和研讨会,就慢性创面管理的关键问题展开深入的讨论和交流并分享自己的经验和观点,共同探讨慢性创面管理的技术难题和解决方案。第三,学组成员将根据讨论和研究的结果,制定慢性创面标准化护理技术规范和流程,包括慢性创面的评估方法、创面清洁和敷料更换的操作步骤、感染控制措施等方面的内容。规范和流程的制定参考国内外的最佳实践和标准,确保其科学性和可操作性。最后,学组成员将对制定的慢性创面标准化护理技术规范和流程进行评估和修订。学组成员根据实际应用的情况,收集反馈意见和建议,不断完善和优化规范和流程,以适应慢性创面管理的不断发展和变化。

3.6.2 组织团队人员进行技术规范和流程强化培训,提高团队对慢性创面认知和处理能力。

3.6.3 确定培训内容并对县域医共体内慢性创面一体化管理团队开展培训,使成员人人掌握并落实对所在单位护理人员培训,确保县域医共体内慢性创面护理同质化开展。

3.7 县域医共体内慢性创面一体化管理体系的实施。

3.7.1 完善并落实县域医共体内慢性创面一体化管理的院前、院中、院后无缝隙管理模式。首先,在院前阶段,建立慢性创面筛查和转诊机制。通过社区卫生服务中心、家庭医生签约服务等渠道进行慢性创面的筛查和早期干预,及时发现患者并进行转诊到医共体成员单位进行进一步的诊断和治疗。其次,在院中阶段,实施多学科团队合作的慢性创面管理模式。建立慢性创面管理团队,由医生、护士、营养师等多学科专业人员组成,共同制定治疗方案、进行创面护理和敷料更换等工作,确保患者得到全面的医疗服务。第三,在院后阶段,建立慢性创面的远程随访和管理机制。通过远程医疗技术,对患者进行定期的远程随访和指导,监测创面的恢

复情况,提供必要的医疗支持和指导,以减少患者的复诊次数和提高治疗效果。最后,加强信息共享和协同工作。建立电子病历和慢性创面信息数据库,实现患者信息的共享和医疗数据的统一管理,促进不同医疗机构之间的信息交流和协同工作,确保患者在不同阶段的无缝隙管理。

3.7.2 开展标准化护理技术规范和流程培训,各团队按照分工落实好各项对应工作。建立健全患者信息档案。不断完善信息化管理平台和微信交流群建立。开展慢性创面患者护理管理工作。完成院内外慢性创面出院患者健康教育、随访。

3.7.3 延伸护理服务。伤口造口专科护理学组深入开展学组各项工作,每年制定学组工作计划并落实,每年在世界造口日、世界压疮日开展义诊、造口患者联谊活动等,每季度开展慢性创面相关知识培训及慢性创面管理情况督察,积极申报各种继续医学教育培训等,延伸伤口造口专科护理学组工作,让伤口造口护理学组走进社区、走进偏远山区,走进患者家庭。

4. 总结

县域医共体内慢性创面一体化管理模式的构建与应用,开启了医共体内慢性创面管理新模式,促进医共体同质化服务的实施,提升医共体诊疗服务水平,为广大慢性创面患者提供便捷就诊服务,在家门前就享受到与县级医院的同质化护理服务,避免了到县级医院就诊的路途奔波及路费支出,降低患者就医成本,提升了患者满意度和医体验感。

参考文献

- [1]毛蓓茜,倪鹏文,李挺,等.慢性创面患者自我感受负担的现状及影响因素[J].组织工程与重建外科,2022,18,2:118-122.
 - [2]廖文强,詹剑华,罗锦花,等.慢性创面临床防治的现状与思考[J].实用临床医学,2021,22(2):83-89.
 - [3]朱燕妮,钟赛琼,董兰菊,等.医联体模式在慢性伤口延续护理中的应用[J].护理学报,2018,25(24):47-49.
- 云南省教育厅科学研究基金项目:县域医共体内慢性创面一体化管理模式的构建与应用(项目编号:2023J0933)