

全科护理在慢性病管理中的作用及优化路径

梅素敏

温州市人民医院 浙江 温州 325000

摘要: 由于慢性病发病率一直攀升, 其管理成了医疗卫生领域不容忽视的课题, 全科护理以综合性、连续性、协调性等特点为凭借, 对慢性病管理起到关键作用, 得以实现对慢性病患者健康状况的动态评估及监测, 为患者制订契合个体的护理方案, 同时给予心理慰藉并开展健康知识宣讲, 强化患者自我管理水平。以强化资源整合、推进人才培养为途径, 诸如创新服务模式的优化路径, 能进一步增进全科护理在慢性病管理中的作用效能, 协助打造高效的慢性病管理格局, 推动患者健康结局向好。

关键词: 全科护理; 慢性病管理; 作用; 优化路径; 健康结局

引言

慢性病已成为全球范畴内的重大公共卫生挑战, 其发病几率不断攀升, 给公众的健康及生活质量带来极大威胁, 慢性病的病程长, 要实施长期管理, 传统医疗模式出现服务零碎、衔接不连贯等问题, 无法契合患者全周期的健康需求点。目前而言, 对于慢性病管理中具体作用及优化路径的深度探讨尚存在欠缺, 探寻全科护理在慢性病管理中的应用与成长, 具有突出的现实价值与实践意义。

1 慢性病管理现状

1.1 慢性病的严峻挑战与特性

慢性病仿若潜藏在人群中的缄默杀手, 正以不可掉以轻心的态势威胁公众健康, 它并非一蹴而就、短期形成, 而是在长期不良生活习惯、遗传因素、环境影响等诸多因素交织的作用里逐步显现出来。诸如高血压、糖尿病、心脑血管疾病之类的常见慢性病, 除了病程十分漫长, 且往往伴有多种并发症出现, 患者不得不长期与疾病相伴, 生活品质受到极大破坏, 家庭以及社会都承受着沉重的经济压力, 病因的复杂情况让预防和治疗面临大量难点, 难以凭借单一手段做到有效控制。

1.2 传统医疗模式的困境

处于传统医疗模式期间, 慢性病管理流露出明显的碎片化迹象, 医院、社区卫生服务中心等不同医疗机构各搞一套, 欠缺高效顺畅的信息共享及协同机制, 患者往往得在多个科室、多家医院里来回折腾, 重复检查、治疗方案衔接不连贯等状况屡见不鲜。于病情稳定的阶段, 患者自医院转回社区, 后续护理及跟踪服务难以达成顺畅衔接, 引发病情反复甚至加重, 此类分散化的管理模式, 白白浪费掉医疗资源, 却不能给予患者连贯、全面的医疗关爱。

1.3 慢性病管理的新需求

伴随慢性病发病率的升高以及患者对健康需求的增长, 单纯依靠临床治疗的方式难以契合实际需求, 慢性病管理需从“治病”朝着“防病、控病、养病”的系统化路径转型, 这不仅要给患者进行疾病的相关治疗, 还得留意其日常生活里饮食、运动、心理状态等多方面的要素^[1]。患者渴求获取从疾病预防开始, 经治疗到康复的全流程个性化服务, 这对医疗体系在专业性、连贯性及可及性维度提出了更高要求, 急需探索新型管理模式以直面挑战。

2 全科护理核心作用

2.1 全周期健康管理覆盖

全科护理突破了传统护理仅聚焦于医院病房的模式, 构筑起贯穿慢性病患者生命全阶段的健康管理体系, 在疾病预防这个阶段, 全科护士走进社区与家庭, 推进高血压、糖尿病等慢性疾病的早期筛查行动, 通过简易可行的检测手段及健康问卷, 迅速找出潜在的高危群体, 进而给出有针对性的健康指引。若患者确诊患上疾病以后, 全科护士为患者量身定制日常护理方案, 囊括用药的指导说明与饮食规划等, 他们辅助患者开展肢体功能的康复训练与心理疏导, 助力患者再度回归正常生活, 各环节彼此紧密相连, 构成一个完整的闭合体系。

2.2 动态化病情监测与干预

定期随访是全科护理得以发挥功效的关键途径, 全科护士借助上门访视、电话联络、线上互动等多样途径, 同慢性病患者维持紧密纽带, 连续监测病情的波动。糖尿病患者而言, 护士会聚焦于其血糖的波动情况, 依照血糖数值适时调整饮食及用药方案; 高血压病患者而言, 全面记录血压的实际数据, 剖析血压的变化走向, 要是察觉异常即刻做出预警, 助力患者调整现有

的治疗策略,此动态化的监测及干预方式,可把病情稳定在可控状态,切实降低并发症出现的风险。

2.3 健康宣教与资源协调

全科护士不只是护理服务的奉行者,也是健康知识的高效传播者,他们借助举办健康讲座、发放宣传手册以及开展一对一健康咨询等途径,对慢性病患者普及疾病相关知识,辅助患者掌握疾病的发病原理、治疗措施和自我管理核心要点,指导糖尿病患者掌握正确注射胰岛素和识别低血糖症状的方法;引导高血压患者科学规划作息、缓解内心压力^[2]。全科护士同样肩负着协调医疗资源的关键使命,按照患者病情的需求,替其联系专科医生会诊、办理住院治疗手续,在不同医疗服务中架起沟通渠道,让患者得到更便捷、上乘的医疗服务。

3 现存主要问题

3.1 服务资源配置失衡

处于慢性病管理的版图里,全科护理服务资源的天平大幅偏向一边,繁盛城市的社区卫生服务站,明亮的诊室里,全科护理人员忙碌的身姿不时映入眼帘,基础设备样样齐全完备,慢性病患者在该中心可及时接受健康指导与护理服务,若视线转向那些偏远农村与经济欠发达地方,景象的差别十分明显。那里社区卫生服务中心往往就几间简单的平房,所用医疗器械陈旧又稀少,全科护理人员数量极为稀少,诸多地区连形成一支稳定的专业护理团队都困难非凡,行动不便、需长期居家接受护理的慢性病患者们,只能守着空荡荡的房间度日,独自招架疾病引发的困扰,他们翘首以盼的专业护理服务,仿若不可及的辰星。

3.2 人才短缺与能力不足

专业全科护理人才数量匮乏,仿若横亘于慢性病管理航线里的山峰,从人才培养的初始环节看,高校内全科护理专业招生规模不宽裕,每年结束学业走出校门的专业人才,面对庞大社会需求,数量上显得杯水车薪,再把视线转到现有的全科护理队伍,好似一幅颜色杂乱的画卷,成员之间知识结构和技能水平高低错落。部分护理人员长时间陷入旧知识框架的禁锢,对慢性病管理领域不断涌现的新知识、新技术视而不见,当面对病情错综复杂、护理需求繁杂多样的患者时,他们恰似在迷雾笼罩中迷失路径的航船,很难编排好周全的护理方案,在先进护理设备和信息化管理系统跟前,他们的操作既生疏又笨拙,每一回犹豫的按键、每一番欠熟的调试,都在暗暗地拉低服务的质效水平。

3.3 服务模式与融合缺陷

当下全科护理服务范畴,好似守着传统模式的手作

匠,服务模式呈现出极为单一的情形,处在信息技术日新月异之际,依然顽固地秉持传统的面对面护理手段,错过借助互联网、大数据等新技术对服务加以革新的机会,慢性病患者健康数据恰似零乱散落的珍珠,鉴于没有高效的收集分析方式,无法衔接成全面的健康图谱。更令人扼腕的是,医院专科治疗、康复机构服务等医疗环节连同全科护理,仿若彼此孤立的孤岛^[3]。患者于不同医疗场所辗转的时刻,护理信息传递存在阻碍,前一家机构所拟定的护理计划,到下一家也许无人知晓,护理服务在交接环节出现断裂,各医疗环节间的协同未形成,恰似乐手们各自弹奏,却不能演奏出协和的旋律,导致全科护理在慢性病管理里的潜力无法充分施展。

4 优化实施路径

4.1 资源整合与网络构建

优化慢性病管理需加大全科护理服务投入,政府应发挥主导作用,统筹协调社区卫生服务中心、各级医院、养老机构等多元主体,构建覆盖城乡、无缝衔接的全科护理服务网络,社区层面持续完善基础设施,配备先进实用的护理设备,搭建智能化信息化管理系统,为基层医疗服务提供科技支撑。区域医疗联合体可建立大医院与社区卫生服务中心双向转诊通道,按患者病情发展阶段匹配合适的医疗护理资源,病情稳定期患者可下沉社区接受康复护理,急性发作期或疑难病症患者及时转入大医院,实现“小病在社区、大病进医院、康复回社区”有序流转,释放医疗资源效能,避免资源浪费。

4.2 人才培养与能力提升

提升全科护理服务质量关键在于加强人才培养,院校教育要优化全科护理专业课程,增加慢性病管理、社区护理、老年护理等契合基层医疗需求课程比重,改变传统教学模式,强化实践教学,借模拟病房、社区实习等方式,培养学生解决问题能力与综合服务素养,在职全科护理人员需定期参加系统培训和继续教育课程,由慢性病管理领域专家授课,引入国际前沿管理理念和创新护理技术。

4.3 技术创新与服务协同

借助互联网、大数据、人工智能等新兴技术探索全科护理服务创新模式,开发远程监测系统,使慢性病患者能用智能穿戴设备、家用监测仪器,足不出户实时上传血压、血糖等健康数据,全科护士通过数据分析平台解读数据,发现异常及时联系患者,给予健康指导和干预。开展线上健康咨询、视频问诊服务,突破时空限制,让患者与专业护理人员“面对面”沟通获取建议,创新服务模式时加强全科护理与其他医疗服务协同,搭

建医疗信息平台实现护理信息共享流通,避免信息孤岛,深化与家庭医生团队合作,发挥专业优势,共同制定含疾病治疗、康复护理、生活指导的个性化慢性病管理方案,构建预防、治疗、康复一体化,医疗、护理、健康管理协同推进的全方位慢性病管理体系。

5 协同发展策略

5.1 政策制度与标准建设

健全相关政策制度,是推进全科护理与慢性病管理协同发展的关键支撑,政府需站在战略层面考量,拟定专门的政策文书,按照立法或行政规范的形式落实,明确全科护理在慢性病管理里的核心身份与具体职能,此类政策应当精准界定服务的边界限度,详细规整从患者接诊、健康评估到长期跟踪这一完整流程的服务内容,让每个护理环节均有规范条例可守。标准化体系建设而言,需编制覆盖全维度范畴的服务标准与操作规范,既要全科护士专业资质、继续教育作出硬性规定,也要为服务场所的设备配置、环境安全划定准入界限,搭建动态化的质量评估体系,凭借定时审查及反馈的机制,保证服务质量始终维持在同一水平,去除区域与机构之间的服务差异,利用税收优惠、项目补贴这类政策杠杆,带动社会资本进入全科护理范畴,为服务体系赋予更多活力,打造良性运转的政策格局。

5.2 服务衔接与合力形成

加强全科护理跟家庭医生签约服务的深度融汇,是达成慢性病管理效能提升的关键招法,身为家庭医生团队核心成员的是全科护士,跟临床医生、公共卫生专员等专业技术人员密切配合,一起架构起居民健康守护大网。在慢性病管理的实践进程里,家庭医生凭借所掌握的专业医学知识,担当疾病精准诊断与个性化疗法方案设计;全科护士把关注点放在患者的日常健康维护上,涉及生命体征的检测、用药指导及症状的管理等基础护理工作范畴,同时扛起健康宣教的职责重担,协助患者养成科学的生活习惯,为达成服务无缝隙衔接,要构建起常态化的跨专业协作架构,按周期组织病例研讨会议,围绕复杂病情及疑难个案展开,不同专业人士凭借自身视角发表看法,一起制订涉及医疗、护理、康复、心理疏导的综合管理规划。

5.3 多元参与与模式探索

打破仅依赖单一的服务供给格局,激励社会各方力量积极投身全科护理与慢性病管理工作,成为构建多层次健康服务体系的必然之举,政府宜开放市场准入大门,支持企业、社会相关组织及慈善机构参与社区健康服务中心搭建,引发社会资本的创新活力,这些社会主体可充分彰显自身的长处,构建多样化的慢性病管理产品及服务体系,诸如智能化的健康监测器具、个性化健康管理课程等^[5]。采用市场化竞争模式,采用政府购买服务、特许经营等手段,把部分慢性病管理服务委托给专业机构承担,将为行动不便的慢性病患者提供上门护理、康复训练服务事宜委托给专业护理团队;推动养老机构跟医疗机构缔结合作联盟,为老年慢性病群体构建“医养结合”服务格局,实现医疗资源跟养老资源的合理融合。

结语

全科护理对慢性病管理具备不可替代的意义,采用优化资源配置、提升人才培养质量、创新服务形态等手段,其服务效能正不断提升中。伴随科技进步及医疗体制改革的深入实施,全科护理预期能和更多先进技术与管理理念相结合,进一步延展服务的领域边界,拉高服务的综合水平,构建更完备、智能、高效的慢性病管理格局,为慢性病患者赋予更优的健康福利,推动实现全民健康宏愿。

参考文献

- [1] 王飞跃,路孝琴,金光辉.全科医疗慢性病管理质量评价研究进展[J].中国全科医学,2023,26(13):1648-1654.
- [2] 赵莉.慢性病护理的模式与策略研究[J].现代护理进展,2024,3(2):10-13.
- [3] 王荣英,贺振银,赵稳稳,等.慢性病管理研究进展[J].中国全科医学,2023,26(17):1989-1993.
- [4] 马亚楠,郭嘉,胡嘉晋,等.国外慢性病管理模式研究进展及启示[J].中国医科大学学报,2024,51(12):1134-1137.
- [5] 李文玲.慢性病管理模式现状分析[J].医学理论与实践,2023,32(22):3353-3354.