

家庭病房在干休所应用情况分析 & 思考

余学文¹, 赵媛媛², 周 琪², 张益群²

[摘要] 通过对家庭病房开展现状的描述, 结合军队干休所的实际, 提出在军队干休所开展家庭病房存在的主要问题, 探讨推进在军队干休所建立家庭病房的切实有效的管理机制及实施方法。

[关键词] 老年卫生保健服务; 家庭病房; 全科医生; 卫生服务管理

中图分类号: R161.7; R197.61 文献标志码: A 文章编号: 1672-271X(2010)05-0478-03

随着医学模式的转变, 社会的发展, 人们对健康的要求日益提高, 医疗保健工作的指导思想从以前的“以医院为中心”向“以患者为中心”转变, 出现一种专门为行动不便的患者提供上门医疗服务的科室——“家庭病房”(hospital at home, HAH)。家庭病房是指开设在患者家中, 集家庭医疗、护理、保健、生活料理、功能康复和健康教育为一体的服务, 在家中即可得到全面的、系统的、优质的、连续性的服务。随着城市老龄化, 老年病、慢性病呈逐年上升趋势, 开展家庭病房服务有利于为社会弱势群体提供良好的家居医疗服务, 有利于弥补专业医疗机构病床的相对不足。家庭病房的出现给患者和家属带来极大的方便。家庭病房的建立, 不仅能够缓解住院难的状况, 而且能够降低医疗费用^[1]、缩短医院的平均住院日、节省卫生资源, 同时避免了来往路途的劳累和就医排队之苦。加之与家属之间的感情交流, 周到照顾, 治疗同时享受天伦之乐, 使患者处于最佳心理状态, 有利于疾病的康复。本文主要探讨在军队干休所建立家庭病房主要存在的问题及应对策略。

1 家庭病房的现状

家庭病房的疾病治疗模式目前广泛应用于精神、心理、慢性疾病及特殊人群治疗的领域^[2-3]。Harris 等^[4]在奥克兰进行的调查发现, 家庭病房比接受住院治疗更容易被患者所接受, 而且具有同住院治疗一样的疗效和安全性, 同时其花费低于住院的费用。

在我国, 许多医院都在大力开展“家庭病房”或者包含该业务的社区医疗服务项目, 这有利于降低医疗费用。建立家庭病房的机构主要是以二级医

院、社区卫生服务中心和社区卫生服务站为主。也可以建在病人家里, 收取一定的床位费、诊疗费、护理费等。发达城市的某些三级甲等医院还专门设置家庭病床科。我国家庭病房工作的开展并不顺畅, 大城市虽然起步较早, 但由于种种原因, 发展缓慢, 中小城市则举步维艰。在军队干休所建立家庭病房更是受体系医院保障能力有限、自身诊疗条件较差等原因的制约, 起步较晚, 成效不大。建立家庭病房的疾病, 内科主要以心血管、脑血管疾病、糖尿病、慢性支气管炎、肿瘤为主, 外科主要以各种癌症术后和骨折为主, 眼科主要为老年性白内障^[5-7]。家庭病房病人在家庭自然环境下进行治疗, 保持原来的生活环境、生活秩序不变, 和家人保持良好的沟通, 无住院病人的压抑感和孤独、悲观情绪, 心理调试得当, 情绪稳定放松, 从而有利于疾病康复。广州军区武汉疗养院老年内科对老年慢性病患者采用以家庭的形式设立病房, 家庭病房模式患者的经济保障、身体状况、营养状况、居住条件、情趣爱好、感情需求满意率显著高于普通病房患者^[8]。张金环^[9]对Ⅱ期煤工肺尘埃沉着病患者调查显示, 接受住院治疗的患者孤独得分显著高于接受家庭病房治疗的患者。家庭病房的使用可以提高老年慢性病患者住院期间的生活质量。

2 在干休所建立家庭病房存在的问题

2.1 缺乏合格的全科医生 家庭病房开设在病人家中, 是一个集家庭医疗、家庭护理、家庭预防保健、家庭功能康复和健康教育指导为一体的综合性卫生服务项目。除定期上门诊断、观察病情外, 涉及的科目繁多。这就要求干休所医生具有全科技能, 不仅是某个专科的专家, 还必须能够从事内、外、急诊等若干科室的服务, 能掌握每个专科的基本知识。军队干休所从事家庭病房的医生临床工作经验相对缺乏, 心理学、社会学、流行病学等知识更是缺乏, 而且

作者简介: 余学文(1972-), 男, 安徽合肥人, 本科, 从事老年保健工作

作者单位: 1. 230031 安徽合肥, 安徽省军区战勤处; 2. 230031 安徽合肥, 安徽省军区合肥第五干休所

大多没有经过全科培训,缺少全科技能。老干部对卫生所医生信任度不高,直接导致家庭病房的卫生服务质量不高。

2.2 增加卫生所的医疗风险 建立家庭病房方便了患者及其家属,但增加了卫生所的医疗风险。家庭病房服务中,医护人员仅能提供定期间断的或预约上门诊治,不能提供 24 小时连续的专人医疗服务,因此不能随时掌握和观察病人的病情变化。家庭病房仅配备简易的诊疗设备,容易造成诊断和治疗上的缺陷,干休所的老干部都处于“两高期”,为医患纠纷留下隐患。

2.3 医务人员工作积极性不高 由于家庭病房需要医生、护士长期不间断的上门服务,不但耗时费力,医疗风险大,而且医务人员工作辛苦,待遇低。同时医护人员传统坐堂行医的观念未能彻底转变,专业价值和专业信念的认识也还存在一定的差距,因而对家庭病房工作缺少热情和责任心。这些都阻碍了在干休所开展家庭病房的持续发展。

2.4 法律意识淡薄,医疗、护理文书书写不规范 目前,从事家庭病房的医护人员自我保护意识不强,法律意识淡薄,对入户服务风险不尽告知义务。部分医护人员贪图方便省事,不书写家庭病房病历、不记入户访视记录。医疗文书书写不规范,记录不及时,内容不详细,描述不准确,字迹不清楚等。护理记录与医疗记录不吻合,护士执行医嘱时代签字或随意签字,不按规定要求病人或家属签字,甚至代替病人签字等现象时有发生。这都为日后可能出现的医疗纠纷埋下了隐患。

3 加强军队干休所家庭病房的管理

3.1 加强家庭病房的健康宣教,关注老干部心理健康 传统的家庭病房以疾病治疗为内容,但忽略了对切实可行的“最佳健康标准”的追求。从提高生命质量的角度,我们必须关注对象的心理状态,加以评价、维护、改善和提高。黄煊等^[10]的研究发现,调查对象在躯体化、强迫症状、人际敏感、抑郁、敌对、恐怖、偏执等因子中积分高于常模。提示我们要关注家庭病房对象的心理健康问题。干休所卫生所的医务人员是社区健康教育队伍的骨干力量,但必须经过健康教育专业培训。利用各种健康教育媒介,随时开通健康教育咨询电话,与老干部建立相对固定的健康教育关系,从而形成一个布局合理、医防结合的健康教育信息网络。建立家庭病房的健康教育方法强调双向性,即以双向交流的健康咨询方式为主,通过医患面对面交流,使健康教育工作投向与实

际需求相适应。干休所家庭病房的病人多为老年慢性病患者,应该根据该人群的生理和心理特点,对不同病种、不同病人及其家属有针对性地选择健康教育内容,实现“投其所需,对症下药”的宣教作用,克服其他场合健康教育的局限性。

3.2 建立健全双向转诊制度,确保医疗保健服务安全 高技术服务的同时需要高情感的服务,双向转诊是家庭病房发展的原动力。目前干休所中开展的双向转诊缺乏规范,转诊基本上只有卫生所向上级体系医院转诊,而医院向下分诊的少,不利于医疗资源的合理使用。建立健全双向转诊制度,加大对上级医院的约束,是完善家庭病房的重要内容^[11]。医院康复期的老干部病人由干休所卫生所负责其在家中的医疗、保健和康复服务,医院在业务上给予指导。总后卫生主管部门应制订规范的双向转诊标准,确定双方应尽的义务,保证双向转诊的顺利进行,使家庭病房的建立得到良性发展。

3.3 加强全科医学培训,提高医务人员技术水平 家庭病房需要有一支过硬的医护人员队伍。全科人才队伍建设是保证家庭病房服务质量的关键所在。对干休所医务人员的业务培训要重点突出全科理论知识广度和实际工作技能深度的培训,要在全面提高全科医护人员的内在质量和综合素质下功夫。有关部门应尽快制订干休所全科医生培养政策与规划,建立培训全科医护人员的长效机制。

3.4 加强技术设备的投入,进一步扩大服务内容 家庭病房类型可按患者病情的轻重分为三种类型:即治疗型、康复型和保健型。我国多以治疗型为主,少部分属于康复型。随着社会人口老年化进程的加快以及慢性病的多发性和早发性,提示家庭病房的服务模式必须随之发生变化。鉴于老干部高龄化、疾病多样化、情况复杂化等特点,在干休所开展家庭病房更要进一步扩大服务内容,如开展家庭护理和临终关怀服务等。此外,还应加大技术设备和药品的投入,提高硬件水平。

3.5 加强规范化管理,建立切实可行的规章制度 上级卫生行政部门要有专人负责组织管理,规定统一执行标准和方式方法,建立统一的病历档案和医院—干休所之间的双转诊办法,制定具体的治疗、护理方案。在现有的老干部健康档案的基础上,建立诊疗记录等,有关部门定期进行检查,从而形成健全的医院—干休所的诊疗治疗服务网络。

3.6 建立家庭病房酬资机制,调动医务人员的工作积极性 干休所的医疗服务基本都是免费的,而家庭病房的建立,需要付出大量的时间和精力,其风险

也必然高于常规医疗服务。因此,有必要建立合理的酬资机制来调动医务人员的工作积极性。

在干休所开展家庭病房能够为老干部提供良好的家居医疗服务,有利于疾病的康复,而且能够弥补专业医疗机构病床不足的状况。关于如何调动体系医院、干休所双方的积极性,借助更加有效的手段提高双方的沟通效果,如建立网络信息化管理^[12]等,需要进一步的研究及论证。

【参考文献】

- [1] 杨晓虹, 李宁秀, 李学军, 等. 家庭病床与住院病床医疗费用差异比较[J]. 现代预防医学, 2004, 31(5): 692-694.
- [2] Cheng J, Montalto M, Leff B. Hospital at home[J]. Clin Geriatr Med, 2009, 25(1): 79-91.
- [3] Ram FS, Wedzicha JA, Wright J, et al. Hospital at home for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence[J]. Evid Based Nurs, 2005, 8(1): 23.
- [4] Harris R, Ashton T, Broad J, et al. The effectiveness, acceptability and costs of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial[J]. J Health Serv Res Policy, 2005, 10(3): 158-166.
- [5] 初 炜, 任 苒, 刘启贵, 等. 大连市社区家庭病床利用状况调查研究[J]. 中国初级卫生保健, 2000, 14(4): 25-27.
- [6] 张荣丽. 老年家庭病床 1120 例分析[J]. 现代医学, 2009, 37(1): 63-64.
- [7] 张晓云. 家庭病房在癌症患者康复中的作用(附 49 例报告)[J]. 东南国防医药, 2004, 6(4): 277-279.
- [8] 李智英, 夏季平, 欧阳定保, 等. 家庭病房模式在老年慢性病患者中的应用[J]. 解放军保健医学杂志, 2003, 5(4): 250-251.
- [9] 张金环. 住院及家庭病房治疗的尘肺患者孤独感调查[J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2009, 27(5): 305-306.
- [10] 黄 煊, 秦放鸣, 方学敏. 23 例家庭病床患者心理状态的调查与分析[J]. 中华全科医学, 2008, 6(9): 953-954.
- [11] 周育元. 社区卫生服务中家庭病床存在的问题分析[J]. 中国初级卫生保健, 2006, 20(5): 13-14.
- [12] 崔宝善, 徐祖铭, 苏 皖. 创建网络医疗服务平台 提升老干部服务保障水平[J]. 东南国防医药, 2009, 11(3): 275-277.

(收稿日期: 2010-02-01)

(本文编辑: 孙军红)

· 简 讯 ·

南京军区召开骨科专业委员会暨 2010 年骨科学术研讨会

2010 年 5 月 27 至 30 日,“南京军区骨科专业委员会扩大会议暨 2010 年骨科学术研讨会”在安徽省合肥市召开。本次会议由南京军区骨科专业委员会和解放军 175 医院骨科医院主办,解放军 105 医院承办。来自军区骨科专业委员会的全体委员、各医院骨科主任及代表共计 158 名参加了会议。

各专业学组就新进展举行专题讲座,分别由脊柱外科学组组长丁真奇教授介绍“胸腰椎爆裂骨折的治疗”,副主任委员骆宇春教授代表创伤学组介绍“微创技术与创伤骨科”,关节与运动学组组长王万明教授介绍“全膝置换的几个问题”,骨病学组组长吴苏稼教授介绍“恶性肿瘤保肢治疗的现状”。会议分脊柱、关节、创伤和骨病四节进行大会交流讨论,并就近期疑难病例进行讨论。

(陈长青 王 曲 供稿)