

平凉地区糖尿病分级诊疗的医院 ——社区一体化专科联盟诊治模式初探

赵莹

甘肃医学院附属医院 甘肃 平凉 744000

【摘要】2015年12月1日,国家卫计委下发《关于做好高血压、糖尿病分级诊疗试点工作的通知》(下称《通知》),明确了高血压、糖尿病分级诊疗重点任务,并为高血压、糖尿病分级诊疗工作描绘出服务流程图。明确不同级别医疗机构的功能定位:基层医疗卫生机构负责疾病临床初步诊断,按照疾病诊疗指南、规范制定个体化、规范化的治疗方案;建立健康档案和专病档案,做好信息报告工作;实施患者年度常规体检,有条件的可以开展并发症筛查;开展患者随访、基本治疗及康复治疗;开展健康教育,指导患者自我管理;实施双向转诊。二级及以上医院负责疾病临床诊断,按照疾病诊疗指南、规范制定个体化、规范化的治疗方案;实施患者年度专科体检,并发症筛查;指导、实施双向转诊。三级医院负责疑难复杂和急危重症患者的救治,对二级医院、基层医疗卫生建立团队签约服务模式。而我区因专业人员、专业设备的缺乏,且各社区及各医疗机构专业水平的参差不齐,很难对糖尿病患者进行同质化的管理与治疗。我科与我院周边两个社区卫生服务中心进行专科联盟,进行业务指导,帮助基层卫生服务机构提高专科水平,根据不同卫生机构的具体专业水平制定具体可行的方案并进行督促与考核,并最终将这一方案向全区推行,最终实现糖尿病的分级诊疗,且使我区的糖尿病患者达到同质化的治疗。

【关键词】糖尿病;分级诊疗;专科联盟;同质化治疗

【中图分类号】R587.1

【文献标识码】A

【文章编号】2096-1685(2021)50-190-02

糖尿病已成为威胁全球公共卫生健康的重大问题。近年来,糖尿病在我国迅速蔓延,其患病率呈几何指数增长,由于我国人口基数巨大,糖尿病发病率高,因此我国已成为世界上糖尿病人口数量最多的国家。糖尿病对健康的主要危害主要是其慢性并发症,导致冠心病(心绞痛、心肌梗死)、脑卒中、失明、肾衰竭和截肢等严重后果,减短患者寿命,并导致高额的医疗费用。我国目前糖尿病患者知晓率低,血糖控制达标率较低,往往以并发症就诊医院,其中原因之一是没有进行有效的管理。以往的管理模式是只有当病人出现症状或问题到医院就诊才得到解决,不能及早发现糖尿病及慢性并发症并予以治疗,不能有效地进行一、二、三级预防。

目前,我国医药卫生体制改革将分级诊疗置于改革重点任务之首,但是优质医疗资源集中在城市的大中型医院。而医疗卫生服务(比如高血压、糖尿病等多发病、慢性病)的需求大部分在基层,分诊疗的目的是通过分级诊疗制度的建立,扭转当前不合理的医疗资源配置格局,解决资源配置不均衡等问题,使老百姓在家门口就可以享受优质医疗服务,解决就医难就医贵的难题^[1]。

分级诊疗是按照疾病的轻重缓急及治疗的难易程度进行分级,不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗。从全科检查到专科治疗的分级诊疗模式,实现基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动,最终形成小病在社区、大病进医院、康复回社区的理想就医格局。

近年来我国政策上不断提出和强调,要加强全科医生培养,以慢性病为突破口,建立并完善分级诊疗模式。但是由于基层医疗卫生机构基础设施和人力资源薄弱,居民长期养成的就医习惯,以及三甲医院优质医疗资源下沉没有形成长期性、规模性,大多以组团式,大医院个别医生为期半年、一年帮扶性的形式下到基层医疗卫生机构进行短期医疗帮扶,并不能真正吸引让老百姓在家门口就医的习惯,我国目前分级诊疗,尤其是糖尿病的慢性综

合管理开展情况仍有待完善。而我科实行的三甲医院糖尿病专科与社区长期专科联盟的诊治模式分级诊疗的顺利实施提供一种探索。

1 方法

2018年3月建立以甘肃医学院附属医院内分泌科牵头,联合平凉市柳湖新区社区卫生服务中心、平凉市铁路新村社区卫生服务中心组建专科联盟医疗联合体。制定专科联盟管理糖尿病双方责任与分工:

1.1 我科组建专家服务团队,根据需要,到社区单位开展专家坐诊、会诊、教学查房等服务。社区单位定期选派具备培养潜力的卫生专业技术骨干(至少一名全科医生和一名护士)到我科进修、轮训。我科根据其单位现有的设备和疾病急需要掌握的最重要知识进行有针对性的培训,制订培训计划,并指定我科专人在后期的工作中给予不断指导,逐渐提高基层医疗单位服务能力。最终目的帮助社区建立一支糖尿病管理团队。

1.2 以糖尿病疾病防治实用技术为重点,科学合理选择适合基层实际的适宜技术,加强社区对糖尿病疾病筛查、急诊急救、诊疗规范、康复保健等方面的技术推广应用。如:糖尿病的分型、临床表现、急慢性并发症、治疗原则,掌握糖尿病降糖药物的注意事项,不良反应。尤其对糖尿病常见的急性危险性大的并发症重点培训,要求社区所有医务人员人人掌握:如低血糖昏迷,高血糖昏迷,合并感染等的急救方法及转诊指征。掌握胰岛素泵、胰岛素笔、血糖仪的正确使用方法。并制定设备的质控指标,每月或者每季度进行督查并帮助规范化使用^[2]。

1.3 帮助社区建立患者的健康档案,如:多长时间对糖尿病患者进行健康检查,具体的检查项目包括:体重指数、肝肾功、血脂、尿酸、血糖(包括空腹及餐后2小时血糖)、糖化血红蛋白、糖尿病肾病的筛查(24小时尿蛋白定量或随机尿蛋白与肌酐比值(UmAlb/Ucr)、尿常规、血肌酐和尿素氮测定、肾脏B超等检查。糖尿病眼病的筛查(检测视力、晶状体、扩瞳检查眼底,对

于眼底病变可疑者或有增殖前期、增殖期视网膜病变者,应进一步做眼底荧光造影)、外周血管神经的筛查,还有心血管的并发症的筛查(心电图心脏彩超的筛查)等,对社区没有设备不能完成的检查,可以建议其他医院完成,并可以共享优质医疗资源,提高资源利用效率。以区域卫生信息平台为基础,建立“医疗+互联网”平台,成立远程会诊中心,开展远程医疗服务。解决基层医疗单位因医疗资源配置不足造成的不规范、不达标问题^[3-4]。

1.4 完善双向转诊机制,明确转诊指征。制定双向转诊流程,开展便捷门诊预约服务。按照患者自愿、分级诊治、连续治疗、安全便捷的原则,制定合理、便捷、畅通的双向转诊流程。社区医院将因条件所限不能救治的急危重症患者转往我院,我院将康复期和慢性病患者转回社区医院。并做到随后与社区主管医师的沟通,持续做好该患者的后期康复工作,为患者做到同质化的服务,也解除了基层医师的担心。

1.5 结合糖尿病防治指南,制定社区医院的糖尿病诊治临床路径,规范糖尿病诊治流程。对社区有高危的亚健康人员进行有意识的筛查,对空腹血糖不正常但又不能诊断糖尿病的人员进行OGTT实验,对糖耐量异常的人员进行饮食运动等的生活方式的干预及教育,防止发展到糖尿病期,进行糖尿病的一级预防。对确诊的初发患者做到正确的分型及并发症的初步筛查,及时控制并发症的发生发展,对糖尿病进行二级预防。对复诊的患者做到合理用药,对有并发症的患者需要严密监测指标及制定个体化的精细化的治疗方案,提高患者的生活质量,延缓患者的生命,进行糖尿病的三级预防。帮助社区成立片区“糖尿病病友会”。制定糖尿病的患者教育的流程,制定健康宣传资料及手册^[5-6]。

1.6 制定双方的考核指标与奖惩措施,并予以兑现。具体到我科应该1年专家坐诊几次,下社区专业培训几次,对现有的或者建议准入的专科设备制定质控指标及督查了几次,并给予了整改建议几次。而社区医务中心派遣到我院几次进行轮训。社区医务人员建立患者健康档案几次,达标了几次。开展了患者健康教育几次,基础设备完善了没有,质量控制做了没有等等。

2 结果

至2019年3月,1年来我科下到两社区卫生服务中心服务门诊200工作日,病人1300人次,专题讲座30次,培训医务人员20人次,社区发放糖尿病健康知识宣传手册2000人次,免费测血糖1500人次,帮助社区成立“糖尿病病友会”,并定期为糖尿病患者进行健康知识普及500人次,开出药物处方1000人次,制定了患者血糖监测表、血糖仪质控标准、胰岛素泵质控标准、糖尿病慢性并发症筛查项目、降糖药物分类及不良反应表、转诊标准,通过微信平台指导治疗约30次,两社区分别督查了4次并提出建议4次,考核了社区医务人员20次。

分析比较建立联盟管理前后糖尿病患者在两社区的被管理人数、患者的各项生化指标、慢性并发症筛查率,医院、社区两者之间糖尿病患者的转诊率,联盟的两社区较平凉市区其他社区卫生服务中心的糖尿病患者的管理对上述各项指标的对比情况得出:联盟前平凉市柳湖新区社区卫生服务中心服务对象有10000人,管理糖尿病患者112人,知晓率1.12%;平凉市铁路新村社区卫生服务中心服务对象有6500人,管理糖尿病患者105人,

知晓率1.61%,两社区共为我院转诊患者10人,联盟后柳湖新区社区卫生服务中心管理糖尿病患者增至450人,发现新发糖尿病患者103人,知晓率提高至4.5%;铁路新村社区卫生服务中心管理糖尿病患者增至280人,新发糖尿病患者57人,知晓率提高至4.3%,分析比较联盟管理前后管理的老年糖尿病患者各生化指标、慢性并发症控制、生活方式改变情况、糖尿病自我管理能力及治疗糖尿病的总医疗费用变化情况提示均明显好转。其中两社区的老年糖尿病患者的再次住院率由4.2%下降至1.1%,参与专科联盟的社区卫生服务中心管理居民糖尿病的知晓率、血糖控制达标率、慢性并发症的筛查及规范管理率明显提高,降低了糖尿病的致死致残率。较之平凉市区其他社区卫生服务中心的糖尿病患者各项指标均好出许多。而我科的门诊人次减少1100人次。我院糖尿病合并急慢性并发症的非计划再次入院人数减少30人次,我科向两社区转诊25人次^[7-8]。

3 结论

分级诊疗是国际上先进且成熟的就医模式,本专科联盟通过三级医院直接对接社区卫生服务中心建立医联体分级诊疗实践经验的总结,为现有医疗卫生体制下实行医联体分级诊疗的可行性提供了实践依据。

城市三级医院要重点发挥在医学科学、技术创新和人才培养等方面的引领作用,提高成员单位的服务能力、医疗质量同质化,实现优势互补、共同发展,促进医联体内医院糖尿病诊治医疗技术的整体提高,逐步减少常见病、多发病复诊和诊断明确、病情稳定的慢性病等三级医院的普通门诊,分流慢性病患者,缩短平均住院日,提高运行效率。基层医疗卫生机构落实基层首诊并做好下转患者的继续治疗、护理及康复指导工作。方便了居民社区就诊,减轻了二三级医院的门诊压力,不仅把优质医疗资源提供给当地居民,而且减少了政府的开支。

参考文献:

- [1] 国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见[Z].2015.
- [2] 贾伟平.血糖控制达标是预防糖尿病并发症的关键[J].上海医学,2005,28(1):1-3.
- [3] 邱永莉,叶露,李新建,等.上海市2型糖尿病疾病负担研究.中国卫生资源,2005,8(2):69-71.
- [4] Tesfaye S, Boulton AJ, Dyck PJ, et al. Diabetic neuropathies: Update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treatments [J]. Diabetes Care,2010,33(10):2285-2293.
- [5] Janssen PG, Gorter KJ, Stolk RP, et al. Low yield of population-based screening for type 2 diabetes in the Netherlands: the ADDITION Netherlands study[J]. Fam Pract,2007,24(5):55-61.
- [6] 姜素英,章晖,左玉华,等.上海市曹杨社区20岁以上人群代谢综合征及其相关疾病的流行病学调查[J].上海医学,2003(26):3
- [7] 沈晓初.上海市构建分级诊疗制度的改革与探索[J].中国卫生资源,2016,19(1):1-3.
- [8] 孙庆毅,贾伟平.构建医院社区糖尿病一体化管理的有效模式[J].中华医院管理杂志,2009,25(1):31-33.