

基于医共体模式下家庭病床同质化管理在医共体分院推广应用的 研究

叶萍 何翹 余晓春 沈海波 吴海君

杭州市富阳区鹿山街道社区卫生服务中心 浙江 杭州 311401

【摘要】目的：探究医共体模式下家庭病床同质化管理在医共体分院的推广应用价值。方法：选取我区一院医共体10家分院为研究对象，根据是否推行医共体模式下的家庭病床同质化管理分为实施前和实施后两组。干预12个月后，对比两组家庭医生产理理论+操作能力考核合格率、家庭病床病案甲等率、患者满意度三项指标。结果：实施后家庭医生产理理论+操作能力考核合格率、家庭病床病案甲等率、患者满意度高于实施前（ $P<0.05$ ）。结论：在医共体分院推行家庭病床同质化管理，能有效提升家庭医生的诊疗服务能力和家庭病床病案管理质量，使患者对基层医疗服务的满意度显著提高。

【关键词】：医共体模式；家庭病床；同质化管理；医共体分院；推广应用

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.021

作为基层医疗卫生服务的重要延伸，“家庭病床+”模式更是衔接医院临床治疗与社区居家康复的关键纽带。实际在医共体各分院的实际管理过程中，这一模式却面临着诸多现实困境，具体表现为家庭病床管理标准不统一、基层医护人员服务能力不足等突出问题，这些问题直接影响了“家庭病床+”模式作用的充分发挥。不容忽视的是，各分院在家庭病床管理方面存在的短板尚未得到有效补齐，无论是管理流程的规范性，还是服务供给的专业性，都与同质化建设要求存在差距，进而制约了基层医疗卫生服务整体水平的提升。为有效改善这一现状，切实补齐基层家庭病床管理短板，进一步提升基层医疗服务质量，本研究专门选取我区医共体下辖10家分院作为研究对象，通过对比常规管理模式与同质化管理模式在实际应用中的效果差异，为基层家庭病床管理工作的优化完善提供切实可行的实操路径。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年2月—2025年7月杭州市富阳区第一人民医院医共体下辖的10家社区卫生服务中心（分院）为研究对象，根据是否推行医共体模式下的家庭病床同质化管理分为实施前和实施后两组。实施后涉及在岗家庭医生68名，工作年限（5-20）年，平均工作年限（ 12.3 ± 3.5 ）年；管理家庭病床患者552例，患者年龄（24-98）岁，平均年龄（ 70.9 ± 8.7 ）岁。实施前涉及在岗家庭医生65名，工作年限（4-21）年，平均工作年限（ 12.1 ± 3.7 ）年；管理家庭病床患者365例，患者年龄（25-95）岁，平均年龄（ 72.8 ± 6.8 ）岁。两组一般资料对比（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

实施前实施常规家庭病床管理模式：各分院根据自身的临床经验开展家庭病床工作，没有制定统一的建床、查床、撤床标准；以传统线下集中授课的方式开展家庭医生培训，培训内容没有统一的规划，质控督查的周期不固定。

实施后针对家庭病床管理工作，全面推行医共体模式下的同质化管理：

（1）制定统一的服务标准与操作流程，建床、查床、撤床各环节的操作规范需要予以明确细化。建床前需完成患者病情评估、居家环境核查，明确建床指征与服务等级；查床需遵循固定频次，重点监测患者病情变化、用药情况及护理效果，做好详细记录；撤床需严格把控出撤床指征，完善后续康复指导与随访计划。通过上述规范，逐步构建起“制度合理化、操作规范化、质量标准化”的家庭病床服务体系，确保各环节有章可循、有据可依。

（2）专项质控体系的建立是保障服务质量的关键，由医共体总院质管办、医务科、公卫科及护理部骨干专家，共同组建家庭病床质控管理专家组。该专家组将依托“家庭病床信息系统+病历质控系统”，每季度同步开展线上质控与现场指导工作：线上依托两大系统开展数据核查与实时质控，线下组织专家深入各分院现场核查和指导，对检查中发现的服务不规范、信息不完整等问题，第一时间向分院反馈，并明确整改时限与整改要求，全程跟踪督导，确保问题整改到位、形成长效管理。

（3）针对家庭医生服务能力不均衡问题，创新推行同质

化能力提升培训模式，重点开展家庭医生“模块化培训”。培训内容贴合家庭医生实际工作需求，重点涵盖基本医疗服务中的常见病诊疗，以及基本公共卫生服务中的居民健康档案管理、慢性病管理、老年人医养结合、预防接种指导等核心内容。同时，定期举办区域家庭医生技能竞赛，以赛促学、以赛促练，激发家庭医生学习热情；辅以10家分院间的“双向交流+督导”模式，由总院专家下沉分院开展“传帮带”，手把手指导分院家庭医生提升服务能力，实现区域内家庭病床服务水平同步提升。

(4) 重点开展家属照护宣教工作。围绕患者日常饮食搭配、基础护理操作、功能康复锻炼及居家安全防护等关键内容，通过一对一指导、健康处方发放、现场演示等方式开展专项宣教，明确照护要点与禁忌，确保家属照护行为与家庭病床服务规范保持统一，助力患者居家康复。

(5) 引入PDCA循环管理模式，持续优化家庭病床服务流程。结合每季度质控检查结果，全面梳理服务管理中的漏洞与不足，科学制定针对性改进措施，明确责任主体与落实时限；在措施执行过程中加强动态监测，及时调整优化；通过定期复盘检查，检验改进效果，将成熟有效的改进措施固化为制度，形成“计划-执行-检查-处理”的闭环管理，推动家庭病床服务质量持续提升。

1.3 观察指标

(1) 家庭医生理论+操作能力考核合格率，考核满分为100分，80分及以上为合格；(2) 家庭病床病案甲等率，病案质控满分为100分，90分及以上为甲等病历；(3) 患者满意度，满分100分，80分及以上为满意。

1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据，计数(由百分率%)进行表示)、计量(与正态分布相符，由均数±标准差表示)资料分别行 χ^2 、t检验； $P < 0.05$ ，则差异显著。

2 结果

2.1 两组家庭医生理论+操作能力考核合格率对比

实施后合格率显著高于实施前($P < 0.05$)，见表1。

表1 医生产理论+操作能力考核合格率对比[n(%)]

组别	实施后	实施前	χ^2	P
例数	68	65		
合格人数	63	52		
合格率(%)	92.65	80.00	4.892	0.027

2.2 两组家庭病床病案甲等率对比

实施后高于实施前($P < 0.05$)，见表2。

表2 病床病案甲等率对比[n(%)]

组别	实施后	实施前	χ^2	P
例数	552	365		
甲等份数	514	301		
甲等率(%)	93.12	82.47	5.024	0.003

2.3 两组患者满意度对比

实施后高于实施前($P < 0.05$)，见表3。

表3 满意度对比[n(%)]

组别	实施后	实施前	χ^2	P
例数	552	365		
满意人数	523	310		
满意度(%)	94.74	84.93	7.258	0.002

3 讨论

对基层医疗服务的专业性、便捷性要求较高的，正是家庭病床的核心服务人群——老年性疾病、慢性病(如高血压、糖尿病)、晚期肿瘤，以及心血管疾病等康复期患者。这类患者有着鲜明的共同特点：康复周期漫长，需要持续的医疗干预与护理支持，且大多行动不便，无法频繁往返医院就诊，对基层医疗服务的便捷性和专业性有着迫切需求^[1]。作为“基层医疗服务+”的重要组成部分，家庭病床的核心优势的在于，能将医院的专业医疗护理服务直接延伸至患者家中，有效填补了患者出院后康复阶段的医疗服务空白，让患者在家就能获得持续、规范的诊疗护理。但实际情况中，医共体各分院的家庭病床管理却普遍存在“各自为战、标准不一”的突出问题，各分院自行制定服务流程，缺乏统一的规范指导，导致服务质量参差不齐，难以满足患者的核心需求^[2]。而医共体模式的核心要义，就在于实现“资源共享、上下联动、同质化服务”。将同质化管理理念融入家庭病床管理工作中，能够有效整合医共体总院与各分院的医疗资源，实现总院优质医疗资源下沉，同时统一各分院的服务标准与质控要求，针对性解决分院在家庭病床管理中的短板，推动家庭病床服务质量整体提升^[3]。

本文研究显示，实施后家庭医生理论+操作能力考核合格率(92.65%)高于实施前(80.00%)，($P < 0.05$)。从最终呈现的结果来看，同质化管理的培训模式，其针对性与实效性显然更为突出。反观常规培训，线下授课是其主要开展形式，授课内容缺乏科学系统的规划与整合，知识点零散杂乱，难以让参训人员形成完整的知识体系，培训效果大打折扣。而实施后所推行的“模块化培训+技能竞赛+双向交流”一体化培训模式，有效解决了常规培训的诸多弊端。具体而言，该模式将家庭病

床服务所涉及的核心内容,逐一拆解为标准化、规范化的培训模块,涵盖家庭常见病诊疗、慢病管理、康复护理等关键领域,让培训内容更具针对性。同时,结合技能竞赛的形式,通过模拟诊疗、实操演示等场景,倒逼家庭医生主动强化实操能力,熟练掌握各类服务技能^[4]。此外,双向交流机制的建立,既实现了各分院之间的经验分享、案例研讨,又有总院专家的常态化现场督导与一对一指导,确保了所有家庭医生的诊疗行为始终与行业标准保持统一,有效弥补了各分院医生在专业技术上的薄弱短板。正是通过这样的培训模式,家庭医生的理论知识储备得到进一步夯实,实操应用能力也得到显著提升,真正实现了理论与实操的双重突破,这也正是该模式实效性优于常规培训的核心原因所在。

实施后家庭病床病案甲等率(93.12%)高于实施前(82.47%),($P<0.05$)。究其根本,这一差异的出现,与同质化管理中“统一病案规范+常态化质控”的实施有着密不可分的关联。具体来看,实施前的病案管理工作由各分院自行负责开展,既没有统一的病案书写标准作为依据,也缺乏明确的质控要求与监管措施,这就导致分院在病案管理过程中,极易出现病历书写不完整、关键信息缺失、记录内容不规范、逻辑混乱等诸多问题,直接影响了病案甲等率的提升。而实施后则针对性解决了这一痛点,专门制定了统一、细化的家庭病床病案书写规范,明确了书写要求、内容范围及格式标准,让每一位医生都有章可循。与此同时,质控专家组每季度都会采取现场核查与线上抽查相结合的方式,开展病案质控工作,对发现的书写不规范、记录不完整等问题及时反馈,并指导分院限期整改^[5]。实施后还运

用PDCA循环管理模式,对病案管理流程进行持续优化,形成了“规范制定—实施执行—质控核查—整改优化”的闭环管理,有效提升了病案书写的规范性与完整性,病案甲等率也随之得到明显提高。

实施后患者满意度(94.74%)优于实施前(84.93%),($P<0.05$)。这一显著差异,正是同质化管理综合效果的直接体现。具体来说,一方面,经过同质化培训后,家庭医生的诊疗能力得到了明显提升,患者无需奔波到医院,在家中就能享受到优质、专业的医疗护理服务,切实解决了基层群众“看病难”的实际痛点,减少了患者往返医院的不便。另一方面,实施后建立了统一的家庭病床服务流程,同时结合每位患者的病情特点,提供定制化的照护指导,让服务更贴合患者实际需求。通过专业宣教,家属能够熟练掌握患者基础护理技能,比如日常翻身、用药监护、并发症预防等,有效减少了患者并发症的发生概率^[6]。与此同时,家庭病床服务相较于住院治疗,有着明显的低成本优势,大幅缓解了患者的医疗经济负担,成功解决了群众“住院贵”的难题。此外,同质化管理严格规范了各分院的服务标准,让不同分院的家庭病床服务质量保持一致,避免了服务水平参差不齐的问题,患者的就医体验得到显著改善,对基层医疗服务的信任度也随之不断增强,进而提升了整体满意度。

综上所述,在医共体分院推行家庭病床同质化管理,可以显著提升家庭医生的诊疗服务能力和家庭病床病案管理质量,提高患者对基层医疗服务的满意度,推广应用价值较显著。

参考文献:

- [1] 杨晓虹,任晓晖,黄小明,等.城镇贫困居民卫生服务需要和利用分析及将社区家庭病床纳入医疗救助体系的讨论[J].中国卫生事业管理,2007,23(8):508-510.
- [2] 朱仁敏,赵慧华,左丹妮.上海市医联体模式下老年共病患者健康管理体验的质性研究[J].护士进修杂志,2021,36(21):2007-2011.
- [3] 叶萍,余晓春.以病定技术探讨中医适宜技术在社区家庭病床患者中的应用[J].中医药管理杂志,2024,32(16):121-123.
- [4] 舒冉.天津市医院护士对提供家庭病床意愿性调查[J].现代医院,2020,20(10):1508-1512.
- [5] 刘亚清,杜思娴,牛浩然,等.基于扎根理论的我国家庭病床服务政策分析与建议[J].中华医院管理杂志,2024,40(8):613-618.
- [6] 袁根娣,顾艳霞.某社区卫生服务中心2017-2022年家庭病床服务情况调查[J].中国农村卫生,2024,16(7):52-54.