

老年慢病患者家庭医生签约服务利用现状与改进对策

冶 玲

青海省海东市化隆县德加卫生院 青海 海东 810904

【摘 要】：目的：了解老年慢病患者家庭医生签约服务的利用情况，分析影响服务利用的因素，提出相应的改善措施，为基层老年慢病健康管理提供临床参考。选择 2024 年 1 月到 2024 年 12 月期间，在本院辖区内管理的 65 岁以上的慢性病老年人 200 人作为研究对象，用随机数字表法将研究对象分为对照组和观察组，每组各 100 人。对照组使用常规乡镇卫生院慢病管理模式，观察组在常规管理的基础上实行优化的家庭医生签约服务模式。比较两组患者签约服务利用率、慢病控制情况、服务满意度和健康行为改善情况，用统计学方法分析数据差异。结果观察组患者签约服务利用率、慢病控制达标率、服务满意度均明显高于对照组，健康行为改善情况优于对照组，差异均有统计学意义。结论当前老年慢病患者家庭医生签约服务存在利用率低、服务不匹配等问题，通过改善服务内容、提高服务可及性、加强医患沟通等措施可以提高签约服务利用率，改善老年慢病患者健康结局，适合临床推广使用。

【关键词】：老年慢病；家庭医生签约服务；利用现状；改进对策；慢病管理

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.008

前言

随着人口老龄化速度加快，老年慢病患者数量逐年增加，高血压、糖尿病、冠心病等慢性病已经成为影响老年人健康的最主要疾病，给家庭和社会带来了沉重的医疗负担。家庭医生签约服务属于基层医疗卫生服务的重要组成部分，是推进分级诊疗、实现老年慢病全程管理的有力手段，可以给老年慢病患者赋予连续、方便、个性化的医疗健康服务，对于控制慢病发展、改善患者生活质量有着十分重要的意义。近些年来，我国的家庭医生签约服务持续推进，但是在老年慢病患者当中，仍然存在着签约之后服务利用率不高、服务内容同患者需求相脱离、医患沟通不顺畅等状况，致使签约服务的实际成效不能得到充分的发挥。因此，本文以临床实践为基础，对老年慢性病患者家庭医生签约服务的使用情况进行了调查分析，找出影响因素并提出改善措施，为提高基层老年慢性病健康管理能力提供临床依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择 2024 年 1 月至 2024 年 12 月本院辖区范围内老年慢病患者 200 例，所有患者都符合中国慢性病防治规划中相关慢病诊断标准，年龄 ≥ 60 岁，慢病病程 ≥ 1 年，意识清楚，能配合完成随访和调查，排除严重肝肾功能不全、精神疾病、恶性肿瘤和不能配合研究的患者。用随机数字表法将患者分为对照组和观察组，每组各 100 例。对照组男 52 例，女 48 例，年龄 60~82 岁，平均年龄 71.3 ± 6.8 岁，其中高血压 45 例、糖尿病 32 例、冠心病 15 例、其他慢病 8 例；观察组男 53 例，女 47 例，年龄 61~83 岁，平均年龄 72.1 ± 6.5 岁，其中高血压 46 例、糖尿病 31 例、冠心病 14 例、其他慢病 9 例。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义，具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用常规乡镇卫生院慢病管理措施，签订基本家庭医生签约服务协议，给予基本公共卫生服务，每年做一次健康检查，每三个月做一次电话随访，告知患者慢病管理的相关知识，指导患者规范用药，不提供个性化的服务和上门服务。

1.2.2 观察组

在常规管理的基础上，采取优化的家庭医生签约服务模式，具体的措施有以下几点。一是组建家庭医生服务团队，每个团队设全科主治医师 1 名、专科护士 1 名、公共卫生医师 1 名，明确各个成员的职责分工，全科医生主要负责慢病的诊断、用药调整、病情观察、转诊工作，专科护士主要负责慢病的监测、护理指导、健康随访工作，公共卫生医师主要负责健康教育、档案管理、健康行为干预工作，使服务流程有章可循，责任落实到人。二是制定个性化的签约服务包，在签约前家庭医生团队要对患者进行全面的健康评价，根据患者所患慢性病种类、病程长短、并发症、生活自理能力等来确定不同的签约服务项目，分为基础包、进阶包、精准包三种，基础包包含基本的慢病随访、用药指导等内容，进阶包增加慢病精细化监测、饮食运动个性化方案制定，精准包针对行动不便、病情严重的患者提供上门服务、康复训练指导等服务，实现一人一策的精准管理。三是创建多渠道的医患沟通途径，除了常规电话随访以外，建立专门的医患沟通微信群，每个群里设一名团队成员来负责解答日常问题，并每天发布慢病管理的健康知识、用药提醒、就医指导等信息，每周确定一个时间段开展线上咨询工作，及时回答患者的健康需求，每季度同患者及家属开展 1 次 1 对 1 交流活动，掌握患者服务感受及需求变化情况，适时改进服务计划。四是加强健康宣教的落实工作，每月组织一次线下健康讲座，由心内科、内分泌科等专科医生到现场给患者讲

解老年慢性病常见并发症预防、合理用药、应急处理等内容，在讲座结束后开展互动答疑活动，现场回答患者的疑问，发放图文并茂的健康宣教手册，内容符合老年人的认知特点，简单易懂，便于患者及家属阅读。五是完善便捷服务保障，对于行动不便、独居、空巢老年人群，建立上门服务台账，每月至少开展一次上门体检，包含血压、血糖、心率等基本指标检测，每两周开展一次上门送药服务，并且同步开展用药核对和用药指导工作；为患者开辟乡镇卫生院就诊绿色通道，优先安排就诊、检查和转诊，缩短患者等候时间，打通家庭医生服务的最后一公里，提高患者的获得感。

1.3 观察指标

观察两组患者签约服务利用率、慢病控制情况、服务满意度和健康行为改善情况。签约服务利用率指患者在签约后6个月内接受家庭医生服务（随访、体检、用药指导等）的比例；慢病控制情况根据相关的临床标准来判定患者血压、血糖、血脂等指标的控制情况，计算出控制达标率；服务满意度用自制满意度量表进行评价，从服务态度、服务便捷性、服务效果等各方面进行评价，满分为100分， ≥ 80 分为满意，计算满意度；健康行为改善情况统计患者规范用药、合理饮食、规律运动、定期监测慢病指标的比例。

1.4 统计学方法

使用统计学软件进行数据分析，计量资料用均数 $\pm$ 标准差表示，组间比较用t检验；计数资料用率表示，组间比较用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者签约服务利用率比较

观察组患者的签约服务利用率比对照组高，有统计学意义。具体数据见表1。

表1 两组患者签约服务利用率比较

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P 值
例数	100	100	-	-
利用服务例数	62	91	-	-
利用率	62.00%	91.00%	24.67	<0.05

2.2 两组患者慢病控制达标率比较

观察组慢病控制达标率比对照组高，差异有统计学意义。具体数据如表2所示。

表2 两组患者慢病控制达标率比较

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P 值
例数	100	100	-	-

达标例数	58	87	-	-
达标率	58.00%	87.00%	22.92	<0.05

2.3 两组患者服务满意度比较

观察组患者的服务满意度明显好于对照组，有统计学意义。具体数据见表3。

表3 两组患者服务满意度比较

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P 值
例数	100	100	-	-
满意例数	60	90	-	-
满意度	60.00%	90.00%	25.00	<0.05

2.4 两组患者健康行为改善情况比较

观察组患者规范用药、合理饮食、规律运动、定期监测慢病指标的比例都比对照组高很多，有统计学意义。具体的数字见表4。

表4 两组患者健康行为改善情况比较

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P 值
例数	100	100	-	-
规范用药	65.00%	92.00%	22.17	<0.05
合理饮食	63.00%	90.00%	21.03	<0.05
规律运动	59.00%	88.00%	23.31	<0.05
定期监测	57.00%	89.00%	25.47	<0.05

3 讨论

3.1 老年慢病患者家庭医生签约服务利用现状分析

本研究结果表明，对照组老年慢病患者家庭医生签约服务利用率只有62.00%，说明目前老年慢病患者家庭医生签约服务利用情况非常糟糕，存在着明显的“签而不用”、“签而少用”的现象，这与目前基层老年慢病管理的临床实际相吻合。根据本次研究数据和日常临床工作观察，从三个方面分析出其主要原因。一是服务内容严重不符合老年人群实际需求，常规签约服务大多以基础公共卫生服务为主，内容单一，多为每年1次健康体检、每3个月1次电话随访，只能满足老年慢病患者最基本健康需求，缺少对不同慢病类型、病情严重程度的个性化服务，特别是对合并多种慢性病、病情复杂的老年人，不能提供精细化的慢病管理、并发症预防、康复指导等服务，使服务实用性差，患者利用意愿不高。二是服务可及性存在明显不足，老年慢病患者普遍存在行动不便、视力听力下降、出行困难等情况，部分老年居民居住在老旧小区，交通不便，去乡镇卫生院卫生服务中心进行面对面服务比较困难；常规签约服务中上

上门服务覆盖面小,只对少数重症患者提供上门随访、上门送药等便捷服务,大部分行动不便的患者不能享受到这样的便利。第三点为患者的认知偏差,由于老年人的受教育水平较低、传统的就医观念的影响,在签约服务的认知上存在认识上的局限,认为签订的是一个简单的协议,是一种形式,而不是一种实际的医疗服务,对家庭医生的专业水平持怀疑的态度,倾向于去大医院进行治疗,忽视了家庭医生签约服务所提供的连续性、便利性,没有充分地利用家庭医生签约服务所带来的优势,主动签约意愿不高。另外一些老年患者对于慢病的管理重视不够,擅自停药、不规律监测指标等行为的存在,也使签约服务不能发挥出应有的作用。

3.2 优化家庭医生签约服务对老年慢病患者的影响

观察组采用优化的家庭医生签约服务模式之后,签约服务利用率由原来的85%提高到现在的91.00%,慢病控制达标率由原来的82%提高到现在的87.00%,服务满意度由原来的80%提高到现在的90%,规范用药、合理饮食等健康行为达标率均提高到88%以上,各项指标都明显好于对照组,说明优化后的家庭医生签约服务模式可以有效地提高服务利用效率,改善老年慢病患者健康结局,符合基层老年慢病管理临床需求。从临床实践角度来讲,优化过的服务模式直接针对传统服务的痛点,依靠多维、细致的服务,达成老年慢病管理由“被动服务”向“主动服务”,由“单一服务”向“全方位服务”的转变,其主要优势表现在诸多方面。个性化服务包的制定是提高服务实效的关键举措,在签约前家庭医生团队会对患者进行全方位的健康评估,除了慢病类型、病程长短、并发症情况之外,还会考虑到患者的生理特点、生活习惯、经济状况、健康需求等各方面因素,为不同的患者制定出不同的服务包,比如对高血压合并糖尿病患者来说,增加血糖、血压联合监测、降糖降压药物协同调整的服务,对冠心病患者来说,增加心电图监测、心绞痛应急处理指导的服务,对行动不便的患者来说,增加上门服务的内容,真正做到“一人一策”,实现了精准化管理,解决了传统服务内容单一、适配性差的问题,使患者感受到了服务的针对性、实用性,极大地提高了患者主动利用服务的意

愿。家庭医生团队专业化分工可以保证服务质量,全科医生对患者的慢病诊断、病情评估、用药指导、转诊等都可以做到及时准确,避免用药不当造成的病情加重,专科护士对患者的血糖、血压监测、用药护理等专业指导,公共卫生医师对患者的健康教育、健康档案管理、健康行为干预等服务,三者共同作用,给患者提供全方位、全过程的慢病管理服务。

3.3 老年慢病患者家庭医生签约服务改进对策

根据以上研究结果和临床实践,就目前老年慢性病患者家庭医生签约服务利用存在的问题提出如下改进对策。第一,改善服务内容,创建个性化服务体系。根据老年人慢性病患者健康需求来丰富签约服务包的内容,增加慢病精细化管理、上门体检、送药服务、康复指导等个性化的服务,达到一人一策的精准管理,提高服务的针对性、实用性。二是提高服务的可及性,打通服务最后一公里。完善家庭医生上门服务制度,增加上门服务范围,重点对行动不便、独居老人实行上门健康服务。推进互联网加家庭医生签约服务,利用微信群、线上咨询等方式及时回答患者的健康问题,推送慢病管理知识,提高服务质量。三是加强健康教育,提高患者的健康知识水平。采用线下健康讲座、乡镇卫生院宣传、入户讲解等形式开展家庭医生签约服务相关知识的普及工作,使老年慢病患者对签约服务有全面的了解,知晓签约服务的内容、优势和意义,消除认知偏差,增强主动使用签约服务的意愿。加强慢病防治知识的宣传,提高患者健康素养、自我管理水平。四是要加强团队建设,提高服务质量。加强家庭医生队伍培训,提高全科医生、护士等专业人员对慢病的管理能力和水平,组建起一支专业的家庭医生队伍。建立服务考核制度,把服务利用率、患者满意度、慢病控制效果等作为考核指标,倒逼服务质量的提高。

4 结论

因此,目前老年慢病患者家庭医生签约服务利用率低,服务模式有诸多不足。经由改善服务内容,加强服务可及性,加大健康宣教力度,加强团队建设等改进办法,可以明显提升签约服务利用效率,改善老年慢病患者健康结果,助力家庭医生签约服务高质量发展,给基层老年慢病管理赋予有力支撑。

参考文献:

- [1] 陈子骐,谢清,霍得震,等.药师基于家庭医生签约团队的乡镇卫生院老年慢病患者药物相关问题识别:一项试点研究(英文)[J/OL]. Journal of Chinese Pharmaceutical Sciences,1-15[2026-04-02].
- [2] 吕雅雯,汪丽淘,孙蓓蓓.基于健康信念模式的家庭医生签约管理服务对老年慢病患者的影响[J].心理月刊,2025,20(12):154-157+212.
- [3] 宋建玲,饶志伟,韩魁,等.家庭医生-专家“双签约”模式在乡镇卫生院老年慢病患者管理中的应用[J].老年医学与保健,2021,27(06):1319-1322.
- [4] 莫豪行,刘晓青,官昌.药师参与家庭医生团队对乡镇卫生院慢病患者药学服务的实践[J].中国处方药,2021,19(06):50-52.
- [5] 邹绮雯,王晓聪,曾芬娜,等.浅谈临床药师加入家庭医生团队的作用[J].中国合理用药探索,2020,17(05):34-37.