

关于我国社区-家庭康复医疗现状与模式建设的探讨*

仇嘉禾¹ 郭 琪^{1,2} 任艳苹¹ 吕兆阳¹ 李雨晴¹ 王家仲¹

我国目前残疾人已达到8500万人,其中5000多万人有康复需求;同时,随着我国社会老龄化程度的加深,全国60岁以上老年人口已经达到1.85亿,其中需要康复服务的约7000多万人^[1];此外,估计至2030年,我国慢性病患病率将高达65.7%,其中80%的慢性病患者需要康复治疗^[2]。但是相对巨大的需求,我国康复资源严重缺乏,这要求我们加大康复资源建设力度,创新康复医疗模式,完善康复医疗体系,满足人民群众对康复医疗的需求。因此,充分利用社区卫生资源,健全社区-家庭康复医疗模式,为患者提供康复医疗服务,让患者通过长时间定期的康复训练,达到生理上的功能障碍康复及心理上的障碍解除,已成为发展康复医疗模式的一项重要内容。

社区-家庭康复医疗模式,是康复医疗不可或缺的组成成分,它与综合医院康复科共同形成立体的康复医疗体系,其服务范畴是负责接受综合医院康复医学科(三级医院)、康复医院/中心(二级医院)机构出院的患者,以社区医院或家庭为中心为其提供后期康复指导甚至终身照顾的医疗服务,使患者尽可能地恢复正常功能,使其正常参加社会生活,提高生存质量。

1 我国社区-家庭康复医疗现存问题

1.1 服务体系与运行机制不完善

目前社区-家庭康复医疗服务体系的组织管理、政策法规、医疗队伍、康复治疗、治疗设施、信息网络、监督评价等环节不够完善,能保证服务体系有效运转、保证服务功能和效应得以充分发挥的运行机制还有所欠缺,导致了很多综合型康复中心、综合医院康复科每天人满为患,而一些社区康复医疗机构却很少有人问津。大多数患者在综合医院进行治疗后,不能延续系统的康复治疗,以至于三级康复网络中的二级康复无从体现,各级康复机构的患者分配不均,造成服务效率低下。

1.2 专业人才缺乏

2012年上海地区的调查报告显示^[3],上海市康复医师和

治疗师分别占总人口比例为0.25和0.32/1万人,这其中具有研究生学历的分别只有22%和1%,对比国际标准(康复治疗师占人口比例5/1万人,康复医生/治疗师比例1/5—1/10),专业人才不论从数量上还是质量上都存在巨大差距。此外,在二级医院以下从事社区康复工作的专业人士不足全部的20%,相比社区康复的需求,该比例存在严重的分配不均,而且其中具有研究生学历的只有1.9%(二级以上医院为15.7%),社区卫生服务机构中康复从业人员在数量和质量上与综合医院相比也有较大差距。上海作为经济条件较发达地区的康复医疗情况尚且如此,我国其他地区的康复从业人员数量及质量将更加薄弱。因此,如何为社区-家庭康复和社区卫生服务培养相关的高素质人才,是一个非常迫切的问题。然而,我国现行标准还未提及对于社区康复的人员从业要求的规范。

1.3 资金筹集渠道单一

目前我国的康复医疗经费由中央经费、地方经费及相对较少的民间资本注入三部分组成。其中中央经费、地方经费这两部分政府拨款经费在用途上有所区别:中央经费主要用于全国社区康复工作的组织协调、制定标准、康复教育和国家下达社区康复任务地区的补贴;地方经费主要用于康复需求与服务调查、人员培训、康复机构建设等^[4];近几年,随着中央经费、地方经费这两部分政府拨款经费的逐年增长和经费管理上的逐渐完善,相比之下民间资本注入方面的不足日趋明显。民间资本注入是“十二五”以来国家倡导的新发展方向,而民间资本方面的不足主要由于其资金筹集渠道单一,仅仅停留在“投多少,用多少”的阶段,若投资方不能提供和供应所需经费、设备时,民办康复医疗机构往往陷入无法正常运行、人才快速流失的窘境。杨团等^[5]对北京市民办残疾人康复服务机构调查分析显示,民办康复服务机构的管理职工流动性大,专业技术、康复设施和管理均较为落后,这些特性都与资金筹集渠道单一有着较大关系。

1.4 信息沟通渠道欠缺

社区卫生服务是城镇疾病预防、医疗保健、公共卫生网

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2014.07.017

*基金项目:教育部大学生创新创业训练计划(201210062011)

1 天津医科大学康复与运动医学系,天津市和平区气象台路22号,300070; 2 通讯作者

作者简介:仇嘉禾,女; 收稿日期:2013-06-21

络的“网底”,在公共卫生体系中具有基础性地位。如果在社区与医院之间进行高效的信息共享、会诊、康复治疗、随访等工作,将成为理顺医疗服务体系、缓解康复医疗资源在空间上配置不均的问题的关键。如何使这些相互独立并分散的社区康复机构的信息、设备及人才资源能够及时被患者及其家属知晓,并得到正确的导向并合理应用,成了进一步发展我国康复医疗事业的瓶颈问题^[6]。但就目前我国情况而言,并无完备的信息沟通渠道可以使不同级医疗机构、患者得以相互了解彼此需求,因此形成了患者集中就诊于大型综合性医院,而社区医院无人问津,从而更难得到社会认可和进一步发展的现象。

1.5 康复意识薄弱

目前许多人对社区康复的理解尚存在偏颇,信心不足,如慢性病患者对于康复甚至常规治疗的不重视;脑血管病患者以挽回生命为万幸,出院后多在家中静养,忽视患者生存质量^[2];部分残疾人及其家属对于日后锻炼自理生活能力的不重视,使患者错过最佳康复时机,肢体出现废用或误用性肌萎缩,关节活动度降低或彻底消失。总之,患者及其家属康复意识薄弱,将直接影响其疾病的预后效果等生命质量。

1.6 设备资源分布不均

资源分布不均的现象主要体现于资源集中于三级医院,而二级医院仅能开展部分康复项目,一级医院基本上缺少康复资源。根据部分地区抽样调查显示^[3],在该市各级医院内,三级医院康复床位占11.8%,二级医院为5.6%,一级医院为0.6%。一般来说,省、市级医院多为三级医院,三级医院的康复治疗场地较大,设备齐全,能够开展物理治疗、作业治疗、言语治疗、心理治疗和康复工程等,主要康复人群有脑血管疾病、脑外伤、脊髓损伤患者、儿童脑瘫患者及骨关节功能障碍术后患者等。社区医院仅能开展一般的物理治疗,治疗对象主要为颈、肩、腰腿痛患者。家庭康复因缺乏正确的医疗指导与技术支持,目前在国内还鲜有规模化的发展。

2 社区-家庭康复医疗模式建设的探讨

2.1 完善服务体系,建立双向转诊机制

2012年6月,卫生部在北京召开了“建立完善康复医疗服务体系试点工作会议”,重申了在我国试点的14个城市建立三级康复医疗服务网络及“分层级医疗、分阶段康复”的重要性^[7]。由此观之,采取不同级的层次化建设可将不同类型的患者分流到各级康复机构中去,成为解决当今我国康复医疗资源时间-空间分布不均的有效方法之一。英国^[8]、美国^[9]和澳大利亚^[7]的转诊制度在其康复医疗的体制建设中一直起重要作用。英国的国民卫生系统(NHS)本着“一旦使用,随时免费”的原则,康复医疗属于其二级医疗当中的选择性医疗,通常患者要通过全科医生的转诊才能享受康复服务,甚

至综合医院的康复门诊、社区康复中心也都需要医生转诊才能够获得,可见转诊服务有利于其政府节约资金“空投”,而可把资金投入重点集中在对患者的免费治疗上,真正使百姓受益。美国将医疗过程分为短期急性期医院、长期急性期医院、住院康复机构、高级护理机构及家庭健康护理机构5个阶段,患者在必要时,可随时进行“双向转诊”,例如急性期医院的患者可根据病情需要,可在适宜时期转诊到不同的急性期后的康复医疗服务机构中去。澳大利亚亦有类似美国的转诊制度,将康复模式分为急性期康复、亚急性期康复、流动性康复三个阶段^[9],以其髋关节置换患者为例,实施从亚急性期到流动性康复的转诊制度后,其住院时间从8d降低到了4d,医疗费用也随之减少。

由此我们发现,双向转诊制度的建立与发展非常关键。双向转诊制度可以极大节约政府资金的不断投入,调控资金流入方向;弥补目前仅以时间-项目导向的康复医疗评价系统的不足,从而提高我国康复医疗的质量;可以此为基础建立并整合各级康复医疗机构间的信息联系,从宏观上调控各级康复医疗机构的建设目标,并对社会进行信息公开,指导百姓合理选择就诊机构;同时,这种在宏观调控下进行的分阶段、分层级的服务体系,将加快转院效率、减少患者住院时间,提前使残疾人、老年人在社区-家庭的康复医疗模式中继续接受质量可靠、环境温馨的治疗,以达到使患者“回归家庭,回归社会”治疗目标。

2.2 加强专业人才培养

应以提高基层社区康复人员的专业素质和技术水平为重点,建立适应社区-家庭医疗卫生制度需要的基层康复人员队伍。上海市对已在社区进行康复治疗的医师、治疗师等进行再培训,使其能够开展规范的基本康复医疗服务^[3]。同时根据《2010—2015康复医学发展规划纲要》,首先应积极探索康复相关专业的教育教学工作。评定高等院校相关专业的教育、教学情况,审核并制定更加合理的培养计划,解决现存的学校培养目标模糊、院系定性定位模糊、课程设置不一、教学效果难以评估、专业师资队伍建设滞后、实验室建设尚未起步等问题,从而完善康复相关专业的本科生培养制度,为社区康复医疗的发展提供人才保障。同时,在第七届IS-PRM大会上经过专家学者的讨论一致认同,中国康复医学的未来在于培养优秀的康复人才,并提供以下思路:在国家层面通过学制夯实康复医疗从业人员基本功;在学术层面对于优秀人才开展培训,强化骨干力量培养;在个人层面对有志于康复医疗工作的人员应加强自我学习;在考核方面设立全国性考核体制。

2.3 加强综合医院与社区医疗机构的信息交互

目前,我国医疗体制和社区医疗面临的信息交互问题上,我国有自己的特点和特色,但是也面临全球多数国家共

同遇到的问题。现存问题主要有两个层面:一是跟我国医疗体制有关的制度和政策层面,一是技术层面。体制和制度有一个逐渐完善的过程,技术是促进因素、问题的解决和决策的重要依托。欧美等发达国家在医疗信息系统交互方面的研究,如欧盟的Plug IT工程、美国政府的国家医疗信息网络(National Health Information Network, NHIN)^[6],也可以应用到医疗健康信息共享的领域,值得我们在目前的工作中去研究和借鉴。

2.4 多模式社会化筹集资金

李建军等^[10]倡导国家采用免税的方式对民办康复医疗机构进行鼓励,同时可以减少民办康复的服务成本。在此,我们可以尝试香港康复医疗服务机构解决经费问题的模式。香港的民间社区康复服务机构如社区复康网络、爱邻网络、香港复康巴士等机构的主要经费来源之一是大型基金会(如香港赛马会慈善基金)和社会公益团体的定期捐助^[11]。而在中国大陆,大型基金会及社会公益团体对民办康复机构进行捐助还很少见,这可能与信息渠道单一或不完善有关。因此,政府应发挥组织协调的职责,打通信息渠道,建立制度化的信息发布机制,统筹并增强民办康复医疗机构与基金会、公益组织的联系,使在现有社会总资源的规模下,增加社会相对投入,有效分配康复资源。

2.5 加强普及康复教育

社区康复建设中教育本就属于其建设范围,而社区卫生服务机构将以专业机构为骨干、社区为基本、家庭为依托、积极推进社区康复,使更多的残疾人受益,到2015年实现“人人享有康复服务”的目标。根据香港的发展经验,香港复康会下属的社区复康网络引进“身心力行”课程,该课程以标准化小组的模式在社区进行,每组12—16人,共6节课,每节课2.5h^[11]。课程内容选取不同的主题(如日常活动技能、疼痛及情绪管理等)。目前,美国、英国、澳大利亚及香港地区的不同研究均证实康复教育可以有效提高患者的自信心、自我管理方面的知识和行为、体能、克服困难的技巧及对健康状况的自我感知力,并能有效减少医疗服务和资源的占用。如果在我国内地也开展此类教育课程或与之相似的宣教活动,能让参加者通过不同环节了解及认识自身的情况,并以自我管理概念去发挥和提高其潜能,从而更有效地认识和控制因身体残疾带来的各种健康问题和处境。在今后的康复治疗过程中,患者对所患疾病的认知能力、接受能力及对治疗的主动配合能力将会明显上升,康复治疗的效果也将更加显著。

3 小结

在第七届ISPRM大会上,国家卫生计生委医政医管局局长王羽表示,康复医疗工作是医疗卫生事业重要的组成部分,与人民群众的健康利益和生命安全息息相关。“十二五”时期是康复医疗工作的战略机遇期,社区-家庭康复模式符合卫生部提出的“十二五”期间康复医学发展的主流方向,若随着国家政策的扶持、转诊制度的建立、人才培养力度的加强及筹集资金的逐步多元性等措施,必将得到良好的发展。但在注重社区康复建设的同时,我国也应逐步发展社区-家庭康复模式中的家庭康复。家庭康复采用患者责任制与社区康复机构问责制,以家庭无障碍设施改造、出院前对患者及家属进行家庭康复指南教育、社区康复医师定期上门或电话回访等方法,积极调动患者及其家属主动管理疾病的能力,有着有效、高效、便捷的特点,不仅有助于患者身体上的康复,更有助于患者得到心理康复。对于那些住在农村或边远地区,医院康复服务欠发达地区的人更是一种明智且有吸引力的选择。我们相信在卫生部的正确指导下,“十二五”时期我国的康复医学发展一定会迈上一个新的台阶。

参考文献

- [1] 王葆华, 密忠祥, 程军, 等. 我国康复医疗机构服务体系建设研究[J]. 中国医院, 2012, 16(6):9—11.
- [2] 梁娟, 林成杰. 我国脑卒中患者社区康复探讨[J]. 中国康复, 2012, 27(4):316—318.
- [3] 郑洁皎, 俞卓伟, 张炜, 等. 上海市康复医疗资源调查报告[J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(2):143—147.
- [4] 朱毅. 社区康复建设中的资金问题[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(10):989—991.
- [5] 杨团, 金锦萍, 李敬. 民办残疾人康复服务机构发展状况报告-对北京市的调查[J]. 学习与实践, 2008, 5:127—136.
- [6] 周毅, 耿庆山, 熊志强, 等. 大型综合医院与社区医疗机构的信息交互[J]. 中国医院, 2009, 13(1):77—80.
- [7] 王茂斌. 关于康复医疗服务体系建设的若干问题[J]. 中国康复医学杂志, 2012, 27(7):587—589.
- [8] 刘菲, 密忠祥, 崔志茹, 等. 英国医疗康复机构设置特点及参考意义[J]. 中国医院, 2012, 16(6):21—23.
- [9] 崔志茹, 密忠祥, 刘菲, 等. 澳大利亚医疗与康复情况介绍[J]. 中国医院, 2012, 16(6):14—16.
- [10] 李建军, 杨明亮, 王方永. 我国康复服务的未来发展方向探讨[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(11):1081—1082.
- [11] 王荣丽, 谢斌, 王宁华. 香港社区康复的借鉴与启示[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(9):897—899.