·专家共识·

基于德尔菲法构建各级康复机构功能定位及康复诊疗业务流程标准*

戎 荣[1,2] 谷雨璇[1] 董曼玉[1] 李 文[3] 杨 玲[4] 周亚芳[5] 郭 鸣[6] 魏 全[7] 江钟立[1,8,9]

摘要

目的:构建各级康复机构功能定位和诊疗流程标准,为开展中国康复医疗机构分级诊疗提供理论基础。

方法:2020年9月—2021年3月基于文献回顾,结合半结构式访谈结果,通过德尔菲专家咨询法构建康复机构功能定位和诊疗流程标准。

结果:两轮专家咨询的有效问卷回收率分别为71.79%(28/39)和100%(28/28)。两轮专家权威系数分别为0.80和0.84。第1轮各项指标重要性评分为4.28(3.25—4.68),变异系数为0.10—0.27,肯德尔协调系数(Kendall's W)为0.201(P<0.001)。第2轮重要性评分为4.38(3.79—4.96);变异系数为0.04—0.18,Kendall's W值为0.262(P<0.001)。最终制定涵盖各级医疗机构功能定位,转诊标准和分级诊疗流程3部分40条目的康复机构功能定位和诊疗流程标准专家共识。

结论:本研究通过德尔菲专家咨询法初步构建了康复机构功能定位和康复诊疗流程标准,以期促进中国康复分级诊疗工作的开展。

关键词 德尔菲法;康复机构;功能定位;诊疗流程;专家共识

中图分类号:R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2024)-02-0157-06

近年来随着我国社会经济水平提高,人口结构、疾病谱等发生重要变化。老年和慢性病人口逐渐增长,使其对康复医疗服务的需求更加迫切[1]。因此,建立并逐步完善优质、高效、连续性康复医疗服务体系势在必行。WHO提出建立协同整合、分工有序的医疗体系的核心是:①明确各级医疗机构的功能定位;②建立通畅的双向转诊制度;③加强私立机构与公立机构的合作[2]。《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的治疗意见》(国办发[2015]70号)提出为使医疗资源配置合理,进一步促进基本医疗卫生制度的建立,明确各级医疗机构功能定位及建立分级诊疗制度非常重要。但是目前我国各级康复医疗机构功能定位和康复诊疗业务流程标准仍待明确和完善[3—5]。本研究基于文献回顾与分析、半结构式访谈以及德尔菲专家咨询法,构建适合我国包括三级医院、二级医院、社区医院和养老机构在内的各级分级康复机构功能定位及康复诊疗业务流程标准的专家共识。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2020年9月—2021年3月选取39名专家进行德尔菲专家咨询,专家纳入标准:①在康复领域工作满10年以上,有丰富的康复临床或管理经验;②具有中级以上专业技术职称;③熟悉循证背景知识;④专家自愿参加,具有较高的积极性,能保证完成研究要求的问卷咨询。本研究问卷咨询共2轮,邀请到来自北京、上海、吉林、江苏、安徽、海南等6个省市29家医院39名专家,其中28名完成了有效咨询。有效咨询专家平均年龄(42.18±7.68)岁;性别:男性25名(64.10%),女性14名(35.90%);职业:医生21名(53.85%),治疗师11名(28.21%),护士2名(5.13%),管理人员5名(10.26%);学历:博士4名(10.26%),硕士5名(12.82%),本科30名(76.92%);工作年限:10—15年16名(41.03%),15—20年10名(25.64%),20—25年2名(5.13%),25年以上11名(28.21%);职称:高级职称25名(64.10%),中级职称14名(35.9%)。

1.2 方法

1.2.1 文献分析:本研究共10名课题小组成员,包括2名医疗专家,3名治疗师,5名康复治疗专业学生。基于循证学依据,结合半结构式访谈的结果,整理和归纳各级康复机构功能定位和康复诊疗业务流程标准。检索万方数据库检索系统、中国知网、维普中文科技期刊全文数据库、中国生物医学

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2024.02.002

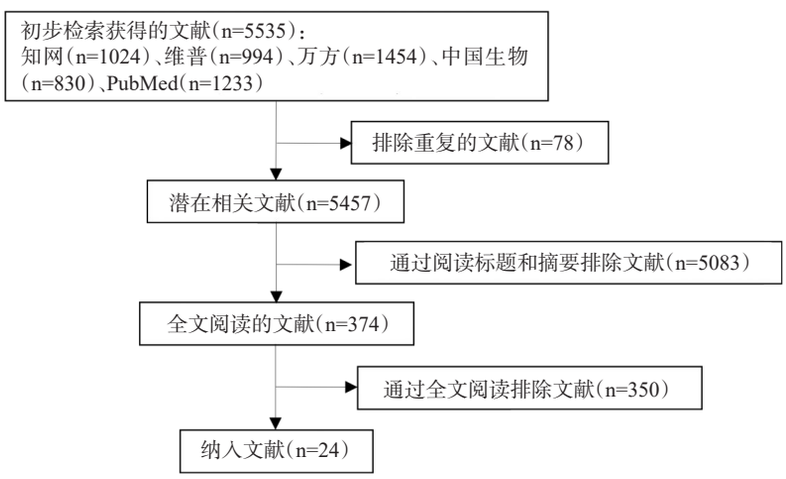
*基金项目:国家重点研发计划项目(2020YFC2008500);国家重点研发计划项目(2020YFC2009500)

1 南京医科大学第一附属医院康复医学中心,南京市,210029; 2 南京医科大学康复医学院; 3 皖南医学院第二附属医院; 4 南京市鼓楼区宁海路社区卫生服务中心; 5 中南大学湘雅医院; 6 中国康复研究中心; 7 四川大学华西医院; 8 南京医科大学附属逸夫医院; 9 通讯作者

第一作者简介:戎荣,女,主治医师;收稿日期:2023-07-27

文献服务系统和PubMed。检索策略中文以“德尔菲法、分级诊疗/医养结合/医疗转诊/双向转诊/医养护一体化、康复、诊疗流程、医疗机构/三级机构/二级机构、功能定位、老年”为关键词，英文以“Delphi technique、medical facilities、hierarchical medical system/hierarchical diagnosis and treatment system、rehabilitation、diagnosis and treatment process、functional orientation、elderly/aged/geriatric/senile”为关键词进行检索。检索时间为2005年至今公开发表的各类型研究。根据已确定的索引方案，采用电子索引的方式，在各数据资料库中广泛、全面性地搜索文献资料；通过阅读文献标题、摘要、关键词，排除不相关、多次重复发表的文章；然后精读全文，提取出与各级康复医疗机构功能定位和诊疗流程标准相关的信息。文献筛选流程见图1。

图1　文献筛选流程及结果



1.2.2　半结构式访谈：采用目的抽样方法，选取工作经验丰富的康复医生、治疗师、护士等医务工作人员6名，访谈要求参加者尽可能全面地提供和研究内容相关的信息。访谈共进行2次，访谈提纲如下。①第1次访谈：您觉得不同等级康复机构(三级医院、二级医院、社区医院、养老机构)的功能定位是什么？我国现行康复诊疗流程有哪些不足？需要哪些改革？您认为初步拟定的康复机构功能定位及诊疗流程的科学性和可行性怎么样？较现行康复模式是否更加合理？需要进一步做哪些调整和建议？通过此过程形成康复机构定位及康复诊疗流程标准的关键主题词。②第2次访谈：对康复机构功能定位及康复诊疗流程标准内容进行调整，结合结果拟定此次访谈提纲，通过前期研究的康复机构定位及康复诊疗业务流程标准是否全面，有没有补充或修改；该诊疗流程在具体临床实践中可能遇到哪些困难？有什么建议？汇总当前已有的康复机构定位及康复诊疗流程信息，并进行整理和归纳。

1.2.3　德尔菲专家咨询法：编制专家咨询问卷。基于半结构式访谈和文献回顾，制定《各级康复机构功能定位及康复诊疗业务流程标准(初稿)》专家咨询表。咨询表主要包括4部分：①问卷前言，包括致专家信及介绍本研究的背景资料。②专家基本情况，包括姓名、性别、年龄、职务、学历、职称、工作年限等。③专家自我评价表，调查专家对研究问题的熟悉程度(the familiarity coefficient，Cs)和判断依据(the judging basis coefficient，Ca)。专家判断依据包括理论分析、实践经验、同行了解、个人直觉4个维度，根据对专家判断影响程度的大小将每个维度分为大、中、小3个层次并分别赋值计算。④问卷正文，专家对于各级康复机构功能定位和诊疗流程标准核心内容认同程度，每个条目采用Likert 5级评分法，分为非常重要(5分)、比较重要(4分)、一般重要(3分)、不重要(2分)、非常不重要(1分)。如果专家有修改意见，可在问卷设置的修改区进行填写。

1.2.4　专家函询问卷收集法：专家咨询采用问卷星、电子邮件、微信方式发放，专家咨询时间限定为2周，分2轮进行。第1轮问卷发放回收后，及时整理并汇总统计专家意见，完成后组织课题小组的成员对统计结果进行讨论，并对数据及专家意见进行逐一决策，形成第2轮专家咨询问卷，同时将上一轮的咨询结果和统计资料分析反馈给各位专家，为其再次评价各指标和修改条目时提供参考。

1.3　统计学分析

采用Excel 2010进行数据录入，SPSS统计软件进行统计学分析，专家基本情况、专家积极性采用描述性分析。以专家权威系数(the authority coefficient，Cr)进行专家可靠性检验，Cr由专家对研究内容Cs和Ca的算数平均值表示；专家意见的协调程度用Kendall's W表示。$P<0.05$为差异有显著性意义。

2　结果

2.1　专家积极性

本研究通过专家咨询费、电话、微信等途径保持专家的积极性。专家积极性最终以问卷回收率和有效问卷回收率表示。本研究两轮专家咨询的有效问卷回收率分别为71.79%和100%(表1)。

2.2　专家的权威程度

两轮专家咨询的Cs分别为0.70、0.74；Ca分别为0.93、0.94；Cr分别为0.80、0.84(表1)。一般认为Cr>0.7即可接受。

2.3 专家意见协调程度

协调系数(Kendall's W)反映不同专家意见一致性的指标。W在0—1之间,其值越大,表示专家的协调程度越高;值越小,代表专家协调程度较低。两轮咨询后,协调系数在0.2—0.3之间波动,代表误差控制较好。如果$P<0.05$,认为差异有显著性,代表专家组评估意见协调性好,结果可取;如果$P>0.05$,则认为专家意见在非偶然协调方面将不足以置信协调。问卷条目删选结果的可信度差,条目不可取。第1轮专家咨询中重要性变异系数为0.10—0.27,Kendall's W为0.201,$P<0.001$。第2轮专家咨询中重要性变异系数为0.05—0.18,Kendall's W为0.262,$P<0.001$,说明专家意见的协调程度较高(表2)。

2.4 专家意见集中程度

第1轮函询中,所有指标的重要性评分为4.28(3.25—4.68),变异系数为0.10—0.27;第2轮函询中,所有指标的重要性平均分为4.38(3.79—4.96),变异系数为0.04—0.18(表3)。

2.5 康复机构功能定位及康复诊疗业务流程标准函询结果

经过两轮专家函询,根据专家意见,将数据进行统计分析,研究小组按照指标筛选标准,删除或修改条目:删除了2项并修改了6项三级条目,最终形成3部分40条目的康复机构功能定位及康复诊疗业务流程标准(表3)。

表1 专家积极系数及权威系数

函询次数	发放问卷(份)	有效回收问卷(份)	有效回收率(%)	权威系数(Cr)	判断依据(Ca)	熟悉程度(Cs)
第1轮函询	39	28	71.79	0.80	0.93	0.70
第2轮函询	28	28	100	0.84	0.94	0.74

表2 专家意见协调程度

函询次数	Kendall's W	χ^2值	P值
第1轮函询	0.201	242.551	<0.001
第2轮函询	0.262	300.488	<0.001

3 讨论

发达国家具有较完善的康复医疗服务体系,其共同之处包括:①根据康复对象分级分段诊疗。②实行社区首诊和双向转诊制度[6]。③强调医疗机构间的合作,构建医院集团。④重视医疗信息化建设[6—7]。2012年我国卫生部印发的《"十二五"时期康复医疗工作指导意见》指出,为逐步实现患者在综合医院与康复医院、基层医疗卫生机构间的分级诊疗和双向转诊,应初步建立分层级、分阶段的康复医疗服务体系[8]。目前我国康复医疗机构已经基本形成了独立综合或专科康复中心,综合医院设置的康复医学科,社区康复的医疗服务体系[9]。但各级康复机构功能定位和诊疗流程标准仍待完善,分级诊疗仍处于探索阶段。本研究基于文献研究、半结构式访谈,对康复机构功能定位和诊疗流程进行归纳和梳理。德尔菲专家咨询修订结果:①心电监测在病情不稳定的心脏疾病或危重症等特殊患者康复时有重要临床价值[10—12],但并不普遍适用于所有功能障碍患者。综合各位专家意见,删除"功能定位"部分1.6,2.5和3.6条目中的"建立远程心电监测和诊疗系统"。②专家认为"二级医院下转标准"条目中"存在轻度功能障碍,无需住院治疗"者,可回归家庭或门诊康复治疗,无需纳入下转流程,故予删除。③专家认为社区医院具备解决常见病、多发病和慢性病的临床处理能力,且具备康复所需治疗技术和设备时,常规康复治疗未达到预期效果,可通过请上级医院专家会诊进行解决,以提高医疗效率,节约医疗成本。国务院办公厅发布的关于推进分级诊疗制度建设的指导意见中指出"鼓励二、三级医院项基层医疗卫生机构提供远程会诊、培训"等服务。故删除上转至二级医院标准中"常规康复治疗未达到预期效果的常见病、多发病和慢性病"。④中华人民共和国民政部、全国老龄办公室共同组织编制《老年养护院建设标准》中规定养老机构应当配备康复治疗设施和空间,并为失能老人提供物理治疗和作业治疗等基本康复治疗服务。因此完善了二级医院和养老机构初诊服务流程,如在养老机构的诊疗流程中增加了"康复评定"。

各级康复机构功能定位和诊疗流程标准的内容分析。本研究以三级医院、二级医院、社区医院和养老机构等能够提供康复服务的医疗机构为研究对象,内容涵盖较广泛、全面。功能定位包括服务对象、服务内容、服务目标、与上下级医院的协作关系、人才培养/健康教育和康复中心建设/区域性数据库等6个方面。三级综合医院的康复医学科依靠综合医院诊疗实力针对患者急性期和危重症患者开展早期康复治疗,以防治并发症,促进病情稳定;并承担学科建设、人才培养及技术支持等任务[13]。二级综合医院或康复医院承接从三级医院经治疗由急性期变稳定的患者,为其提供专业康复治疗;社区医疗机构主要为疾病恢复期患者提供基本的康复治疗[9];养老机构则为失能、失智的老年人提供康复、护理、精神心理的支持及健康教育,以改善或维持功能,提高生存质量[14]。此外,双向转诊作为分级诊疗的核心内容,是均衡医疗资源合理配置,发挥不同等级医院功能,实现医疗服务协调性、连续性的重要保障制度。因此,本研究将双向转诊和区域康复中心建设作为了各级康复医疗机构的职能。但是,双向转诊制度在各级康复医疗机构落实,需要政府、各级医疗机构、卫生行政部门、医务工作者和患者等的共同协作才能达成[15]。目前关于康复转诊标准研究较少,2013年国家卫生健康委公布了《脑卒中等8个常见病种(手术)康复医疗双向转诊标准(试行)》[16],该文件明确不同康复病种的双

表3 康复机构功能定位及康复诊疗业务流程标准内容

维度	指 标	重要性评分	变异系数
功能定位			
1.三级医院	1.1 服务对象:疾病急性期,或有严重基础疾病及严重并发症患者;	4.96±0.19	0.04
	1.2 服务内容:康复科与临床科室建立联动机制,尽早对患者的发病危险因素、临床病情、功能障碍、康复风险及预后转归等进行综合性康复评估,制定个体化的康复治疗方案;	4.96±0.19	0.04
	1.3 服务目标:在防治并发症的基础上促进患者功能恢复和病情稳定;	4.86±0.35	0.07
	1.4 通过医联体、远程医疗等形式,为下级医院提供会诊、协助其制定康复方案、进行康复治疗技术指导、业务培训和质控管理;实施双向转诊;	4.39±0.62	0.14
	1.5 康复医学人才培养,高端康复医学教学和科研工作;	4.43±0.56	0.13
	1.6 鼓励建设以功能障碍为分类的康复分中心,建立区域数据库,加强区域内功能康复管理工作。	4.29±0.65	0.15
2.二级医院	2.1 服务对象:病情稳定者,常见病、多发病和慢性病患者;	4.79±0.41	0.09
	2.2 服务内容:康复评估、治疗、随访等全程管理服务;	4.64±0.55	0.12
	2.3 服务目标:最大限度提高患者功能和生活质量;	4.68±0.47	0.10
	2.4 定期评估下级医疗机构的医疗质量,指导社区医疗机构开展适宜康复技术;实施双向转诊;	4.18±0.66	0.16
	2.5 开展以功能障碍种类为分类的康复中心建设,与三级医院和社区医疗卫生机构联动,形成疾病康复诊治网络体系。	4.07±0.53	0.13
3.社区医院	3.1 服务对象:常见病、多发病和慢性病等基础性疾病患者;	4.68±0.47	0.10
	3.2 服务内容:疾病防治宣教、初步康复评估、基本康复治疗和随访;	4.68±0.47	0.10
	3.3 服务目标:最大限度提高患者功能和生活质量,促进其回归家庭和社会;	4.64±0.55	0.12
	3.4 实施随访及定期体检;实施双向转诊;建立康复专病档案,做好信息管理工作;	4.57±0.62	0.14
	3.5 开展健康教育,指导患者自我健康管理;	4.61±0.56	0.12
	3.6 鼓励参与康复中心建设,进行康复治疗的远程指导和信息共享。	4.07±0.75	0.18
4.养老机构	4.1 服务对象:失智失能老年人;	4.79±0.14	0.09
	4.2 服务内容:康复评估、治疗、心理精神支持和随访;	4.57±0.49	0.11
	4.3 服务目标:维持老年的身体功能,最大限度减少失能失智对老年人生活的影响,提升老人生活质量;	4.43±0.62	0.14
	4.4 结合上级医院制定的康复方案进行规范的诊治;实施随访及定期体检;实施双向转诊;建立患者康复档案,做好信息管理工作;	4.39±0.56	0.13
	4.5 开展健康教育,指导患者自我健康管理;	4.29±0.65	0.15
	4.6 鼓励参与康复中心建设,参与康复治疗的远程指导和信息共享。	4.32±0.76	0.18
转诊标准			
1.三级医院下转标准	1.1 危重症经救治后病情稳定或缓解,生命体征平稳;	4.61±0.49	0.11
	1.2 诊断和康复治疗方案明确;	4.71±0.45	0.10
	1.2.1 如果存在较严重的功能障碍,日常生活部分或完全需要他人帮助,需要长期治疗或康复转至康复医院;	4.11±0.56	0.14
	1.2.2 如果仅存在轻度功能障碍,日常生活基本自理,无需住院康复治疗,可直接转至基层(社区医院、养老机构或居家康复)。	3.79±0.67	0.18
2.二级医院下转标准	2.1 生命体征平稳,疾病相关临床实验室检查指标基本正常;	4.57±0.49	0.11
	2.2 没有需要住院治疗的并发症或合并症。	4.5±0.50	0.11
3.上转至三级医院标准	3.1 急危重症,有急慢性并发症需要紧急处理;	4.61±0.49	0.11
	3.2 诊断不明确或常规康复治疗无效的疑难复杂病例;	4.50±0.50	0.11
	3.3 因技术、设备限制或其他原因不能处理的病例,康复评定方面如心肺功能及代谢功能评定、三维运动分析;康复技术方面如减重步行训练架、康复机器人,经颅磁刺激等。	3.96±0.68	0.17
4.上转至二级医院标准	4.1 病情变化或加重超出本机构临床诊疗能力的非急危重症患者;	4.46±0.50	0.11
	4.2 因技术、设备限制或其他原因不能处理的病例,康复评定方面如神经电生理检查、言语吞咽评估等,康复治疗方面如言语、吞咽、认知训练等。	3.89±0.97	0.17

续表3

维度	指　标	重要性评分	变异系数
转诊流程			
1.三级医院	1.1 初诊患者流程:接诊患者,进行综合性康复评估及诊断→根据评估结果制定科学合理的康复治疗方案→通过康复与临床治疗患者病情稳定后,判断能否纳入康复分级诊疗→如果可以纳入分级诊疗者转至二级/基层社区医疗机构→定期/不定期安排康复医师到二级/基层社区医疗机构指导诊疗,并评估其康复诊疗服务质量;	4.39±0.49	0.11
	1.2 接诊上转患者及下转流程:接诊患者,进行综合性康复评估及诊断→根据评估结果制定科学合理的康复治疗方案→通过康复与临床治疗病情稳定且符合下转标准者→医生转诊前与患者和/或家属进行充分的沟通→联系拟下转医疗机构→由专科医生开具转诊单,并通过信息技术与下转医院共享患者信息→将患者下转至二级/基层医疗机构。	4.36±0.55	0.13
2.二级医院	2.1 初诊患者流程:接诊患者,进行综合性康复评估及诊断→根据评估结果制定科学合理的康复治疗方案→通过康复与临床治疗,根据患者病情和治疗效果,判断能否纳入康复分级诊疗服务→如果可以纳入分级诊疗者转至社区医院/三级医院→定期/不定期安排康复医师到基层医疗卫生机构指导,对康复诊疗服务质量进行评估;	4.00±0.60	0.15
	2.2 接诊基层的上转患者及下转流程:接诊患者,进行综合性康复评估及诊断→根据评估结果制定科学合理的康复治疗方案→通过康复与临床治疗病情稳定且符合下转标准者→医生转诊前与患者和/或家属进行充分的沟通→联系拟下转的医疗机构→由专科医生开具转诊单、通过信息技术与下转医院共享患者信息→将患者下转至社区医疗机构。	4.04±0.73	0.18
3.社区医院	3.1 签约服务流程:接诊患者,进行初步康复评估→判断能否纳入分级诊疗服务→如果可以纳入分级诊疗服务,取得患者知情同意后,签约→建立患者的康复档案→在康复诊疗能力范围内的,制定科学合理的康复治疗方案→签约内容开展日常体检、康复及健康管理。	4.07±0.65	0.16
	3.2 上转患者流程:全科医生根据患者病情判断患者是否符合转诊标准→转诊前与患者和/或家属进行充分沟通→根据患者病情确定上转医院层级→与拟上转医院联系→由上转医院的康复医师确定患者确需上转→全科医生开具转诊单、通过信息技术与上转医院共享患者信息→将患者转至上级医院。	4.00±0.60	0.15
4.养老机构	4.1 初诊服务流程:接诊老年患者,进行初步康复评估→判断能否纳入分级诊疗服务→如果可以纳入分级诊疗服务,经老年患者知情同意后签约→为其建立康复档案→在诊疗能力范围内,为老年服务对象进行康复评定,制定康复治疗方案→按协议内容开展康复咨询、宣教、评定、方案制定和治疗服务。	4.04±0.68	0.17
	4.2 上转患者流程:联系全科医生判断患者能否符合转诊标准→转诊前与患者和/或家属充分沟通→根据患者病情确定上转医院层级→联系拟上转医院→由上转医院的康复医师确定患者确需上转→全科医生开具转诊单、通过信息技术与上转医院共享患者信息→将患者转至上级医院。	4.07±0.70	0.17

向转诊标准,但由于缺乏激励约束机制和考核机制的政策,缺乏明确的转诊程序和医保保障措施支持,临床实践的应用比较困难[17]。本研究基于各级康复医疗机构功能定位和广泛征求的专家意见,初步制定了三级医院、二级医院的下转标准以及下级医院上转至二级医院或三级医院的标准,但仍需在临床实践中根据病种和功能障碍特点继续探索、研究和完善。转诊流程方面,我国尚未形成统一标准。《江西省医疗机构双向转诊管理规范(试行)》、《河南省医疗机构双向转诊管理规范(试行)》中制定了双向转诊标准和流程。转诊流程分为上转患者流程和下转患者流程,其适用范围为各级医疗机构,未对不同层级医疗机构间的转诊流程进行详细区分。本研究与前者相比,有如下不同:①适用对象上,本流程仅适于能提供康复服务的各级医疗机构的康复诊疗工作。②基层医院初诊制度上,本流程中明确了实行签约制度,这符合国务院办公厅发布的《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》中指出建立基层签约服务制度,目的是使全科医生与签约患者建立起一种长期、稳定的服务关系,以便对签约患者康复进行全周期康复,为其提供安全、方便、有效、连续、经济的基本康复服务。③内容上,本流程涵盖了从初诊或转诊患者的接诊、康复诊疗及转诊的整个诊疗流程;并明确了各级机构院内流程中康复医疗工作者的诊疗内容和职责,以促进全周期康复诊疗的实现。本流程的实践应用仍需相应的保障措施,如完善的管理制度,双向转诊和医保政策结合,考核监督机制的加强,医疗机构功能的无缝衔接,转诊患者优先

诊疗制度的建立,基层医疗服务能力的提高等[18]。

本研究基于文献研究、半结构式访谈,采用德尔菲法构建了各级康复机构功能定位和诊疗流程标准的初始条目。德尔菲法具有匿名性、可反馈性等特点,能够使专家独立、客观的发表意见,并且可以避免受到权威人物的影响[19]。本研究专家函询人数为28名,符合Delphi法对专家15—50名的要求。有学者认为德尔菲专家的积极系数应>50%,权威系数应>0.7[20]。本研究中第1轮专家积极系数为71.79%,第2轮专家积极系数为100%;第1轮Cr为0.80,第2轮Cr为0.84。因此认为本研究选取专家代表性好,应答率高,且结果具有权威性。尽管如此,2轮专家咨询Kendall's W系数均不高,分别为0.201和0.267(P<0.001),原因可能和选择的条目太全面有关,这可能导致专家判断上的困难。

康复机构功能定位和诊疗流程标准的应用展望。近年来随着老龄化日益加剧,疾病谱变化等,完善的分级诊疗服务体系的建立已成为我国医疗改革中的重点内容。康复分级诊疗的实施需明确各级康复医疗机构功能定位和建立规范的诊疗流程标准,使不同级别康复机构各司其职,密切协作,以患者为中心,制定规范化、个体化、连续性综合康复治疗方案。在分级诊疗理念指导下的康复医疗体系建设通过各级医院的密切合作,为患者提供优质、高效的全周期康复医疗服务,以促进健康老龄化背景下的康复体系的发展。

本共识的制定过程虽然尽可能进行了全面的文献检索,并广泛征求了各级康复医疗机构专家的意见,且专家意见总体一致性高。但由于康复医疗机构的功能定位和诊疗流程标准的制定并非独立命题,其确立和完善离不开医保保障制度的完善、医疗资源配置的优化、充足基层康复人才的培养和公共卫生网络信息化平台建设等的支撑[21]。因此,针对转诊标准和诊疗流程的相关条目仍需根据康复医疗体系建设的发展情况和临床实践不断改进和完善。

致谢:感谢以下单位对本研究给予的支持和帮助!他们是:南京医科大学附属逸夫医院、南京医科大学第一附属医院、吉林大学第一医院、海南省三亚市中医院、上海华山医院、北京市航天医科七三一医院、泰达国际心血管病医院、皖南医学院第二附属医院、安徽省皖南康复医院、凤阳县人民医院、安徽省铜陵市立医院、常州市新北区奔牛人民医院、青阳县人民医院、江苏省人民医院浦口分院、宜兴市第二人民医院、苏州市相城区黄桥街道卫生院、连云港市海洲社区卫生服务中心、迈皋桥社区医院、南京市鼓楼区宁海路社区卫生服务中心、鼓楼区华侨路社区卫生服务中心、鼓楼区华侨路社区卫生服务中心、上海臻悦护理院、南京慧享福养老有限公司、江苏省南京市鼓楼区爱馨护理院。

参考文献

[1] 周南,吴仕斌.三级康复医疗服务体系建设的构想[J]. 医药前沿,2017,7(20):397—398.

[2] 肖月,赵琨,史黎炜,等.浅析分级诊疗体系建设国际经验[J].中华医院管理杂志,2015,31(9):645—647.

[3] 张彦生,王虎峰. 基于分级诊疗的公立医院功能定位探究[J].中国卫生经济,2017,36(9): 14—17.

[4] 方鹏骞,韩秋霞,谢俏丽,等.分级诊疗背景下的我国城市二级医院发展策略分析[J].中华医院管理杂志, 2016, 32(7): 500—502.

[5] 朱海霞.浅谈综合医院康复医学科的建设与管理[J].内蒙古医科大学学报, 2014,36(S2): 423—426.

[6] 祝捷,傅译萱,邓世雄.国外分级诊疗制度的实践经验对我国的启示[J]. 重庆医学,2016,45(32): 4590—4592.

[7] 梁勇, 张柠. 国外医疗服务体系对完善我国分级诊疗体系的启示与借鉴[J]. 中国医院, 2015(8)50—52.

[8] 胡睿.我国将建分层级康复医疗服务体系[N].中国社区医师,2012-3-11.

[9] 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(6)9—10.

[10] 万文婷,朱剑,丁岚.康复训练配合遥测心电监护仪监测对冠心病患者心功能及生命质量的影响[J].医疗装备,2021,33(23): 177—178.

[11] 吴美,陈蓉,高炳丽.心电监护结合心脏康复护理对冠心病介入治疗患者心功能的影响[J].养生保健指南,2021(8)102.

[12] 潘海燕,夏轩,陈丽华,等.远程心电监护指导下家庭运动康复对慢性射血分数降低型心力衰竭患者的疗效及安全性研究[J].临床心血管病杂志,2022, 38(6): 478—483.

[13] 中华医学会物理医学与康复学分会.公立医院高质量康复行动指南[J]. 华西医学,2022,37(12): 1—9.

[14] 樊惠颖,高淑红.《养老机构服务安全基本规范》强制性国家标准的实施见解[J].中国卫生标准管理,2022,13(5): 1—4.

[15] 李佳林,申思哲,龙达.双向转诊模式及运行机制的探讨[J].中国中医药远程教育,2022,20(22): 186—187.

[16] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会."常见病种(手术)康复医疗双向转诊标准(试行)"和"早期康复诊疗原则"[J].中国康复,2013,28(3): 204.

[17] 韩轩,张国静,高桦,等.关于分级诊疗模式中康复医疗体系建设的探索[J]. 继续医学教育,2020,34(7): 73—76.

[18] 郭燕红.推进分级诊疗,构建连续健康服务[J]. 中国全科医学,2017,20(1):1—5.

[19] 平卫伟.Delphi法的研究进展及其在医学中的应用[J]. 疾病控制杂志, 2003(3)243—246.

[20] 曾光,李辉.现代流行病学方法与应用[M].北京:北京医科大学/中国协和医科大学联合出版社,1994:250—270.

[21] 李霞,苗豫东. 推进分级诊疗制度的思考与建议[J]. 中国医院, 2018, 22(7):31—33.