# 重庆市铜梁区疾控中心夯实慢病防治网底，做实做细服务于民

“农村现在是老弱病残多，在家的基本上是老年人，慢病患者人群规模大，老百姓对慢性病防治认知水平低，参与度差，依从性差，如何来改变农村地区慢病防治的问题，也是我们一直在探索解决的问题。经过近几年的探索，强化乡镇村干部的职责、完善一体化服务模式，加强健康教育，结合农村居民的需求，将慢性病健康管理做实做细，真正改变了由被动向主动转变的服务模式。” 大庙镇中心卫生院白院长介绍如何来解决农村地区慢性病防控的经验与体会。

一、主要做法

（一）建立完善慢性病防控机制

 我院成立了慢性病综合防控管理领导小组，成员包括镇公共卫生委员会干事、卫生院分管院长和各村公共卫生联络员。结合卫生乡镇创建，定期召开工作会议，同时借助各村协会的作用，不断推进家庭医生制度服务工作。重点做好组织发动，确保健康促进与健康教育、重点人群慢性病患者管理得到顺利开展。

（二）抓住重点人群，普及健康知识

我院针对不同人群，在内容的选择上更注重针对性，并在每次活动后积极听取群众意见和建议，使健康知识传播取得最佳效果，也体现了以人为本的宗旨。比如在进机关活动中，重点安排合理膳食、戒烟限酒，科学运动和心理减压等内容；在进社区（村）活动中，听众以中老年居多，重点安排高血压防治、糖尿病防治、心脑血管病及猝死的预防、老年失智的预防等内容；在进学校活动中，主要安排预防近视、龋齿、肥胖等内容。

社区居委会设置健康教育活动室和健康宣传栏，定期开展社区健康讲座；开展幼儿园、中小学校健康行为方式教育；开展多部门组织的集体性群众性健身活动，发挥社会团体和群众组织在慢性病防控中的积极作用。做到在每个卫生室设立1块宣传栏，每个居民小组有1条横幅、1张海报，每个慢性病患者人手1份慢性病患者健康管理的宣传资料。

(三)完善健康管理服务模式

我院开设了院内健康体检及健康管理一站式服务区域。充分利用医院现有资源，优化体检流程，集健康咨询、体格检查、血压血糖检测、心电彩超、血尿常规、家医签约等服务功能为一体，利用家庭医生签约服务系统实现相关体检数据的信息化，避免体检后的二次数据录入，为服务对象提供专业、快捷的一站式健康体检及健康管理服务。医院充分利用农村居民赶集日开展慢性病、老年人等重点人群健康体检，乡村医生和村干部提前两周有计划地通知村居民于指定赶集日前往镇卫生院开展健康体检，村居民到达镇卫生院后可以享受便捷的一站式健康体检服务，完成体检后还可继续到集市赶集。既享受了健康管理服务，又不耽误村居民正常赶集购物，深受广大慢性病患者及老年人的好评。系统数据显示，2019-2020年为2165名高血压患者、781名糖尿病患者提供了便捷的一站式健康体检服务。

（四）发挥团队作用，做细健康管理服务

合理组建慢性病综合防控健康管理团队。将慢性病综合防控工作与家庭医生签约服务相结合，家庭医生团队由家庭医生、社区护士、公共卫生医师（含助理公共卫生医师）二级以上医院医生、乡村医生等人员组成。家庭医生团队以公共卫生、基本医疗、健康管理为主要内容，围绕全生命周期的健康需求，提供健康服务；以团队中的家庭医生为主导，明确各成员在诊前、诊间、诊后的工作职责；建立与上级医院联动机制，建立畅通的双向转诊和会诊通道，衔接基层高血压、糖尿病等慢性病药物的配备使用，减轻患者门诊用药费用负担。我院共建成12个家庭医生团队为辖区居民提供含慢性病患者健康管理在内的家庭医生服务，各团队分别为各自签约的慢性病患者提供健康咨询、随访管理、健康指导、健康评价及健康教育等相关医疗卫生服务。家庭医生通过上门、电话或微信指导患者就医、用药、饮食和健康教育：对于病情稳定患者，根据情况开具4-8周的长期处方；对于慢性病控制不佳、年老体弱或行动不便患者，通过家医巡诊，直接联系救护车转运。家庭医生发挥好综合服务的作用，做实做细签约服务，满足了慢性病患者、老年人等重点人群的医疗健康需求。2020年累计签约服务高血压患者1588人、糖尿病患者555人。

 (五) 利用信息手段，改被动变为主动

我院着力建设慢性病综合防控网络的村级网，对乡村医生村干部等村卫生从业人员系统开展慢性病防控及健康教育等相关内容的业务培训，进一步健全和完善一体化村卫生室参与提供基层公共卫生服务和开展慢性病防治工作的绩效考核办法，充分利用在当地服务的便利性和可及性，同时利用龙乡家医手机app等进一步提高和规范一体化村卫生室在慢性病防治管理中的信息化应用水平。

乡村医生做好常见病、慢性病患者就诊，并组织全科医生每周轮流到村卫生室坐诊3天以上；同时要求团队成员24小时待命，保持电话通畅，向居民公开家庭医生团队电话，为辖区内慢性病患者进行问诊、就医咨询、健康宣教、饮食和用药指导工作。由村公卫人员带队，组织家庭医生团队携带简易的检查仪器设备（如心电图机、尿液分析仪、血压计、血糖仪等）和慢性病药品入户巡诊，为慢性病患者进行病情评估，用药指导和健康教育，尽最大可能,做好辖区百姓的医疗保障服务。

（六）加强队伍建设，提升服务能力

我院加强岗位培训，提高团队医疗服务能力，提升服务质量，着力解决慢性病管理痛点和难点问题，努力满足慢性病患者的诊疗、用药及健康教育等需求。首要抓医护团队能力建设，特别是乡村医生队伍建设。我院分批次派遣乡村医生进行脱岗学习；同时，围绕慢性病规范诊断、治疗能力、慢性病患者健康管理、护理和健康教育等方面组织团队成员利用闲暇时间参加线上培训。我院借助结对协作的平台，组建慢性病联合门诊，为需要向上转诊的患者在本地创建解决条件。医院内部加强培训，每月组织开展业务学习，持续加强对团队医护人员的慢性病知识及慢性病管理方式操作的教育，通过一系列的培训，全院参与慢性病管理的团队成员对慢性病的管理水平得到明显提升，不仅有利于工作开展，更易获得居民的信任。

二、成效

（一）居民健康意识明显提高

2020年1月至今，镇中心卫生院共印发各类宣传资料2万多份，其中“三减三健”、《居民健康素养66条》等慢性病防控资料1万多份。完成常见慢性病防控讲座进学校4场、进镇村9场。在慢性病防控方面重点宣讲了“三减三健”、健康素养66条，预防近视、龋齿、肥胖，以及高血压、糖尿病、心血管疾病等慢性病防控相关知识，参加学习累计人数达1万多人，其中学生达2000多人。通过“进学校”活动，向广大老师、家长、学生普及了关于近视、龋齿、肥胖等学生常见慢性病防控相关知识，提高了他们的防控意识和技能水平，调动了他们的积极性，形成了老师、学生、家长互联互动的慢性病防控新格局。为预防近视、龋齿、肥胖等学生常见病，实现健康口腔、健康骨骼、健康体重目标，奠定了坚实基础。通过“进镇村”活动，全面增强了广大居民对高血压、糖尿病、心血管疾病等慢性病危害认识；让居民知晓了高盐、高糖、高脂对人体的危害，懂得了自己是自身健康的第一责任人，掌握了减盐、减油、减糖等方式与技巧，管好自己的嘴，管好家人的嘴，从自己做起，从现在做起，树立健康生活方式；形成了跳广场舞的人多了，散步爬山的人多了，参与健身活动的人多了的全民运动局面，充分调动了全民参与慢性病防控的积极性，从而预防慢性病的发生。

（二）慢性病患者管理效果明显改善

我院辖区内35岁以上人口14486人，2020年35岁以上人群高血压患病率32.39%，高血压患者应管理人数1639人，已管理的高血压患者1704人，按照规范要求进行高血压患者健康管理人数1054人，高血压患者规范管理率61.85%，最近一次随访血压达标人数1243人，管理人群血压控制率72.94%，在管高血压患者家庭医生签约人数1588人，在管高血压患者家庭医生签约率93.19%；年辖区内2型糖尿病患者应管理人数566人，已管理的2型糖尿病患者579人，按照规范要求进行2型糖尿病患者健康管理人数364人，2型糖尿病患者规范管理率62.86%，最近一次随访空腹血糖达标人数421人，管理人群血糖控制率72.71%，在管2型糖尿病患者家庭医生签约人数554人，在管2型糖尿病患者家庭医生签约率95.68%。血压、血糖控制不满意的病人经过家庭医生的巡诊和电话随访等指导，大部份患者能在两周内都基本控制满意，少部分控制不满意的患者转诊到卫生院或县级医共体医院住院进一步治疗。经过治疗病情稳定后转回社区由原来的家庭医生团队继续管理。其他慢性病患者在疫情期间经过家庭医生团队对其进行针对性的综合干预也得到了良好的控制。

（三）居民满意度明显上升

我院通过家庭医生式服务团队，为慢性病患者提供全面、连续、主动的健康管理，送医送药上门，指导患者用药，使慢性病人不断药，服药依从性提高了，对疾病认识增强，进一步提升群众知晓率和满意度。

三、体会

慢性病防治工作是一项必须长期坚持的社会系统工程，目前在实施过程中还存在诸多不足和问題，庞大的慢性病患病人群和相对紧缺的医疗卫生资源决定了患者自身必须承担大部分疾病管理的工作。然而这些患者对自身的病情要么没有引起足够的重视，听之任之；要么虽然重视，但缺乏自信心和管理自身疾病所需的知识技能，陷入无尽的担忧和恐惧之中。通过开展优质服务基层行活动，加强队伍建设，改进服务态度，提高服务能力和水平，充分发挥基层卫生服务作用，探索建立以防治结合、医防融合的新的慢性病管理模式，以慢性病为突破口，充分发挥家庭医生式签约服务优势，让老百姓在家切实享受到优质社区卫生服务并从中获益。

镇中心卫生院将继续加大基本公共卫生服务项目重视力度，不断建立和完善卫生政策，建设实用、有效的基本公共卫生服务信息管理平台，让基层工作人员把更多的时间用在为群众服务上。将慢性病防控的健康教育深入到医生的骨髓中，从自身做起！作为健康教育的传播者，也是整个健康工程中的直接受益人群，首先我们自身是健康的，才能站在人群中作为健康标杆。

农村地区的人群健康状态极其不均，没有建立起良好的健康意识形态，往往是“小病拖、大病扛，实在不行见阎王”的密集区。在农村基层的慢性病管理中，我们是在各种困惑阻力中摸索前进，在艰难的摸索中学会了坚持，在坚持中收获一丝丝的喜悦。我们坚信，做下去，就有希望！

重庆市铜梁区疾控中心 2024-3-15