

互联网+医护联动用于贫困地区居家患者的应用进展

代玲玲 刘艳 张剑虹 刘淑国 齐雁飞

赤峰市宁城县中心医院, 内蒙古赤峰, 024200;

摘要: 随着“互联网+护理服务”政策的深入推进, 贫困地区居家患者的医疗服务需求与资源供给矛盾日益凸显。本文系统梳理了医共体模式下“互联网+医护联动”服务体系的构建要素, 重点分析其在资源匮乏地区的创新实践, 详细阐述服务模式构建、运行机制创新及风险防控体系, 提出通过医护资源整合、服务半径拓展和同质化培训等策略, 有效破解偏远地区居家患者就医难题。本研究为同类地区开展“互联网+医护联动”服务提供理论依据和实践参考。

关键词: 互联网+医护联动; 贫困地区; 居家患者; 医共体模式; 延续护理

DOI: 10.69979/3029-2808.25.02.045

2019年2月国家卫生健康委员会《“互联网+护理服务”试点工作方案》的出台, 标志着我国护理服务模式进入数字化转型新阶段。数据显示, 截至2023年, 全国已有超过200个城市开展互联网护理服务, 但服务覆盖率呈现显著地域差异, 经济发达地区已形成较完善的服务网络, 而贫困地区仍面临多重困境。以内蒙古宁城县为例, 县域总面积4305平方公里, 61万人口中87.7%为农村人口, 两家三级医院集中分布于县城东南边缘, 导致医疗资源呈“中心-边缘”梯度衰减分布。对此, 本研究将基于贫困地区的特殊医疗生态展开分析, 综述并构建适配性更强的“互联网+医护联动”服务模式。

1 贫困地区居家患者的医疗现状与需求

1.1 贫困地区医疗资源现状

贫困地区的医疗资源匮乏问题突出, 主要体现在以下几个方面: (1) 基础设施不足: 乡镇卫生院和村卫生室普遍缺乏必要的诊疗设备, 如便携式超声、动态心电图监测仪等, 难以满足复杂病情的诊断需求^[1]。(2) 专业人才短缺: 全科医生和专科护士的数量严重不足, 且人员流动性大, 导致基层医疗服务的连续性和专业性难以保障。(3) 药品供应不稳定: 偏远地区的药品配送周期长, 慢性病药物和急救药品的供应时常中断, 影响患者的长期治疗^[2]。(4) 资源分布不均: 优质医疗资源高度集中在县城医院, 偏远山区患者难以获得及时、有效的医疗服务^[3]。

1.2 居家患者面临的困难

(1) 就医不便: ①地理屏障: 山区地形复杂, 交通不便, 患者往返医院需要耗费大量时间和精力, 尤其是失能患者和老年患者的转运风险较高^[4]。②时间成本

高: 偏远地区患者就医往往需要家属陪同, 导致家庭劳动力损失和经济负担加重。③季节制约: 雨季道路塌方、冬季冰雪封路等自然条件进一步加剧了就医难度, 部分患者被迫中断治疗。

(2) 医疗费用负担: ①直接医疗费用: 即使有医保报销, 患者仍需承担部分自费费用, 这对于低收入家庭来说仍是沉重负担^[5]。②间接经济成本: 就医过程中的交通、食宿等非医疗支出进一步加重了家庭经济压力, 部分患者因此选择放弃治疗。③费用逃避现象: 一些慢性病患者为节省费用, 自行减少药物用量或中断治疗, 导致病情恶化。

(3) 专业护理与康复指导的缺失: ①并发症风险高: 缺乏专业护理的卧床患者易发生压疮、感染等并发症, 影响康复效果^[6]。②康复知识匮乏: 患者家属普遍缺乏专业的护理技能, 如正确的翻身拍背手法、伤口护理方法等, 导致康复进程缓慢。③心理支持不足: 长期患病和居家隔离使患者容易产生焦虑、抑郁等心理问题, 但贫困地区缺乏专业的心理干预资源^[7]。

1.3 对“互联网+医护联动”的需求

(1) 即时性需求: 急性发作或病情突变的患者需要快速获得专业医疗干预, 以减少并发症和不良后果。

(2) 连续性需求: 慢性病患者需要定期接受病情监测和用药指导, 以确保治疗的连续性和有效性^[8]。(3) 人文性需求: 独居老人和失能患者不仅需要医疗护理, 还需要心理疏导和社会支持, 以改善生活质量^[9]。

2 “互联网+医护联动”模式解析

“互联网+医护联动”模式是一种以互联网技术为支撑, 通过医生与护士的协同合作, 将传统院内医疗服

务延伸至患者居家的新型医疗服务形态^[10-11]。其核心在于利用互联网技术打破医疗服务的时空限制,实现医疗资源的优化配置和高效利用^[12]。该模式不仅强调技术的创新应用,更注重医护团队的协作与患者的深度参与。

2.1 “互联网+医护联动”模式的融合要素

(1) 技术与医疗的融合:通过互联网平台将远程诊断、智能调度、数据监测等功能整合,形成线上线下无缝衔接的服务闭环;(2) 医护专业的融合:医生负责诊断与治疗方案的制定,护士负责护理操作与康复指导,两者通过平台实现信息共享与协同决策;(3) 医疗与人文的融合:在提供专业医疗服务的同时,关注患者的心理需求与社会支持,提升服务的温度与人性化水平^[13-14]。

2.2 “互联网+医护联动”模式的构成要素

(1) 互联网技术支撑:①智能调度系统:基于地理信息系统(GIS)和实时路况数据,动态规划最优服务路径,确保医护人员能够快速、安全地到达患者家中^[15]。②远程会诊平台:通过高清视频传输和电子病历共享,实现三级医院专家与基层医护人员的实时互动^[16]。

(2) 医护团队协作:①资质互认与权限分配:通过互联网平台实现跨机构执业备案,医生可以在线开具电子处方,护士则根据医嘱执行护理操作^[17-18]。平台内置权限管理系统,确保医疗行为的合法性与规范性^[19]。②联合培训与能力提升:定期开展线上线下结合的培训课程,内容包括山区急救技能、居家护理操作规范等^[20]。通过情景模拟和案例分析,提升医护团队在居家环境下的应急处置能力。

(3) 患者需求与参与:①需求表达与反馈:通过语音交互、图文上传等多种方式,患者可以便捷地表达服务需求^[21]。平台还设有满意度评价功能,患者可以对服务质量进行实时反馈。②知情同意与风险告知:在每次服务前,医护人员通过增强现实(AR)技术向患者展示操作流程和潜在风险,患者通过电子签名确认知情同意书^[22]。

2.3 “互联网+医护联动”模式的运行机制

(1) 线上预约与诊断流程:①智能分诊:患者通过微信公众号或APP填写症状及要求选择合适的服务项目。②资源匹配:平台根据患者的地理位置、疾病类型和服务需求,自动匹配具备相关资质的医护团队^[23]。对于偏远地区患者,系统优先指派熟悉当地路况的医护人员。

(2) 线下服务执行与反馈:①标准化操作流程:每类服务都有详细的操作规范,如伤口护理需完成环境评估、器械灭菌、操作记录等步骤。平台内置质控清单,确保每个环节都符合医疗标准。②过程追溯与记录:医护人员全程记录服务过程,关键操作画面上传至平台。这不仅保障了医疗安全,也为后续纠纷处理提供了依据。③双向评价与改进:服务结束后,患者从服务时效、操作规范、沟通态度等维度对医护人员进行评分。同时,医护人员也可以反馈患者的配合度与环境风险,为后续服务优化提供参考。

3 “互联网+医护联动”模式的优势与成效

3.1 提升医疗服务可及性

该模式通过互联网技术将优质医疗资源延伸至患者家中,显著提升了服务的可及性:(1) 扩展空间覆盖:服务半径从县城周边扩展至偏远山区,覆盖更多交通不便的患者群体。(2) 拓展服务对象:将失能老人、术后患者等传统“就医困难群体”纳入服务范围,填补了医疗服务的空白。

3.2 优化医疗资源配置

(1) 人力资源活化:医护人员的服务范围从院内扩展至院外,时间利用率显著提高,乡镇卫生院的参与度也大幅提升。(2) 知识辐射效应:三级医院专家通过远程指导提升了基层医护人员的专业水平,减少了患者转诊需求。

3.3 降低患者医疗成本

(1) 直接费用缩减:居家服务的次均费用远低于住院治疗,进一步降低了患者的经济压力。(2) 预防性效益:通过早期干预和定期随访,减少了慢性病急性发作的住院率,避免了高额的医疗支出。

3.4 改善患者健康状况与生活质量

在提升医疗效果的同时,该模式也显著改善了患者的生活质量:(1) 临床指标改善:通过专业的居家护理和康复指导,患者的病情控制效果显著提升,并发症发生率大幅下降。(2) 功能恢复的提升:脑卒中、骨折等患者的康复进程加快,日常生活能力显著改善。(3) 社会效益增强:患者满意度高,家庭照护负担减轻,社会支持网络得到加强。

4 结论

“互联网+医护联动”模式。依托先进的信息技术,

从多个关键维度展开深度变革。打破了地域限制,将优质医疗资源广泛投射到贫困地区,实现了医疗服务网络的广泛覆盖与高效连接。同时,通过技术场景创新,打造出一系列贴合贫困地区实际需求的医疗应用场景,如远程会诊、在线问诊、等。这一模式为破解贫困地区居家患者就医难题提供了系统性解决方案,为其他贫困地区开展互联网医疗服务提供了极具价值的参考。展望未来,为进一步推动医疗服务的全面发展与升级,实现从“健康扶贫”向“健康普惠”的转型升级,还需在多个重要领域深化研究。一方面,要着力构建跨区域协作机制,打破区域之间的医疗资源壁垒,实现不同地区医疗资源的共享与协同,让更多患者受益于优质医疗资源。另一方面,要加大对智能决策支持系统的研究投入,借助大数据分析、人工智能等前沿技术,为医生提供精准、科学的决策依据,进一步提升医疗服务的质量与效率。

参考文献

[1] 洪闯,李中明.数字乡村背景下农村医疗健康信息协同关键影响因素识别研究[J].情报科学,2024,42(07):116-125.

[2] 李立清,喻明.数字赋能农村医疗卫生服务体系高效建设的关键要素与驱动路径——基于28个案例的模糊定性比较分析[J].科技情报研究,2024,6(03):41-55.

[3] 丁茵琪,崔沙宇.基于SFIC模型的农村医疗卫生协同治理困境及提升策略研究[J].中国农村卫生,2024,16(06):65-70.

[4] 唐敏.“可及性”视角下农村智慧医疗建设研究[J].经济研究导刊,2024,21(03):105-107.

[5] 陈佩奇,靳卫东.农村医疗服务供给结构对慢性病治疗的影响[J].河北农业大学学报(社会科学版),2023,25(06):57-70.

[6] 蔡培强,贫困地区远程医疗智能化平台建设与应用.四川省,屏山县人民医院,2022-07-21.

[7] 韦艳,杨婧.远程医疗对我国5省农村贫困地区居民健康状况的影响[J].医学与社会,2022,35(05):60-64+70.

[8] 焦思琪,王春光.医疗卫生共同体背景下农村医疗服务供给公正性研究[J].江苏社会科学,2022,7(02):156-165+243.

[9] 李海涛,张桂兰,万旭东,等.偏远贫困地区基层医疗机构的药学服务现状与发展方向调查分析[J].临床

合理用药杂志,2021,14(26):157-160.

[10] 罗志红,孙伯焄.乡村振兴战略下农村公共医疗服务供给路径优化研究[J].北方经济,2021,4(09):60-63.

[11] 崔学光,宁夏贫困地区精准医疗科技扶贫模式.宁夏回族自治区,宁夏医院管理协会,2021-07-15.

[12] 荆媛,黄琪,刘思雨,等.城乡医疗对口支援对促进贫困地区基层卫生服务能力建设的实践研究[J].卫生软科学,2021,35(02):3-6.

[13] 何卓文,王彦杰,吴建,等.贫困地区基层医疗机构设备管理现状分析[J].中国卫生事业管理,2021,38(01):18-21+28.

[14] 张绍飞.“互联网+医疗扶贫”的困境与优化路径分析[J].法制与社会,2020,4(19):112-113.

[15] 唐敏.“可及性”视角下农村智慧医疗建设研究[J].经济研究导刊,2024,6(03):105-107.

[16] 陈佩奇,靳卫东.农村医疗服务供给结构对慢性病治疗的影响[J].河北农业大学学报(社会科学版),2023,25(06):57-70.

[17] 高点,史卢少博,林锦慧,等.基于DEA-GIS方法的我国农村医疗卫生资源配置效率及公平性研究[J].中国全科医学,2024,27(07):849-856.

[18] 程雅清.乡村振兴背景下农村医疗卫生服务供给现状及高质量发展路径[J].中国农村卫生,2023,15(05):42-44.

[19] 裴璇,俞佳立,钱芝网,等.中国农村医疗卫生服务效率的区域差异研究[J].统计与决策,2022,38(22):40-45.

[20] 蒙院刚,陈英.甘肃省农村医疗卫生资源配置的公平性研究[J].现代医院管理,2022,20(03):1-4.

[21] 刘津,张明.定期巡诊与农村医疗服务水平提升的经验启示[J].经济研究参考,2022,11(02):40-45+129.

[22] 段玉柳,刘存生.乡村振兴背景下农村医疗保障现状分析及改进策略[J].农村经济与科技,2021,32(20):233-235.

[23] 蔡金龙,刘征,杨凤李,等.贫困地区医务人员远程医疗使用意愿及影响因素调查——以重庆市城口县为例[J].现代预防医学,2020,47(15):2766-2769.

基金项目:内蒙古自治区公立医院科研联合基金科技项目编号:2023GLLH0281;