

· 社区康复 ·

中心城区社区康复的探索与实践

葛建霞 杨柯君

曹家渡社区位于上海市中心城区,面积 1.5 km²,人口 7.8 万,其中 60 岁以上的老人占总人数的 21.38%。社区内残疾人占人口数的 0.4%。脑卒中发病率 256/10 万人。存活的脑卒中患者中 67.8% 遗留肢体功能障碍,其中 82% 的患者需要他人照顾,增加了社会、家庭 and 个人的负担。

1997 年起,我们一级医院在向社区卫生服务功能转化的过程中,进行了社区康复的探索和实践。

政府领导,建立社区康复管理体制

社区康复是全面的康复,牵涉到医疗、教育、就业等各个方面,因此单靠医疗机构是很难完成的,尤其不能把医院康复的模式缩小搬到社区里去。因此,我们采用的是“政府领导,街道负责,卫生实施,各方参与”的社区康复管理模式(图 1),开展的是集医疗、预防、康复、健康教育为一体的综合康复服务。

区政府成立了由分管区长为组长的社区卫生服务联席会,由卫生、民政、残联、街道等部门共同参加,负责区域范围内社区康复的规划、布局和政策导向。区卫生局下设社区卫生服务技术指导中心,由二、三级医院和防治站组成,负责社区康复的指导、考核和人员培训等工作;街道办事处成立了社区健康促进委员会,由社区民政、老龄委、残联、卫生和教育等部门共同组成。主要职责是组织、落实和协调社区康复的各项具体工作。

社区卫生服务中心同时接受区卫生局和街道的双重领导。其主要功能是开展六位一体的社区卫生服务。其中社区康复已经成为社区卫生服务中不可缺少的组成部分。社区康复用房由街道办事处协助解决。彻底改变了以前社区康复工作中各自为政的被动局面。形成了社会各方共同参与、社区单位共同集资、社区资源充分共享及亲友邻里互助互济的良好氛围,为社区康复事业走上一条可持续发展的道路奠定了基础。

资源重组,建立社区康复的三级网络

区政府根据区域卫生规划,充分利用现有的医疗资源,通过重组、联合、撤并,在不增加投入的基础上,建立起崭新的社区康复服务网络。我区原来的一所区级老年医院通过重新整合,改建成以老年慢性病康复为特色的老年医院,同时也是加拿大蒙特利尔大学和华东师范大学运动医学系的实习基地。在市康复医学会和区残联等的支持下,成为区域内康复技术指导 and 业务培训的的教学中心。社区卫生服务中心是开展社区康复的主体,中心建有老年康复护理病房,建立了设备完善的社区康复训练室(站),是社区内残疾人的康复辅导活动的中心。按照每 1~2 万人口建立一个社区卫生服务站的要求,社区卫生服务中心下设 5 个社区卫生服务站。每个社区卫生服务站有 3~5 名医护人员,每人负责 1 000 户居民的家庭保健康复服务。

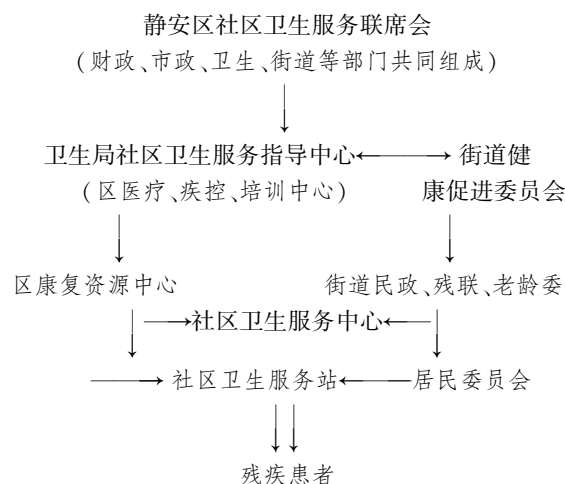


图 1 社区康复管理模式

近年来,区域范围内建有康复指导机构 2 个,其中肢残康复机构 1 个,精神卫生中心 1 个,低视力康复部 1 个,聋儿家长学校 1 所,脑瘫康复机构 1 个,智残儿童寄托站 1 所,智残辅读学校 2 所,社区康复站 5 个,助残用品供应站 6 个,社区卫生服务点 42 个,形成了自上而下的三级康复服务网络。

“按需康复”,把社区康复落实到每个人

在建立家庭健康档案的基础上,我们按照社区残疾人的不同类别和残疾程度,实行分类指导,把康复措施真正落实到每个具体的患者。1999 年来,我们为社区 213 名肢体伤残者实施了系统康复,为 3 例小儿麻痹症肢体残疾者作了矫治手术,为 5 例残疾人安装了假肢,为 12 名学前智残儿童作了康复训练;为社区内 7 324 例 70 岁以上老人进行视力普查,其中 128 例白内障患者作了复明手术,手术成功率 90%;52 名低视力者配用了助视器;为 23 名听力障碍患者安装耳聋助听器。24 名重度精神病患者落实了住院治疗,267 例轻中度精神病患者纳入社区康复范围。新发脑卒中肢体残疾患者 2 个月内全部落实社区康复措施。对社区内大量慢阻肺、冠心病、糖尿病患者也分别落实了康复教育。对脑卒中肢体残疾患者,根据病情不同,阶段不同,我们采取不同的康复途径。

新发脑卒中患者,在急性发病 1 周内,大多数转入二、三级医院内进行康复训练,时间一般在半个月到 1 个月左右。然后转到社区卫生服务中心继续治疗。

进入缓解期的出院患者以及肢体瘫痪伴有多种慢性疾病的患者,进入社区卫生服务中心的康复护理病房或者康复型的家庭病床。在医护人员的监护下进行康复训练。

对病情基本稳定的脑卒中肢体残疾患者,参加社区组织的康复俱乐部,开展集体康复训练。上下级康复医疗机构建立了“双向转诊”的关系,病情稳定的患者转入社区继续康复治疗,基层不能治疗的残疾患者转入上级康复机构进行治疗。这样的

结果使得 95% 的新发脑卒中患者都能落实康复措施。从而扩大了康复的覆盖面,康复费用进一步减少。脑卒中肢体残疾社区康复的具体操作流程:全科医师接到报病单后,先由社区医生上门进行功能评估,开出康复处方,进行康复指导,培训家庭康复员。3 个月后进行阶段评估,反复循环,然后进入全面康复(生活、作业、劳动康复),最终达到回归社会的目的。我们为每位脑卒中肢体残疾患者建立康复档案。运用国内外常用的运动功能障碍和生活能力评定量表,建立了脑卒中肢体残疾评估体系,使社区康复进入科学化、规范化的轨道。

“因地制宜”,探索社区康复的服务模式

社区康复目前政府投入不足。要用较少的钱,使大多数的慢性病和残疾人得到康复治疗,就必须采取多种形式的康复途径,发挥残疾者本人、家属和社会各方的共同作用。

一、建立区域内新发脑卒中肢体残疾患者的报病网络

新发患者由医院和社区志愿者填写《上海市心脑血管病报病卡》,经过上海市疾病控制中心,最后反馈给患者居住地的社区卫生服务中心。社区医师接到报病单后,上门服务进行功能评估,根据不同的残疾情况,进行导医分流,或转到康复中心,或者建立家庭病床,保证康复措施落实到位,并建立随访制度。

二、建立康复家庭病床

社区卫生服务中心的全科医师每周上门康复治疗 1~2 次,还开设了 BP 机 24 h 特需服务。培训家庭康复员,提倡家属帮助下的自我康复,基本保证每天训练 1~2 次。注意发挥针灸、推拿、火罐等祖国传统医学的特长。康复费用纳入基本医疗保险报销范围

三、推广脑卒中肢体残疾康复系列操

制作了影像资料,编印了 CBR 活页图解,由脑卒中肢体残疾的良姿位、翻身操、椅子操和站立操等组成。方便易学,安全有效,不需费用开支。充分发挥了患者的主动性,由患者按图示自行进行康复锻炼,是符合国情的价廉有效康复手段。

四、建立康复俱乐部

社区脑卒中康复俱乐部是残疾人自我教育,自我管理的课堂。俱乐部由患者本人、康复医生、患者家属参加。每季度活动 1 次,在医生的指导下,开展集体康复训练,交流康复经验,起到事半功倍的效果。

五、组织康复联谊会

由残疾人自发组成,街道民政部门给予必要的资助。组织残疾人开展歌咏、书画、制作、演奏等自娱自乐活动,充分发挥运

动康复和娱乐康复相结合的优势。增强他们的自信,陶冶他们的情操,从而树立起战胜疾病的信心。

六、编印社区康复的宣传资料,加强康复信息的传播

结合“助残日”、“爱眼日”、“精神卫生宣传周”等活动,组织大型宣传咨询活动,编印了《康复指导丛书》、《残疾预防丛书》等,向残疾人免费配发共 32 个品种书籍(包括图册)及录像带 1000 余册(盒)的康复业务。

七、成立康复志愿者小组

参加助残志愿者小组的成员既有干部、医生,也有居民,除帮助残疾人开展家庭康复外,还帮助残疾人洗衣送饭、代写书信、买菜购物,从而形成爱残助残的良好社会氛围。

八、建立社区残疾人(尤其是脑瘫儿)日托站

患者日出而来,日落而归,儿童还有专人接送,通过简单的工疗、娱乐,让残疾人学会生活自理能力和谋生手段,逐步达到病而不残,残而不废的目的,早日重归社会。

以人为本,形成全科医生为骨干的康复队伍

在开展社区康复的过程中,我们十分注重队伍建设和培养。我们有一支技术精湛的专家顾问小组。他们是由上海市康复医学会造诣很深的专家教授组成。专家们坚持每周 1 次无偿下社区指导康复工作,市康复医学会还不定期在社区举办康复新进展学习班,并主动担负起社区康复人员的培训、现场指导,成为社区康复的坚强后盾。1996 年以来,我们累计选派 12 名医护人员参加了中国康复研究中心举办的 4 期“OT、PT 康复治疗师技术培训班”。社区共举办了 2 期 96 名管理人员、康复员、医护人员、患者家属参加的脑卒中康复、低视力康复、精神康复等知识培训班。全科医师作为今后社区康复的主要力量,社区卫生服务中心 80% 的临床医生参加了为期 1 年的全科医学岗位培训。26 名大学本科生参加了上海市全科医生培训中心的 4 年制规范化全科培训,社区康复已经成为全科医师必须具备的知识之一,全科医师必将成为社区康复领域的一支生力军。社区康复是一门全新的学科,我们的工作刚刚起步。社区康复虽然是一项造福于民的希望工程。但是人们还不够重视,社区康复希望得到医保政策更有力的支持。康复队伍的建设更是十年树木,百年树人。适合社区康复的适宜技术将有待更多患者的验证。但是坚冰已经打破,道路已经开通,我们将不断探索,为中国的康复事业献出我们的微薄之力。

(收稿日期:2001-11-19)

(本文编辑:欧阳兆明)

· 学会信息 ·

国际物理医学与康复医学学会欢迎会员提供信息

国际物理医学与康复医学学会(ISPRM)欢迎所有会员向总会办公室提供其所在国家与地区物理医学与康复医学及相关领域的活动信息(包括会议消息及有关的动议等)。这些信息将被安排在该会编辑的通讯“News & Views Newsletters”上发表,并广泛传送到所有 ISPRM 的个人和国家级学会会员。