

# 上海市整合式慢性病社区健康管理模式实施障碍和促进因素——基于常态化过程理论的定性研究



隋梦芸<sup>1, 2#</sup>, 冯嘉宸<sup>1#</sup>, 张晟<sup>1</sup>, 程旻娜<sup>1</sup>, 王玉恒<sup>1</sup>, 付晨<sup>1</sup>, 施燕<sup>1</sup>

1. 上海市疾病预防控制中心慢性非传染性疾病与伤害防治所 (上海 200336)
2. 复旦大学公共卫生学院 (上海 200032)

**【摘要】目的** 从实施者角度深入剖析整合式慢性病社区健康管理模式实施的促进和障碍因素, 弥合转化差距, 为政府部门提供政策建议。**方法** 围绕常态化过程理论 (normalization process theory, NPT) 的四个结构 (连贯性、认知参与、集体行动和反思性监测) 制定定性访谈话卷, 对上海市 10 个行政区 11 家社区卫生服务中心的 40 名专业人员进行访谈, 利用 NVivo 12 软件编码。**结果** 共归纳出 4 个主题词、11 个副主题词, 分别为一致性 (感知价值、了解并执行新模式的目的和愿景、新技能和新要求)、认知参与 (实施者对新模式的态度、多部门共同参与)、集体行动 (模式实施现况、团队成员的配合与协作、资源支撑)、反思性监测 (数据易得性、共享实施进展和成效、人群标签化和个性化预警)。**结论** 该模式在实施中面临服务目标不明晰、人员不固定、资源支撑力度不足等挑战, 未来建议采取制定更为清晰的服务目标, 提高对模式的认同感, 加快推进服务人员的定岗定责, 提高新模式与家庭医生的粘合度, 加强主管部门与社区以及团队内部信息的披露与共享, 提高实施者对数据的易得性和使用率, 建立患者个案预警系统并对人群分级分类, 加强政府投入等措施。

**【关键词】** 常态化过程理论; 整合式慢性病社区健康管理模式; 障碍因素; 促进因素

**【中图分类号】** R 197.1 **【文献标识码】** A

Barriers and facilitators to the implementation of integrated community multimorbidity care model in Shanghai—a qualitative study based on normative process theory

SUI Mengyun<sup>1,2#</sup>, FENG Jiachen<sup>1#</sup>, ZHANG Sheng<sup>1</sup>, CHENG Minna<sup>1</sup>, WANG Yuheng<sup>1</sup>, FU Chen<sup>1</sup>, SHI Yan<sup>1</sup>

1. Division of Chronic Non-communicable Diseases and Injury Prevention, Shanghai Municipal Center for Disease Control and Prevention, Shanghai 200336, China

2. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

#Co-first authors: SUI Mengyun and FENG Jiachen

Corresponding author: SHI Yan, Email: shiyan@scdc.sh.cn

**【Abstract】Objective** To analysis of the facilitators and barriers to the implementation of the integrated community multimorbidity care model from the perspective of the implementers,

DOI: 10.12173/j.issn.1004-5511.202404097

# 为共同第一作者

基金项目: 国家科技创新 2030 “癌症、心脑血管、呼吸和代谢性疾病防治研究”重大专项 (2024ZD0524204); 上海市“科技创新行动计划”国内科技合作项目 (24010703300); 上海市公共卫生重点学科项目 (GW1-11.1-20)

通信作者: 施燕, 主任医师, 硕士研究生导师, Email: shiyan@scdc.sh.cn

to bridge the implementation gap, and to provide policy recommendations for government. **Methods** A qualitative interview questionnaire was developed around the four constructs of normalisation process theory (NPT) (coherence, cognitive engagement, collective action and reflective monitoring) and 40 professionals from 11 community health centers in 10 administrative districts of Shanghai were interviewed, with data coded using NVivo 12 software. **Results** A total of 4 thematic terms and 11 sub-thematic terms were summarized as coherence (perceived value, understanding and implementing the purpose and vision of the model, new skills and requirements), cognitive engagement (implementers' attitudes towards the new model, multi-sectoral engagement), collective action (current status of model implementation, team members' cooperation and collaboration, resource support), reflective monitoring (data accessibility, sharing of implementation progress and effectiveness, population labelling and personalized alerts). **Conclusion** The model faces challenges in implementation such as unclear service objectives, irregular staffing, insufficient resource support, insufficient adherence with family doctors, unavailability of relevant data, and low utilization of services, etc. It is recommended that clear objectives be set to increase recognition of the model, establish fixed posts and responsibilities for service providers, strengthen information disclosure and sharing between the authorities, the community, and within the team. Additionally, the utilization rates of voice follow-up and risk assessment should be improved, and standardized training for more specialized techniques should be provided to enhance data accessibility and utilization by implementers. Furthermore, an early warning system for patient cases should be established, along with grading the population, and government investment should be strengthened.

**【Keywords】** Normalization process theory; Integrated community multimorbidity care model; Barriers; Facilitators

慢性非传染性疾病负担日益加重, 预防、筛查和建立行之有效的管理模式是应对非传染性疾病的举措<sup>[1]</sup>。在国家宏观政策和慢性病患者健康需求的双重驱动下, 上海市建立了整合式慢性病社区健康管理模式(以下简称“新模式”), 旨在提供全生命周期、全过程和全链条的慢性病预防、治疗和康复服务。其主要内涵是以“共病管理”为切入口, 以健康管理支持中心为载体, 以升级版的社区慢性病健康管理信息系统为支撑, 应用覆盖高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)、癌症等多种常见慢性病的联合风险评估、筛查、随访、干预等共病管理适宜技术, 通过技术整合、数据整合、服务整合, 促进慢性病多病共防、多病共管, 有力推进社区慢性病健康管理从以病为核心向以人为核心转变, 从单病管理向共病管理转变, 从各自为阵向医防融合、分工协作转变, 从粗放管理向精细管理转变<sup>[2-3]</sup>。

目前, 国内外研究聚焦于制定和实施各类慢性病的预防和管理措施以及对其成效进行评估, 往往忽视了对其服务过程和服务质量的中间层面研究, 缺乏对管理体系、机构组织运作、内外部

环境的了解, 尚不清楚其如何具体实施并与初级卫生保健工作有效整合。实施科学的发展为上述问题提供了新思路和新方向<sup>[4-6]</sup>。为了推动新模式的成功实施并融入到现有基层医疗卫生体系中, 深度探究该模式的属性、优势与劣势及内外部影响因素至关重要。

常态化过程理论(normalization process theory, NPT)可以实现复杂医疗干预措施向常规实践转变<sup>[7-8]</sup>, 涵盖连贯性(理解新模式)、认知参与(参与新模式)、集体行动(提供新模式)和反思性监测(评估实施效果)四个模块, 已被国内外众多学者采用, 特别是在初级卫生保健中。例如 Davis 和 Hogan-Murphy 分别就共同决策的个人健康记录系统(e-PHR)和药物管理电子系统实施过程中存在的问题进行分析<sup>[9-10]</sup>; 我国积水潭医院利用 NPT 理论了解多学科联合管理对老年人髌部骨折管理措施实施过程中的障碍等<sup>[11]</sup>。NPT 认为, 在医疗保健环境中实施的干预措施受到其本身特征、参与者以及内外部环境的影响<sup>[12-13]</sup>。因此, 本研究运用 NPT 理论框架, 从实施者角度分析新模式在实施过程中的促进和障碍因素, 为未来模式的整合和改进提供政策依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

本研究属于定性研究。采用目的性抽样和专题小组访谈方式，抽样涵盖上海市松江、闵行、徐汇、浦东、宝山、普陀、黄浦、奉贤、嘉定和虹口共 10 个行政区的 11 家社区卫生服务中心（小昆山镇、斜土街道、古美、安亭镇、高东、西渡街道、罗店镇第三、凉城新村街道、万里街道、老西门街道、打浦桥街道），共计 40 位专业人员（全科医生、注册护士、公共卫生医师、信息人员、志愿者等）接受了访谈，他们均参与了新模式的实践。纳入的 11 家社区卫生服务中心各组织 1 次焦点小组访谈，访谈时长约为 60~75 min。本研究已获得上海市疾病预防控制中心医学科伦理委员会审核批准（批号：KY-2024-52-B）。

### 1.2 问卷访谈

本研究访谈提纲的确定是以 NPT 的四个模块（连贯性、认知参与、集体行动和反思性监测）为主要框架，设计研究思路，制定访谈问卷，设置开放性问题以获取实施者更为深刻的观点和看法<sup>[14]</sup>。其中，连贯性包括新模式与传统健康管理模式的差别，需要哪些新的要求或技能，有何潜在价值和优势，团队成员对新模式是否达成一致等 4 个问题；认知参与包括是否有重要领导、医生、护士等推动新模式的实施，是否可以成为初级卫生保健的常规工作，其促进和阻碍因素是什么，是否继续支持该模式等 3 个问题；集体行动包括实施过程中是否能执行新模式要求的服务内容（标准化的测压、测糖、风险评估、随访、转诊等），执行的程度如何，是否有充足的资源（有相关知识的医师或护理人员、资金、定期规范化的培训等）来支持新模式的实施，各位实施参与者的配合程度等 4 个问题；反思性监测包括是否曾评估或可以获得有关新模式的实施效果（血压控制率、血糖控制率、健康行为改变、依从性等）以及如何根据评估结果进行修正和调整模式等 3 个问题。访谈之前课题组在松江区小昆山社区卫生服务中心和黄浦区斜土社区卫生服务中心做了预调查，并根据访谈结果对问卷进行了改进。

### 1.3 资料分析

采用主题框架分析对经转录后的访谈资料进行分析，主要包括熟悉文本、确定主题框架、索

引、映射和解释等步骤。访谈中使用录音笔进行录音，研究人员对录音进行逐字转录，确保转录结果的准确性和详细性，并使用标签和关键词等方式对转录内容进行分类和索引；其他研究人员对转录结果进行仔细校对和审核，避免遗漏关键信息。本研究使用 NPT 理论框架作为编码模板，不再单独开发编码模板，将访谈内容编码到每个领域中，同时检查数据样本、构造以及编码的准确度。研究人员根据访谈内容凝练了 4 个主题词和 11 个副主题词。所有的编码和分析均在 NVivo 12 软件中进行。

### 1.4 质量控制

研究人员审查并讨论了 NPT 编码定义、纳入标准和排除标准，并对所有转录本进行归纳编码，必要时对编码合并调整，以确保编码和后续分析的质量。本研究通过设计合理的访谈问题、制定标准化的访谈流程、培训访谈者、选择合适的访谈对象、多渠道信息收集、记录访谈过程以及确定访谈饱和度评判标准等措施保障研究质量。

## 2 结果

### 2.1 一般情况

40 名访谈对象平均年龄（ $35.25 \pm 6.61$ ）岁，女性 28 人（70.0%）、男性 12 人（30.0%）；全科医生 15 人（37.5%）、护士 18 人（45.0%）、公共卫生医师 6 人（15.0%）、信息技术人员 1 人（2.5%）；职称以中级（18 人，45.0%）和初级（15 人，37.5%）为主，另有副高 5 人（12.5%），无职称 2 人（5.0%）。

### 2.2 访谈结果

#### 2.2.1 主题词：一致性

##### 2.2.1.1 副主题词：感知价值

促进因素 1：实施者体会到新模式的潜在优势、价值和重要性。第一，运用数字化技术提升慢性病服务效率、智能水平与管理能级。慢病患者具有数量庞大、依赖性强、疾病周期长、便捷性要求高、需闭环管理等特点，精准化的检测技术契合慢性病管理特征，可以突破数据传送错误或不正确的问题，有助于提高患者异常检出率，为个体化诊疗打造坚实基础。第二，新模式服务数量、质量、效果可以通过信息系统实时分析、统计与展示，提升智能水平与管理效率。第三，新模式利用智能语音随访、大屏综合展示、居民

端云服务等技术,为居民提供智慧化服务,开展精准化综合风险评估、疾病筛查、诊疗干预、随访等服务,实现全程健康管理,形成了慢性病闭环管理,提升基层服务效能。

访谈对象指出,数字化技术使其更系统了解患者目前所患疾病的现况,并不是分散和碎片化的,是集中疾病、用药、随访等概况,可让家庭医生做出快速的临床判断,并为患者制定个体化的诊疗方案和健康方案。新模式实施后,血压和血糖指标异常检出率提高了10~20个百分点。

促进因素2:创新慢性病管理流程和实现路径。患者首先进入支持中心接受系统的基础性检查后,数据直接上传至家庭医生问诊系统,并在支持中心完成风险评估和随访。通过大数据自动抓取与匹配患者,系统自动追踪患者的就诊信息和检测信息,并提示医生进行随访、药物调整等,实现了数据储存、追踪和共享,开创慢病管理新思路,实现连续性闭环管理。

访谈对象认为,最重要得是减轻了医生随访的负担和工作量,新模式优化了社区慢性病患者的就医流程,慢病工作更加有路径可循,更加细致,便捷度和工作效率更高,居民的体验感和依从性提高。

障碍因素1:患者对新模式的接纳程度,适应程度以及需要程度。社区卫生服务中心就诊人群主要以老年人为主,对新技术的适应能力和接受程度不一;与年轻人相比,老年人更倾向直接和医生交流诊治的方式而非借助仪器来检查身体状况。部分患者在社区卫生服务的需求是配药,认为接受新服务会耗费大量时间和精力,缺乏足够的耐心和健康认识水平有待提高是阻碍新模式推广的重要因素。

访谈对象普遍认为,社区老年人人居多,适应能力差,短时间内还难以适应这样的模式和数字化技术,老百姓思想转变困难,认为到社区卫生服务中心就是配药,不会主动接受新模式。另外,预检系统还没有完全实行,等待接受标准化服务的时间较长,影响老年人积极性。

障碍因素2:社区卫生服务中心注重硬件设施建设而非服务的实质内容。部分社区卫生服务中心关注提供新模式的硬件设施建设和服务面扩展,而并非在提供优质的服务体验和服务内涵方面努力,影响了服务提供的价值与水准。由于分

诊系统未完全建立、慢性病患者数量大、就诊时间集中等因素导致患者等待时间较长。

访谈对象提及虽然场地、设备等都较为完备,新模式运行也有一定的时间,但是服务量和覆盖面仍然处于较低水平,每天20~30人左右,工作人员也在思考如何吸引患者接受该模式。

### 2.2.1.2 副主题词:实施团队了解并执行新模式的的目的和愿景

促进因素1:团队肯定新模式并即时提供信息反馈是关键。团队成员对新模式充分理解,同时为确保新模式的高效实行,彼此间信息的协调和行动的协同十分必要。新模式以日报表和月例会的形式运作,向家庭医生提供服务数量、精准测压、精准测糖、肺功能检测等详细的统计数据,对推行过程中存在的数据上传、仪器故障等问题进行反馈处理。在团队内部对家庭医生、行政助理制定考核标准和考评细则以提高实施者积极性。

访谈对象报告其所在社区卫生服务中心有专人每天导出报表,统计精准化测量与新模式服务情况,并发至家庭医生群,对指标异常患者重点管理,每个季度有家庭医生团队考核和奖惩措施,以提高团队的积极性。团队交流的内容主要包括平时的业务规范与操作规范,若发现有不规范的数据或数据未能及时上传,要及时查找原因并处理,且在培训会上反馈。

障碍因素1:尚未建立具体、清晰的目标。为了更好地推进新模式,其目标和范围应该更加清晰明确,同时也要确定该方案的服务人群以及重点方向等,以便执行人员有针对性地制定详细的工作方案。否则团队将缺乏明确工作指引,导致执行困难,降低执行效率。

访谈对象表示,新模式的长期目标是促进慢性病多病共防、多病共管,但是短期目标是什么,服务人员不知道为什么要建立这个模式,每天的服务数量、服务质量和效果达到多少才算是完成了目标?缺少了这些目标设置,服务人员就是每天实施具体的工作,但不知道为什么要做这些工作。

障碍因素2:缺乏新模式服务人员的配置标准,条线分割影响模式提供。一方面,新模式应由谁来具体操作,服务提供人员的类型、职称、学历等未有标准;家庭医生在模式提供中的功能

定位和职责分工应更加清晰,模式的提供与家庭医生日常工作粘合度有待进一步提高。另一方面,虽然社区卫生服务中心成立了模式工作团队,但由于工作条线分割原因,目前主要仍由防保科和相关公共卫生人员提供健康管理服务,仍需拓宽多元合作途径。

访谈对象指出,目前所在社区卫生服务中心仍是防保科在推动,人员配置存在问题,无明确的人员配置数量和配置类别标准,是责任医生、责任护士还是第三方志愿者?这些人员应具备什么样的能力?未明确人员配置标准,对模式服务提供的顺畅性是巨大挑战。

### 2.2.1.3 副主题词:新技能和新要求

促进因素 1: 学习掌握新的技术和专业知识,以及适应不断变化的要求。实施人员应熟悉并掌握精准化检测设备的使用、日常计量校正和维护等;另外还应具备信息的收集、评价、计划的制订和实施等能力;此外,应擅长与人协作、与患者进行有效的交流以及不断地自我提高与学习,以应对各种新问题和新挑战。

访谈对象认为,所有的医护均应掌握新模式的内容、精准测压测糖的操作和注意事项、数据的来源和互通、家庭医生执行的各项规范、电脑操作等技术和知识。

障碍因素 1: 缺少规范化和专业化的培训。部分健康管理适宜技术受到专业技能门槛限制,例如肺功能检测等需要上级医疗机构规范化培训才能在社区卫生服务中心开展。另外,由于信息不断更新因此需要定期开展规范化培训,以获取最新的动向。

访谈对象表示,社区卫生服务中心仍需上级医院的高血压、内分泌和 COPD 医生给予指导、参与建设,例如在服务提供者进行操作时,对操作中不规范的地方给予建议,对操作之前机器和试纸的质控进行培训,对患者测出危急值时应如何处理等问题进行解答。COPD 等对技术要求高的项目还应鼓励社区服务人员到上级医院进修以提高自身能力。

## 2.2.2 主题词:认知参与

### 2.2.2.1 副主题词:实施者对新模式成为常规初级卫生保健工作的态度

促进因素 1: 实施者认为新模式可以成为常规初级卫生保健工作。从家庭医生角度,标准化

测量、人工智能等技术可获取更为全面、及时、客观的患者健康数据,系统了解患者生命体征,早期识别疾病风险并为家庭医生诊断、治疗、用药、制定个性化的诊疗方案提供支撑,一定程度上减轻了家庭医生重复测量和随访工作的负担。从患者角度,新模式赋能患者成为自身健康责任第一人。此方法通过对个体化健康状况进行分析,通过微信、APP 等个人终端推送给患者,提高患者的参与度和信任度,促进医生与病患之间的沟通。

访谈对象认为,随着医学技术的进步,新的慢性病管理模式需要依靠现代医疗技术的支持,例如互联网医疗和智能医疗等技术,标准化的设备可为家庭医生提供患者全景化和连续性的数据,提高慢性病诊断和治疗,不仅有利于门诊和随访工作的开展,减轻了慢性病管理日常工作负担,还可在手机端实时上传,患者可看到数据变化,有助于自身病情的掌控。

障碍因素 1: 需要更好地结合新的和现有的方式,以提高其适用性和有效性。不同信息系统(如血压测量、血糖测量)之间需要来回切换,且信息系统弹窗界面无法直接显示动态连续数据曲线、患者标签不够明确等问题,系统的设置需更加友好。

访谈对象指出,现在家庭医生诊疗有多个窗口,家庭医生信息系统、血压测量系统、血糖测量系统,需要在不同的窗口进行来回切换,给工作带来不便。患者接受标准化服务后系统中的数值是时点血压,医生更希望看到连续性的血压/血糖变化趋势,才能做出准确的判断。

### 2.2.2.2 副主题词:多部门共同参与

促进因素 1: 多主体推动新模式(关键决策者提供宏观政策支持,领域专家进行指导培训)。新模式得到了政府、卫生行政以及社区卫生服务中心等部门的广泛认同,致使该模式获得相关资助和激励措施并规模化推广。上级医疗机构心血管、内分泌、呼吸等学科领域专家对标准化的服务内容、注意事项、操作流程、设备使用、高危人群和极端异常值的处理等给予指导和实地演练培训,提高社区实施者的服务水平和服务能力。

访谈对象表示,作为试点社区卫生服务中心,政府给予了非常大的支持,配置了大量的设备,上级医院内分泌医生给予指导并参与模式推广,

护士在进行操作时,上级医院医生指出操作中不规范的地方,例如血糖仪质控页的使用规范性问题等。

### 2.2.3 主题词:集体行动

#### 2.2.3.1 副主题词:模式实施现况

促进因素 1: 标准化服务便于新模式执行。实施者根据标准化服务规范,每天为 50~120 人提供服务,服务内容涵盖标准化血压测量、血糖测试、癌症筛查、肺部功能检查以及智能语言跟进等多种项目和形式。

访谈对象指出,社区卫生服务中心经过专业的培训,几乎所有医护均能很好地应用新模式,提供标准化的测压、测糖、风险评估、随访等服务。

障碍因素 1: 语音随访、风险评估和 COPD 筛查利用率不高。由于 COPD 筛查对测量技术和解读要求高,需对社区医生进行系统培训,培训合格后才能上岗,故 COPD 筛查开展较少。患者的风险评估和语音随访存在障碍,其中语音随访需要人机对话,老年患者的普通话不标准且设置的问题较多,患者缺乏耐心,耗费大量的人力和时间;风险评估的程序比较繁琐,需要大量的数据支撑以及科学的评估模型,风险评估项目仍需进一步研究和系统开展。

访谈对象表示,模式中语音随访、风险评估的 AI 智能语音系统使用率较低,老年人对 AI 智能设备比较抵触;AI 智能语音系统一开始是人机对话,老年人普通话不标准导致使用率低,后来改造成做题的方式,但题目设置较多,做一次风险评估耗时 10 min 左右,较为繁琐,影响使用率。

#### 2.2.3.2 副主题词:团队成员间的配合与协作

促进因素 1: 团队组织架构和职责分工明确。首先,明确团队组织架构,由院领导牵头,医务科、防保科、信息科等构成,家庭医生助理负责测量操作和健康管理,家庭医生根据上传数据进行诊断,统计人员分析服务人群的数量、特征等,防保科进行督促指导,设备维护人员定期校准标准化设备。其次,团队定期召开会议,内容包括市级培训中更新的标准化测量业务规范、数据上传质量和及时性、监测指标的异常率、数据的挖掘和利用、深度推广方案等。

访谈对象强调,社区卫生服务中心自上而下

均十分重视新模式的推广,每天对模式精准化测量与门诊测量情况进行统计,并设置每季度团队考核。每个月会把新模式服务数据发给家庭医生,有利于对异常患者进行重点管理。

障碍因素 1: 实施团队人员流动性大,未定岗定责。频繁的人员变动且缺少明确的职责和岗位安排,导致服务质量、服务态度、服务熟练程度参差不齐,无法将责任落实到每位成员上,降低了工作效率和服务水准。

访谈对象强调,人员流动性太大,不定岗定责会影响服务质量,虽然可以找具备资质的第三方工作人员,但人员轮换导致服务熟练度不够,专业知识欠缺,回答居民的问题不一定准确,服务态度也不好,影响居民的满意度和感受度,若社区卫生服务中心再投入人力则成本较高,且人员绩效没有落实。

#### 2.2.3.3 副主题词:资源支撑

阻碍因素 1: 资源支撑力度不足。需要更多资源和人力的投入以应对不断增长的病患人数。此外,购买设备、维护成本、检查和试验试纸所需的材料费用以及其他支出均需大量资金。由于没有明确的政策和财政资助方案,所以在申请政府的资金时很难找到足够的证据进行证明和支持。

访谈对象认为最大困难在于多源头信息端口的统一。血压、血糖测量和肺功能检查等多项设备的生产厂商不同,信息接口难以实现统一,社区卫生服务中心与信息公司的沟通存在障碍,同时精准化设备的后期维护成本也超出了社区卫生服务中心承受范围。

### 2.2.4 主题词:反思性监测

#### 2.2.4.1 副主题词:数据易得性

障碍因素: 实施单位数据利用率低。社区卫生服务中心仅具备对个案数据的查询和引用功能,欠缺数据导出和利用功能,作为数据的生产单位,社区卫生服务中心无法第一时间获取相关数据,未能充分发挥数据在效果评价、高危患者识别、个性化管理方案制定和课题研究等方面的价值,反向抑制了服务提供者的积极性。

访谈对象提出,社区卫生服务中心对模式服务的数量、质量等数据无获取权限,若要获取数据,必须先向区疾病预防控制中心进行申请,由社区疾病预防控制中心请信息公司帮忙导出数

据, 流程十分繁杂。

#### 2.2.4.2 副主题词: 共享实施进展和成效

促进因素: 分享成果与效果。首先, 全市统一开展的新模式实施验收和定期效果评估能帮助实施者掌握全市模式推广宏观概况、覆盖人群数量、服务效果、居民认可度等实施情况; 其次, 业务部门定期向社区和实施者反馈新模式实施效果, 促使实施者了解模式供给水平, 定位自身差距和改进方向; 最后, 推广示范社区的成功经验, 为实施者提供现场交流学习机会。

访谈对象指出, 分享模式实施成果有利于互相学习, 借鉴经验, 推动新模式顺利实施。

#### 2.2.4.3 副主题词: 人群标签化和个性化预警

阻碍因素: 人群标签及个案预警系统缺乏。首先, 在社区医生层面, 尽管健康管理标准化测量技术通过系统自动提示检测数据是否异常, 但该技术未家庭医生端对患者进行属性标签(签约或非签约、高血压患者、糖尿病患者)或者数据标记(例如低、中、高风险等级), 因此信息缺乏明确标识, 导致后续随访干预和查询无法迅速定位患者, 并准确识别患者健康状况是否异常; 其次, 在患者层面, APP 显示患者测量具体数值, 而非连续的血压动态变化情况和综合预警提醒。应该基于个案基本信息、生活习惯、既往病史、家族病史、体检信息、健康评估干预等进行采集与管理, 自动生成全面、动态、实时的预警系统缺乏。

访谈对象认为应对人群进行分类, 医护人员看到标签就知道是什么类型的患者; 对于标准化的数据建议像天气预报一样进行红、橙、黄等不同等级的风险预警, 加强危急值的标签设置, 有助于医护人员迅速筛选管理效果不佳的患者; 对于已有的数据通过健康云等线上服务给患者预警和提醒, 提高患者自我管理的能力也是下一步的目标。

### 3 讨论

本研究显示, 40 名访谈人员均表示新模式可与社区卫生服务中心慢性病管理的日常实践有机结合, 为慢性病患者提供精准化、个性化和智能化的健康管理服务, 但仍面临新模式与家庭医生粘合度不够的问题, 与李子鑫等<sup>[15]</sup>研究发现健康

管理服务内容单一且缺乏与家庭医生的有效沟通而影响服务效果等结论较为一致。新模式服务内容主要聚焦于预防环节, 家庭医生参与较少, 后续仍需发挥家庭医生对患者的号召力、影响力和感召力, 推动新模式的大范围实施。本研究发现患者对新模式的认同感和接受度较低, 与尚少梅等<sup>[16]</sup>研究一致, 新模式的受众群体主要是老年人, 其身体功能退化、学习能力下降, 难以熟练掌握标准化和智能化的测量设备, 因此对模式的实施较为抗拒。团队人员流动性太大是新模式实施的主要阻碍因素, 与已有研究一致, Buljac-Samardzic 等<sup>[17]</sup>研究认为团队的稳定性和团队中角色的稳定性将显著提高服务质量。澳大利亚实施了慢性病管理计划, 即全科医生为慢性病患者提供综合服务计划、医生对慢性病管理服务进行团队式协调和信息技术辅助慢性病管理计划, 以明确团队构成、团队职责和服务内容, 从而建立优质的全科医生团队, 以医保的经济措施鼓励全科医生进行慢性病的团队协调和管理等<sup>[18]</sup>, 与本研究提出的团队建设应定岗定责相一致。新模式提供服务时需提前对慢性病患者分级分类, 与杨沛等<sup>[19]</sup>研究一致, 其研究团队运用 Triangle 模型对患者进行分级分类, 针对不同风险等级给予不同护理强度, 通过提供针对性、个性化的护理措施增强干预效果、提高管理效率、降低成本。本研究还发现新模式的推广需多方支持和资源的投入, 李臻等<sup>[20]</sup>认为阻碍当前慢性病管理模式应用的核心问题分别为双向转诊工作存在障碍、患者积极性不高、社区卫生服务能力不足、对医联体的知晓度不够、信息技术水平不够、缺乏长期的激励机制、缺乏配套政策、医保政策缺乏引导、医联体结构松散、政府监管不到位等, 提出高效的慢性病管理模式应通过双向转诊、信息化等机制, 充分调动多方的积极性, 实现各方之间互动参与和有效合作。从美国、芬兰和新加坡等国的慢性病防治经验来看, 政府顶层设计保障、广泛的多元合作、基于社区开展多形式的健康促进活动、信息技术的支撑是慢性病防控机制顺利运行的重要因素<sup>[21]</sup>。针对 COPD 筛查等对专业性要求较高的项目, 仍需加强规范化培训, 王曼菲和刘万奇等<sup>[22-23]</sup>研究认为慢病一体化管理中存在政府参与度不够、机构协调不足、缺乏配套政策支持、人手不足、专业性不强等问题。

本研究表明,新模式的实施仍存在诸多问题,建议基于多元化要素加大政策支持,具体措施包括:①团队人员应定岗定责,明确工作岗位及其相应的责任归属,将服务内容和职责落实到团队每位成员,提高新模式与家庭医生的粘合度,如澳大利亚实施的慢性病管理计划与本研究提出的团队建设应定岗定责相一致<sup>[18]</sup>;②提高实施者和患者对新模式的认同感,需向医务工作者和社会公众传递新模式在健康管理方面的贡献及其重要性,通过各种渠道营造良好的社会环境;③加强主管部门与社区以及团队内部信息披露与共享,定期向全市社区卫生服务中心公开模式推广概况,以及示范性社区卫生服务中心推广的典型做法和成功经验;④加强推广和使用语音随访及风险评估技术,为相关专业人员提供更专业的培训和规范化的指导,对于 COPD 筛查等对技术要求较高的适宜技术,应邀请上级医疗机构的医生进行规范化的培训和指导,提高社区医生的操作能力和技能水平;⑤提高实施者对数据的使用,充分发挥数据要素作用,下放部分权限给社区卫生服务中心和实施者,强调数据在慢性病管理和对模式方面的支撑作用,激发数据的潜能和活力;⑥信息系统应与实施者需求紧密结合,建立预警系统,信息系统界面更加简洁友好,全景呈现患者的健康状态,建立分层模式和预警模型,对患者进行标签化管理;⑦加强政府投入,为模式的推广提供坚实物质基础。

本研究也存在一定局限性。研究仅从具体服务提供者,即新模式实施者的角度进行访谈,对管理者和需方的访谈尚未涉及,后续仍需从多维度进行访谈以获得更加全面的促进和障碍因素,为进一步促进新模式的实施提供参考。

**伦理声明:**本研究已获得上海市疾病预防控制中心医学科伦理委员会批准(批号:KY-2024-52-B)

**作者贡献:**研究设计:隋梦芸、付晨;研究实施、数据采集与分析:隋梦芸、冯嘉宸、王玉恒、张晟;文献查阅:冯嘉宸、王玉恒、张晟;文章撰写:隋梦芸;文章修改、审阅与经费支持:程旻娜、施燕

**数据获取:**本研究中使用和(或)分析的数据可联系通信作者获取

**利益冲突声明:**无

**致谢:**不适用

## 参考文献

- 1 朱璇,陈爱云.国外经典慢性病管理模式对我国慢性病管理的启示[J].中国全科医学,2022,26(1):21-26.[Zhu X, Chen AY. Enlightenment of foreign classical chronic disease management modes on the management of chronic diseases in China[J]. Chinese General Practice, 2022, 26(1):21-26.] DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0370.
- 2 隋梦芸,张晟,程旻娜,等.上海市实施整合式慢性病社区健康管理模式的促进和障碍因素[J].健康发展与政策研究,2023,26(4):346-351.[Sui MY, Zhang S, Cheng MN, et al. The facilitator and barrier factor of the implementation of an integrated community-based chronic disease management model in Shanghai[J]. Health Development and Policy Research, 2023, 26(4):346-351.] DOI: 10.13688/j.cnki.chr.2023.230153.
- 3 程旻娜,张晟,隋梦芸,等.信息化支撑的整合式社区慢性病健康管理模式探索[J].上海预防医学,2022,34(11):1079-1084.[Cheng MN, Zhang S, Sui MY, et al. Research on an integrated community-based chronic disease management model driven by massive databases[J]. Shanghai Journal of Preventive Medicine, 2022, 34(11):1079-1084.] DOI: 10.19428/j.cnki.sjpm.2022.22322.
- 4 鲁春丽,曹卉娟,徐东,等.实施科学产生的背景、概念和国内外发展近况[J].中国中西医结合杂志,2020,40(11):1378-1380.[Lu CL, Cao HJ, Xu D, et al. Background, concept and progress of implementation science[J]. Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine, 2020, 40(11):1378-1380.] DOI: 10.7661/j.cjim.20200801.016.
- 5 陈文嘉,徐东,李慧,等.实施科学理论的分类与介绍[J].中国循证医学杂志,2020,20(8):986-992.[Chen WJ, Xu D, Li H, et al. Theories, models and frameworks of implementation science[J]. Chinese Journal of Evidence-Based Medicine, 2020, 20(8):986-992.] DOI: 10.7507/1672-2531.20200323.
- 6 石建伟,肖月,耿劲松,等.循证慢性病防控实践理论模型解析及中国研究框架构建[J].中国公共卫生,2017,33(11):1548-1551.[Shi JW, Xiao Y, Geng JS, et al. Analysis on theoretical framework of evidence-based chronic disease prevention (EBCDP) and establishment of EBCDP framework in China[J]. Chinese Journal of Public Health, 2017, 33(11):1548-1551.] DOI: 10.11847/zgggws2017-33-11-02.
- 7 谢润生,徐东,李慧,等.医疗卫生领域中实施科学的研究方法[J].中国循证医学杂志,2020,20(9):1104-1110.[Xie RS, Xu D, Li H, et al. Research methods for implementation science in health care[J]. Chinese Journal of Evidence-Based Medicine, 2020, 20(9):1104-1110.] DOI: 10.7507/1672-2531.202003234.
- 8 徐东,蔡毅媛,陈江芸.实施科学的前世今生(下篇)——理论、范式和特点[J].协和医学杂志,2024,15(3):686-693.[Xu D, Cai YY, Chen JY. Past and present of implementation science (Part II)——theories, paradigm, and characteristics[J]. Medical Journal of Peking Union Medical College Hospital, 2024,



- 15(3): 686–693.] DOI: [10.12290/xhyxzz.2024-0025](https://doi.org/10.12290/xhyxzz.2024-0025).
- 9 Davis S. Ready for prime time? Using normalization process theory to evaluate implementation success of personal health records designed for decision making[J]. *Front Digit Health*, 2020, 20(2): 575951. DOI: [10.3389/fdgh.2020.575951](https://doi.org/10.3389/fdgh.2020.575951).
  - 10 Hogan–Murphy D, Stewart D, Tonna A, et al. Use of normalization process theory to explore key stakeholders' perceptions of the facilitators and barriers to implementing electronic systems for medicines management in hospital settings[J]. *Res Social Adm Pharm*, 2021, 17(2): 398–405. DOI: [10.1016/j.sapharm.2020.03.005](https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.005).
  - 11 Peng K, Liu H, Zhang J, et al. Applying normalization process theory and process mapping to understand implementation of a co-management program for older hip fracture patients in China: a qualitative study[J]. *Archives of Osteoporosis*, 2020, 15(1): 92. DOI: [10.1007/s11657-020-00760-1](https://doi.org/10.1007/s11657-020-00760-1).
  - 12 Tierney E, McEvoy R, O'Reilly–de Brún M, et al. A critical analysis of the implementation of service user involvement in primary care research and health service development using normalization process theory[J]. *Health Expect*, 2016, 19(3): 501–515. DOI: [10.1111/hex.12237](https://doi.org/10.1111/hex.12237).
  - 13 Jones S, Hamilton S, Bell R, et al. What helped and hindered implementation of an intervention package to reduce smoking in pregnancy: process evaluation guided by normalization process theory[J]. *BMC Health Serv Res*, 2019, 19(1): 297. DOI: [10.1186/s12913-019-4122-1](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4122-1).
  - 14 Burau V, Carstensen K, Fredens M, et al. Exploring drivers and challenges in implementation of health promotion in community mental health services: a qualitative multi-site case study using normalization process theory[J]. *BMC Health Serv Res*, 2018, 18(1): 36. DOI: [10.1186/s12913-018-2850-2](https://doi.org/10.1186/s12913-018-2850-2).
  - 15 李子鑫, 王建伟, 崔雪丹, 等. 签约居民对 "互联网+" 家庭医生服务的满意度评价及影响因素分析 [J]. *中华医院管理杂志*, 2024, 40(9): 687–693. [Li ZX, Wang JW, Cui XD, et al. Analysis of satisfaction evaluation and influencing factors of "Internet plus" family doctor services among contracted residents[J]. *Chinese Journal of Hospital Administration*, 2024, 40(9): 687–693.] DOI: [10.3760/cma.j.cn111325-20240112-00032](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn111325-20240112-00032).
  - 16 尚少梅, 周伟娇, 梁叶田, 等. "互联网+" 慢性病健康管理模式的进展与展望 [J]. *中国护理管理*, 2024, 24(11): 1621–1624. [Shang SM, Zhou WJ, Liang YT, et al. Progress and prospect on "Internet+" chronic disease health management model[J]. *Chinese Nursing Management*, 2024, 24(11): 1621–1624.] DOI: [10.3969/j.issn.1672-1756.2024.11.005](https://doi.org/10.3969/j.issn.1672-1756.2024.11.005).
  - 17 Buljac–Samardzic M, Doekhie KD, van Wijngaarden JDH. Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade[J]. *Hum Resour Health*, 2020, 18(1): 2. DOI: [10.1186/s12960-019-0411-3](https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3).
  - 18 应亮, 杨辉. 澳大利亚慢性病管理计划及其对中国的启示[J]. *中国全科医学*, 2019, 22(34): 4184–4189. [Ying L, Yang H. Australian chronic disease management plan and its enlightenment to China[J]. *Chinese General Practice*, 2019, 22(34): 4184–4189.] DOI: [10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.538](https://doi.org/10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.538).
  - 19 杨沛, 王艳梅, 王志英, 等. 基于 Triangle 模型的 2 型糖尿病患者分层分级延续护理方案的构建 [J]. *护理学杂志*, 2022, 37(7): 85–89. [Yang P, Wang YM, Wang ZY. Construction of the stratified graded transitional care program for patients with type 2 diabetes based on Triangle model[J]. *Journal of Nursing Science*, 2022, 37(7): 85–89.] DOI: [10.3870/j.issn.1001-4152.2022.07.085](https://doi.org/10.3870/j.issn.1001-4152.2022.07.085).
  - 20 李臻, 石建伟, 陈宁, 等. 基于系统评阅的国内外慢性病管理模式问题分析与突破口评价 [J]. *中国全科医学*, 2020, 23(28): 3516–3521. [Li Z, Shi JW, Chen N, et al. The problem analysis and breakthroughs of domestic and overseas chronic disease management models based on the systematic review[J]. *Chinese General Practice*, 2020, 23(28): 3516–3521.] DOI: [10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.216](https://doi.org/10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.216).
  - 21 王莹, 徐志祥, 张彩霞. 美国、芬兰、新加坡慢性病防控管理的经验及对我国的启示 [J]. *中国药房*, 2018, 29(15): 2021–2026. [Wang Y, Xu ZX, Zhang CX, et al. Experience and enlightenment to China of chronic disease prevention and control management in the United States, Finland and Singapore[J]. *China Pharmacy*, 2018, 29(15): 2021–2026.] DOI: [10.6039/j.issn.1001-0408.2018.15.02](https://doi.org/10.6039/j.issn.1001-0408.2018.15.02).
  - 22 王曼菲, 陈馨仪, 王安石, 等. 基层医疗卫生机构的慢性病管理: 经验、问题和建议——基于案例分析 [J]. *卫生经济研究*, 2022, 39(3): 46–49. [Wang MF, Chen XY, Wang AS, et al. Chronic disease management in primary health care settings: experiences, problems and recommendations——based on case analysis[J]. *Health Economics Research*, 2022, 39(3): 46–49.] DOI: [10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.03.011](https://doi.org/10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.03.011).
  - 23 刘万奇. 慢病一体化管理的定义、内涵研究 [D]. 合肥: 安徽医科大学, 2021. [Liu WQ. Study on the definition and connotation of integrated management of chronic diseases[D]. Hefei: Anhui Medical University, 2021.] DOI: [10.26921/d.cnki.ganyu.2020.000854](https://doi.org/10.26921/d.cnki.ganyu.2020.000854).

收稿日期: 2024 年 04 月 22 日 修回日期: 2025 年 01 月 20 日

本文编辑: 桂裕亮 曹越

引用本文: 隋梦芸, 冯嘉宸, 张晟, 等. 上海市整合式慢性病社区健康管理模式实施障碍和促进因素——基于常态化过程理论的定性研究[J]. *医学新知*, 2025, 35(6): 622–630. DOI: [10.12173/j.issn.1004-5511.202404097](https://doi.org/10.12173/j.issn.1004-5511.202404097).

Sui MY, Feng JC, Zhang S, et al. Barriers and facilitators to the implementation of integrated community multimorbidity care model in Shanghai—a qualitative study based on normative process theory[J]. *Yixue Xinzhi Zazhi*, 2025, 35(6): 622–630. DOI: [10.12173/j.issn.1004-5511.202404097](https://doi.org/10.12173/j.issn.1004-5511.202404097).