

# 全科团队家庭化健康管理服务辖区内运行模式探讨

钟 宇, 李 兰, 刘露霞, 张 霞, 刘婷婷, 余 玲, 徐 玲(重庆市渝中区大溪沟街道社区卫生服务中心 400015)

**【摘要】** 目的 在社区卫生规范服务中,以契约式服务为起点,为提高本辖区内人群的预防保健意识以及重点人群的干预与管理,探索全科团队家庭化健康管理服务辖区内运行模式的方法。方法 对户口在大溪沟人和街社区和建设路社区常住居民家庭成员中健康人群、高危人群、疾病人群进行全科团队家庭化健康管理。服务内容包括:家庭健康需求调查与分析、健康档案的建立与管理、健康体检、健康评估、健康干预、疾病管理、动态跟踪管理等。动态掌握家庭不同人群的健康状况、危险因素和疾病信息。针对家庭实施契约式服务,通过向家庭成员宣传国家基本和重大公共卫生免费服务项目内容,改善居民遵医就医行为,适时地提供门诊、出诊及转诊等便民服务和需求指导。结果 在社区人群中开展全科团队家庭化健康管理服务模式,切实使社区居民充分享受国家基本公共卫生服务,也为慢性病的高危人群和疾病的早发现、早诊断、早预防、早治疗起到关键作用,同时提高了居民基本医疗的利用率。结论 该模式具有良好的实用性、可行性、可操作性和社会效益,具有较高的推广性,值得社区卫生服务中心借鉴。

**【关键词】** 全科团队; 家庭化; 健康管理; 契约式服务

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.10.044 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)10-1397-03

建立全科医生制度是保障和改善城乡居民健康的迫切需要,而我国是一个有 13 亿多人口的发展中国家,随着经济发展和人民生活水平的提高,城乡居民对提高健康水平的要求越来越高;同时,工业化、城镇化和生态环境变化带来的影响健康因素越来越多,人口老龄化和疾病谱变化也对医疗卫生服务提出新要求。社区卫生服务的宣传面还不广泛,尚未深入到社区家庭<sup>[1]</sup>。国家推行全科医生制度是促进医疗卫生服务模式转变。目前以全科团队家庭化健康管理服务的形式不多,本中心根据国务院关于建立全科医生制度的指导意见和渝中区的实际情况,利用渝中区公共卫生的优质条件,加大宣传,深入家庭,探索建立本辖区全科团队家庭化健康管理服务辖区内运行模式,与居民建立长期稳定的契约式服务关系,进一步提高居民对社区卫生服务的信任程度,为居民提供主动、连续、综合、个性化的服务,引导更多的居民到社区就诊,促进分级诊疗、有序就医格局的形成。此模式被确定“渝中区 2012 年社区卫生工作试点项目”,现对实施情况报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本中心于 2012 年 2 月至 2012 年 7 月对大溪沟人和街社区和建设路社区(总户数 5 592 户,占总户数的 2.5%)中 141 户常住居民进行全科团队家庭化健康管理签约服务。家庭中均有重点人群(60 岁以上的老人,高血压、糖尿病患者、妇女儿童等)。

## 1.2 方法

**1.2.1 服务方法** 首先宣传动员,以楼宇形式,在街道、居委会工作人员配合下进行书面通知等宣传;其次组建适合的全科团队,即 1 个全科医师,2 个社区护士,1 个公共卫生人员,1 个居民自愿者或楼栋长组成。再次是全科团队家庭化服务能力的培训,采用示教、模拟、评估、指导的方式,提高全科团队家庭化服务能力,推进基本医疗和基本公共卫生服务的均等化发展。

**1.2.2 服务方式** 在坚持居民自愿的前提下,实行签约服务即签订《全科团队家庭化服务知情同意书》,针对家庭内 60 岁以上老年人、婴幼儿、孕产妇、慢性病患者和慢性病高危人群为工作重点。采取团队分工,由全科护士负责采集居民相关信息(建立居民家庭和个人健康档案健康状况以及个人生活和行为

方式、饮食现状和膳食习惯)和知情告知,围绕调查表内容对居民进行健康教育;防保人员负责对 3 岁以下儿童进行儿童健康保健、0~6 岁儿童免疫规划、孕前优生、孕期保健、产后访视等内容进行宣传管理;全科医师负责对相应信息进行评估,对慢性病高危人群和慢性病患者进行健康教育和以医生提示方式进行干预,并做好记录,告知下次随访时间,同时将健康教育活动信息和季节性、突发性公共卫生事件信息告知签约家庭。在居民有医疗需求的情况下,开通绿色转诊通道,真正实现从家庭—社区卫生—医院的全程环线型管理,居民自愿者起协调宣传作用。

**1.2.3 材料及工具** 健康教育资料、血压计、听诊器、血糖仪、腰围尺、电子计量器、知情同意书、家庭健康调查表、签约服务卡等。

**1.2.4 定期随访干预管理** 对家庭中高血压、糖尿病、60 岁以上老年人群按照国家基本公共卫生服务要求进行随访频次管理,有效控制血糖、血压,改变不良的生活方式;针对慢性病高危人群进行每半年随访 1 次,改变不良的生活方式,降低患慢性病的危险性。

## 2 结 果

本次共签约服务家庭 141 户,签约涵盖 299 人,签约家庭建档率 100.0%。签约家庭病种分布,高血压 80 户,糖尿病 30 户,冠心病 30 户,慢性支气管炎 1 户,脑卒中 1 户。慢性病中高血压占首位,占 56.7%;糖尿病居第二,占 21.3%,冠心病次之,占 21.3%。符合慢性病重点管理人群。签约家庭老年情况分布,60~69 岁 43 户,70~79 岁 45 户,80~89 岁 23 户,90 岁以上 3 户,老年人口年龄 70~79 岁居多(31.9%),60~69 岁次之(30.5%)。符合重点人群老年人保健。

签约家庭健康体检 102 户,发现慢性病高危人群 19 例(高脂血症 16 例、空腹血糖受损 3 例),胆结石 10 例,T 波改变 9 例,肾囊肿 4 例,左室高血压 3 例,窦性心动过缓 3 例,房性早搏 2 例,轻度贫血 2 例,尿路感染 2 例,肝囊肿 2 例,心房颤动 1 例,脂肪肝 1 例。体检阳性发现率 56.9%,其中体检慢性病高危人群发现率 6.4%。

实施签约服务以来,基本医疗服务 430 人次,其中签约家庭出诊累计 38 人次。签约基本医疗服务使用率 143.8%。实

施该项工作 6 个月来公共卫生(包括体检人数、儿童保健人数等)与基本医疗(包括门诊量、辅助检查等)和去年同期比较呈增长趋势。见表 1~6。

表 1 不同时间不同人群体检统计比较(n)

项目	健康人群	高血压糖尿病	低收入人群	残疾人	重性精神病	
2011 年 2~7 月	1 270	477	158	24	42	6
2012 年 2~7 月	1 750	867	383	110	104	23
同期增长率(%)	37.8	81.8	142.4	358.3	147.6	283.3

表 2 不同时间不同保健人群统计比较(n)

项目	60 岁以上	80 岁以上	产后访视人次	妇女免费普查
2011 年 2~7 月	3 844	1 341	299	951
2012 年 2~7 月	4 722	3 083	630	1 029
同期增长率(%)	22.8	129.9	110.7	8.2

表 3 不同时间儿童保健与计划免疫统计比较(n)

项目	儿保新增儿保总人数	计免新建	一类疫苗	二类疫苗	
2011 年 2~7 月	138	924	93	2 002	1 689
2012 年 2~7 月	262	1 416	196	3 612	3 756
同期增长率(%)	89.9	53.3	110.8	80.4	122.4

表 4 不同时间门诊医疗统计比较(n)

项目	门诊量	出诊人数	巡诊人数
2011 年 2~6 月	26 593	36	1 698
2012 年 2~6 月	33 157	47	3 051
同期增长率(%)	24.7	30.6	79.7

表 5 不同时间高血压管理统计比较(n)

项目	患病人数	新发现人数	实际管理人数	规范管理人数	依从性
2011 年 2~7 月	3 064	252	2 968	2 704	477
2012 年 2~7 月	3 556	178	3 192	2 718	867
同期增长率(%)	16.1	-29.3	7.5	0.5	81.8

表 6 不同时间糖尿病管理统计比较(n)

项目	患病人数	新发现人数	实际管理人数	规范管理人数	依从性
2011 年 2~7 月	1 122	38	996	892	158
2012 年 2~7 月	1 216	59	1 052	980	383
同期增长率(%)	8.4	55.2	5.6	9.8	142.4

### 3 讨 论

如何以“预防为导向”为社区居民提供家庭化服务,是社区医务人员值得重视的问题,也是基层社区卫生机构在社区卫生服务中的重要内容之一。而以全科团队家庭化健康管理的方式是为社区居民提供和让居民能充分享受国家基本公共卫生

的重要环节。

**3.1 重视组织建设发挥政府机构的作用** 重点发挥自身和街道、辖区居委会的作用,共同参与社区卫生,导入“大社区”“大卫生”的理念。这样就形成了一个由政府领导,以社区卫生服务为形式,以社区医务人员为核心的全社区综合性卫生服务体系,直接为居民家庭提供全方位的服务,提高对居民的卫生服务水平<sup>[2]</sup>。

**3.2 建立良好的可运行机制** 良好的运行机制是全科团队家庭化服务的关键。组建全科服务队伍,依托街道办事处为全科团队搭建平台;以居民需求为导向,完善服务功能;建立健全团队管理制度,提高全科医生积极性;提高全科团队工作效率,为社区居民提供综合、协调、可及、持续性的健康照顾<sup>[3]</sup>。如例会制度,定人、定员、定岗为基础,采取团队小结、月中心汇总、季度协调总结为方式。通过讨论形成发现问题、讨论问题、协调解决问题的制度,使社区卫生可持续发展。

**3.3 整合团队资源** 社区卫生服务工作内容任务,社区全科团队的建立服务,可为居民提供全方位的功能服务,解决部分居民就医难的问题<sup>[4]</sup>。所以组建适合的全科团队是家庭化服务的核心,它的结构即 1 个全科医师,2 个社区护士,1 个公共卫生人员及居民自愿者、楼栋长等组成。确立全科医师为团队长,或临床实践能力和沟通能力较强的社区护士。社区护士和全科医生在为居民提供服务时既有分工又有协作<sup>[5]</sup>。全科团队家庭化健康管理中,要分工合作,责任落实到人头,不单打独干。以全科医生为主体,社区护士协助完成基本公共卫生一体的家庭化服务;即社区护士既要担任基本护理,又要承担公共卫生,在团队中发挥着不可缺的催化作用。社区护士所提供的服务主要是为疾病护理和健康促进,以疾病护理为主,占总时间的 70.0%,健康促进占总时间的 7.6%<sup>[6]</sup>。

**3.4 全科团队主体服务能力建设** 加快全科团队服务建设,使全科服务理念在社区卫生服务中心和社区居民中得到提升,引导居民社区就医,而全科团队作为社区卫生的主体力量,青年医师的全科服务能力和团队管理尤为重要<sup>[7]</sup>。以全科团队家庭化健康管理团队服务能力的培训至关重要。培训内容形式多样,通过举办的“团队建设主题会”“我和我中心的主题讨论会”“服务是生成的关键主题会”“接诊技巧的培训”等主题论坛,采用示教、模拟、评估、指导的方式,提高公共卫生和基本医疗的服务能力,推进基本医疗和基本公共卫生服务的均等化发展。

**3.5 全方位定位签约服务,突出重点人群** 以预防为导向的健康照顾,将服务对象定位于社区中的患者、高危人群和健康人群<sup>[8]</sup>。实行全科医生签约服务,将医疗卫生服务责任落实到医生个人,是我国医疗卫生服务的发展方向。老年人群是社区卫生服务的重点人群,以医疗服务为切入点,大力发展护理和家庭康复是满足老年人群健康需求的必然途径<sup>[9]</sup>。服务面向社区全体居民,以家庭为整体单位、针对家庭不同人群进行个性化指导的社区卫生服务模式。以重点人如老年人、慢性病人、0~6 岁儿童为切入点,采取主动上门服务或者门诊医疗为切入方式,实施签约管理,逐步使社区居民由被动接受服务转变为主动需求服务,为其家庭提供连续协调、整体性的社区卫生服务。

**3.6 重心下移后基本医疗和基本公共卫生利用率** 在相关政策引导下,全科团队服务模式应对门诊重心下移,促进分级诊疗、有序就医格局的形成,切实缓解群众“看病难和看病贵”的问题<sup>[10]</sup>。实施全科团队家庭化健康管理后与上年度 6 个月同期比较,基本医疗和公共卫生服务呈上升趋势,居民家庭对社

区卫生服务中心提供的基本医疗和基本公共卫生的利用率增高。本文研究数据提示,在社区人群中开展全科团队家庭化健康管理服务模式,切实使社区居民充分享受国家基本公共卫生服务,同时也对慢性病的高危人群和疾病的早发现、早诊断、早预防、早治疗起到关键作用,并提高了居民基本医疗的利用率。

总之,全科团队家庭化健康管理是城市社区卫生服务的重要组成部分,它以社区卫生服务中心为基地,是社区卫生服务中心服务的辐射性延伸,通过推行全科团队家庭健康管理服务,更加充分地体现社区卫生服务团队的优势和特点,是社区卫生服务的重要工作内容。社区卫生服务模式中也基本实现了“四个转变”,使社区卫生服务团队真正成为社区卫生服务的双重掌门人<sup>[11]</sup>。在社区卫生服务工作中,如何利用社区全科团队有效推进国家基本公共卫生服务和对重点人群进行重点管理,是近年来大家共同关注的预防管理模式。本中心通过在组织建设、建立运行机制、整合团队资源、提高团队服务能力建设、重心下移和签约服务等方面进行运行模式探索,初步实施情况显示,在社区卫生规范服务中,以契约式服务为起点,为提高本辖区内人群的预防保健意识以及重点人群的干预与管理不仅具有良好的实用性、可行性、可操作性和社会效益,具有较高的推广性。目前该模式已在渝中区推广,本中心开展本项工作近半年时间,上述模式在推动社区卫生服务工作中均起到重要作用。随着时间推移,还将有计划地对家庭人群中的高危个体进行随访和复查,进行动态管理。

#### 参考文献

[1] 施永兴,张敏,王霞娣,等.上海市某社区居民有关社区卫生服务知识、态度及行为的调查与思考[J].中国全科医学,2001,4(3):203-205.

[2] 刘子民,程繁银,张玺春.社区卫生服务规范管理[M].北京:人民卫生出版社,2009:464-470.

[3] 张惠琴,李若明,玄泽亮.上海市徐家汇街道社区卫生服务中心社区全科团队服务模式探讨[J].中国全科医学,2008,11(9):817-819.

[4] 杨文萍,武桂英,周琴,等.社区卫生服务中心全科团队服务模式与效能研究[J].中国初级卫生保健,2009,23(7):23-25.

[5] 靳婕,周颖清.全科团队服务模式下社区护士与全科医生工作内容研究[J].中国全科医学,2011,14(34):3899-3902.

[6] 周英凤,冯正仪,陈利群,等.上海市全科团队中社区护理人员配置的研究[J].中国全科医学,2008,11(11):932-934.

[7] 王士中,陈倩.从师带徒模式探索全科团队服务型人才的培养[J].中华医学会全科医学分会第六届学术年会论文集,2008,11(1):216-218.

[8] 吴春容,林晓嵩.全科医学概论[M].北京:中医古籍出版社,2004:84.

[9] 董沛,米光明,王彦存,等.城市社区老年人群卫生服务需求调查分析[J].中国全科医学,2000,3(5):373-374.

[10] 姚有华,祝友元,庞连智,等.全科团队服务模式应对门诊重心下移的 SWOT(优势劣势-机遇风险分析)分析[J].中国全科医学杂志,2006,9(3):195-196.

[11] 倪卫国.社区卫生服务团队实践与发展方向[J].中国全科医学,2009,12(9):722-724.

(收稿日期:2013-12-05 修回日期:2014-02-14)

(上接第 1396 页)

否会影响患者预后的好坏。年龄、性别是不可控因素,但通过积极对糖尿病患者进行治疗和升高 Hb 水平可以帮助患者进行二级预防,改善患者预后及生活质量。

急诊 PCI 治疗的安全性及可行性已经得到临床研究证实<sup>[5-10]</sup>。对急诊行 PCI 术的非 ST 段抬高型冠状动脉综合症患者而言,Hb<120 g/L 会增加其术后的总 MACCE 发生率。临床医生在实际工作中,应注意纠正患者的贫血状况,改善患者预后。当然,本研究亦存在不足之处,未分析贫血病因,未追踪观察患者的 Hb 水平,这些问题都需要未来的大样本观察研究。

#### 参考文献

[1] 陈利宏,王强.慢性肾脏疾病与心血管疾病的共同危险因素[J].安徽医学,2011,32(12):1960-1961.

[2] Kurek T,Lenarczyk R,Kowalczyk J,et al. Effect of anemia in high-risk groups of patients with acute myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention [J]. Am J Cardiol,2010,105(5):611-618.

[3] 肖铁卉,王士雯,陈艳明,等.老年女性慢性充血性心力衰竭血红蛋白水平变化及其对预后的影响[J].中国全科医学,2010,13(9):935-937.

[4] Sabatine MS, Morrow DA, Giugliano RP, et al. Associa-

tion of hemoglobin levels with clinical outcomes in acute coronary syndromes[J]. Circulation,2005,111(16):2042-2049.

[5] 田峰,于虎,陈韵岱,等.国产阿加曲班在择期经皮冠状动脉介入治疗中应用的安全性和有效性[J].中华心血管病杂志,2013,41(6):480-483.

[6] 王现涛,苏强,李浪,等.血栓抽吸联合替罗非班在急诊经皮冠状动脉介入术中的有效性和安全性的 Meta 分析[J].中国全科医学,2013,16(17):2000-2005.

[7] 肖艳,招煦杰.不同剂量替罗非班在急性心肌梗死患者 PCI 围术期应用的疗效和安全性[J].中国老年学杂志,2012,32(8):1576-1578.

[8] 谢睿彬,彭育欢,张小新,等.不同类型冠心病介入治疗安全性比较分析[J].中国医药导报,2012,9(26):34-35.

[9] 刘刚,邓来林,阮政文.经桡动脉和股动脉途径行冠状动脉介入诊治的比较分析[J].检验医学与临床,2010,7(13):1337-1338.

[10] 李付强,呼东波,刘桂兰,等.替罗非班对急性心肌梗死患者 PCI 术后近期疗效与安全性评价[J].陕西医学杂志,2013,42(4):436-437.

(收稿日期:2013-10-28 修回日期:2013-12-25)