



5·19世界家庭医生日

探访

签而有约 有种幸福叫被家庭医生“管”着

青岛组建家庭医生团队2246个 重点人群签约率超75% 打造居民身边的健康“管家”

当你身体不适的时候,最先想到求助谁?5月19日是第13个“世界家庭医生日”,今年的主题是“签而有约·共享健康”。“家庭医生”这个曾经有些陌生甚至“高大上”的概念,如今在青岛已成为普通群众触手可及的医疗服务。近年来,青岛市持续推动家庭医生签约服务体系建设,不断扩大家庭医生签约服务覆盖面,打造民众身边的健康“管家”,帮居民解决医疗服务后顾之忧,让民众健康更有“医”靠。

上门服务 如亲人般温暖

5月9日一早,敦化路街道社区卫生服务中心的家医团队携带听诊器、血压计、心电图等医疗设备,来到东吴社区吴石路小区张桂珍(化名)老人家中进行老年查体及入户随访。

张桂珍患有高血压、糖尿病合并多种并发症,因髋关节陈旧性骨折长期卧床,无法出门就诊。“被他们管着,真的是一种幸福。”张桂珍乐呵呵地告诉记者,现在的健康一直被家庭医生团队“管理”着,血压、血糖控制得很好,人也很精神。

“最近吃饭怎么样,睡得好不好?”家医团队的医务人员一边详细询问张桂珍的身体状况、日常生活习惯,一边为老人做血常规、生化、心电图、中医体质辨识等项目的检查,并进行了科学用药和健康生活方式的指导。

“家庭医生对我们来说简直就是亲人,让我们感觉特别温暖,真的非常感谢他们。”张桂珍和女儿对上门服务的家庭医生赞不绝口。

送医上门,把健康送进家,做全家人的健康“卫士”或“管家”,是大家对家庭医生最直接的认识,也是最大的期待。零距离、心贴心的入户随访,大都针对年迈、行动不便、长期卧床的老人,家属常年承担着照顾病人的重担,生活很不容易。家庭医生上门服务,犹如温暖的阳光,惠及每一个家庭。

黄县路社区卫生服务中心家医团队成立至今刚好10年,10年的探索和努力让团队逐渐成长,知道患者需要什么,怎样才能把工作做到居民的心里去。目前,团队共管理签约居民10500人,其中重点人群覆盖率达60%以上。

在日常的诊疗中,黄县路社区卫生服务中心家医团队经常会遇到需要出诊的患者。有一名脑血栓后瘫痪在床的居民张大爷,因服用药物需要每1至2周复查“血凝”,这让家住4楼的张大爷犯了难。后来了解到家医政策后,张大爷家属和黄县路社区卫生服务中心家医团队签订了家医协议,家医团队定期安排出诊采血,解决了张大爷的难题。



危急时刻 第一时间想到家医

日复一日、年复一年的陪伴与守护,让很多老人把家庭医生当成了“家人”,更成为他们危急时刻最信任的人。

“老人胃管好像堵了,无法进食,怎么办?你们能不能过来看看?”长期卧床的延安三路社区居民王京花的女儿打来求助电话,让延安三路社区卫生服务中心家庭医生团队的栾晟洁医生和护士们坐不住了,他们放弃中午休息时间,立刻奔向王京花家,为她进行胃管置换术。王京花的女儿告诉记者,母亲因脑梗塞后遗症长期卧床,不能自主进食,需要长期的护理与治疗,“过去母亲置换胃管,我们一般只能打120去医院急诊进行操作,但这样既增加了经济负担,又浪费了医疗急救资源。今年初我在居委会了解到可以通过签约家庭医生预约上门服务,感觉一下子轻松了许多。”

“居民就是我的家人,我去照顾自己的家人、长辈怎么会有怨言?”延安三路社区卫生服务中心家庭医生团队的90后护士马亚楠,从青岛市第三人民医院来到社区工作仅一年多,已是4个社区家庭医生服务群里的“熟人”,她早把服务群当成了一个个的“家庭群”,群里任何有疑问或异常症状的“家人”随时在群内问诊咨询,不论是下班时间还是节假日休息,团队成员总会及时通过微信或电话回复,答疑解惑。365天×24小时的专业性、高满意的服务,让充满信任的居民一突发疾病总是第一时间想到给家医打电话求助,而每次他们也都会及时赶到提供治疗或帮忙送往医院。

去年底的一天晚上11点40分,家住海信慧园的孙女士拨打了栾晟洁的电话,表示自己感到头晕胸闷,由于独自在家,很害怕。栾晟洁先指导孙女士在家进行了指氧仪检测,结果提示血氧饱和度91%。她立即向清楚孙女士的家庭住址,帮忙拨打了120,并一直与孙女士保持通话,直到120到来。

漫长陪伴 “功夫”重在平时

对于家庭医生来说,遇到紧急救助这样的情况相对较少,他们日常工作面对更多的是重复、琐碎。但是,对于三高一慢(高血压、高血脂、高血糖、慢阻肺)病人来说,日复一日的守候才是关键。

“小王啊,我刚刚做了血红蛋白检查,还做了心电图,结果出来后,医生建议我再做个24小时动态心电图,来,你帮忙给看看。”宋玉霞老人和流亭街道卫生院内科主任、家庭医生团队队长王红早就成了朋友,看到宋大娘的检测报告,王红立即用笔仔细记下,并告诉她下午不用过来了,她会电话通知检查结果。“我们的家庭医生‘签’得太好了,他们管得可细了,我们家的菜谱、我的运动项目等,他们都会一一询问。”宋玉霞告诉记者,4年前她被诊断为糖尿病,当时家庭医生建议先调整生活习惯看看,接下来,团队医护人员每天给她打电话,问吃了什么、做了什么……在家庭医生团队的督促下,她的血糖控制得很理想。“我现在没事就会到卫生院转转,有检查做检查,没检查就和病友们聊聊天,感觉这里就像第二个‘家’,被家庭医生‘管’着,心里很踏实。”宋玉霞说。

“让慢性病患者谨遵医嘱不容易,需要医生长期沟通、陪伴,换取信任。”王红表示,按时吃药、定期复检是一个基本原则。此外,饮食习惯对疾病的发展也会产生重大影响。王红会告诫得冠心病的居民,要降低盐和脂肪的摄入,糖尿病患者需要对含有淀粉、碳水的食物高度警戒,“单是饮食一项,就需要家庭医生花费大量时间去说服和教育病人,纠正他们的饮食习惯。跟居民成了朋友后,他们有时还会将每日三餐拍成照片发给我,开玩笑称让我‘审阅’之后再就餐。”

还有很多慢性病患者缺乏对体育锻炼的正确认知,王红会通过呼吸机等设备,对病人进行心肺功能测量,再根据心率、血压数值,结合病人的基础性疾病,给出科学的锻炼方案以及后期调整计划。“功夫在平时,这些事情都是家庭医生的职责。”在王红心中,对于慢阻肺筛查、三高共管系统的建设,需要长时间的督促、指导。

走出诊室 创新利用网格服务

“家庭医生的职能很多,作为健康‘守门人’,我们应该像

超人一样,方方面面都要替居民考虑到,做好‘大管家’这个重要的角色。”湛山街道延安三路社区卫生服务中心主任张宁说,虽然中心成立只有一年,但却逐渐成为了居民生活中不可或缺的一部分,原因就是“我们尽量不让居民来找我们,我们主动走出去,送上门”。

5月11日,延安三路社区卫生服务中心家医团队走进海信学校,把急救知识送进校园,增进同学们对急救知识的了解,提升急救知识在学校的普及率,提高青少年急救自救意识和能力。同一天,他们还联合市南区妇幼保健站等,“定制”健康服务走进山东德衡律师事务所,从最常见的测量血压到关注度颇高的中医养生服务,从测光视力到康复指导,将健康服务送进楼宇,面对面解决白领健康问题。5月8日,延安三路社区卫生服务中心及中心医联体单位市立医院,送到华润大厦,为物业员工和业主开展急救知识及医保政策健康知识宣传讲座……

护卫安康,步履不停。“这一年来,我们家医团队在开展签约服务过程中,会先采用调查问卷的形式进行调研,根据网格内居民不同时期不同的诊疗需求,结合医务人员的专业、技术素养、沟通能力等,选配合适的家庭医生团队成员开展‘对口签约’和‘靶向服务’。”张宁介绍,针对写字楼白领,送上颈椎康复操、营养饮食专题沙龙;针对企业商会组织,开展高血压、高脂血症防治专题讲座;针对老年居民较多的网格,教授八段锦、中医适宜技术治未病;针对在校学生,进行传染病防控、校园安全知识讲座等。

“签约率是首要的,接下来更重要的是服务率、履约率。”在张宁看来,只有把优质的服务送达每一名居民身边,居民才会更主动地同家庭医生签约,建立长期、稳定、可及的服务关系。延安三路社区卫生服务中心团队按街道网格化属地原则划分服务责任区域,开展家庭医生网格化服务,成立了居民微信群,将负责网格内的居民全部纳入群管理,将家庭医生签约服务与网格自管相结合,以“划片包干”的形式做好居民健康照护服务,探索出“点对面、基层网”的家庭医生服务新模式,确保签约服务全覆盖,“逐步实现‘人人享有基本医疗服务,家家拥有辖区家庭医生’,是我们的目标。”张宁表示,目前通过进社区、进楼宇、进学校等,团队开展了100余场各种各样的健康教育、义诊咨询、政策宣传活动,提升家庭医生签约率、履约率。

基层转诊 搭建绿色就医通道

“一纸签约书”连着居民与家庭医生,“一个电话”便捷绿色转诊,医联体单位“一辆救护车”接病人住院……在西海岸新区,通过家庭医生签约服务,医联协作优先便捷转诊,实现急慢分治、分级诊疗、双向转诊,不仅让居民得到最便捷实惠的健康保障,更有可能挽救生命于困境。

“啊!需要做手术,可是大医院有没有床位我们也不清楚。”王国庆是一名肺癌转移长期卧床的失能老人,因无子女,一直由其侄子照顾。前不久,王国庆病情恶化,在宝山卫生院家庭医生团队每周上门提供医疗护理服务时,王国庆的侄子着急起来。团队医生宽慰他,“你放心,通过家庭医生签约服务绿色转诊,我们马上为老人联系医联体专家,帮老人安排住院。”

家在西海岸新区风河南路社区的刘香芹今年77岁,得知社区卫生服务中心在社区义诊,她特意跑过来表达谢意。“要是没有你们,后果不敢想象,真是太谢谢了。”情绪激动的刘香芹一边紧紧握着家庭医生徐兴强的手,一边向风河南路社区卫生服务中心医护人员连连道谢。前不久她忽染重病,儿女又不在身边,联系到社区卫生服务中心的家庭医生徐兴强。徐兴强获知她有冠心病、肺气肿等病史后,决定立即启动三级联动,协助转诊至区人民医院健共体继续治疗。徐兴强说,刘阿姨按照约定时间及时赶到医院后,医院为她开通了绿色通道,精准对症治疗。经过医护人员10多天的精心治疗和护理,刘阿姨病情转危为安,稳定后转回社区,再进一步巩固治疗即可。

目前我市有6个区(市)被确定为全国紧密型县域医疗卫生共同体建设试点区(市),已建成18个县域医共体、13个城市医联体网格,60家基层卫生院胸痛单元通过国家认证病验收,依托家庭医生签约服务团队共建成“三高”中心15家、“三高”基地110家,纳入“三高共管”患者49万人……近年来,青岛注重组建由三级公立医院牵头,其他医院、基层机构、公共卫生机构为成员的紧密型城市医疗集团,成为筑牢“基层网底”的有力基石,让小病就诊提质增效,让“难病有依、急病速医”。

/ 链接 /

全市组建家庭医生团队2246个

青岛市卫健委基层卫生处相关负责人介绍,青岛市认真贯彻落实“以基层为重点”的卫生健康工作方针,围绕重点人群和重点疾病,扎实做好国家基本公共卫生服务,大力开展医防融合模式创新,项目实施质量和效果持续提升。截至2022年底,全市共组建家庭医生团队2246个,拥有家庭医生6382人,老年人、儿童和慢性病患者等重点人群签约率达到75%以上。

2016年,我市在全省率先开展家庭医生签约服务,由家庭医生团队向签约居民提供基本公卫、基本医疗和个性化健康管理服务。我市围绕家庭医生签约服务,建立了收付费、绩效激励和人才保障等完善的政策体系,多次在国家和省级会议上介绍经验做法。2018年以来,我市创新开展“三高共管、三级协同”慢性病管理模式试点,2019年至2020年全市推广,得到了国家卫生健康委肯定,国务院深化医改领导小组以简报形式刊发推广。山东省卫健委以此为基础,确定在全省各地启动“三高共管、六病同防”医防融合慢性病管理试点,促进全面提升县域医疗卫生服务水平和能力,构建以人为本、功能完善、优质高效的整合型医疗卫生服务体系,提高群众看病就医的获得感和幸福感。

我市以基层慢性病管理为突破口,统筹推进基层医疗、医保和医药改革经验做法,入选《2022年国家基层卫生综合改革典型案例》。

2023年,我市家庭医生签约服务将着力做好“六个拓展”,办好“三高一慢”市办实事,并开展“面对面”大走访活动。“六个拓展”即提高签约服务供给能力,稳步扩大服务覆盖面有关要求,重点抓好由全科向专科拓展,由基层医疗机构向二、三级医院拓展,由公立医疗机构向民营医疗机构拓展,由团队签约向医生个人签约拓展,由固定一年签约周期向灵活签约周期拓展,由管慢性病向慢性病与传染病共管拓展。“三高一慢”市办实事即依托基层基本公共卫生服务信息系统,实施高血压、高血糖、高血脂风险评估,开展“三高”高危人群心脑血管疾病、肾病和视网膜病变等并发症筛查。对40岁以上人群进行呼吸慢病风险评估,对高危人群进行肺功能检查。通过基层医疗卫生机构和二级以上医院协同比对、分级服务,实现“三高一慢”健康管理全覆盖。“面对面”大走访活动,即围绕签约人群全程健康管理进行“面对面”大走访。结合日常诊疗、上门服务、集中义诊、重点人群随访等有利时机,开展家庭医生团队与签约群众“面对面”活动,宣传签约服务政策、服务内容,提供基本公卫随访服务、开展健康教育等。城市医疗集团、医共体牵头单位与基层医疗卫生机构一起,进村入户驻功能社区,以家庭医生签约服务为载体,以家庭和工作学习单位为团体开展健康教育、健康管理。

本版撰稿摄影 观海新闻/青岛早报记者 杨健