

以胜任岗位为目标

全科医疗 团队培训

席彪◎著



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

以胜任岗位为目标

全科医疗 团队培训

席彪 ◎ 著

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

全科医疗团队培训/席彪著. —北京: 人民卫生出版社, 2014

ISBN 978-7-117-19989-6

I. ①全… II. ①席… III. ①临床医学-岗位培训
IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 269339 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

全科医疗团队培训

著 者: 席 彪

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 18

字 数: 333 千字

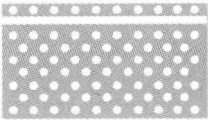
版 次: 2015 年 1 月第 1 版 2015 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-19989-6/R · 19990

定 价: 48.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



作者介绍

席彪,男,流行病学主任医师/卫生管理学教授。长期坚持农村卫生服务研究和农村卫生人力资源开发研究,主持了 12 项较大的医学教育和农村卫生人力资源开发研究课题。目前在河北省卫计委从事管理工作。河北医科大学社会医学与卫生事业管理专业硕士研究生导师。

担任教育部全国卫生职业教学指导委员会委员、国家卫计委教材建设专家委员会委员、中华医学会医学教育分会委员、中华医学会全科医学分会常委、国家基层继续医学教育教材编委、《中国实用乡村医生杂志》编委、河北省卫生行业对外技术交流协会会长等职。

著有《医生职业修炼》《现代医学教育基本方法与技术》《全国乡村二级卫生专业队伍现状及培训需求调查报告》《基层卫生信息与健康信息利用》等专著。

主编和编写了《卫生部全科医生转岗培训规划教材》《卫生部全科医生规范化培训规划教材》《社区卫生服务管理》《项目管理》等国家教材。主编出版专业著作和教材 62 册,发表学术论文 129 篇。

前言

把基层医疗卫生服务机构打造成能够有效地提供全科医疗服务的团队,把基层卫生技术人员培养成能够良好地胜任全科医疗服务岗位的团队成员,这是当前最迫切的,也是最现实的任务,既是国家愿望,也是公众需求。

由于全科医疗有别于专科医疗,全科医生不同于专科医生,所以全科医生必须经过培训。全科医疗服务不同于传统的以疾病为核心的生物医学模式指导下的服务,全科医疗服务给人群提供的是以不断改进健康状况和不断提升健康水平为目标的综合的、整体的、协调的、连续的、可及的健康照顾和以个人为中心、家庭为单位、社区为基础的,在生物-心理-社会医学模式指导下的服务。因此,以团队的方式开展工作是全科医疗服务组织的合理选择,全科医疗服务培训应该针对团队。

2001 年以来的研究,使我们创建并且完善了一种针对乡村卫生服务机构全科服务团队的培训模式。它根据国家对基层卫生服务机构的职能要求,结合当前广大群众的健康需求,同时考虑基层卫生服务机构的服务条件和服务环境,对基层卫生服务机构全科医疗服务的工作任务进行科学描述,尽可能地为基层卫生服务机构的服务技术明确一个范围和边界,从而获得涵盖基层卫生服务机构所有工作任务的数据库。这个随着卫生服务需求扩展而会不断得到更新的数据库,就是全科医疗团队需要掌握和必须胜任的服务内容。这就为以胜任岗位为目标的全科医疗团队培训提供了更为精确的依据。如果全科医疗团队能够规范、标准地完成这些任务,也就意味着他们能够良好地胜任全科医疗服务的工作岗位。

基于在 7 个省区 13 所乡镇卫生院所做的试点研究和探索,运用教育学的基本原理,笔者总结出以胜任岗位为目标的全科医疗团队培训的理论和方法,以供正在广泛开展的全科医疗团队培训参考。可以说,以胜任岗位为目标的培训模式是为乡镇卫生院全科医疗团队培训量身定制。

全书共 10 部分内容:引言、基本概念与原理、全科医疗团队工作任务描述、如何确定全科医疗团队的培训需求、胜任岗位的全科医疗团队培训模式研究、知识-技能-态度与胜任岗位、全科医疗团队培训的实施、全科医疗团队培训效果评价、全科医疗团队培训与评价的计算机系统、基于全科医疗团队胜任岗位培训的教材改革。

本书虽然是个人的长期研究的积累和总结,但也汲取了如澳大利亚莫纳什大学 John Murtagh 教授、新南威尔士大学 Arle Rotem 教授、美国得克萨斯大学 Frank I Moore 教授、新墨西哥大学 Arthur Kaufman 教授和国内曾益新院士、祝善珠教授、梁万年教授、吕兆丰教授、顾媛教授、崔树起教授、刘殿武教授、路孝琴教授、刘运国教授等中外专家的一些观点和建议,在此表示衷心的感谢。

席彪

2014 年 10 月

目 录

1. 引言	1
2. 基本概念与原理	4
2.1 全科医疗与全科医生	4
2.2 全科医疗服务与全科医疗团队	6
2.2.1 乡镇卫生院的全科医疗服务	6
2.2.2 全科医疗团队	11
2.3 全科医疗服务机制与原理	18
2.4 全科医疗团队培训与全科医生职业发展	22
2.5 农村卫生人力资源开发策略	23
2.5.1 卫生人力规划	24
2.5.2 卫生人力培训	25
2.5.3 卫生人力使用与管理	25
3. 全科医疗团队工作任务描述	27
3.1 乡镇卫生院的职能和任务	27
3.1.1 政府规定的职能	28
3.1.2 居民卫生服务需求	28
3.1.3 技术限制	30
3.2 乡镇卫生院职能分解	32
3.2.1 形成工作职能结构体系	32
3.2.2 形成工作任务总清单	32
3.3 工作任务描述	33
3.3.1 工作描述与任务分析模型	33
3.3.2 乡镇卫生院工作任务描述	35
3.4 运用工作任务描述结果确定卫生院全科医疗团队成员资格	44
3.5 建立全科医疗服务任务数据库	47
4. 如何确定全科医疗团队的培训需求	50
4.1 由谁来确定培训需求	50

4.2. 确定培训需求的方法和工具	51
4.3 培训的组织需要和个人需求	52
4.4 确定培训需求的步骤	52
4.5 形成培训计划	54
5. 胜任岗位的全科医疗团队培训模式试点研究	56
5.1 背景介绍	56
5.2 研究的基本框架	57
5.3 试验研究	58
5.3.1 试点卫生院情况	59
5.3.2 试点研究工作流程	61
5.3.3 试点研究方案的实施	61
5.3.4 试点工作评估	63
6. 知识、技能、态度与胜任岗位	65
6.1 知识与认知领域的学习	66
6.1.1 知识的意义	66
6.1.2 认知领域的学习与知识获得	67
6.2 技能与精神运动领域的学习	69
6.2.1 技能的意义	69
6.2.2 精神运动领域的学习与技能获得	70
6.3 态度与情感领域的学习	72
6.3.1 态度的意义	72
6.3.2 情感领域的学习与态度形成	75
7. 全科医疗团队培训的实施	77
7.1 培训计划的制定	77
7.2 培训方式方法的选择	78
7.3 全科医疗服务思维与理念的培训	89
7.3.1 全科医疗服务思维的基本构架	89
7.3.2 以人为中心的服务理念	90
7.3.3 以家庭为单位的服务理念	91
7.3.4 以社区为基础的服务理念	92
7.3.5 全科医疗服务思维与理念的建立	93
7.3.6 全科医疗思维培训	95
7.4 全科医疗专业技能培训	96

7.4.1 临床技能培训	96
7.4.2 公共卫生服务技能训练	148
7.4.3 健康管理与信息利用技能培训	152
7.4.4 保健技能培训	159
7.4.5 康复技能培训	163
7.4.6 健康教育技能培训	168
7.4.7 计划生育技术指导与管理技能培训	174
7.5 全科医疗团队相关技能培训	176
7.5.1 沟通能力训练与培训	176
7.5.2 科研能力培训	182
7.5.3 职业品德修炼	186
7.5.4 团队精神训练	189
7.5.5 学习能力培训	194
7.5.6 社会工作与心理服务技能培训	199
7.6 培训场所、培训师资、培训手段	207
7.6.1 培训场所	207
7.6.2 培训师资	208
7.6.3 培训手段	209
7.7 培训管理	210
8. 全科医疗团队培训效果评价	216
9. 全科医疗团队培训与评价的计算机系统	231
9.1 总体描述	231
9.2 模块设计	232
9.3 功能模块示图	233
10. 基于全科医疗团队胜任岗位培训的教材改革	236
10.1 教材改革的理论	236
10.2 教材改革的原则与特点	237
10.3 创新教材结构	238
10.4 乡镇卫生院全科医疗团队培训系列教材	244
10.5 教材模式	244
【参考文献】	271
后记	273

《柳叶刀(THE LANCET)》杂志,这个具有全球影响力的刊物,在2010年12月4日第376卷上发表了“新世纪医学卫生人才培养:在相互依存的世界,为加强卫生系统而改革医学教育”的专家报告,由此,吹响了第三次世界医学教育改革的号角,为我们正在做的和今后要做的卫生人员培训提供了理论基础。面对当前的卫生服务与卫生人才培养状况,报告提出了令人信服的观点和建议:

21世纪初,一个严重的问题出现了,国家内部以及国家之间在卫生领域出现了明显的差异和不公平,突显出我们在公平分享卫生成就方面的失败。同时,全新的卫生挑战开始出现。人口和流行病学形势出现巨大变化,新的传染病、环境风险、行为风险威胁着所有人的健康安全。全球卫生系统正变得越来越复杂,成本也越来越高。遗憾的是现在的医学教育未能跟上时代的步伐很好地应对上述挑战……医学卫生人才的岗位胜任能力与患者和人群需求不匹配。

越来越多的人意识到,“以病人为中心、以团队为基础”的医学教育是医学教育的复兴之路。21世纪的改革迫在眉睫,因为我们迫切需要让专业胜任能力适应于不断变化的环境。胜任能力是在日常医疗保健服务中熟练精准地运用交流沟通技能、学术知识、技术手段、临床思维、情感表达、价值取向和个人体会,以求所服务的个人和群体受益。

尽管不同卫生专业都有自己的核心技能,但以人群为基础、以病人为中心的卫生服务要求各方都要把自己的核心技能纳入到一个团队中提供有效的服务。非但如此,不同卫生专业间的技能界限要允许互相渗透,不同专业的人才可能相互替代或共担责任,完成实际的卫生工作任务。

我们遇到了同样的问题。

中国健康保障体系的历史格局把医疗卫生服务体系绑架在传统的思维框架中,正在运行的医疗卫生服务模式及其组织形式,在以往的医疗保健中作为我们自然延续和积累的有效方法,一直占据主流地位,在体现精深专业优势的同时,由于缺乏对健康全面的考虑和缺乏连续的服务意识,与我们如今所期望的目标相去甚远,它不能践行我们提出的以个人为核心、家庭为单位、社区为基础的综合、连续、整体、协调的服务理念,当然也就难以产生使居民尽可能不

得病、少得病、晚得病以及一旦得病容易获得及时有效医疗服务的结果,更难以实现不断改善居民健康状况、不断提高公众健康水平的目的。非但如此,我们还必须顾及到有限的资源,使医疗卫生服务更加经济有效,不断改进质量和效率。这使我们深刻感到,在医学科技和经济快速发展而疾病负担日益加重的今天,以往的做法越来越无能为力。

如何改变这种局面,使医疗卫生系统更好地适应未来的需求?我们把希望寄托在正在推进的医疗卫生体制改革上。

发挥我国遍布城乡的基层医疗卫生服务机构的职能,不断提高基层医疗卫生服务机构的服务水平,把居民的基本医疗服务和保健服务解决在基层,从而缓解广大群众“看病贵、看病难”状况,更好的保障公众的身体健康,这是中国医疗卫生体制改革的目标和期望。

全科医疗服务有利于推动这种愿望的实现,并且成为我们摆在桌面上若干可选项目中的优先选项。全科医疗制度如果在中国特色的土地上得以完善发展,给公众带来的将是无限的福音和希望。

中央政府的认识格外清楚,在国务院关于建立全科医生制度的指导意见中这样提出:建立全科医生制度是促进医疗卫生服务模式转变的重要举措。建立分级诊疗模式,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,也是许多国家的通行做法和成功经验。建立适合我国国情的全科医生制度,有利于优化医疗卫生资源配置、形成基层医疗卫生机构与城市医院合理分工的诊疗模式,有利于为群众提供连续协调、方便可及的基本医疗卫生服务,缓解群众“看病难、看病贵”的状况。

实践全科医疗的思想和方法需要有强大的支持平台,如政策、制度、技术、条件以及人文环境等。但最为关键的是践行它的人:全科医生和全科医疗团队。

我们需要数以万计的全科医生,而且是训练有素、能够胜任的全科医生;我们需要足够数量的以全科医生为核心的全科医疗团队,由他们来完成基层医疗卫生工作任务,实现全科医疗服务目标。

虽然需求很急,但却不容仓促熬炼匆忙出炉,他们需要严格的规范培养才能造就。

把现在的基层卫生服务组织逐步打造成目标一致、富有成效的全科医疗团队,把现在各自为政的专业人员培养成能够胜任全科医疗服务岗位的团队成员,这本身就是一个严峻挑战。

但它绝不是一个换汤不换药的形式变化,而是服务理念、服务模式和工作风格的改变和适应。我们将通过培训实现这一目标,唤起那些习惯了以往专科服务和以诊治疾病为目标的专业人员去为居民、家庭和社区人群健康承担

责任,为他们提供综合连续的照顾,为追求同一个目标从不同角度和岗位去努力,这更是一个重大挑战。这不可以简单地认为是一个工作目标和方式的变化,更是一个卫生工作者价值观和服务行为的改变。我们的培训要完成这个使命。

把乡镇卫生队伍打造成为工作团队,目的是给卫生院植入一种组织文化和团队精神,促进卫生院每名工作人员对全科医学理念的认同,对卫生院奋斗目标和集体责任的认同,对卫生院职能和使命的充分理解。通过培训,使乡镇卫生院形成有效沟通、良好协作、专业互补的具有高度集体命运感和荣誉感的精神风貌,成为具有良好胜任能力的医疗卫生服务网络的中坚力量。

中国目前的全科医生接受专业教育的背景差别很大,但是没有经过规范化全科医学训练的差别则不大。

全科医生缺乏什么就教给他们什么,需要什么就培训他们什么,这是明智的。我们的教师总是担心学员知道得太少,总是想把更多更新的知识技术教给学员,这种初衷其实没有什么错,只是因为学员能够学习的时间有限,用这些宝贵时间教给他们什么会更有用,是需要认真斟酌的。否则,耗费了学员的时间,工作中又用不上,这可能就错了。

如果要为乡镇卫生院全科医疗团队设计更为适宜、有效的培训,深刻认识和理解有关全科医学的概念和机制是必要的。为此,我们用有限篇幅阐明什么是全科医学、全科医疗、全科医生、全科医疗团队等内容并不多余。

2.1 全科医疗与全科医生

全科医疗是全科医学思想的具体表达和实践。全科医学又被称作家庭医学,全科医疗也被称作家庭医疗,自然,全科医生被称作家庭医生也毫不奇怪。

什么是全科医学?请看美国家庭医师学会(AAFP)和美国家庭医学专科委员会(ABFM)对家庭医学(family medicine)的解释:全科医学是“为个人和家庭提供连续性和综合性卫生保健的医学专科。它是一个整合了生物医学、临床医学及行为医学于一体的宽广专业,其范围涵盖了各种年龄、性别,各个器官系统及各类疾病实体。”这个解释有局限。世界家庭医生组织欧洲学会(WONCA Europe)则给予了更加丰富和具体的阐释:家庭医学:①所处理的健康问题涵盖了所有年龄、性别或任何背景特征不同的患者,是病人进入卫生保健系统时最先接触的医疗保健服务;②在基层医疗服务场所中提供服务,当病人需要时,通过与其他专科医师的合作,发挥沟通者的重要作用,使医疗资源得到最有效的利用;③面向病人个体、家庭及其所在社区的人群,提供以人为中心的服务,对于社区居民的健康负有特别的责任;④在全科理念指导的诊疗过程中,通过有效的医患交流,建立长久的医患关系;⑤根据病人的需求,为病人提供连续性、负责式的照顾;⑥根据社区中疾病流行和发病情况形成特定的解决问题的决策程序;⑦同时兼顾病人急性和慢性健康问题的管理;⑧对处于疾病初期未分化阶段但需要紧急处理的健康问题给予适当的干预;⑨通过适宜和有效的干预措施,对居民进行健康促进和健康维护;⑩所处理的健康问题涉及生物、心理、社会、文化以及生存等多个层面。笔者认为,全科医学应该是综合运用生物科学、临床医学、行为科学和人文科学的知识和技术,为处在不同生命时期的人,包括病人,提供以预防疾病、治疗疾病、减轻疾病伤害、增进健康、提高生命质量为目的的临床医学专业学科。其最重要的特征是对人的健康给予全面和终生的照顾。

什么是全科医疗?美国家庭医师协会把全科医疗(general practice)定义为:是一个对个人和家庭提供连续性和综合性卫生保健的医学专业,它是整合了生物医学、临床医学和行为科学的宽广专业。全科医疗范围涵盖所有年龄、性别和每一种器官、系统以及各类疾病。笔者认为,全科医疗应该是在全面贯彻全科医学思想和精神基础上,应用医疗保健服务的各种方法和技术解决健康问题的临床专业。其最主要的特征是把全科医学思想体现在医疗卫生服务实践之中。

什么是全科医生?全科医生首先是名医生,能够运用医学理论和技术判断和处理疾病、解决健康问题。全科医生突出在“全”上,全是指全面和系统,其含义包括三方面,一是全面的科学观,能够综合应用包括医学在内的多种学科,如心理学、社会学、伦理学、经济学等理论解释和解决健康问题、处理疾病,所以,对人的照顾和对于疾病的处理是综合的。二是全面的人体观,能够整体认识人的功能,从生物-心理-社会层面调理人体平衡,调理人与环境的关系,调理人体内部系统与系统、器官与器官之间的关系,不是把人与疾病分离、局部与整体分离,所以对于健康的维护也是协调持续的。三是全面的生命观,把人的生命从受精卵到出生再到衰老和死亡看作是一个连续发展的过程,而不是把他们切割成段。所以,对人的照顾也是沿着这样的过程连续进行的。能够把这些“全面系统”服务理念贯彻落实到健康服务和医疗行为之中的医生,就应该是全科医生。

世界家庭医生组织(WONCA)认为全科医生(general practitioner, GP)是对个人、家庭和社区提供优质、方便、经济有效的、一体化的基层医疗保健服务,进行生命、健康与疾病的全过程、全方位负责式管理的医生。笔者认为,全科医生是全科医学思想的实践者,是全科医疗服务的提供者,是具体实施全科医学方法和措施的医生。全科医生是经过严格培训,有能力应用全科医疗技术落实全科医疗措施,并把全科医学思想体现在医疗卫生服务行为中的人。其最主要的特征是在基层为所有“有病”和“没病”的居民提供全科医疗服务。全科医生首先是治病救人的临床医生,他们是居民健康和医疗资源的“守门人”,承担首诊医生责任。全科医生应该是社区居民的健康促进者和健康咨询人,负有协调医疗资源和与社会各部门良好沟通与宣传的责任。全科医生应该有效地管理健康、卫生资源和工作团队。特别是要成为当地居民健康方面的良师益友。全科医生也应当是医疗资源的“守门人”,控制过度医疗和资源浪费,合理为“新农合”、“城镇居民医疗保险”及其他医疗保障控制费用。

不是懂得一些医学技术的人或者是从医学院校出来的人就可以胜任全科医疗工作。虽然全科医生实施技术的层面和范围只是局限在基层卫生服务机构,但是他所洞察的问题和解决问题的视野已经超越了基层,他们需要用医学

的和非医学的知识技能去履行所承担的责任。

2.2 全科医疗服务与全科医疗团队

2.2.1 乡镇卫生院的全科医疗服务

经常与接受过全科医学转岗培训和正在接受“5+3”全科医生培训的学员讨论这样一个问题,尽管他们对全科医学的理论已经耳熟能详,可是在基层医疗卫生工作中如何运作和实施全科医疗,把理论表达为现实,并且落实在对居民的健康服务中,依然是一个不知所措、难以名状的问题。

下面引出一个乡卫生院正在探索实践全科医疗服务的例子。

卫生院地处中国西部的偏远山区,在 82 平方公里的土地上居住着 6112 户 32127 人,分散居住在 22 个村。农业和少量畜牧业是人们赖以生存的产业,人均收入处于当地中下水平,每年约 1/3 人口外出在东南沿海城市打工谋生,留守在家的主要是老人、妇女和儿童。全乡有一所乡卫生院,26 个村卫生室,共计 83 名卫生工作人员。到 2012 年底,他们中有 86% 的人接受过时间不等的全科医学理论培训。根据计划,他们还需要补充 21 名卫生专业人员。2012 年,这里来了一名经过转岗培训的全科医生。

虽然现在这里实施全科医疗的条件还很不足,但是解决当地卫生问题和改善居民健康是刻不容缓的大事。

通过调查研究,卫生院已经清楚地了解到为之服务人群的卫生服务需求,与每一个家庭签订协约,说明彼此的共识和责任,指出卫生院在限定条件下的服务承诺。

这名全科医生恰当的处理了他与卫生院院长之间的关系,他担任卫生院业务副院长,是卫生院全科医疗团队的核心人物。在卫生院领导班子支持下,同时也获得卫生院工作人员和乡村医生的认可,他利用所学知识和技能,精心设计出全乡的医疗卫生工作计划并带领他的团队努力实施。

他把卫生院工作人员分成 3 组团队,第 1 组团队负责全乡卫生信息统计分析、居民健康档案建立与管理、居民健康需求评估的工作。进行居民健康相关信息的调查、搜集、确认、统计、分析,同时负责协调有关部门获取全乡近 5 年来的人口状况、流行病学资料、经济发展变化及文化与生活习惯等信息,最终完成一份详细的评估报告。第 2 组团队负责基本医疗服务。包括急救、常见病诊疗、护理、康复等,根据卫生院条件和病人转运情况制定医疗计划,并组织利用本地资源去实施。第 3 组团队负责公共卫生服务,包括妇儿保健、免疫规划落实、卫生监督协管、饮水安全、食品安全、公众健康教育等各种公共卫生

服务。这三个工作团队信息共享、互相协作。年底由上级管理部门对全乡全年的工作绩效进行评价。各个团队成员按照团队中的岗位履行职责,并且分别对所在团队负责,要求每一项任务必须严格按照标准规范执行。

领会这种工作模式的培训和讨论非常必要,因为有许多问题需要澄清,有不同见解需要统一,按照岗位任务制定的工作目标、流程、标准需要讨论、熟悉、强化。甚至对个别不适应团队工作而“坚守阵地”的人要进行单独沟通。因为这是一次变革,不仅会改变人们习惯已久的工作方式和行为模式,而且其潜在风险还有可能触动大家的利益。

经过反复培训和沟通,所有团队成员都已经明白,在他们操劳忙碌的工作中,每一个人千方百计的努力都是为了一个共同目标:就是使他们所服务的居民尽可能避免患病,最大限度地减少患病,一旦患病就能得到及时正确的治疗或者转诊,尽可能地减缓疾病进程和避免伤残,使处在疾病后期的病人能够获得较高质量的存活并且早日回归社会,增进所有有病或者无病者的身心健康。简单地说,就是避免患病、正确诊治,加强保健、减少伤残、增进健康,提高生命质量。每个团队及其团队成员在履行岗位职责过程中都必须时刻牢记这一宗旨,优先服从这一共同目标,并且将它落实在行动中。他们已经形成一个以全科医生为核心的全科医疗总团队和分团队,卫生院是一个总团队,下面有三个分团队。他们要有一个全面体现全科医学思想的工作计划,这个计划说明了全年有哪些主要工作,预期目标是什么;全年各个时段都有哪些工作,具体任务是什么,这些任务分别由哪个团队来完成,团队成员是谁;每个成员的岗位任务是什么,完成工作任务的指标是什么;并且进一步明确每项任务都由谁来干、在哪干、怎么干、何时干、达到什么指标、需要哪些资源?如何评价卫生院工作目标的完成情况,如何评价每个团队工作任务完成结果,如何评价每个团队成员的工作绩效。

接下来就是把这个计划转化为卫生院和它所在服务区域内村卫生室的工作内容和任务。

医疗工作由第2组团队负责,全科医生负责总协调,几名专科医生(内儿科、外科、中医、妇科)分别在各自的科室开展医疗服务。

卫生院接待前来寻求服务者的地点是服务大厅,这里安排了具有丰富经验的护士负责,通过了解每个服务需求者的基本情况,把顾客分诊或者护送到不同的服务地点。同时,也负责接待和安排预约就诊的病人。

如果指征明确,可以直接把病人安排给专科医生,如把牙痛的病人送给牙科医生,把孕妇送给妇保科医生,把骨折病人交给外科医生处理。对于指征不明确,判断不清楚属于哪个专科的病人,则交给全科医生处理。当然,无论是专科医生还是全科医生,凡是在卫生院工作的,其责任都不限于处理疾病,同

时,要对病人的后续医学照顾负有责任。而全科医生则关心的内容和范围还远不止这些,他还要定期或者根据约定到病人家中访视,了解其家庭生活环境、生活状况、卫生习惯,从与病人及其家人的交谈中,发现这个家庭的健康观念、对待病人和疾病的态度,为病人后期康复,同时也为家庭其他成员提高健康意识、预防疾病提出规划意见或者提供咨询。全科医生善于与病人家人讨论,取得共识,劝说其他家庭成员科学细微的照顾好病人,鼓励病人树立战胜疾病的信心。对家庭存在某些问题如贫困、传染病、不和睦、独居、留守老人和儿童等情况,与当地乡政府、村委会相关部门进行沟通,努力为这样的家庭争取社会救助,改善健康条件。

全科医生不是处理疑难杂症的医生,而是用超越专科医生专业界限的思想和方法分析判断病人的临床问题;全科医生不是什么也懂一点而什么也不精深的医生,他们是经过良好临床专业训练而具有全科医疗技能的医生;全科医生也不是包揽所有服务工作的医生,而是协调服务并且指导或者带领团队按照全科医疗服务要求开展工作的指导者。全科医生有深厚的医学专业背景和临床能力,能够洞察病情并且决定适宜的转诊时机。

在乡镇卫生院,全科医生和专科医生之间有良好的互动,病人可以在他们之间互相转换,专科医生看过的病人,可以由全科医生给予全面指导。全科医生认为有必要,可以把病人转交专科医生处理,这个必要就是已经明确是属于哪个专科的疾病。更多的时候是他们需要共同讨论,达成共识,再与病人沟通,提出适宜完善的方案。

一旦被认为某个病人的病情已经超越了卫生院的能力、条件和技术许可界限,如果再勉强处理就会增加病人风险,这时,全科医生要毫不犹豫地决策,尽快与上级医疗机构联系协调,派合适的专业人员把病人转送到目的地。如果转送风险很高,也可以请上级医疗机构专家来乡卫生院一起处理。

如果病人需要全科医生处理,他将经历一个更加系统和全面的医疗照顾过程。全科医生会把疾病与环境、家庭、社区、文化、行为等联系起来,会对病人的心理状况、人际关系、工作特点、经济情况进行全面考虑,他要全面分析病人生理、心理、社会因素,辨别出主要影响因素。渐渐地,这种思维和行为被卫生院各个团队成员认同、接受,变成自觉的服务行为模式。

现在,卫生院来了一位 34 岁的妇女就诊,她在接诊护士那里诉说了一大堆问题,如经常感觉头晕、失眠,有时心慌气促,容易激动发脾气、疑神疑鬼、腹部胀气,食欲不佳,怀疑自己身患重病等。护士听罢,把她送到全科医生诊室。

全科医生热情地把她让到座位上,认真倾听她的娓娓道来,几乎没有打断过她时而激动、时而痛苦的陈诉。之后,又补充询问了病史,对几个关键问题进行了确认。全科医生给她做了全面细致的体检,没有发现明显的病理体征,