

赋权增能视域下 门诊多学科协作诊疗服务质量提升策略研究*

——乔佳敏 张赫楠*

【摘要】 门诊多学科诊疗(MDT)服务模式能够提高疑难疾病就诊质量,增强患者就医获得感。在赋权增能理论视域下,通过系统文献研究,从制度赋权、管理赋权、内在增能、外在增能等维度探讨门诊MDT服务质量提升面临的困境,提出规范MDT团队诊疗行为,增进MDT团队协同性,提升MDT团队内生动力,增强专业服务能力等策略,以提升门诊多学科服务质量。

【关键词】 赋权增能;门诊;多学科诊疗;服务质量

中图分类号:R197.323

文献标识码:A

The Strategy of Improving the Service Quality of Outpatient Multidisciplinary Diagnosis and Treatment from the Perspective of Empowerment/QIAO Jiamin,ZHANG Henan. //Chinese Health Quality Management, 2024, 31(8):30-33, 37

Abstract The outpatient multidisciplinary diagnosis and treatment(MDT) service mode can improve the quality of treatment for difficult diseases and enhance patients' sense of access to medical treatment. From the perspective of empowerment theory, through systematic literature research, this paper discussed the difficulties facing the improvement of outpatient MDT service quality from the perspectives of institutional empowerment, management empowerment, internal empowerment and external empowerment, and proposed strategies such as standardizing the diagnosis and treatment behaviors of the MDT team, enhancing the synergy of the MDT team, enhancing the endogenous motivation of the MDT team, and enhancing the professional service capability, so as to improve the quality of multidisciplinary outpatient service.

Key words Empowerment; Outpatient Service; Multidisciplinary Diagnosis and Treatment; Service Quality

First-author's address School of Humanities and Social Sciences, Harbin Medical University, Harbin, Heilongjiang, 150081, China

多学科协作诊疗(Multidisciplinary Diagnosis and Treatment, MDT)是指针对某一种或某一系统疾病,由多个学科专家形成相对固定的专家组,通过定时、定点讨论,提出综合诊疗意见的诊疗模式^[1]。MDT作为一种整合型医疗服务模式^[2],通过加强医院各专科的相互融合,在治疗方法、理念上达成共识,从而提高疾病

的治疗效果^[3]。MDT集合了专业互补性、资源整合性、临床规范性、患者中心性等特性^[4],打破了专科壁垒,使个体经验性医疗模式转变为小组协作的规范化决策模式^[5],避免了单一治疗、重复治疗以及过度治疗的弊端^[6],优化了患者就诊流程,提高了就诊质量。

赋权增能理论是通过塑造有利

的外部客观环境并激活组织成员的内在能动性,增强成员的自我效能感,从而提高组织绩效^[7]。该理论被广泛应用于推进社会治理工作、服务能力提升等研究领域。本研究引入赋权增能理论,通过不断完善制度体系和管理机制,以内外赋能来增强门诊MDT的自我效能,从而促进门诊MDT服务质量提升。

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2024.31.8.06

* 基金项目:四川医事卫生法治研究中心课题(编号:YF21-Y08)

乔佳敏 张赫楠* 通信作者:张赫楠

哈尔滨医科大学人文社会科学院 黑龙江 哈尔滨 150081

1 门诊多学科协作诊疗发展现状

自 20 世纪 90 年代后,MDT 模式在欧美国家的癌症诊疗体系中得到了广泛应用^[8],现已成为国际医学领域的重要诊疗模式。在我国,四川大学华西医院结直肠外科于 1981 年率先建立了结直肠肿瘤 MDT 团队^[9],随后便在全国迅速推广。北京大学肿瘤医院于 2007 年初建立了 MDT 综合门诊^[10],并制定了规范的管理制度和流程。浙江大学医学院附属第一医院于 2013 年成立 MDT 中心,并于 2018 年扩展设立了 MDT 门诊专区^[11],致力于使疑难病患者“最多跑一次”。

近年来,国家大力支持 MDT 发展。国家卫生健康委发布的《2019 年深入落实进一步改善医疗服务行动计划重点工作方案》^[12]及《公立医院高质量发展促进行动(2021—2025 年)》^[13]都提出,针对疑难复杂疾病、多系统多器官疾病,医疗机构可建立 MDT 模式,为患者提供“一站式”诊疗服务。在政策鼓励下,我国门诊 MDT 服务模式快速发展。但门诊 MDT 还存在发展不平衡、服务范围局限、服务质量总体不高等缺陷,其实质是赋权增能不足导致 MDT 团队诊疗行为不规范、团队协作不畅、主观能动性不强。因此,如何通过赋权增能发挥 MDT 团队的创造力,这是提升 MDT 门诊服务质量的关键。

2 赋权增能视域下门诊 MDT 服务质量提升框架

2.1 赋权增能理论

赋权增能理论又称“赋权理论”或“增能理论”。该理论最早由美国学者 Solomon B 提出,他认为“赋权”

能够帮助弱势群体增强自我效能感,进而主动参与到社会变革中^[14]。因此,该理论早期重点关注弱势群体,之后被广泛运用到组织管理、心理、社会工作、教育、医疗卫生等诸多领域。而不同的学科领域对赋权增能含义的理解不尽相同。组织管理学领域把它作为激发员工工作绩效的工具;心理学强调通过赋权增能实现个体自我效能感的提升。因此,徐立娟等^[15]认为赋权的概念包含 3 种要素,即能力的增加、权利与机会的获取以及自我效能感的提升。高万红^[16]认为“增能”指挖掘弱势群体的潜能,以此帮助其实现自我价值。付秋梅等^[17]认为“赋权”具体包括制度赋权、管理赋权和环境赋权。沈光辉等^[18]认为“增能”包括内在增能和外在增能两部分,内在增能注重群体内生性发展,外在增能则强调外部力量的助推作用。

2.2 门诊 MDT 服务质量提升框架

基于对赋权增能理论内涵的认识,构建 MDT 服务质量提升框架,见图 1。(1)赋能主体。赋权增能的主体是医院管理者,负责在宏观层面建立相应机制,统筹资源再分配。(2)赋能对象。赋权增能的对象主要是 MDT 团队成员,通过增强其主观能动性,进而提升服务质量。(3)赋能机制与方式。赋能机制与方式主要分为 4 个方面:一是制度赋权强调建立和完善门诊 MDT 相关制度体系,包括服务机制和质量评价机制,从而规范团队成员日常诊疗行为,以利于

发挥团队自主性;二是管理赋权通过赋予组织成员参与权与决策权,优化服务模式,以构建规范化、标准化、多样化的 MDT 模式,促进 MDT 团队的协同合作;三是内在增能强调 MDT 团队内生性发展,通过组织文化的引导,建立相应激励机制,增强团队成员的获得感,从而激发 MDT 团队的工作潜能;四是外在增能强调引入外部力量推动门诊 MDT 发展,通过构建院外多学科联盟,开展医企合作,发挥患方的监督作用以促进团队专业服务能力不断提升。(4)赋能目标。赋能目标是增强 MDT 团队的专业能力、协作能力以及主观能动性,从而提升医疗服务质量水平。

3 面临困境

3.1 制度赋权缺位,加剧了就医流程的不规范性

目前,我国门诊 MDT 尚未建立系统的服务机制和服务质量评价体系。由于缺乏制度规范和标准的工作流程,致使 MDT 团队服务职能模糊,这就导致在 MDT 门诊申请、过程记录、反馈等环节存在患者信息收集不全、专家在会诊前不能详细了解患者信息等问题。同时,门诊 MDT 医疗质量评价体系不完善,评价内容局限,且多以“服务量”作为主要的评判标准,以至于不能精准评估医疗机构 MDT 服务能力。加之缺乏相应的服务质量反馈机制,使得 MDT 团队以及患者无法进行自下而上的服务质量反馈,无法调

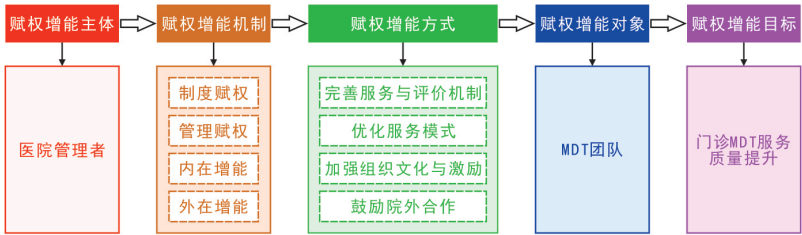


图 1 赋权增能视域下门诊 MDT 服务质量提升框架

动其积极性。

3.2 管理赋权失衡,降低了 MDT 团队服务协同性

MDT 通过集中多学科小组决策,提高了疑难疾病的诊疗效率。但实际应用过程中,由于缺乏规范化管理,MDT 团队成员流动性大,凝聚力不强,致使门诊 MDT 服务效率低,诊疗质量不高。此外,由于 MDT 模式跨学科的特点,团队成员短时间内难以有效衔接,不同学科医务人员因专业背景不同会影响团队协作效率,从而影响服务质量^[19]。同时,跨专业团队成员间的职业认同、沟通能力、信任水平都会影响团队的协同性。

3.3 内在增能乏力,削弱了 MDT 团队主观能动性

内在增能乏力表现在门诊 MDT 缺乏有效的管理和激励机制,以至于无法充分挖掘 MDT 团队成员的潜能。究其原因,一是医务人员对 MDT 认识不到位,积极性不高;二是能够开展 MDT 服务的三甲医院常常超负荷运转,医务人员没有太多精力关注 MDT 建设。在推广乏力和激励不足的情况下,MDT 团队成员难以持续保持积极性。另外,医疗机构绩效考核机制也在一定程度上限制了门诊 MDT 的发展。目前,国内公立医院普遍实行科室自负盈亏的绩效考核模式,科室间存在竞争关系,这影响了科室间的协作积极性。因此,如何公平、公正地评价各 MDT 团队的工作成效,提升 MDT 团队的积极性是 MDT 模式建设的关键。

3.4 外在增能缺乏,限制了 MDT 团队专业能力发展

目前,部分门诊 MDT 的发展局限于医院内部,缺乏外部力量支

持。MDT 门诊模式需要较多专家资源,仅依靠单一医院不利于 MDT 团队专业能力的提升。同时,由于缺乏医院间以及区域间医院的合作机制,院外合作交流不畅,限制了 MDT 团队专业能力发展。此外,医疗机构在推进 MDT 服务过程中,往往忽视患者的参与,导致患者体验感差。同时由于缺乏来自患者的反馈,医疗团队的专业能力和服务质量也难以有针对性的提升。

4 优化策略

4.1 制度赋权:规范 MDT 团队诊疗行为

门诊 MDT 模式是通过医疗资源重组和就医流程再造来达到医疗资源整合的目的^[1]。因此,要改善门诊 MDT 流程不规范的现状,要通过制度赋权完善 MDT 模式服务机制和质量评价机制。首先,要明确牵头部门^[20],由牵头部门联合各专科以及门诊部、医务处、护理部等相关职能部门组成 MDT 门诊工作小组,厘清工作流程,明确职责分工,制订诊疗规范,并通过信息技术收集患者诊疗数据,便于专家团队调阅,为患者提供准确的治疗方案^[21]。其次,门诊 MDT 服务评价体系要区别于普通门诊,从服务的人性化、综合性和可及性以及连续性、协调性等维度进行综合评价,进而构建规范化的 MDT 诊疗评估模式,推动 MDT 质量评估标准从“量”到“质”的转变。最后,要建立医患便捷的服务质量反馈机制,使 MDT 医疗团队及患者双方都能够自下而上有效表达需求。

4.2 管理赋权:增进 MDT 团队协同性

MDT 是由多学科组成综合治

疗团队进行临床诊治的服务模式。通过管理赋权培育团结协作的多学科团队是提高 MDT 诊治效能的关键。首先,要赋予 MDT 医疗团队充分的自主性,提升其自我管理能力;要充分发挥优势学科的示范引领作用,引导其深入参与到团队管理决策过程中。其次,医疗机构要根据学科基础以及综合诊疗条件,结合患者诉求,选择特色专科或重点学科进行 MDT 试点,并规范学科组合和专业人员组成,明确专家团队资质,充分发挥医疗资源的价值。最后,多学科诊疗模式需多样化。目前,门诊 MDT 主流模式是固定时间、固定地点、固定成员的“三固定模式”和以主诊科室为中心的召集模式^[22],还可以参照上海某三甲医院的整合门诊模式^[23],以疾病治疗涉及的专科为基础进行组建,如由胃肠外科、肿瘤科、放疗科组成的胃肠肿瘤整合门诊。

4.3 内在增能:提升 MDT 团队内生动力

内在增能强调通过组织文化引导和建立激励机制来激发医疗团队的内生动力。组织文化通过塑造和引导组织成员的价值观念,以提高 MDT 团队的自我效能感^[24]。医疗机构可通过开展宣传动员活动和专业能力培训,强化医务人员多学科协作意识,引导 MDT 团队树立以患者为中心的服务理念,发扬团队协作精神;重视团队成员意见,关注团队成员的心理状态和需求,鼓励各科室成员积极参与 MDT 建设。激励机制主要分为内在激励和外在激励。内在激励在于激发团队成员的自我认同感。其中,声誉激励被广泛应用于医疗领域,医疗机构以及医生的声誉会显著影响患者就医选择。医疗机构可以通过组织评比活动、奖励典

范的方式达到声誉激励的效果,促进医务人员形成良好工作作风。外在激励则基于个体的外在动机引导其行为。要通过建立公正、透明的考核奖惩机制,消除利益分配不均。建立动态的门诊MDT绩效评估体系^[25],并根据发展变化不断修订。绩效考核指标,不再局限于经济指标,还可以参考关键绩效指标理论^[26],实现对门诊MDT团队、牵头专家、参与专家的综合绩效评价,以增强团队成员的信任感。

4.4 外在增能:增强MDT团队专业服务能力

有研究^[27]显示,团队成员的专业水平是MDT团队决策能力的直接影响因素。因此,门诊MDT服务质量提升需通过外在增能不断提升MDT团队专业能力。首先,依托医联体建设,通过牵头组建MDT联盟、开展各类学术交流活动等,不断加强院外合作交流和区域间的推广应用^[28],实现医、教、研真正融合,提升医务人员专业能力,这有助于下沉优质医疗资源,有效改善基层医院服务能力不足的现状^[29]。其次,引导社会力量参与MDT建设。鼓励医药企业在MDT发展过程中发挥重要作用,强化利益关联,形成长久有效的合作机制。通过注入资金、设备等资源支持,为MDT团队提供学术交流平台,及时获取前沿理念,增强专业能力。最后,调动患者在监督服务质量中的主动性。开展患者参与的MDT诊疗服务,加强医患沟通,促进医患信任。通过开展健康知识科普,提高患者及其家属的认知水平,加强患者自我健康管理。医疗机构要重视患者感知评价,发挥患者在参与诊疗活动以及服务质量监督等方面的重要作用^[30],从而提高MDT诊疗质量。

5 结语

当前,医疗模式已经逐渐向生物—心理—社会医学模式转变,患者需求也逐渐从疾病治愈转变到全身身心健康。因此,提高门诊MDT服务质量对建立中国特色优质高效的整合型医疗卫生服务体系具有重要的意义。在政策支持下,我国门诊MDT模式已初具规模,实现了“量”的积累,但服务质量仍有提升空间。本研究从赋权增能视角,提出了推动门诊MDT诊疗模式的“质”的提升策略。但本研究仅从理论视角对门诊MDT发展困境和质量提升策略进行了探讨,尚未进行实证研究。下一步,将基于特定医院或者特定门诊MDT,依据科室和患者特点提出更具有针对性的质量提升策略。

参考文献

[1] 狄建忠,张弘玮,曹建文,等.我国公立医院实施多学科合作的思考[J].中国医院,2016,20(7):1—2.

[2] 毛一晴,康定鼎,张博文,等.国内外多学科团队诊疗模式研究进展[J].中国医院,2022,26(3):18—21.

[3] POWELL HA, BALDWIN DR. Multidisciplinary team management in thoracic oncology: more than just a concept[J]. The European Respiratory Journal, 2014, 43(6):1776—1786.

[4] 龚伟伟,赵太宏,肖雨龙,等.多学科协作诊疗模式在青年医师培养中的运用[J].中国医院管理,2016,36(11):90—91.

[5] LAMB BW, JALIL RT, SEVDALIS N, et al. Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study[J]. BMC Health Services Research, 2014, 14(8):377.

[6] 李钟仁,杜勤,王敬茹,等.基于患者视角的多学科协作诊疗模式现状和对策研究[J].中国医院,2016,20(8):34—35.

[7] 曹成霖,曹文文,孟飞跃,等.增权赋能视域下基层医疗卫生服务质量持续改进及实现路径研究[J].中国全科医学,2024,27

(1):9—14,26.

[8] VRIJENS F, KOHN L, DUBOIS C, et al. Ten years of multidisciplinary teams meetings in oncology: current situation and perspectives[R]. Belgian Health Care Knowledge Centre, 2015.

[9] 戴安,敖博,左吉玲,等.门诊部多学科协作诊疗模式的研究进展[J].现代临床医学,2023,49(1):75—77.

[10] 邢沫,王凤玲,王丹.我院建立肿瘤多学科诊疗模式的探讨[J].中国医院管理,2015,35(6):29—31.

[11] 邵双阳,任菁菁,魏国庆,等.综合性医院多学科综合门诊病例特点分析[J].中国全科医学,2021,24(22):2810—2813.

[12] 国家卫生健康委,国家中医药局.关于印发2019年深入落实进一步改善医疗服务行动计划重点工作方案的通知:国卫办医函〔2019〕265号[EB/OL]. (2019—03—08)[2024—02—10]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019-10/08/content_5436973.htm.

[13] 关于印发公立医院高质量发展促进行动(2021—2025年)的通知[J].中华人民共和国国家卫生健康委员会公报,2021(9):2—5.

[14] SOLOMON B. Black Empowerment: Social work in oppressed communities [M]. New York: Columbia University Press, 1976:25—36.

[15] 徐立娟,刘振,田雄.赋权增能与系统建构:社会工作介入教育扶贫的经验反思——以H大学云南省S村暑期教育项目为例[J].华东理工大学学报(社会科学版),2020,35(2):62—72.

[16] 高万红.增能视角下的流动人口社会工作实践探索:以昆明Y社区流动人口社区综合服务实践为例[J].华东理工大学学报(社会科学版),2011,26(1):30—36.

[17] 付秋梅,何玲玲.赋权增能视角下新型职业农民培育长效机制构建研究[J].职业教育研究,2020(10):4—11.

[18] 沈光辉,蔡亮亮.赋权增能理论视域下老年教育转型发展探究[J].湖北社会科学,2021(11):142—147.

[19] LAFRANCE DL, WEISS MJ, KAZEMI E, et al. Multidisciplinary teaming: enhancing collaboration through increased understanding[J]. Behavior Analysis in Practice, 2019, 12(3):709—726.

(下转第37页)

应有具体部门统一管理全院日间手术,因此,可以考虑设立日间手术总值班,协调全院日间手术。二是,在值班岗位职责、人员资质和人员数量方面,根据日间手术的具体开展形式,可设置院外专职管理人员(如专职医生、专职护士、医患助理等),明确相应岗位职责,并根据职责要求对人员资质进行规定,同时按照某一时段内所管理院外患者的数量及病情等,测算配备足够的工作人员,避免医务人员超负荷工作。三是,针对患者不同阶段衔接环节,应制订详细的交接班流程和标准,确保患者“离院不离床”,同时院外专职管理人员应在指定地点值班,保持通讯设备畅通,确保患者在需要时,能够联系到医务人员,并在合适的场所得得到恰当的医疗处置。

最后,完善日间手术病历记录形式与内容。值班和交接班制度明确要求值班期间所有的诊疗活动必须及时记录入病历。对于院外阶段患者的诊疗活动,可参考既往三级查房制度^[11]、病历管理制度^[12]中的建议进行综合考虑,以适当形式完成相应病历记录,既能满足三级查房制度要求,又能落实病历管理制度。针对日间手术患者的值班和交

接班内容,不同岗位应有相应记录,尤其是不同阶段衔接环节进行的交接班,更应对值班和交接班记录内容进行优化,以适应日间手术开展需要。

参考文献

[1] 应娇茜,王晨曦. 值班和交接班制度问题分析与改进建议[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(2): 9—11, 15.

[2] MANSER T, FOSTER S. Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts[J]. Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 2011, 25(2): 181—191.

[3] Joint Commission Center. Joint Commission Center for transforming health-care releases targeted solutions tool for hand-off communications[J]. Jt Comm Perspect, 2012, 32(8): 1, 3.

[4] 国家卫生健康委. 关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知; 国卫医发〔2018〕8号[EB/OL]. (2018—04—21)[2024—02—04]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3585/201804/aeafaa4fab304bdd88a651dab5a4553d.shtml>.

[5] 国家卫生计生委. 医疗质量管理办法: 国家卫生和计划生育委员会令(第10号)[EB/OL]. (2016—09—25)[2024—03—21]. <http://www.nhc.gov.cn/fzs/s3576/201808/2087f3867f6e4645b4564ea567458b65.shtml>.

[6] 孙 辉,高嗣法,孙佳璐,等.《医疗机构日间医疗质量管理暂行规定》的解读[J]. 中国卫生质量管理, 2023, 30(5): 30—33.

[7] 张雨晨,戴 燕,宋应寒. 基于Web of Science的日间手术可视化分析[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(4): 22—24, 28.

[8] 杨 玲,黄小龙,罗 旭,等. 国内外日间手术发展现状与思考[J]. 中国卫生质量管理, 2020, 27(4): 33—37.

[9] 俞德梁,刘小南,高博欣,等. 医患助理助力提升围手术期管理质量[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(5): 34—35.

[10] 胡永军,谭郎敏,唐 杨,等. 高质量发展视域下基层医院医疗质量安全核心制度过关实践探讨[J]. 检验医学与临床, 2023, 20(16): 2460—2464.

[11] 俞德梁,刘小南. 三级查房制度在围手术期管理中的实践与思考: 以日间手术为例[J]. 医学与哲学, 2022, 43(19): 64—68.

[12] 俞德梁,刘小南. 日间手术模式下病历管理制度问题分析与思考[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(3): 25—27, 36.

通信作者:
刘小南:空军军医大学第一附属医院日间手术中心副主任医师
E-mail: liuxnxjh@163.com

收稿日期: 2024—03—04
修回日期: 2024—05—10
责任编辑: 任红霞

(上接第33页)

[20] 曾 勇,王跃进,章成国,等. 应用PDCA促进多学科协作诊疗开展[J]. 中国卫生质量管理, 2018, 25(3): 4—6.

[21] 代佳灵,何 谦,武永康,等. 多学科诊疗门诊难点分析及建议[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(6): 31—34.

[22] 余松轩,赵 蓉,李贤华,等. 上海市医院多学科诊疗模式标准研制与思考[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(12): 14—17.

[23] 朱 华,俞卓伟,郑松柏,等. 公立医院实施多学科协作诊疗整合门诊服务模式探讨[J]. 中国医院, 2016, 20(7): 14—16.

[24] FLEURY MJ, GRENIER G, BAMVITA JM, et al. Variables associated

with work performance in multidisciplinary mental health teams[J]. Sage Open Medicine, 2017, 5: 1—12.

[25] 李贤华,宋 婷,赵子衿,等. 上海市医院多学科协作诊疗绩效评价体系构建[J]. 中国医院管理, 2019, 39(11): 29—31, 35.

[26] 娄 艳,龚红辉,曾立云,等. 三级综合医院门诊多学科协作诊疗SWOT分析[J]. 中国医院管理, 2023, 43(5): 54—57.

[27] ROSELL L, ALEXANDERSSON N, HAGBERG O, et al. Benefits, barriers and opinions on multidisciplinary team meetings: a survey in Swedish cancer care[J]. BMC Health Services Research, 2018, 18(249): 1—10.

[28] 孙 湛,杨 丽,邵雨婷,等. 多学科诊疗模式现状分析与思考[J]. 中国卫生质量管理, 2018, 25(6): 37—40.

[29] 杨 亚,梁 晨,陈 桢,等. 国内外多学科诊疗模式研究进展分析[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(2): 16—19.

[30] 谢苗荣. 多学科诊疗模式在门诊中的应用[J]. 华西医学, 2024, 39(1): 1—5.

通信作者:
张赫楠:哈尔滨医科大学人文社会科学院法学教研室副教授
E-mail: 573198775@qq.com

收稿日期: 2024—03—07
修回日期: 2024—05—23
责任编辑: 黄海凤