

Strategies to reduce Surgical SOPC referrals in Kowloon West Cluster General Out-patient Clinics (GOPC)

Dr W Luk, Dr Ng CL, Dr Y K Yiu

*Department of Family Medicine & Primary Health Care
Kowloon West Custer*

teamwork

teamwork

Why need to change?

不滿排期長 病人打醫護

惡性循環 眼科醫生不足，令白內障手術排期長，排期長又致病人不滿，威嚇打醫護，弄得怨聲載道，造成惡性循環。

上司息事寧人 打擊士氣

一名去年離職的醫生說，過去有病人得白內障手術排期數年，牽連後果出而前建設，上司總是「吐口水」等。不願接受醫生的解釋，只想息事寧人，從連聲索賠，也要先徵上級批准，否則遭「黑面」相向。他直言：「有同事一怒之下，即時辭職！每次發生這些事，士氣就低上幾級。」

眼見去年有同事離職，這名眼科醫生亦開始考慮前離，剛遇上經濟復甦，私人市場也有回轉轉機，他遂離開公立醫院。

昔日受僱於大學醫學院，在眼科醫院

公院專科排期逾3年

外科輪候最久 擬購私營服務紓緩

公立醫院去年接獲逾67萬專科預約，其中700多宗輪候時間超過3年，內科及骨科輪候最久，醫管局決定成立專責小組，就縮短輪候時間提出可行方案，並準備在市場購買白內障等手術服務，舒緩病人長時間的長。另針對醫護人手流失，屬「基金教育用醫藥生作專科培訓」。

病情交實可趨罕見

醫學百科
專科醫生轉介對候候時間有多重要？誰審閱？



專科門診最多等三年

醫管局部份專科門診候候時間

專科	少於1年	1-2年	2-3年	多於3年
內科	9,787人	981人	266人	0人

去年專科新症候候時間

專科	<1年	1-2年	2-3年	>3年	預約新症總數
耳鼻喉科	60,282	9,267	128	0	69,677
婦科	50,214	1,963	378	133	52,777
內科	82,088	9,278	391	0	103,792
眼科	96,446	7,265	1,316	0	104,427
精神科	73,099	8,928	49	0	82,076
兒科	24,111	2,590	188	6	27,305
泌尿科	33,037	28,342	8,350	706	67,457
外科	96,037	68,111	11,079	0	175,227
所有專科	594,161				

資料來源：政府昨日提交立法會文件

新症最長候候時間 (以星期計)

專科	03年	04年	05年	06年
外科	69	102	123	147
畸形及創傷外科	54	82	120	93
內科	70	85	93	91
耳鼻喉科	64	81	90	91
婦科	33	42	82	65
精神科	62	27	42	—
兒科	22	78	62	100
泌尿及青少年科	86	76	79	—
眼科	57	8	9	—
產科	7	—	—	—
骨科	—	—	—	—

註：最長候候時間是指新症個案分100組，第99組的候候時間。
資料來源：綜合過去4年政府提交立法會資料

專科輪候「苦等3年」

外科重災

【本報記者沈頌輝報導】本地專科門診的候候時間愈長，輪候中位數由前年的6周延長至去年的7周，去年更有706宗苦等逾3年，重災區是佔當中八成的外科。

病人組織指「痛到嘔」的腎石病人痛足一年，仍未知能否做手術，有前列腺病人不能排尿一年仍未排到。

醫管局設小組 提解決方案

醫福高局長周一聯許在立法會表示，關注非緊急個案的候候時間，醫管局已決定成立一個專責小組，深入檢視專科門診服務的運作，提出縮短候候時間的可行方案。

根據政府提交立法會的資料，去年有67.4萬專科預約的新症，當中88%輪候少於一年，36%輪候少於兩周，20%則需兩至八星期；但去年有706宗個案候逾三年，當中566宗是外科，133宗是內科。

手術一再延期 病人痛到嘔

同時，專科新症候候中位數由04至05年的6周，進一步延長至06年的7周，當中候候最久的是外科，內科及骨科，但外科的候候中位數已由去年的16周縮短至15周，內科亦由13周縮至10周，而骨科則需13



本地專科門診的候候時間愈長，去年更有706宗個案苦等逾3年。(資料圖片)

折騰。

他舉例，有腎石病人去年接受超聲波治療「震碎」腎石，原本上週入院進行切割，卻因手術室滿額延期，又要等至明年2月再入院。這位腎痛得嘔吐的病人，足足等逾一年仍未確定能否做手術。

前列腺病者 等至不能小便

彭文稱，外科中以前列腺及白內障等得較久，前列腺病人一般要等9個月至1年才能做手術，結果期間惡化不能小便，長年帶着尿袋過活；另外，不少白內障病人更要等候長達3年才能入手術室。

周一解釋，現時先處理緊急及非緊急個案，兩類個案的候候中位數分別為1及5周，分流制度可縮短病急個案病人的候候時間，但非緊急病人則需等候較久。他提議這類病人的病徵出現轉變，可要求縮短候候時間。

此外，兩指醫管局現已增加專科預約名額，又成立18間家庭醫學專科診所，照顧非緊急病人；並培訓更多專科醫生，以及向私家醫生派發轉介及分流指引，減少不必要的病人轉介。

彭文言，現時最大問題是缺乏資源，不增撥資源根本無法解決問題，外判專科服務又令人擔心成本轉嫁病人，以及醫療質素無保證。

Why need to change?

- Dissatisfaction vs the long SOPC waiting time accumulated among public.
- Doctor shopping behavior -> wastage of health care resources
- The risk of excessive clinical prioritization -> delayed diagnosis and treatment in some patients with routine appointments

What KWC GOPCs have done?

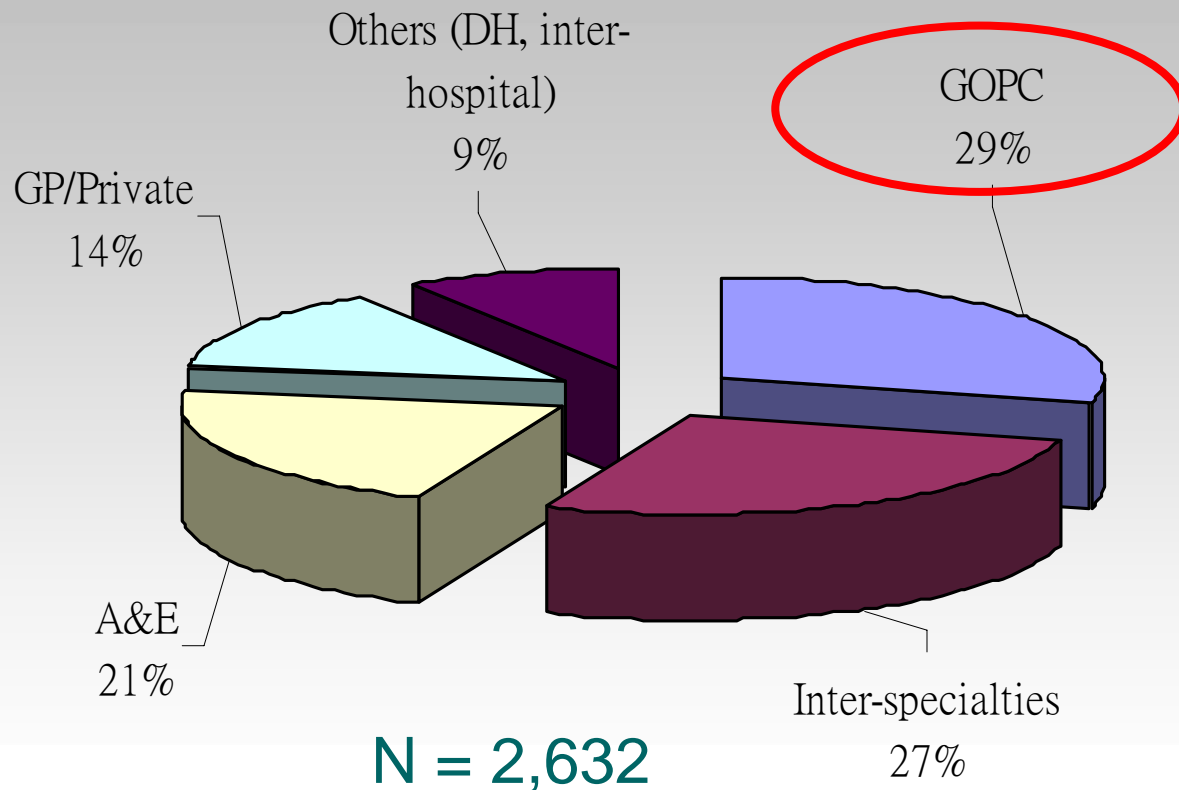
23 GOPCs

1/4 of territory population

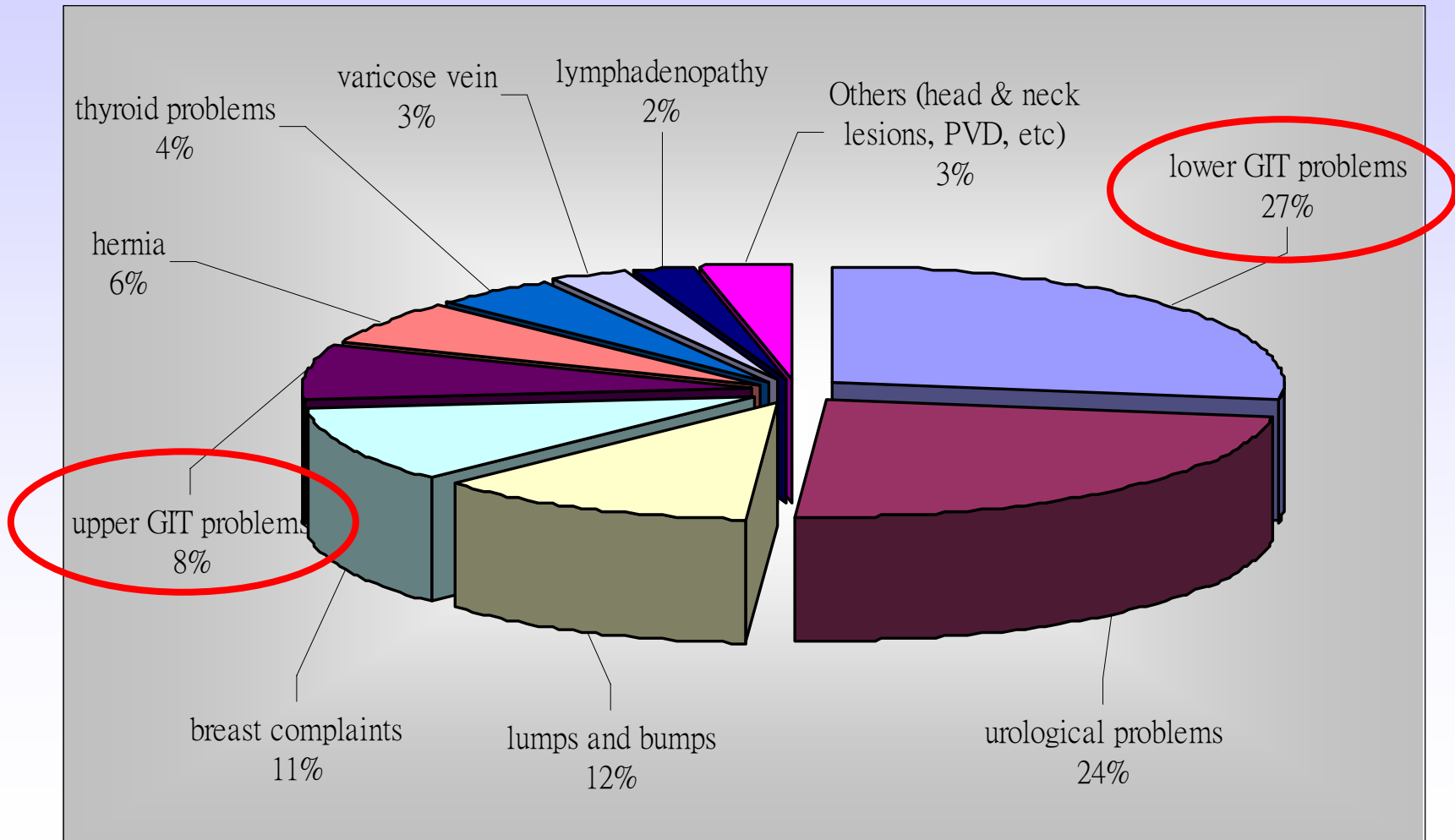
1.4 M attendance per yr



Referral source in PMH General Surgical SOPC Jan 07- Jun 07



Common surgical problems referred from KWC GOPCs



Strategy

Targeted surgical problems

1. Dyspepsia
2. Change of bowel habit
3. Per rectal bleeding
4. Undifferentiated symptoms

All referrals with these 4 categories of surgical problems and are triaged as non-urgent at PMH Surgical SOPC are diverted to KWC Family Medicine Department.

GOPC

GP

FMSC

SOPC

1. Dyspepsia
2. Change of bowel habit
3. Per rectal bleeding
4. Undifferentiated symptoms



Family Medicine Specialist Clinic (FMSC)



Opportunities -

1. To maximize the role of family physicians in GOPC and improve the gate-keeping function of primary care
2. To share the workload of surgical SOPD
3. To enhance the safety net in triage system
 - > targets to those routine referrals destined to surgical SOPC
 - > New case appointment waiting time in FMSC up to a maximum of **8-12 weeks**

Family Medicine Specialist Clinic (FMSC)



Meeting needs rather than demand



1. Priority use investigation resources in private (limited Ix support from hospital i.e. OGD, Ba enema, FNAC, USG).
2. Patients are well prepared that they will be discharged to GOPC/ GP once the management plan is formulated.
3. Limit visits ≤ 3 times within FMSC

Family Medicine Specialist Clinic (FMSC)



Improve standard of care in GOPC:

1. Management and referral guidelines on common surgical problems
2. Enhance feedback loop to the referring drs

Management guideline on colorectal problems for KWC FM & GOPC doctors

By Guideline Working Group of KWC FM & PHC
Revised draft 6 Jul 07

A working group in the Dept of KWC FM & PHC was convened in May 2007 to review management strategies for **PR bleed** and **change of bowel habit**, based on a discussion with PMH Surgical Department in Jul 07.

General approach to patients presented with colorectal symptoms

- **change of bowel habit** and **rectal bleed** have a higher risk of colorectal cancer
- **change of bowel habit** and **rectal bleed** have a higher risk of colorectal cancer
- **change of bowel habit** and **rectal bleed** have a higher risk of colorectal cancer

Management guideline on Dyspepsia for KWC FM & PHC doctors

By Guideline Working Group of KWC FM & PHC
Draft 6 Jul 07

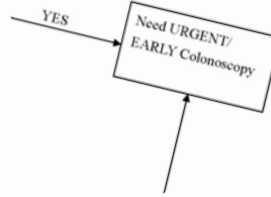
A working group in the Dept of KWC FM & PHC was convened in May 2007 to review management strategies for dyspepsia, based on a review of the latest evidence and best clinical practice.

General approach to dyspeptic patients in GOPC

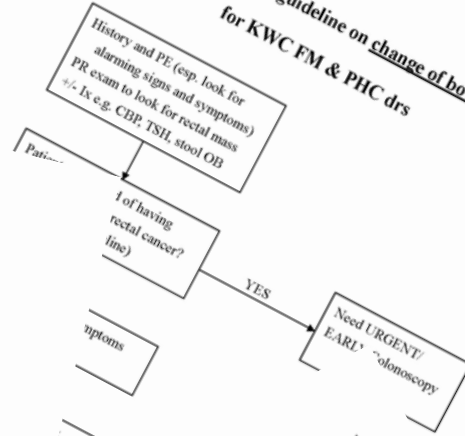
- In primary care, described symptoms of dyspepsia are a poor predictor of significant disease or underlying pathology (e.g. peptic ulcer, GERD, dysmotility, functional dyspepsia).¹
- While the grouping of patients according to symptom clusters is of little value in predicting underlying structural disease or in guiding initial management, this does not detract from the importance of careful clinical evaluation.
- Clinical evaluation is important in excluding cardiac, hepato-biliary causes, and for exploring the psychosocial factors that often have a major impact on the success of management.
- Although **alarm signs and symptoms** (i.e. unexplained weight loss, repeated vomiting, progressive dysphagia, iron deficiency anemia, jaundice, an epigastric mass) are only weak predictors of major pathology,^{2,3} they are almost always present in dyspeptic patients with upper GI cancer. They raise the index of suspicion and are therefore used as **indicators for referral**.⁵
- Routine endoscopic investigation of patients of any age presenting with dyspepsia and without alarm signs is **not necessary**.⁵
- Indications of prompt OGD:
 - patients of any age with dyspepsia when presenting with any of these **alarm signs or symptoms** (i.e. unexplained weight loss, repeated vomiting, progressive dysphagia, iron deficiency anemia, jaundice, an epigastric mass).⁵

III A) Management guideline on rectal bleeding for KWC FM & PHC drs

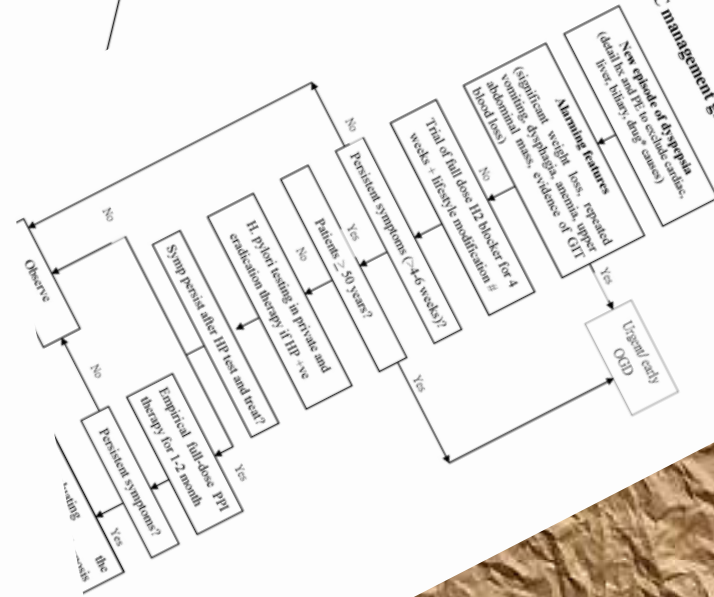
- (1) Hx + P/E (esp look for alarming signs & symptoms)
- (2) PR exam +/- proctoscopy
- (3) Check CBP if suspect anaemia



II A) Management guideline on change of bowel habit for KWC FM & PHC drs



KWC FM & PHC management guideline on Dyspepsia



Family Medicine Specialist Clinic (FMSC)

Improve standard of care in GOPC:

1. Management and referral guidelines on common surgical problems
2. Enhance feedback loop to the referring drs at GOPC

GOPC

GP

Phase 2 (Mar 08)
FMSC receive direct
referrals from GOPC

FMSC

Phase 1 (Jul 07)
PMH Surgical SOPC diverts
suitable cases to FMSC

SOPC



The Way Forward

1. FM Specialist Clinic (surgery) expands to receive direct referrals from other specialties
2. Further promulgation of clinical guidelines
3. Reinforce the feedback education loop
4. Enhance communication between SOPC and GOPC by case sharing
5. Training of family physicians for special surgical skills e.g. sigmoidocscopy, OGD
6. Study the impact on waiting time of SOPC

做好家庭醫生 為醫院把關

醫

醫管局日前發出了《公立醫院流感高峰期應變措施》，當中提到「由兒科、內科及老人科專科醫生提供支援，在急症室提供會診，加強急症室的『守門人』角色」。

在流感肆虐的情況下，市民希望獲得即時及周全的診治，醫管局迫不得已，推出此權宜之計，由急症室承擔起守門人的角色。

◆推廣基層醫療 減公院負擔◆

然而，我們絕不能因此而將急症室及基層醫護的角色混淆，前者一向負責救急扶危的工作，後者才是醫院真正的「守門人」，為市民的健康把關。為此，最理想的做法，應是鼓勵病人先向社區醫生求診，而非繼續加強公院及急症室的負擔。

近日公院需面對排山倒海的求診和轉介個案，關鍵在於基層醫療發展停滯不前，以致未能發揮第一道防綫的作用，減輕公立醫院的重擔。

具體來說，在一個健全的醫療架構下，基層醫療體系具有舉足輕重的地位。社區醫生尤其是家庭醫生，理應為市民看病的第一站，皆因他們集合了有關生物醫學、心理及社會上對健康的知識，輔之以溝通為主的治療模式，能為病人提供全面而持續的治療。

家庭醫生這個理想的醫療制度，早已在英國行之有效，當地市民均有固定的醫生照顧疾病，家庭醫生

除了為病人治理小病，以及作出合適的轉介外，還會與專科醫生保持緊密聯繫，即使病人被轉介到醫院接受治療，專科醫生都會先向家庭醫生深入了解病情，待病人出院後，又會將病人在治療過程紀錄交給家庭醫生，以方便日後跟進。除了英國，同樣具有相當醫療水準的新加坡，近年亦逐漸鼓勵普通科醫生過渡成為家庭醫生。

據知，當地的衛生部已推行「家庭科醫生註冊計劃」，強制醫生必須擁有家庭科醫生資格，才能開設新的診所或成為診所經理。換句話說，新診所至少有一名家庭科醫生駐守。當局並透過加強公眾教育，鼓勵市民選擇家庭醫生，一方面令大眾明白家庭醫生的好處，另一方面藉此推動現有的普通科醫生自我提升為家庭科醫生。這些舉措充分顯示出新加坡衛生部門，在社區推動家庭醫學發展的決心。

與新加坡相比，香港的基層醫療體系發展則與家庭醫學的發展概念背道而馳。家庭醫學強調與病人建立良好的「關係」和「溝通」，以幫助病人全面處理健康問題。可是，本地的公營醫療部門屢被批評出現供不應求，輪候期冗長的問題。

◆市民寧往急症室 不願被「趕鴨仔」◆

其中，公立門診更出現重量不重質的情況，早前香港公共醫療醫生協會的調查便發現，現時普通科門診的平均診症時間，只有5至5.5分鐘，除了面見病人



筆者認為，近日公院爆滿，公營門診服務質素欠佳，家庭醫學發展落後，足見基層醫療發展不振對整個醫療體系的負面影響；圖為急症室輪候情形。（資料圖片）

外，醫生還要在短短數分鐘內，兼顧輸入病歷及處方藥物等文書工作。大多數受訪醫生更認為，診症時間不足直接影響醫療質素，難怪市民寧願到醫院及急症室求診，尤其是後者，通常作出較深入的診斷和檢查，以感冒病人為例，就必定至少為他們量度血壓情況，有別於一般公營門診的「趕鴨仔」診治模式。

由近日公院爆滿，以至公營門診服務質素欠佳、家庭醫學發展落後，足見基層醫療發展不振對整個醫療體系構成的負面影響。綜觀全球各地，基層醫療均為重點醫療發展策略，相信作為國際大都會的香港也不例外。而無論融資方案如何，成功均取決於一個完善的基層醫療體系，才能有效為公私院把關，在保障市民健康的同時，大大降低整體醫療開支和成本。