

沟通不足、相互不信任、医务人员的技术不到位、患者无理取闹、医疗质量问题、相关法律制度不完善等方面,而新医改方案的制订则主要是围绕解决患者“看病难、看病贵”,医疗资源分布不均,以药养医等问题进行了政策上的调整和制度上的改革。因此新医改政策的落实到位可以从根本上为构建和谐医患关系提供坚实的保障。

参考文献:

- [1] 王大壮,田侃.我国医患关系现状刍议[J].卫生软科学,2009,23(5):571-573.
- [2] 沈凤萍.“看病难、看病贵”的原因分析及其对策[J].中华现代医院管理杂志,2010,8(1):44-45.
- [3] 卢仲毅.加强医患沟通 构建和谐医患关系[J].重庆医学,2006,35(2):103-105.

- [4] 叶丰艳.对“医闹”现象的反思[J].中外健康文摘,2008(2):137.
- [5] 高璟恒,张蝶翌.针对我国现阶段“医闹”现象的思考[J].工会博览·理论研究,2009(10):61.
- [6] 肖杰.抓住重点推进基层医院文化建设[J].基层医学论坛,2010,14(9):10001,251.
- [7] J·杜拉斯,J·波拉斯.基业长青[M].真如,译.北京:中信出版社,2006.
- [8] 俞岚,李经辉.现代医学模式下的医患关系和医院管理[J].重庆医学,2007,36(1):43-44.

(收稿日期:2011-03-11 修回日期:2011-07-25)

分级过程管理策略对于防范医疗纠纷的作用

杨中良,王乃玲,董鹤萍,周怡,李剑,刘卫东[△]

(上海市浦东新区浦南医院 200125)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.35.045

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)35-3634-02

近年来,各级医院的医疗安全状况一直不容乐观,医疗纠纷日趋增多,医院补偿额越来越大^[1]。因此探索有效的防范对策以减少医疗纠纷的发生,显得非常必要。本研究结合国内外先进经验^[2-6],建立分级过程管理策略(graded process management protocol, GPMP),用于医院医疗安全的管理,研究 GPMP 对医院医疗安全系数(medical safety coefficient, MSC)、医疗纠纷发生率、有害纠纷^[3]和危机事件发生率的影响,并与传统管理方法比较,探索 GPMP 在减少医疗纠纷、促进医疗安全建设方面的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为 2008 年 1 月至 2009 年 12 月本院开设病房的 23 个临床科室。以 2008 年 1~12 月 23 个临床科室及医院住院患者医疗安全状况为对照组,2009 年 1~12 月实施 GPMP 后各临床科室及医院住院患者医疗安全状况为干预组。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用医疗缺陷管理与医疗纠纷处理相结合的管理策略,以医疗缺陷管理和医疗质量管理为重点。严格执行交接班、值班、首诊负责制、三级查房、危重疑难死亡病例讨论、病历书写、知情告知、手术审批、术前讨论等核心医疗制度。

1.2.2 干预组 在对照组处理的基础上,对临床科室实施 GPMP。每季度对 23 个临床科室评估 MSC,并以《预警信息图》^[3]形式在院内网上公示,并实行分级管理(表 1)。具体防范干预措施如下:(1)医务科“包保”制度:是指定医务科每人“包保”3~5 个临床科室,定期与相关科室沟通,督促各项防范措施的落实。(2)“危险源”^[3]监测,是指定期对各临床科室测评“危险源”,由科室自评和医务管理部门相结合,及时发现缺陷,并加以纠正。“危险源”包括脱岗/惰岗、操作规范不明确、组织混乱/不严密/缺逐级管理、医疗核心制度执行力低下、滥用药物隐患、无菌操作/消毒隐患、医护不协调、沟通失误等 23 项。每项按存在与否及严重程度进行评分,相加后取平均值即为危险源评分,范围为 0.1~1.0 分,评分越高,危险度越低。(3)医疗安全讨论会,是指医务科督促并参加临床科室定期举行医疗安全专题讨论会,总结经验教训,督促制定具体的整改措施,注重落实。(4)“五个重点”监测,是指对医疗纠纷易发的重点岗位、重点医生、重点时段、重点患者和重点病种的监测,加强重点医生的重点教育和外出培训,加强责任意识和风险意识。(5)严格奖惩机制,发生医疗纠纷的当事人应承担相应的责任,对于能及时处理高风险重点患者且避免医疗纠纷者,给予一定的表扬和奖励,并与年终考核、晋升、晋级密切挂钩。

表 1 GPMP 的具体管理措施

防范级别	MSC	警告类别	医务科“包保”沟通	“危险源”测评	医疗安全讨论会	“五个重点”监测
I 级	<0.3	“红色”,医疗安全状况恶化,安全风险极大,事件频发	1 周 1 次	2 周 1 次	2 周 1 次	1 周 1 次
II 级	<0.6	“橙色”,医疗安全状况不佳,医疗风险较大,事件较多	2 周 1 次	4 周 1 次	4 周 1 次	2 周 1 次
III 级	<0.9	“黄色”,医疗安全状况临界线,存在医疗安全隐患	4 周 1 次	6 周 1 次	6 周 1 次	4 周 1 次
IV 级	≥0.9	“绿色”,医疗安全状况良好	8 周 1 次	12 周 1 次	12 周 1 次	12 周 1 次

[△] 通讯作者, Tel:18930502999; E-mail:liuwdpn@tom.com。

表 2 两组各季度及全年 MSC 的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	科室数	第一季度	第二季度	第三季度	第四季度	全年
对照组	23	0.61±0.32	0.60±0.33	0.62±0.30	0.65±0.30	0.62±0.31
干预组	23	0.70±0.28	0.69±0.28	0.82±0.13	0.72±0.26	0.73±0.25
<i>t</i>		1.046	0.938	2.814	0.953	2.726
<i>P</i>		0.301	0.353	0.007	0.346	0.007

1.3 观察指标

1.3.1 MSC 计算各临床科室的 MSC=各科室“危险源”评估值×投诉及“有害纠纷”评估值×“事件”评估值^[3]。MSC 范围为 0~1,数值越小,医疗安全越差。而医院 MSC 为各临床科室 MSC 平均值。

1.3.2 医疗纠纷发生率 某一时间段医疗纠纷发生件数与同期住院患者数之比。医疗纠纷包括可化解的医疗纠纷、有害纠纷、危机事件、医疗事故等^[3]:(1)有害纠纷、危机事件发生率。有害纠纷是指带来一定经济损失的医疗纠纷;危机事件是指造成医务人员人身伤害或医院遭到严重破坏的恶性事件。有害纠纷、危机事件和医疗事故发生率是指某一时间段有害纠纷、危机事件及医疗事故件数与同期住院患者数之比。(2)医疗纠纷化解率。某一时间段通过解释或赔理可化解的医疗纠纷件数与同期住院患者数之比。

1.4 统计学处理 所有数据采用 SPSS11.0 软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间数据采用 *t* 检验。计数资料以四格表 χ^2 检验分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组 MSC 的比较 干预组全年 MSC 明显高于对照组,差异有统计学意义($P = 0.007$)。两组各季度 MSC 及全年 MSC 的比较见表 2。

2.2 两组医疗纠纷发生率的比较 干预组医疗纠纷中有害纠纷、危机事件发生率均明显低于对照组,医疗纠纷化解率两组差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 两组医疗纠纷发生率的比较[件(%)]

组别	总出院患者数	纠纷发生总数	可化解的纠纷	有害纠纷	医疗事故	危机事件
对照组	15 600	89(0.57)	46(0.29)	30(0.19)	3(0.02)	10(0.06)
干预组	16 400	54(0.33)	36(0.22)	14(0.09)	2(0.01)	2(0.01)
χ^2		10.459	1.176	6.659	0.253	7.658
<i>P</i>		0.001	0.183	0.010	0.680	0.006

3 讨 论

随着社会的发展,老百姓维权意识日益加强,患者将就医过程变成了购买医疗产品的消费过程,患者对医院和医生的期望越来越高,稍不满意,就投诉或闹纠纷,更有部分患者看到医疗纠纷赔偿有利可图,便以各种借口谋求经济补偿^[7]。加上目前各级医院普遍存在“重医疗、轻安全”现象,医疗安全问题非常严重^[8]。因此,医院发生投诉或医疗纠纷难以避免,且日渐增多,随之而来的补偿或赔偿金额日益攀升。为此,采取积极有效的防范对策以降低医疗纠纷的发生,显得非常必要^[9]。

广义的医疗纠纷表现形式包括:医疗投诉、可化解的医疗冲突、有害纠纷、医疗事故及危机事件。纵观国内外医疗安全

管理策略,形式多种多样,主要有以下 4 种^[10]:即单纯被动地处理不安全事件的管理模式、医疗缺陷管理与不安全事件处理相结合的管理模式、医疗风险管理(RM)模式^[11]、医疗安全预警/防范管理模式^[12]。前 3 种采用被动方式或风险转移方式,不能从根本上解决问题,而医疗安全预警/防范管理模式是以提供优质服务为管理理念建立起来的管理模式,通过 MSC 预测评估潜在的医疗不安全因素,采取针对性措施加以防范^[3]。但目前尚无统一的方法和操作模式。MSC 是指各临床科室的“危险源”、投诉/有害纠纷及事件的评估值之积。可较准确反映临床科室的医疗安全状况。一个临床科室近期发生的投诉/冲突和事件越多,“危险源”评分越低,MSC 则越低。全院 MSC 即各临床科室 MSC 的平均值,其有利于评估整个医院的医疗安全状况。

本组采用的 GPMP,是指以科室为单位,每季度根据评估各科室的 MSC,相应地采取 I~IV 级的防范措施,这是一种过程管理方法。一方面,以《预警信息图》^[3]形式在院内网上公示各科室的 MSC,以达到强化预警作用,督促 MSC 较低、安全隐患较大的临床科室及时采取有效的整改措施和防范策略;另一方面,根据不同的 MSC 值,分别采取相应级别的防范措施,包括 I~IV 级的监测防范措施,MSC 越低,监测频率越高,旨在高密度监测各重点环节,强化医疗安全。具体措施包括各环节“危险源”的监测及整改,实施对重点患者、重点病种、重点时段、重点岗位的监测工作,加强重点医生的业务、礼仪服务、沟通能力^[13-15]及医疗安全意识,医务科落实“包保”制度,职能科室与临床科室联动机制,定期召开医疗安全讨论会。与采用医疗缺陷管理与医疗纠纷处理相结合管理方法的对照组相比,干预组采用 GPMP,结果显示 MSC 明显提高,医疗纠纷发生率明显降低,有害事件和危机事件发生率也明显降低。

总之,GPMP 可显著提高医院 MSC,降低医疗纠纷发生率。本组结果说明,这种低成本的 GPMP 可成为医院医疗安全管理的标准。GPMP 有利于达到医疗安全建设,有利于达到创建“平安医院”的目标。

参考文献:

[1] 冯国俊,才万,王静.谈新时期医疗安全管理[J].中华医院管理杂志,2003,19(1):48-49.
 [2] Reiling JG, Knutzen BL, Stoecklein M. FMEA—the Cure for Medical Errors[J]. Quality Progress,2003,36(8):67-71.
 [3] 马骏.建立医院医疗安全预警机制与防范对策的探讨[J].现代医院,2001,1(1):36-38.
 [4] Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare (下转第 3637 页)

2.4 加强手术室管理 手术室需要有良好的管理制度,做好手术室人员限制和环境的清洁消毒非常必要。在手术过程中不能外出手术间;在两台手术之间,应清洁手术间;C 臂做到一用一消毒,每次消毒后用洁净布单遮盖;感染手术应放在固定手术间进行,术后严格终末消毒。

2.5 使用抗生素 使用抗生素预防骨科无菌手术切口感染,选择合适的时间和剂量,保证手术部位有充足的抗生素浓度。有研究表明,预防手术部位感染,术前单次用药比术后使用 3 倍剂量同类抗生素更有效^[11]。大量临床研究证明,外科预防性抗生素采用手术日术前 1 次用药,术中或术后再加药 1~2 次的用药方法,能获得良好的预防效果。为使手术开始时手术部位已达到有效抗菌浓度,最佳给药时机是在麻醉诱导期或切开皮肤前 30 min;手术时间超过 4 h 者,术中再加用 1 次。对于已经发生术后切口感染的患者,应进行细菌培养及药敏试验,根据药敏试验结果使用敏感抗生素。

总之,骨科无菌手术切口感染的原因很多,涉及患者从入院到出院的每一个环节。控制切口感染必须在积极治疗基础疾病、提高患者免疫力的前提下,加强各个环节的医院内感染控制。

参考文献:

[1] Edmonston DL, Foulkes GD. Infection rate and risk factor analysis in an orthopaedic ambulatory surgical center[J]. *J Surg Orthop Adv*, 2010, 19(3):174-176.

[2] 耿泰山, 杜育芳, 郭丽珍, 等. 骨科手术部位医院感染控制[J]. *中国医院*, 2008, 12(3):55-56.

[3] 朱士俊. 现代医院感染学[M]. 北京:人民军医出版社, 1998:457-463.

[4] 李淑花, 毋玉梅, 李妙芳. 骨科无菌手术感染因素调查分析[J]. *中医正骨*, 2008, 15(8):20-21.

[5] Watanabe M, Sakai D, Matsuyama D, et al. Risk factors for surgical site infection following spine surgery: efficacy of intraoperative saline irrigation[J]. *J Neurosurg Spine*, 2010, 12(5):540-546.

[6] Schwarzkopf R, Chung C, Park JJ, et al. Effects of perioperative blood product use on surgical site infection following thoracic and lumbar spinal surgery[J]. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2010, 35(3):340-346.

[7] 王凯, 刘骏, 车彪, 等. 骨科内置物围术期感染的防治[J]. *中国交通医学杂志*, 2004, 18(4):386-387.

[8] Johnson AJ, Daley JA, Zywiell MG, et al. Preoperative chlorhexidine preparation and the incidence of surgical site infections after hip arthroplasty[J]. *J Arthroplasty*, 2010, 25(6 Suppl):S98-102.

[9] Zywiell MG, Daley JA, Delanois RE, et al. Advance pre-operative chlorhexidine reduces the incidence of surgical site infections in knee arthroplasty[J]. *Int Orthop*, 2011, 35(7):1001-1006.

[10] 吴在德, 吴肇汉, 安洪, 等. 外科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:7-11.

[11] Tsang TM, Tam PK, Saing H. Antibiotic prophylaxis in acute non-perforated appendicitis in children: single dose of metronidazole and gentamicin[J]. *J R Coll Surg Edinb*, 1992, 37(2):110-112.

(收稿日期:2011-03-25 修回日期:2011-07-28)

(上接第 3635 页)

organization: a longitudinal case study[J]. *Patient Educ Couns*, 2005, 58(1):4-12.

[5] Morrissey J. Patient safety proves elusive. Five years after publication of the IOM's 'To Err is Human,' there's plenty of activity on patient safety, but progress is another matter[J]. *Mod Healthc*, 2004, 34(44):28-32.

[6] Berte LM. Patient safety: getting there from here——quality management is the best patient safety program[J]. *Clin Leadersh Manag Rev*, 2004, 18(6):311-315.

[7] Zhan C, Kelley E, Yang HP, et al. Assessing patient safety in the United States: challenges and opportunities[J]. *Med Care*, 2005, 43(3 Suppl):S42-47.

[8] 张明月, 李江. 我国医疗安全研究现状概述[J]. *中国科技信息*, 2009(10):232-234.

[9] 梁庆宇, 贾宏亮, 吕军, 等. 建立医疗安全监控系统的必要性分析[J]. *中国卫生资源*, 2008, 11(6):255-256.

[10] 郁斌, 张晓, 章亚成. 医院医疗安全保证体系的建立和应用初探[J]. *南京中医药大学学报:社会科学版*, 2006, 7

(4):239-240.

[11] 马彬, 杨克虎, 刘雅莉, 等. 英国医疗风险监管体系的循证评价及其对我国医疗风险管理的启示[J]. *中国循证医学杂志*, 2006, 6(7):514-522.

[12] Duwe B, Fuchs BD, Hansen-Flaschen J. Failure mode and effects analysis application to critical care medicine[J]. *Crit Care Clin*, 2005, 21(1):21-30.

[13] Grenvik A, Schaefer JJ 3rd, DeVita MA, et al. New aspects on critical care medicine training[J]. *Curr Opin Crit Care*, 2004, 10(4):233-237.

[14] Baig LA, Violato C, Crutcher RA. Assessing clinical communication skills in physicians: are the skills context specific or generalizable[J]. *BMC Med Educ*, 2009(9):22.

[15] Sise MJ, Sise CB, Sack DI, et al. Surgeons' attitudes about communicating with patients and their families[J]. *Curr Surg*, 2006, 63(3):213-218.

(收稿日期:2011-03-01 修回日期:2011-07-15)