

· 卫生管理 ·

以系统疾病为主体的中心制医院管理模式探究

陈 晶, 冯 涛[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.31.045

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)31-3839-02

目前,我国大多数医院的组织结构倾向于高耸型,管理层次多,管理宽度小,职能科室机构杂糅,部门间的协调工作量加大。临床科室的设置与管理,依据传统医学学科分类,各科室各自为政,不利于临床诊疗的连贯性和综合性,弱化了学科之间的联系。以脑血管为例,传统医院管理模式该病可收治到神经外科、神经内科、介入科以及急诊科等,造成患者分散,不利于有效诊治^[1]。医生一般无整体诊疗思维,侧重自己专业,非外科医生不熟悉手术指标,会诊、转诊费时费力,导致患者错失最佳诊疗时机。那么,开展以系统疾病为主体的中心制医院管理模式,形成多学科联合的优势学科中心,发展团队医疗,将有利于改变医院职能科室机构庞大,临床科室分科较细,临床诊疗无整体综合性的问题^[2],有利于提高医院运行效率、医疗服务质量,弥补传统医院管理模式的缺陷,不断适应当前的医疗卫生服务需求。

1 系统疾病为主体的中心制医院管理模式介绍

1.1 系统疾病为主体的中心制医院管理模式的建设 系统疾病为主体的中心制医院管理模式是按照系统疾病分类为原则,围绕系统疾病为主体,推行学科联合的团队医疗,设立以“中心”为临床部门的新型医院管理模式。以重庆市西部新城某新建附属医院为例,医院正积极探索实行该模式,以患者为中心,使内外科相结合,学科交叉渗透,遵循向患者提供全程协同的团队医疗服务。逐步转变由“患者跟着医生走”到“医生跟着患者走”的服务观念。该模式的实行,打破了传统医院管理模式中临床各科室相对独立,内在联系较弱,对患者进行综合性诊疗较差的传统医院管理现状。

1.2 系统疾病为主体的中心制医院管理模式的组织构成 中心制医院管理模式在行政组织结构上实行医院大部门管理制,设置包含党政办公室、医护科、人事科、后勤保障科等科室。

化解了各行政部门中存在的机构重叠、职责交叉的矛盾,有助于减少和规范医院行政工作,简化工作程序和环节,提高对临床工作的服务执行效能^[3]。在临床部门组织结构上,科室设置按器官和系统分类为原则,联合内外科,以“中心”为临床医疗业务运行单位,开展团队诊疗服务模式。例如建立以心血管系统疾病为主体的心脏中心,以神经系统疾病、消化系统疾病为主体的神经中心、消化中心等。以医院消化中心为例,将消化内科医生、消化外科医生集中在一起,组成多个医疗团队小组。每个住院患者均有个性化的医疗小组,小组由中心主任根据患者诊治需求组建,至少包括内科、外科住院医师各 1 名,内科、外科主治医师各 1 名,必要时可增加其他医师、临床药师、心理医师、营养师、康复医师等。每个医疗团队小组由小组长负责,领导团队小组开展中心医疗工作。

2 系统疾病为主体的中心制医院管理模式运行

2.1 运用 PDCA 和“4H”标准改进医疗服务质量管理 中心

制管理模式在医疗质量管理和护理质量管理上实施 PDCA 质量持续改进方法。发现医疗和护理质量管理问题,分析问题出现原因,制定计划(Plan),执行计划内容(Do),检查实施计划的情况(Check),对计划实施结果进行总结(Action),从中发现新的问题,又进行持续改进。医务人员秉承“一切为了患者”的理念^[5]。贯彻“4H”标准(Hospital:在医院保持主人翁的责任感,坚持规范化服务;Hotel:酒店式的标准与优质照顾;Home:家的温馨;Heart:用心的关怀),为患者提供更加人性化、更加细致周到的医疗和护理服务。

2.2 实行住院患者分类诊疗 当患有系统疾病的患者到达中心病房,在 5 min 内护理人员接收患者,10 min 内接诊医生接诊,对患者病情进行初步分类,上级医师对初步分类进行审核,进一步对患者进行系统评估和风险评估后,根据病情需要科主任确认分类并决定参与诊疗的小组人员、安排主管医师,24 h 内患者按照内科患者、手术患者、外科非手术患者、多系统疾病患者完成分类,组建诊疗小组。诊疗小组根据类别按照相关流程进行诊疗活动。在分类诊疗过程中,利用信息化技术建立病区住院患者一览表,注明患者基本信息、主管医生、协作医生、上级医师姓名,并标记患者分类、诊疗状态(新收、危重、手术、联合查房)等重要信息,使医护人员动态掌握患者全貌,明晰诊疗任务^[6]。

2.3 建立联合查房制度 中心制管理模式建立联合查房制度,对所有新入院患者分类诊疗后的首次查房均采用内外科联合查房。联合查房在 48 h 内完成,首次联合查房,组长根据患者病情确定联合查房的内容,相关住院医师汇报患者病史、体征、辅助检查、目前诊断情况,治疗方案以及存在的问题,其他住院医师分析目前诊断、治疗方案和存在的问题,相应上级医师和其他上级医师(内科或外科)再次询问病史,结合体格检查、辅助检查,分析目前诊断情况,内科医生则主要关注血压、血糖、心、肺、营养等情况^[7];外科医师则重在关注有无外科手术指征、禁忌证等情况,综合内外科联合查房意见,制订合理的诊疗方案。对手术患者需进行手术前、手术后的内外科联合查房,通过联合查房制定合理的手术方案和术后的诊疗计划和护理要求。

2.4 开展“护理病区制” 根据中心制管理模式对患者护理进行相应的系统疾病病区管理。如消化中心组建以消化系统疾病为主的护理病区,进行独立运行管理。护理病区通常按地域位置以阿拉伯数字进行编号,如护理病区以每一层楼或多层楼作为一个病区进行布局规划,编号为 1 病区、2 病区等。病区内对病房进行统一安排与管理,实行病区护理包干制,患者从入院到出院一直由该病区护理团队进行管理^[8]。

2.5 启用移动医疗系统 医院启用医疗物联网移动医疗系统。移动医疗系统在数据交换平台的基础上,集成了医院信息

系统(Hospital information system, HIS)、医院检验系统、放射科信息管理系统和电子病历等临床系统,整合了临床数据资源。中心医生可手持平板电脑在患者床边及时调阅患者生命体征信息、用药信息、手术信息、病程记录、检查检验报告等,并能随时根据患者病情的变化下达新医嘱,移动护士站能够实时、准确的实现护理工作中的“三查七对”,实现患者生命体征信息床旁实时采集及录入,减去了护士手工记录的过程,杜绝各种差错。

3 讨 论

3.1 构建系统疾病为主体的中心制医院管理模式的优势 首先,建立系统疾病为主体的中心制医院管理模式是新时期综合性医院管理发展的新探索,是满足患者医疗服务的新型医院管理模式。它以“器官系统为中心”的临床医学类课程改革为基石,打破了学科之间联系不紧密的局面,鼓励发展多学科、综合型中心团队医疗管理模式,为开展“器官系统为中心”的临床医学类课程改革提供实践教学平台。其次,系统疾病为主体的中心制医院管理模式在实际运行中以系统疾病为基础,联合内外科诊疗,建立联合查房制度,充分体现了内外科、多学科医疗的合作,改变了内外科住院科室分离状况,减少了会诊、转诊的时间,避免了定科麻烦不当的问题,节省了医务人员会诊、转诊的相关事务工作,提高了工作效率,为及时抢救治疗患者争取了宝贵时间^[9]。再次,系统疾病为主体的中心制医院管理模式,打破了传统医院管理模式对医务人员人才建设发展所造成的制约,为医务人员人才发展提供了较大空间与平台,提高了医生的临床医疗综合能力与护士的护理综合能力,也体现了医护人员协作、协力、协调的中心制团队合作理念。

3.2 系统疾病为主体的中心制管理模式面临的挑战 建立系统疾病为主体的中心制医院管理模式,需要在医院组织结构、运行机制等方面进行改革与调整,对医院管理者的科学管理意识和能力提出了新的要求^[10]。医务人员从传统医院管理模式转向新型管理模式需要一定时间的过渡期与适应期,这对医院进行管理模式的改革带来了考验。同时,系统疾病为主体的中心制管理模式

心制管理模式,在临床诊疗中联合内外科的多学科建设和发展,对医生的综合医疗能力、护士的整体护理能力以及医护人员团队合作能力的要求更加严格化、规范化。相对护理而言,要求护理人员以系统疾病为主体,具有内外科综合性的护理基础与护理水平,而不是局限于传统医院分科分单元护理的层面,护理人员必须依靠系统综合性的过硬技术、优质的服务获得医生、患者及家属的信任。

参考文献:

- [1] 杨天贵,曾智,程永忠.华西医院管理模式探讨[J].中国卫生事业管理,2008,15(1):13-17.
- [2] 匡莉,甘远洪,吴颖芳.“纵向整合”的医疗服务提供体系及其整合机制研究[J].中国卫生事业管理,2012,19(8):564-566.
- [3] 潘菁,许成,陈建.创新管理模式促进医院服务质量提升[J].江苏卫生事业管理,2012,24(1):49-51.
- [4] 刘秀明,陈洁.案例:国外医院入院过程及其新的改革动向[J].中国医院,2012,16(2):79-80.
- [5] 刘秀明,陈洁.国外医院患者入院过程概述.[J].中国医院,2012,16(2):77-78
- [6] 邱国栋,王丽华,姜林.以患者为中心的医院服务组织体系构建[J].中国软科学,2011(1):73-83.
- [7] 张一奇,孟馥,吴晓慧.中心服务模式在医院服务体系中的建立及其运用[J].现代医院管理,2009(1):9-12.
- [8] 向月应.整体医疗中推行全程全方位服务模式[J].中国医院,2008,12(1):42-44.
- [9] 蒋祥虎,周瑞峰.公立医院组织结构再造[J].江苏卫生事业管理,2007,19(1):77-78.
- [10] 何有振.医院组织结构探讨[J].中国卫生经济,2007,26(1):23-24.

(收稿日期:2013-06-06 修回日期:2013-07-03)

重庆渝北区民营医院医疗纠纷现状调查及对策研究

张 松,万立华[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.31.046

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)31-3840-02

近年来随着人们医疗知识的逐渐增加,维权意识的不断加强,医疗纠纷呈逐年上升的趋势^[1]。民营医院作为我国社会医疗机构的重要组成部分,公立医院的有益补充,满足着人们不同层次、多样化的医疗服务需求^[2]。与公立医疗机构相比,民营医院在其投资主体、办院理念、经营模式以及管理体制上都存在着其独特的特点,因此与发生在公立医院的医疗纠纷相比,民营医院医疗纠纷也有着其自身的特点。本文通过对渝北区民营医院2010~2011年间所发生的医疗纠纷做回顾性分析,分析医疗纠纷的发生原因,为提高民营医院医疗安全管理,减少医疗纠纷提出合理建议。

1 对象与方法

1.1 调查对象及内容 本次调查的对象为重庆市渝北区门诊部以上民营医院,不包括小型诊所。收集被调查医疗机构2010~2011年间医疗纠纷的发生情况和存在的问题。

1.2 调查方法 查阅渝北区卫生局有关民营医院的医疗投诉备案资料,对记录在册的各例医疗纠纷的相关影响因素进行系统整理分析,找出纠纷的成因。

2 结果与分析

渝北区为重庆市民营医疗机构分布较为集中的地区,具有一定的代表性,该区共有专科性民营医院15所,包括妇科医院