

表 2 PDCA 运行不同时间段输血病历的情况比较[n(%)]

项目	2012 年(n=358)			2013 年(n=362)		
	2 季度(n=135)	3 季度(n=106)	4 季度(n=117)	2 季度(n=133)	3 季度(n=124)	4 季度(n=105)
同意书缺陷	14(10.37)	3(2.83)	9(7.69)	0 ^a	0 ^a	0 ^a
输血记录缺陷	5(3.70)	10(9.43)	11(9.40)	0 ^a	0 ^a	1(0.95) ^a

^a: $P < 0.05$, 与 2012 年比较。

表 3 PDCA 循环前、后输血病历检查情况比较[n(%)]

时间	n	输血治疗同意书合格	输血病程记录合格
2012 年 4~12 月	358	332(92.74)	332(92.74)
2013 年 4~12 月	362	362(100.00) ^a	361(99.72) ^a

^a: $P < 0.01$, 与 2012 年 4~12 月比较。

3 讨 论

PDCA 循环是管理学中的一个通用模型,它是全面质量管理所应遵循的科学程序,是将计划-执行-检查-处理这一循环运用到工作中周而复始,不断地发现问题、解决问题、总结经验,把已解决的成功经验保存下来,未解决的问题转入下个轮回,实行大环套小环,小环推动大环运行。每循环一次解决一些问题,直到问题的彻底解决。

输血病历是医护人员对患者输血治疗全过程的具体记录,它记录患者输血过程及输血后病情变化及处理措施,既是临床实践工作的总结,又是处理医疗纠纷的“法律证据”,因此输血病历的标准化、规范化管理是确保受血者安全不可缺少的重要环节,也是临床工作者保护自身的法律武器。但在作者检查输血病历过程中发现部分医护人员对其认识不足,认为这只是形式,其次由于没有统一的规范使输血病历书写的五花八门。为了让每个医护人员从思想上认识到“每一份病案就是一份法律文书”,增强医护人员的自我保护能力^[7]。该院成立了以院长为首的、由相关科主任组成的临床用血管理委员会,制订了相应的工作职责和工作制度,并组织实施。临床用血管理委员会根据输血有关法律法规要求制定相关制度并印成册下发每个医护人员。同时根据卫生部法律法规要求建立输血治疗同意书模板、输血申请书和输血记录单模板等^[8],规范输血病历病程记录书写标准。不定期开展院内讲座和聘请专家为本院医护人员讲解输血相关知识,输血不良事件、案例及防范措施等,增强了本院医护人员的法律意识,加强了输血专业知识的掌握,使我院的输血病历合格率有很大提高。输血治疗同意书合格率和输血病程记录合格率均达到 99% 以上。

PDCA 循环应用医院质量管理过程中的重要性众所周知,作者采用此管理方法,运用 PDCA 循环管理一年多,深入分析

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.11.048

具体造成输血病历缺陷的原因,针对每个原因制定相应的改善计划,对存在的主要缺陷-输血治疗同意书和输血病程记录,制定特定改善计划,及时采取确实有效的改进措施,强化落实,总结经验。刚开始应用 PDCA 循环肯定会发现许多问题,对于反复出现的问题进行再检查,反馈质量信息,将上一个阶段反复出现的问题作为下一个循环监控重点,做出下一个循环检查周期,周而复始,使输血病历质量水平不断提高,书写质量不断完善,保障临床安全、科学、合理用血。因此,认为将 PDCA 循环应用到输血病历检查中,能持续改进输血病历,是一种行之有效的管理办法,值得临床推广。

参考文献

- [1] 潘小良,宋朝晖,梁巧米. PDCA 循环在临床输血管理中的应用[J]. 医院管理论坛,2012,29(8):34-36.
- [2] 吴争胜. 医院输血病历常见问题及管理规范[J]. 卫生经济研究,2010(6):50-51.
- [3] 郭永建,王洪燕. 持续规范开展临床审核是改进临床输血质量的关键[J]. 中国输血杂志,2010,23(4):326-330.
- [4] 王洪波,林园,刘娟,等. 对两所三甲医院医师输血知识调查结果分析[J]. 中国输血杂志,2006,19(5):405.
- [5] 杨宝成,孔令魁,邵超鹏,等. 2 597 份临床输血病历用血合理性调查分析[J]. 中国输血杂志,2008,21(3):193-196.
- [6] 任艳丽,李春华,陈金美. 临床输血病历管理与临床输血医疗纠纷的防范[J]. 临床血液学杂志,2008,21(8):425-427.
- [7] 陈卫,郭天坤. 临床输血病历缺陷调查及防范措施[J]. 中外健康文摘,2012,9(44):37-38.
- [8] 罗仕铸. 输血管理委员会(transfusion services committee)的功效与经验分享[J]. 中国输血杂志,2010,23(10):817-818.

(收稿日期:2014-10-08 修回日期:2014-12-10)

医疗纠纷现状及解决途径探索*

邓庆华,姚安贵[△],杨元娟,杨治国

(重庆医药高等专科学校,重庆 400030)

[中图分类号] R194

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)11-1566-03

医疗纠纷不但能加重患方的负担并影响其身心健康,而且 也干扰了医院的正常工作秩序,制约了医学科学技术的发展。

* 基金项目:重庆市教委人文社会科学研究项目(14SKS14)。 作者简介:邓庆华(1975-),副教授,硕士研究生,主要从事药理学和药物治疗学的教学和科研工作。 [△] 通讯作者, Tel:13808379765; E-mail: yaoag2008@163.com。

医疗纠纷的原因复杂,主要有医方因素、患方因素以及社会因素。医方因素对医患关系产生直接影响,患方因素对医患关系的形成起重要作用,社会因素是其医、患之幕后因素,是医患关系的根本归因。医疗纠纷的主要原因是医方、患方以及社会因素的相互作用结果。医疗纠纷给医方、患方及社会都造成危害,因此,要做好医疗纠纷的防范措施以及参照国内外经验快速有效地解决已经出现的医疗纠纷显得非常重要。本文分析国内外医疗纠纷现状,提出在新医改形势下解决医疗纠纷的具体途径。

1 国内医疗纠纷现状及特点

1.1 医疗纠纷现状 据国家卫生计生委统计,过去十年间,医院的恶性事件在以几何级方式增长,中国每年有超过 1 万人的医护人员因各种原因被患者家属打伤,医护人员成为医患关系恶化的直接受害者。目前中国每所医院平均每年发生的暴力伤医事件高达 27 次。中国 73.33% 的医院出现过患者及其家属殴打、威胁、辱骂医务人员的事件,61.80% 的医院发生过患者病逝后,患者家属在医院内摆设花圈、烧纸、设置灵堂、纠集多人在医院内围攻或威胁医务人员人身安全等事件^[1]。

1.2 医疗纠纷的特点 医院的医疗纠纷主要集中在住院部和急诊科,医疗纠纷发生数量居前 3 位的科室分别是外科、儿科和妇产科。外科医疗纠纷赔偿金额所占比例明显高于内科、妇产科、医技、门急诊、儿科,产科的医疗事故赔偿额最高,平均每宗事故赔偿在 60 万元左右^[2-3]。医疗纠纷主要发生在治疗、诊断、手术、告知、药品的发放和使用等环节。涉及与治疗相关的纠纷包括患者对治疗效果不满意,治疗(中)后出现死亡,病情加重、并发症等。诊断主要包括误诊、漏诊、诊断不及时等。因手术导致患者人身伤害、并发症以及对手术效果的争议。因医患沟通不畅,导致因告知,即“知情同意”相关的医疗纠纷明显增加^[4]。

2 医疗纠纷原因分析

2.1 社会因素 医疗保障体系不健全,医疗资源总量不足和分布失衡。医疗资源总量不足和分布失衡是医疗纠纷产生的重要原因之一。2011 年全国卫生统计数据 displays,中国平均每千人口医疗机构床位 3.81 张,执业(助理)医师 1.82 人,注册护士 1.66 人,仅为世界平均水平的一半左右^[5]。大部分医疗资源集中在城市,尤其是城市中的大型综合医院,这种失衡导致越来越多的患者,不管是大病小病,都到城市大医院就诊,导致医院负荷过重,人力资源相对缺乏,易引发医疗纠纷。医疗保障体系不健全,也与政府投入不足有关。政府投入不足还体现在对公立医疗机构政府财政拨款的比例较低,有些医院甚至不到医院收入的 10%^[5]。有些医疗服务价格低于成本,补偿机制不健全,许多医院为了维护运行和发展,增加了一些无关紧要的检验项目,或以药养医现象还很严重,这样使患者的负担加重,易产生医患矛盾。媒体的报道给患者提供了申诉的途径。然而部分媒体为了迎合大众心理,考虑自身利益或炒作的需要,往往站在作为“弱势”群体的患者这一方,通过电视、报纸或网络向医院或医务人员发难,忽略了医务人员正面的形象,误导社会大众,不仅降低了医护人员的形象,还助长了患者的气势。

2.2 医方因素 部分医院管理方面存在制度不完善,组织不健全,人员不配套,责任不明确,医疗安全制度没有得到认真落实,部门之间未能能密切沟通,存在服务环节遗漏,造成用药或治疗失误。同时由于大型医院患者数量急剧增加,导致医务人员超负荷工作,在工作中极易出现差错,引发医疗纠纷。另外部

分医务人员职业道德水平下降,人文素养缺乏。医务人员责任心、服务态度、医患沟通能力等人文素养是患者投诉的主要原因,占总投诉量的 88.30%^[6]。个别医务人员还缺乏主动和患者及家属沟通的意识,一旦出现患者病情与期望值不一致,极易引发医疗纠纷。

2.3 患方因素 患者的高期望值与医学水平的有限性的矛盾。随着社会发展,患者对医院医疗水平及服务态度的期望值提高,但对疾病的复杂性认识不足,不能理解病情的变化和疾病发生发展的自然规律,甚至认为进了医院就是进了“保险箱”,导致医疗纠纷的产生。同时,患者维权意识的增强,媒体的报道,又给患者提供了申诉途径,在直接或间接恶化的医务人员职业形象背景下,患方缺乏对医生的信任,如一旦出现预后较差等情况,患方容易将不良后果归于医方,而职业“医闹”的出现又迎合了患者的需求。

3 医疗纠纷的防范及解决途径探索

3.1 医方可采取的措施 (1)加强医院内部管理,重视业务培训,确保医疗质量^[7-9]。建立健全医院各项规章制度,完善各项诊疗常规,落实医疗安全责任制和责任追究制度,杜绝因诊疗活动中各项制度落实不到位而发生医疗事故、医疗差错。同时卫生行政部门要加大对医疗机构的监管和惩处力度。同时加强医务人员的技能培训,把对医务人员的业务培训作为常规工作,树立终身学习的观念,构建“学习型医院”,尤其是加强对一线年轻医务人员的培养和继续教育,从根本上提高医护质量,有效避免因诊疗差错、操作失误等原因引起的医疗纠纷。(2)树立“以患者为中心”的服务理念,加强医德医风建设。医患沟通和服务态度等人文素养因素是引发医疗纠纷的重要原因,据调查由于医务人员态度不好引发的医疗纠纷占 49.50%^[10]。医务人员应牢牢树立以“以患者为中心”、“以人为本”的服务理念。加强与患者沟通,学习沟通技巧、规范沟通行为、沟通语言及沟通过程,切实保障患者的“知情权”。良好的医患沟通不仅能增加患者对医疗技术局限性和高风险性的了解,加深对医护人员的信任,还疏导患者的社会心理问题,促进疾病的转归。(3)加强病历、病案及医疗纠纷档案的管理^[11]。完整真实的病历是医疗纠纷诉讼中重要的证据。建立完整真实的病历档案并妥善保管,才可在医疗鉴定中提供有效的依据、实现病案在纠纷中的作用价值,这样可有效地解决医患纠纷,并确保医疗工作正常运行。病案管理水平高低在医疗纠纷处理过程中也非常重要,采取切实可行的措施,提高病案管理水平,防范医疗纠纷。而建立医疗纠纷档案,虽不能杜绝纠纷的发生,但对于已经发生的纠纷进行归纳、整理,可对今后的同类纠纷处理起到借鉴作用。

3.2 患方可采取的措施 加强对疾病的认识和了解,提高患者对医疗行为具有的复杂性、未知性、损害性、风险性的认识。还应积极配合参与治疗,减少猜疑,增进信任,理性看待医疗过程中的纠纷问题,认识到医患关系不仅具有法律属性,更是一种由医学伦理、职业道德维系的特殊的社会人际关系。否则医生为了保守起见,采取防御性医疗,不求有功但求无过,这势必影响医学的发展和疾病的治愈,最终受害的还是患者。

3.3 社会可采取的措施

3.3.1 切实落实新医改政策 (1)加大政府投入,提高报销比例和支付限额,解决“看病贵”的问题。(2)健全基层医疗卫生服务体系,从设备、人才等方面“软硬兼施”地均衡配置医疗资源,解决结构性“看病难”问题。(3)继续推进公立医院改革,破解“以药养医”。改革公立医院管理体制和运行、监管机制,提

高公立医疗机构服务水平,“坚持公益性,调动积极性”,规范诊疗行为,明显缩短患者等候时间,实现检查结果互认。推进公立医院补偿机制改革。加快形成多元化办医格局。

3.3.2 保险业参与共同化解医疗风险 在医疗行业中推行强制医疗责任保险制度,以商业保险的模式,保费由医疗机构所缴纳的固定保费和医生个人保费组成,个人保费的高低由医生的赔付率决定,赔付率高相应的保费就调高。医疗纠纷的赔偿有保险公司受理,不再与医院或医务人员发生直接关系。

3.3.3 建立和完善第三方医疗纠纷处理调解机制 组建一支既懂法又懂医、专兼结合的调解队伍,医患双方通过第三方调解,将医疗纠纷矛盾引导到医疗机构之外的“缓冲地带”化解。强制推行医疗责任险和成立医疗纠纷第三方调解机构,降低医疗风险。

3.3.4 发挥舆论和媒体的正面引导作用 建立良好的社会舆论环境、媒体客观正确的导向,对营造良好的医患关系极为重要。政府部门要引导媒体应对医疗纠纷实事求是的报道,不能为了提高收视率,过度强调患者的弱势群体地位,故意放大个别医生的不良道德,降低医务人员在大众心目中的形象。

医疗出现非预期伤害后,患者或家属的心情必定是伤痛及无助。而追查真相的目的与结果,绝大部分也只是得到“如果可以不要,没有人会想要”的金钱补偿。但是,冗长诉讼到了最后不论谁对、谁错,都对彼此造成很深的伤害。而且这样的社会教育持久下去,只会为双方制造更多的仇视。一个健康、进步与文明的社会,不应也不能凡事都能依靠法律来运行,特别是像医疗这样的服务,否则将来我们的医疗必然是一个有体无魂的医疗。

(上接第 1562 页)

for DYT6 primary torsion dystonia[J]. *Nat Genet*, 2009, 41(3):286-288.

[12] Fuchs T, Saunders-Pullman R, Masuho I, et al. Mutations in GNAL cause primary torsion dystonia[J]. *Nat Genet*, 2013, 45(1):88-92.

[13] Xiao J, Uitti RJ, Zhao Y, et al. Mutations in CIZ1 cause adult onset primary cervical dystonia [J]. *Ann Neurol*, 2012, 71(4):458-469.

[14] Hershenson J, Mencacci NE, Davis M, et al. Mutations in the autoregulatory domain of beta-tubulin 4a cause hereditary dystonia[J]. *Ann Neurol*, 2013, 73(4):546-553.

[15] Charlesworth G, Plagnol V, Holmstrom K, et al. Mutations in ANO3 cause dominant craniocervical dystonia: ion channel implicated in pathogenesis[J]. *Am J Hum Genet*, 2012, 91(6):1041-1050.

[16] Valente EM, Bentivoglio AR, Cassetta E, et al. DYT13, a novel primary torsion dystonia locus, maps to chromosome 1p36.13-36.32 in an Italian family with cranial - cervical or upper limb onset[J]. *Ann Neurol*, 2001, 49(3):362-366.

[17] Norgren N, Mattson E, Forsgren L, et al. A high-penetrance form of late-onset torsion dystonia maps to a novel locus (DYT21) on chromosome 2q14.3-q21.3[J]. *Neurogenetics*, 2011, 12(2):137-143.

[18] Chouery E, Kfoury J, Delague V, et al. A novel locus for autosomal recessive primary torsion dystonia (DYT17)

参考文献

- [1] 李德成,雷寒. 医患关系法律属性和伦理属性探讨[J]. *重庆医学*, 2013, 42(7):824-825.
- [2] 邹毅,殷小基,陈正华. 医疗纠纷管理实践与防范策略[J]. *现代医院*, 2013, 13(1):117-120.
- [3] 罗秀,王轶. 某综合医院医疗纠纷之实证研究[J]. *重庆医学*, 2013, 42(16):1846-1848.
- [4] 黄广培. 医患纠纷的成因与应对措施[J]. *医院管理论坛*, 2013, 30(6):26-28.
- [5] 陈昌洪,傅勇,于风旭. 医疗纠纷现状分析及解决途径探讨[J]. *重庆医学*, 2013, 42(1):59-61
- [6] 刘霖堂,殷猛. 浅析医疗纠纷的根源及对策[J]. *中国医学创新*, 2013, 10(2):142-143.
- [7] 肖莹,张翔. 我国医疗纠纷处理机制现状与对策探讨[J]. *医学与社会*, 2013, 26(4):44-45.
- [8] 贾真真,陈风军,刘蜜果,等. 医疗纠纷成因分析及对策研究[J]. *健康大视野*, 2012, 20(7):838-839.
- [9] 罗秀,王轶. 某综合医院医疗纠纷之实证研究[J]. *重庆医学*, 2013, 42(16):1846-1848.
- [10] 凌峰. 论医疗实践中的人文关怀[J]. *医学与哲学*, 2010(1B):23-25.
- [11] 李廷珊,陈纯真,翁素霞,等. 浅析病案管理在医疗纠纷中的作用[J]. *国际医药卫生导报*, 2013, 19(7):1052, 封 3.

(收稿日期:2014-10-16 修回日期:2015-01-18)

maps to 20p11.22-q13.12[J]. *Neurogenetics*, 2008, 9(4):287-293.

[19] Defazio G, Abbruzzese G, Girlanda P, et al. Phenotypic overlap in familial and sporadic primary adult-onset extracranial dystonia [J]. *J Neurol*, 2012, 259(11):2414-2418.

[20] Kumar KR, Lohmann K, Klein C. Genetics of Parkinson disease and other movement disorders[J]. *Curr Opin Neurol*, 2012, 25(4):466-474.

[21] Lee HY, Huang Y, Bruneau N, et al. Mutations in the gene PRRT2 cause paroxysmal kinesigenic dyskinesia with infantile convulsions[J]. *Cell Rep*, 2012, 1(1):2-12.

[22] Ono S, Yoshiura K, Kinoshita A, et al. Mutations in PRRT2 responsible for paroxysmal kinesigenic dyskinesias also cause benign familial infantile convulsions[J]. *J Hum Genet*, 2012, 57(5):338-341.

[23] Dale RC, Gardiner A, Antony J, et al. Familial PRRT2 mutation with heterogeneous paroxysmal disorders including paroxysmal torticollis and hemiplegic migraine[J]. *Dev Med Child Neurol*, 2012, 54(10):958-960.

[24] Schmidt A, Kumar KR, Redyk K, et al. Two faces of the same coin: benign familial infantile seizures and paroxysmal kinesigenic dyskinesia caused by PRRT2 mutations [J]. *Arch Neurol*, 2012, 69(5):668-670.

(收稿日期:2014-10-28 修回日期:2015-01-20)