

临床路径管理中一线医务人员意愿调查*

张迪, 孙士伟, 陶丹, 胡欣, 曹迎庆, 王学东[△]

(安徽省医学情报研究所, 合肥 230061)

[中图分类号] R197.32

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2017)18-2574-03

单病种临床路径作为一种标准化的治疗计划,在我国应用范围不断扩大,与医保付费改革和医疗服务质量提高具有密切关系^[1-5]。通过查阅相关文献,对临床一线医务人员在实际运用过程中存在哪些问题、对实际工作有哪些影响等报道较少。他们的意愿情况将直接影响临床路径的实施效果,且他们在实际运用中还存在哪些问题,有哪些建议,将对今后推广应用具有重要意义。通过本项目的调查,了解一线医务人员对临床路径的意愿现状及对自身技术水平、收入、工作量等的影响进行分析,以期相关政策制定和医疗管理者决策提供参考依据。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 调查医院纳入原则包括:综合性、公立、西医。将安徽省分为皖北、皖中、皖南 3 个地区,每个地区采用分层抽样[三级甲等、三级乙等、二级甲等],各抽取 1 所医院,每个医院,将科室划分为内科系统和外科系统,采用单纯随机抽样,分别抽取 2 个科室进行调查。

1.2 方法

1.2.1 调查要素的确定 通过查阅相关文献、一线医生访谈及专家问卷调查等方法,构建临床一线医务人员对实施临床路径管理的意愿调查表。内容主要包括:(1)调查对象的一般情况,包括性别,职称,学历,所在医院级别,所在医院及科室是否开展临床路径管理等。(2)总体评价实施临床路径管理的意愿情况,以及影响医务人员意愿的相关因素。(3)对开展临床路径管理的建议和意见。

1.2.2 测评方法及质量控制 采用现场发放问卷,并由调查员现场讲解调查意义和目的及填写方法后,由被调查者独立填写,现场自评完成,由调查员现场收回。为检验测评量表的重测信度,在调查的科室中随机抽取 2 个科室在第 1 次调查后 2 周进行第 2 次重测调查,重测信度达到 80% 以上。为获得准确可靠的资料,控制调查过程中可能出现的信息偏倚,采取了以下措施:(1)调查时间过长或过短都可能影响资料的可靠性,考虑到医院的工作性质,将调查时间控制在 10~15 min。调查时间尽量选择早交接班时,人员比较集中,利于测评问卷调查的完成。(2)问卷回收后,当即检查有无重要项遗漏(主要是是否愿意开展单病种临床路径管理),若遗漏及时补充。(3)资料采用双人独立录入,由第 3 人进行核对,对有出入的数据与原问卷进行核对。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行统计分析,统计方法包括描述性分析,对计数资料采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$,多组间进行两两比较时,检验水准 $\alpha'=0.05/n(n=$ 两两比较次数),以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基本情况 共发放问卷 850 份,收回问卷 836 份,其中对

是否愿意开展临床路径管理项目进行选择的有 799 份。799 份调查问卷中,愿意开展临床路径 407 人(50.94%),不愿意 145 人(18.15%),无所谓 247 人(30.91%)。

2.2 不同级别医院对实施临床路径的意愿比较 三级甲等医院愿意开展临床路径者为 50.72%,三级乙等医院为 33.02%,二级甲等医院为 63.73%。三者比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 不同级别医院对实施临床路径意愿比较[n(%)]

医院级别	愿意	无所谓	不愿意	合计
二级甲等	195(63.73)	97(31.70)	14(4.58)	306(38.30)
三级乙等	71(33.02) ^{ab}	51(23.72)	93(43.26)	215(26.91)
三级甲等	141(50.72) ^a	99(35.61)	38(13.67)	278(34.79)
合计	407(50.94)	247(30.91)	145(18.15)	799(100.00)

^a: $P<0.05$,与二级甲等比较;^b: $P<0.05$,与三级甲等比较。

2.3 不同地区医院对实施临床路径的意愿比较 皖中地区愿意开展临床路径的百分比为 58.16%,皖北为 53.14%,皖南为 41.63%。三者意愿情况比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 不同地区医院对实施临床路径的意愿比较[n(%)]

地区	愿意	无所谓	不愿意	合计
皖中	139(58.16)	47(19.66)	53(22.18)	239(29.91)
皖北	161(53.14) ^a	94(31.02) ^a	48(15.84) ^a	303(37.92)
皖南	107(41.63) ^a	106(41.25) ^a	44(17.12) ^a	257(32.17)
合计	407(50.94)	247(30.91)	145(18.15)	799(100.00)

^a: $P<0.05$,与皖中比较。

2.4 不同职称医务人员对实施临床路径的意愿比较 排除对此项未勾选的 50 人,对此项勾选的 749 人中,高级职称愿意率为 44.57%,中级职称为 46.58%,初级职称为 53.20%。几项意愿情况比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

2.5 医生与护士对实施临床路径的意愿比较 排除对此项未勾选的 9 人,勾选此项的 790 人中,医生愿意、无所谓、不愿意分别为 196 例(52.13%)、97 例(25.80%)、83 例(22.07%),护士分别为 205 例(49.52%)、149 例(35.99%)、60 例(14.49%)。二者比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.6 不同了解程度意愿情况比较 排除此项未勾选的 3 人,勾选此项的 796 人中,对临床路径相关知识了解的人群愿意率为 57.39%,了解程度一般的为 38.21%,不了解的人群为 48.28%。三者比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 3 不同职称医务人员对实施临床路径的意愿比较[n(%)]

职称	愿意	无所谓	不愿意	合计
高级	41(44.57)	19(20.65)	32(34.78)	92(12.28)
中级	102(46.58)	69(31.51) ^a	48(21.92) ^a	219(29.24)
初级	233(53.20) ^a	145(33.11) ^a	60(13.70) ^a	438(58.48)
合计	376(50.20)	233(31.11)	140(18.69)	749(100.00)

^a: P<0.05,与高级比较。

表 4 不同临床路径相关知识了解程度对实施临床路径的意愿情况比较[n(%)]

了解程度	愿意	无所谓	不愿意	合计
了解	299(57.39)	125(23.99)	97(18.62)	521(65.45)
一般	94(38.21) ^a	107(43.50)	45(18.29)	246(30.91)
不了解	14(48.28)	12(41.38)	3(10.34)	29(3.64)
合计	407(51.13)	244(30.65)	145(18.22)	796(100.00)

^a: P<0.05,与了解比较。

2.7 内、外科系统对实施临床路径的意愿比较 排除此项未勾选的 32 人,勾选此项的 767 人中,内科系统愿意、无所谓、不愿意分别为 203 例(53.85%)、112 例(29.71%)、62 例(16.45%),外科系统分别为 196 例(50.26%)、113 例(28.97%)、81 例(20.77%)。二者比较差异无统计学意义(P>0.05)。

2.8 硬性规定对意愿的影响 排除此项未勾选的 27 人,勾选此项的 772 人中,医院有硬性规定的愿意、无所谓、不愿意分别为 324 例(49.69%)、206 例(31.60%)、122 例(18.71%),无相关规定的分别为 65 例(54.17%)、33 例(27.50%)、22 例(18.33%)。二者比较差异无统计学意义(P>0.05)。

2.9 不同意愿人群相关调查内容比较 对自身医疗技术影响方面排除选择两项和没有选择的 14 人,认为有促进作用的为 33.12%;对收入影响方面排除未勾选 16 人,认为对收入有影响的为 31.80%;对日常临床工作影响方面排除选两项和未勾选 6 人,认为对日常工作有利的为 29.99%;对工作量影响方面排除选两项和未勾选 9 人,认为增加工作量的为 36.08%;规范诊疗行为方面排除未勾选 21 人,认为对诊疗行为有规范作用的为 78.66%;是否有利于疾病治疗方面排除选两项和未勾选 27 人,认为有利于疾病治疗的为 58.16%。不同意愿人群调查结果,见表 5。

表 5 不同意愿人群对临床路径作用的认识比较[n(%)]

因素	愿意	无所谓	不愿意	χ^2	P
技术提高(n=785)				141.800	0.001
促进	197(49.00)	52(21.67)	11(7.69)		
无影响	196(48.76)	176(73.33)	103(72.03)		
妨碍	9(2.24)	12(5.00)	29(20.28)		
合计	402(51.21)	240(30.57)	143(18.22)		
收入影响(n=783)				20.434	0.001
有	155(39.14)	62(25.62)	32(22.07)		
无	241(60.86)	180(74.38)	113(77.93)		
合计	396(50.57)	242(30.91)	145(18.52)		
日常工作(n=793)				342.071	0.001
有利	186(45.93)	32(13.17)	4(2.76)		
无影响	201(49.63)	194(79.84)	59(40.69)		

续表 5 不同意愿人群对临床路径作用的认识比较[n(%)]

因素	愿意	无所谓	不愿意	χ^2	P
不利	18(4.44)	17(6.70)	82(56.55)		
合计	405(51.07)	243(30.64)	145(18.28)		
工作量(n=790)				59.018	0.001
增加	134(33.00)	70(28.57)	81(58.27)		
无影响	258(63.55)	172(70.20)	46(33.09)		
降低	14(3.45)	3(1.22)	12(8.63)		
合计	406(51.39)	245(31.01)	139(17.59)		
规范化(n=778)				280.366	0.001
有	398(99.25)	167(70.46)	47(33.57)		
无	3(0.75)	70(29.54)	93(66.43)		
合计	401(51.54)	237(30.46)	140(17.99)		
疾病治疗(n=772)				476.631	0.001
有利于	339(86.70)	96(40.00)	14(9.93)		
不利于	5(1.28)	36(15.00)	101(71.63)		
无影响	47(12.02)	108(45.00)	26(18.44)		
合计	391(50.65)	240(31.09)	141(18.26)		

2.10 临床路径认知途径 排除对此项未勾选的 15 人,在勾选的 784 人中,主要是通过会议(442 人)、讲座(417 人)、文件(405 人)途径认知临床路径相关知识,其次为医院评审(244 人)、报纸(75 人)、杂志(62 人)、其他渠道(36 人),有部分为多选。

3 讨论

临床路径管理,在提高医疗质量,节约医疗资源,降低医疗成本等方面具有优势^[6-8]。我国医药卫生体制改革正在深入推进,其最终目的就在于降低医疗费用,让老百姓真正受益,临床路径管理符合医疗卫生改革政策要求^[9-12]。一线医务人员执行效率高低,对开展临床路径具有重要作用,因此,一线医务人员的相关因素应纳入考察范围,现将本次相关调查结果分析如下。

3.1 不同人群意愿率差异 (1)不同级别医院意愿情况:二甲甲等医院愿意率高,可能原因为收治的主要为简单、常见、轻症患者,较易纳入临床路径管理,而三级医院收治的多为疑难重症患者,不易于纳入临床路径管理,同时纳入后易中途退出。(2)不同地区意愿情况:从调查结果看,皖中地区意愿情况优于皖北和皖南,皖北和皖南无明显差异。这可能与地区发展水平相关,皖中医疗水平相对较高。(3)不同职称医务人员意愿情况:职称低的相对愿意率更高,而高级职称愿意率最低。高级职称医务人员,从事临床工作时间都较长,已形成固有的诊疗习惯,对疾病临床路径管理,可能还存在认知和适应的问题,但这部分人员有着丰富的临床经验,对临床路径管理的完善可以提出大量宝贵建议。而刚参加工作的医务人员,还没有形成固有的诊疗思维模式,对临床路径管理的接纳力更强,对这部分医务人员应加大宣传,提高认知水平。(4)不同职业和不同系统的意愿情况:医生和护士愿意率相仿,但无所谓态度的护士明显高于医生,说明护士的消极态度较为明显,从调查结果发现,护士有大量表单需要填写,增加工作量,影响了他们的积极性。内外科医务人员对开展临床路径管理的意愿无明显差异。临床路径最早应用于外科系统,经过这些年的发展,临床路径在内科常见病及慢性病应用逐渐增多,内科医生的认知和接受程度也在提高。(5)不同了解程度意愿情况:对临床路径相关知识了解的人群愿意率最高,说明通过对一线医务人员进行培训和教育,了解临床路径的优势,是可以提高医务人员的认可

度。从调查结果看出,医务人员主要是通过会议、讲座、文件等途径学习临床路径相关知识,未来可主要通过这几个途径来开展相关宣传和培训工作。(6)医院硬性规定对意愿的影响:无硬性规定的愿意率高于有硬性规定的,但差异无统计学意义,说明硬性规定并不能提高医务人员的愿意率,对提高医务人员执行力并不一定有利。

3.2 不同意愿人员对临床路径看法 (1)对自身医疗技术的影响:肯定的人群认为,临床路径管理可以规范诊疗行为,增加对疾病的理解和认识,对控制检查,规范治疗、用药有帮助,并可减少一些不必要的工作,另外可缩短患者住院时间,降低医疗费用,减轻患者的经济负担^[13]。否定的人群认为,临床路径管理过于死板,妨碍医生治疗思路的拓展,对疾病治疗不利,另外每个患者病情不一,无法完全按照临床路径进行检查和治疗。(2)对收入的影响:有硬性规定的医院,对医务人员开展临床路径有一定奖惩措施,考核不达标扣绩效,另外按照临床路径执行,患者住院时间缩短,治疗费用降低,收入降低。(3)日常工作的影响:认为有利的人群,临床路径让医务人员有章可循,规范相关的诊疗流程,降低医疗差错发生,利于临床工作有步骤有计划开展和进行,节省时间缩短疗程。否定的人群认为,患者得不到符合其自身疾病规律的精确治疗,病情变化时,不能较好应对,另外工作流程过于繁琐,有些不必要的规定。并且完全按照临床路径单,不利于一些新技术的开展。(4)对工作量的影响:工作量增加主要是填写大量表格,书面工作量增加,另外中途退出路径较多,又增加相应工作。

3.3 医务人员建议

3.3.1 强化政府责任,健全顶层设计 (1)经费保障方面:增加政府财政投入,弥补因开展临床路径降低的医院收入,确保医务工作者的积极性,鼓励医院进一步扩大病种范围。(2)政策制定方面:开展单病种临床路径管理优秀的医护人员在薪酬、晋升上有优惠政策;在病种选择上,有进有出,结合当地实际情况,让临床多发、慢性病优先纳入^[14];对纳入病种,入院诊疗阶段若同期合并其他疾病,应本着实事求是原则,满足该类患者诊疗需求,同时结算诊疗费用时将合并的其他疾病诊疗所产生的费用另行计算,以满足同期合并其他病种的诊疗需求。

3.3.2 降低机械化,适度提高灵活性 治疗疾病不同于生产商品,同种疾病由于个体差异或并发不同的基础性疾病,治疗不尽相同,硬性开展临床路径,不利于个体疾病治疗。同时,临床路径执行时间上限制较紧,由于患者就诊时病情不一,诊疗时间也不尽相同。另外还要考虑到不同级别医院实际差异,根据医院相应水平制定切实可行的政策。所以在制订路径单时规范中不失个性化,有利于临床实际操作。

3.3.3 健全“疾病诊断相关分类”,提高可操作性 目前,单病种临床路径管理是以病种为单位,但存在一定的缺陷,相同的病种,可能有不同的分型、分类,治疗方法、康复时间、治疗费用等都存在差异^[15]。疾病诊断相关分类(diagnosis related groups, DRGs)不仅考虑疾病本身的情况,还要考虑患者的年龄、合并症及并发症等情况。完善这方面的工作,将提高实际工作中的可操作性,有效降低出径率。

3.3.4 加大宣传力度,提高认知度 (1)加大对医务人员的宣传,从调查结果可以看出,通过适度的培训和教育,可提高医务人员的愿意率。提高医务人员的认知,对推进临床路径管理大

有裨益^[5]。(2)对患者进行宣传,虽然临床路径已开展多年,但大部分患者和家属根本不了解临床路径,产生排斥、不信任心理。政府应加大对宣传力度,让更多患者了解临床路径的好处,增加患者的依从性。

综上所述,临床一线医务人员对临床路径管理即有肯定,又有否定。但推行临床路径管理将是顺势所趋,一方面,临床医务人员应加强自身的学习,适应这种新的诊疗模式,另外政府和相关部门也应根据医务工作的需要适时调整和完善相关政策和配套措施,方便临床医务工作者进行实际操作。

参考文献

- [1] 刘潇,马谢民.国内外临床路径应用研究进展[J].中国卫生产业,2015,12(8):3-4.
- [2] 郭淑岩,陶红兵,曲豪,等.临床路径管理模式下医疗服务流程的关键环节分析[J].中华医院管理杂志,2009,25(12):808-811.
- [3] 蔡南川,朱渝,唐永刚,等.某二甲医院临床路径管理的应用效果分析[J].解放军医院管理杂志,2016,23(4):309-311.
- [4] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.卫生部关于“十二五”期间推进临床路径管理工作的指导意见[EB/OL].(2012-10-18)[2016-05-16].<http://www.nhfp.gov.cn/mohyzs/s3586/201210/56150.shtml>.
- [5] 缪堃,刘志敏.基于我国三级医院临床路径管理试点问题及对策研究[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(58):64-65.
- [6] 王慧,丁印鲁.三级甲等综合医院临床路径管理应用效果观察[J].山东医药,2015,55(30):83-85.
- [7] 林庆春,王瑞英,王莉.临床路径管理模式在二级医院的实践[J].中国农村卫生,2013(9):72-73.
- [8] 黄先涛.临床路径管理的发展与现状[J].中国病案,2014,15(11):22-24.
- [9] 陈曲,修燕,张向阳.临床路径实施工作的难点及应对[J].新疆医学,2015,45(11):1714-1716.
- [10] 李少武,李兴洲,焦莎莎.基于信息化平台的临床路径管理探索[J].中国卫生质量管理,2013,20(4):19-21.
- [11] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.临床路径管理定出三年目标[J].护理管理杂志,2013,13(10):735-736.
- [12] 李娜,孙晓宇,郭淑岩,等.我国医疗环境下实施临床路径的机遇及不利因素分析[J].山西医药杂志,2014,43(12):1454-1455.
- [13] 杨敬宇,谭芙蓉,宋向嵘,等.甘肃康乐县基层卫生机构门诊临床路径管理探讨[J].中国医院管理,2015,35(12):85-87.
- [14] 邓建华.临床路径管理制度研究[D].苏州:苏州大学,2012.
- [15] 苏荣耀,杨凤娥,杨英.加强临床路径管理信息化建设的做法和体会[J].中国农村卫生事业管理,2015,35(11):1391-1393.