

以评价查房质量为切入点 不断提高医疗水平

何彬, 刘鑫, 何小蓉, 谢旭(重庆市第三人民医院科教处 400014)

【关键词】查房; 评价; 医疗水平

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.089 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2013)24-3405-02

医院的可持续发展是每个医院应该重视的大事,如何保证一所医院能够持续发展,应该说是多因素的,诸如人才、管理、环境改造、设备更新等^[1]。本院科教处结合实际以及目前存在的问题,认为医疗质量的提高虽然是各方面因素综合的结果,但提高查房质量水平可以很好地带动医疗质量提高。究其原因是因为上级医生要提高查房质量必须要看书学习,了解该领域的发展前沿,指导下级医生工作促使下级医生也必须去看书学习,深入仔细地了解和观察病情,认真书写病历,并提出自己的见解,达到解决诊疗过程中疑难问题的目的,同时带动了临床教学工作。2012年,本院开展了一系列查房督导活动,收到了良好的效果,现将经验报道如下。

1 本院的做法

1.1 质量评价标准 按照原国家卫生部 and 市卫生局公布的查房质量评价标准为评价的基本依据,让每位被评价者熟悉评价标准^[2]。

1.2 被评价人员 先评价主任医师、科主任的查房质量并列出查房评价名单,逐步扩大到副高级职称人员。

1.3 评委组成 评委由院领导、医务处和科教处负责人以及医院教学质量督导专家组成。

1.4 开展范围 在临床有床业务科室选择一名做示范查房,让相关人员参与观摩,然后再由各科室推荐相应医生进行查房并接受评价。

1.5 评价表设置 结合医院实际制订查房质量评价标准分别是:病史体检及病程记录复核认真 12~14 分,较认真 10~12 分,不认真或未查低于 4 分,满分 14 分;条理清楚,逻辑思维分析方法好 12~16 分,条理清楚,有一定逻辑思维分析能力 8~12 分,条理不清楚,逻辑思维差低于 3 分,满分 16 分;理论联系实际,指导性强 12~16 分,能理论联系实际,有一定指导意义 8~12 分,理论脱离临床低于 3 分,总分 16 分;重点突出 14~18 分,重点较突出 10~14 分,重点不突出低于 5 分,总分 18 分;新观点、新进展较多,启发式教学 4~6 分,部分新观点、新进展 2~4 分,知识老化低于 2 分,总分 6 分;诊疗方案合理 16~20 分,较合理 12~16 分,欠合理低于 3 分,总分 20 分;尊重患者,有医患沟通 8~10 分,沟通少 4~7 分,无沟通 3 分,总分 10 分。设计出评价得分表,采用百分制请评价专家打分 60 分及以下为差, >60~69 分为一般, >69~85 分为较好, >85 分为好。

1.6 结果公布 查房完成后评委汇总情况,打分、下评语。评语由一位院领导给被评价人宣布,指出查房中存在的不足及问题。最后写出总体评价报告,指出带有普遍性的问题,提出改进建议,并在全院电视朝会公布评价总体结果。

2 结果及发现的问题

2.1 结果 对本院的 14 个有床科室进行评价发现,大部分医生评价为“较好”,约占 78%;重点学科查房质量较为优秀,评价为“好”,约占 15%;极少部分医师评价为“一般”,约占 7%;没有“差”以下的医生。

2.2 下级医生的问题 (1)许多下级医生缺乏对患者病史特点的归纳和总结。(2)下级医生汇报病史后较少涉及自身对病情的临床思辨与主见。(3)个别下级医生查房时个人仪表举止不够注意;有些下级医生查房中略显拘谨、紧张且查房目的不明确,表明一方面平时类似训练缺乏,而另一方面也显示出学习的主动性不够。

2.3 上级医生的问题 (1)部分上级医生在查房中忽略了对下级医生汇报病史、病历等项临床基础工作审核后的点评。示范性、指导性有待加强。(2)一些上级医生查房尚存在针对性不强的缺陷,年轻专家较为突出。将专业理论与患者病情实际相结合进行查房有待提高。(3)查房中充分调动下级医生的主观能动性、下级医生主动思考提问、形成上下互动的活跃氛围不够。(4)查房中如何体现“诊疗方案合理性”仍显不足。随着医疗模式转变,如何加强诊疗活动中的医患沟通,针对性制订出合理化的诊疗方案,是查房质量与水平的 2 个重要方面,而本次检查发现,部分查房者还未能就此加深理解与把握。(5)有些上级医生的查体复核欠规范,且“人文关怀”不够,表现为查体时对患者的“隐私”权欠尊重。

3 体会

3.1 提高认识 对高级职称人员的查房质量评价是一项较耗时的系统工程,全部工作 1 年完成,虽花了大量精力,但它对医疗质量的提高是全方位的,是一个很好的切入点。三级查房是医院最基础的医疗工作,是提高医疗质量的重要保证,其中主任查房是很关键。只有主任查房规范了,发挥了应该发挥的作用,科室的三级查房才能规范化、制度化,达到预期的目的。医院主要领导尽量抽空参加、督阵,会使临床医生更加重视。医院主要领导抽空不定期参与,加大了整个工作的开展力度。对极少数的确质量太差或不够认真的,严格从事,要求复评。使临床医生感到不是走过场,而是动真格,不认真对待是不行的。

3.2 查房质量评价的意义 通过查房质量评价可发现一批有发展潜力,综合素质好的业务尖子,重点培养。通过评价可带动大家的业务学习,扩展知识面,促进学科发展,提高医疗质量和病历质量。同时也认识到这样评价常不能完全反映出平时上级医生的查房处置能力和水平,有“做秀”之嫌,因而本院打算下一步的改进方案是采取突击抽查而且是刚收入的新患者,以了解、考察上级医生的临床思维、应变能力。

正规的查房有利于下级医生的培养及临床进修、实习教学工作,提高教学能力,树立良好的医院形象。通过查房质量评价充分认识到本院和教学医院还有较大的差距,还须努力,使医院医务人员有一种危机意识。

3.3 管理探讨 查房中应体现崇尚敬业和人文关怀的理念,既要牢固树立下级医生的神圣不可侵犯的职业“荣誉感”、“使命感”与“责任心”,又要注重对患者的人文关怀^[3]。具体表现:如何制订出合理的诊疗流程与方案?既考虑到下级医生的人格与自尊,又充分尊重患者的选择权、知情权和隐私权等。结合本院实际,今后可考虑选择专业相近的科室进行交叉互动查

房。如:由内科系列的上级医生对老年科系列的下级医生及所管患者进行查房,以达到“比学赶帮”、相互促进之功效。

随着医疗模式的转换,医疗环境的尴尬,医疗市场竞争的白热化和医疗体制改革的深入等改变,如何正确理解“以患者为中心”?将“临床路径”“循证医学”适时引入临床查房工作中,值得大家深入思考和认真研究。

参考文献

[1] 陈斌,徐维国,李惠.关于三级医师查房制度的几点思考

[J].中国卫生事业管理,2007,27(12):822-824.

[2] 朱少铭,曹桂荣,金朝霞,等.查房质量问题的调查分析[J].中华医院管理杂志,2006,22(3):174-175.

[3] 石平,袁波,路又可,等.基于“人文医学技能”培养的专题教学查房[J].中国实验诊断学,2008,12(9):1187-1190.

(收稿日期:2013-05-09 修回日期:2013-08-06)

精细化管理在静脉配置中心初建中的应用

周利琼(重庆市肿瘤研究所静脉配置中心 400030)

【关键词】 精细化管理; 静脉配置; 工作流程

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.090 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2013)24-3406-02

静脉配置中心在我国还是新生事物,随着《医疗机构药事管理暂行规定》的执行,将有越来越多的医院建立静脉配置中心^[1]。由于静脉配置中心担负着患者静脉用药安全、合理之重任,所以每个环节都必须认真、仔细和规范。重庆市肿瘤研究所于2008年开始集中配置肠外营养液及细胞毒药物,2012年2月逐渐开展普通药物的集中配置。由于普通药物的集中配置初次开展,配置量逐渐增大,配置人员逐渐增加,在管理中探索精细化管理理论与静脉配置中心实际结合,将各工作环节初始运行中出现的问题讨论分析解决,不断细化、优化工作流程,使责任具体化、明确化,各部门、各岗位能够相互监督制约,确保临床用药安全合理。开展1年多来,工作量逐渐增大,现每日配置量1500袋左右,年轻药师和护士逐渐增加,未发生差错事故,确保配置任务保质保量完成,临床患者及工作人员满意。现将做法与体会报道如下。

1 静脉配置中心工作流程简介

医生录入医嘱→护士核对医嘱→护士传送医嘱至配置中心→药师审查医嘱→药师审方后安排配置→排药→配置→成品核对→包装→送往各病区→病区护士接收

2 各环节初始过程出现的问题及细化管理对策

2.1 问题医嘱的处理 初始阶段,问题医嘱相对较多,每个科室有十几组,主要是用法用量用药时间开具不规范,有超剂量、超浓度、重复用药等现象。处理对策:问题医嘱分时间段电话或OA办公软件群发邮件给临床各科室,并规定临床科室定时修改医嘱,否则不予配置。将问题医嘱记录并定期群发给临床各科室组织学习,同时每次新开科室前配置中心专人培训配置中心工作告知书后,学习其他已开科室存在的问题。通过不断反馈、培训学习,现问题医嘱逐渐减少,目前全院每天问题医嘱没有或仅有几组。

2.2 排药后差药及退药的细化管理 由于本院配置中心无二级药库,病房药品需到内药房取,退药也由配置中心将药物送到内药房完成。初始2个月管理模式为各病区药物由内药房双人核对取汇总药物后由专用电梯传递到配置中心,配置中心根据审核后的标签及汇总药物排药,排药前由配置中心人员去掉药物外包装。出现的问题:经常出现差药。是内药房发少了或是排药排错了或是将药物掉到外包装里面去了,每次需花数小时寻找药物。临床患者退药由配置中心将退药不断经专用电梯往内药房送,也经常不知药物在配置中心或送到内药房。为明确细化2个部门责任,应建立交接流程。专人与内药房交

接各病区汇总药物及排药标签,这样达到第一次对各科室药物汇总数量、质量及规格双人核对及标签准确性也双人核对。专人定时交接当天退药,如有立即退药的及时将药品交到内药房并当面交接。经过细化流程管理后,缩短了排药时间,提高了排药准确性,各部门职责明确。

2.3 排药过程出现的问题及管理对策 重庆市肿瘤研究所采用的是超然软件,排药复核后电脑扫描计数。排药分为2条流水线,3人一组。按科室批次一组一篮排药,一人贴签,负责检查液体质量;一人摆药,负责药品质量;一人复核,确保液体、药品质量、批次与排药篮颜色吻合,再扫描,按科室批次装入相应整理箱内,准备配置。出现的问题:批次排药篮颜色防止错误,初始2个月,将第1批放入第2批颜色篮内5例,将第2批放入第1批颜色篮内8例,将第3批放入第2批颜色篮内7例,导致提前配置2例,将第2批放入第3批颜色篮内5例,以上情况在成品复核时差药经查找重新配置,导致药物外送时间延迟,临床工作人员及患者满意度差。管理对策:首先将标签按批次分离,各批次标签装入相应批次颜色篮内,各批次贴完签换批次时换相应颜色排药篮。经流程细化管理防止因疲劳或精力不集中时换批次忘记换排药篮颜色或提前换颜色,防止将各批次排药篮颜色放错,导致延迟配置或提前配置。近1年来发现排药篮颜色放置错误共3例,较初始阶段明显减少。

2.4 成品核对问题解决 本院成品核对后经电脑扫描计数,打印交接单。初始阶段由一人核对扫描包装,分2条线,第4批打包回病房自行配置的液体未作核对,只扫描,试行2个月。出现的问题有:配置人员未签字未查出被送到临床1例,液体漏液未查出送达临床5例,液体量错误未查出1例。第4批打包回病房自行配置的液体病房工作人员配置时发现药物错误1例,发现药物损坏2例,责任不好界定。管理对策:初始阶段,由于工作人员业务不熟悉,年轻员工多,采用分段复核,由一人核对标签内容和空安瓿、西林瓶及液体品规是否相符,签字是否完整,核对液体质量及液体有无漏液,另一人扫描,工人装外包装及整理箱。第4批打包的液体成品复核时再次核对,并与病房工作人员当面交清药物的完好性和准确性,以分清配置中心和病房的责任。经过改进细化流程后1年,成品液体完好送达临床,提高了临床满意度,满意度由85%左右提升到92%。

2.5 成品外送细节改进 本院采用的是专用电梯人工送药,每个病区当面交接袋数后签字,交接清单一式2份,一份留病