

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精细化管理对策

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精细化管理 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。经流程精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

房,一份收回配置中心。送药人员是由人力资源部统一招聘的工勤人员,大多数文化较低,应先集中培训,培训送药流程及职责,再跟班 3~5 d。初始阶段出现漏送出 1 例,途中丢失一个病区药物 1 例,查找找回,出现回执单个别科室丢失 3 例。管理对策:规定人不离送药车,药物箱不离送药车,同时每天定班清点各科各批次药物是否送完及回执单是否回收完,并将回执单装订成册放入相应位置。

3 体会

精细化管理是一种理念,一种文化,是以目标为导向,以决策过程为着眼点,注意定量分析、数学应用、系统结构与整体协调,从而达到组织管理各单元精确、高效、协调和持续运行效果的管理理念^[2]。现代管理学认为科学化管理有 3 个层次:一是规范化,二是精细化,三是个性化^[2]。静脉配置中心是一个新型的药学服务部门,科学管理还需不断探索。本院结合具体情况,参照精细化管理理论,在制订各项制度、工作流程及标准操

作规范时精、细,可操作性强,同时在基本管理基础上再仔细观察分析出现的问题,作出进一步规范和细化,最终达到全院处方规范,患者用药安全合理,配置中心内部工作流程细化合理,各员工职责明确,医院各部门职责明确,临床工作人员及患者满意度高。目前采用分组配置,各组间协助及员工创新能力还有待进一步探索。

参考文献

- [1] 刘新春,高海青. 静脉药物配置中心与静脉药物治疗[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:2.
- [2] 唐彪. 精细化管理对学校管理的借鉴[J]. 中国职业教育:理论版,2011,9(1):28-30.

(收稿日期:2013-06-01 修回日期:2013-08-12)

医患关系的现状及思考

唐盈静,余向锋[△],胡琳(重庆市北部新区第一人民医院 401121)

【关键词】 医患关系; 现状; 思考

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.091 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2013)22-3407-02

近年来,伴随着经济的快速发展,医疗体制改革的深入推进,在社会整体医疗水平得到明显提升的同时,医患关系的现状却不容乐观。医患矛盾突出、医患关系紧张已成为当前一个重大的社会问题,引起了社会的广泛关注^[1]。正确认识医患关系的现状、客观分析医患关系紧张的原因,积极构建和谐融洽的医患关系,重塑白衣天使良好形象,不仅是社会主义和谐社会的客观要求,更是每一个医务工作者必须深入思考的问题和义不容辞的责任。

1 医患关系的含义及特征

医患关系是指以医务人员为一方,以患者及其社会关系为另一方在医疗诊治过程中产生的特定人际关系^[2]。医患关系是人类文化特有的组成部分,是医疗活动的关键和医疗人际关系的核心。长期以来,由于体制等因素形成了以“医护为主导,患者为主体”的传统医患关系,在这种关系中,医者以解除患者痛苦、捍卫患者健康为己任,被救治的患者往往怀着感恩的心态对待治疗自己的医生,医务工作者享有较高的社会地位,但也产生了忽视发挥患者及亲属的主观能动性和充分尊重患者权力的重要问题。近年来,随着现代医学的高度发展,传统的医患关系受到市场经济的冲击,逐步转变为“指导合作型”或“共同参与型”的医患关系,呈现出医患交往“经济化”、医患要求“多元化”、医患关系调节方式“法制化”等特点,这是社会进步、观念更新、人们法制意识增强的必然结果。

2 医患关系的现状

近年来,医患关系日益成为社会关注的焦点,医患矛盾出现激化趋势,医患纠纷常见于媒体,医患关系紧张的现状令社会担忧。据中国医师协会最近一次统计的医患关系调研报告显示,有近 75% 的医生认为自己的合法权益不能得到有效保护;认为当前医生执业环境“较差”和“极为恶劣”的分别达到 47.35% 和 13.28%。各地医院发生医疗纠纷和患者打砸医院事件的数量仍在增加,单起医疗纠纷最高赔付额达 300 万元^[3]。而近期发生在哈尔滨、北京等地的多起恶性“刺医案”和

陕西榆林横山县患者死亡院长带领医护人员集体下跪磕头等事件更是将医患矛盾激化到了前所未有的高度。这些数据和案例说明,我国医疗服务活动中,医患关系紧张已成为社会面临的一个突出问题,努力构建相互理解、和谐包容的医患关系迫在眉睫。

3 导致医患关系紧张的原因

影响医患关系的原因是多方面的,既有社会医疗保障体制不完善,医疗卫生资源配置不合理,公众维权意识明显提高等源自社会、体制的因素,也有医院追求经济效益“最大化”、医患沟通不足、医护人员服务态度不好等产生于医院、医护人员和患者的原因。

3.1 体制因素 (1)我国医疗体制改革不够深入,加之我国现代医疗事业起步较晚,导致医疗卫生资源严重不足,配置不合理,不能适应不同类型患者的就医需求,很多患者对中小型医疗机构不信任,从而引发“看病难”“小病大医”等社会问题^[4]。(2)由于政府投入不足、公立医院市场化导致其失去公益性质,部分医院过于追求经济效益,以药养医造成药品价格居高不下,增加了患者的经济负担,引发“看病贵”,影响良好医患关系的建立。(3)虽然我国的医疗保障制度不断完善,但在现行的医疗体制中,患者自身仍需承担一部分医疗费用,一旦出现大病重病,医药费支出依然很庞大。特别是农村地区,农村医疗保障尚未实现全覆盖,生病致贫、因病返贫的情况时有发生,容易引起患者及家属对社会和医护人员的不满情绪。

3.2 医方因素 在医患关系中,医院和医生无疑处于相对强势的地位。近年来,随着人们对生命健康权的重视和维权意识的提高,因医疗机构服务态度不好、医患沟通不到位而导致的医患矛盾和医患纠纷呈现逐年上升之势。根据重庆市某三甲医院的总结报告显示,2007~2009 年本院服务态度和医患沟通不足是引发患者不满、投诉以及发生医疗纠纷的主要原因^[5]。主要表现:(1)随着各种高科技医疗器械的广泛运用,医疗活动日益“机械化”,导致医患之间交流相对减少,相互之间

[△] 通讯作者, E-mail:13320279789@163.com。