

醫院

HOSPITAL 網絡版 +

职业化管理

2018年 第2期

易利华

一个医院如何才能异军突起?

郭俊

怎样设计一家医生集团运营
商业模式?

蒋辉

实验性诊疗的有关法规探析

医院职业化管理 (香港) 杂志社社长

ISSN 2616-3667



9 772616 366009 >

目录

Contents

专家论道

- 4 一个医院如何才能异军突起 易利华
- 6 怎样设计一家医生集团运营商业模式? 郭俊
-

分级诊疗

- 8 基层医疗机构该如何借分级诊疗来推进发展自己? 孟庆远
-

国外动态

- 11 英国医疗考察记 王培均
-

行业政策

- 15 新时代中国特色社会主义思想理论指导下的医院管理新趋势 马恩祥、雷成家
- 23 实验性诊疗的有关法规探析 蒋辉、陈玉玲、陈旻
-

护理管理

- 28 基层医院改进三级护理质控方法的实践与体会 查春梅
- 33 探讨有针对性的微信群组建立在护理管理师培训中的应用 姚秋明
- 36 护士分层管理在基层医院的应用体会 姚雪红
- 40 在静脉输液中实施人性化护理 王志华
-

目录

Contents

信息化管理

- 43 护理不良事件报告制度在OA办公系统中的研发与应用 王惠
-

院感控制

- 47 医院感染文化及绿色感控理念的探索实践 李秀美、王炳花等人
-

职业化管理

- 54 运用循证护理促进低年资护士治疗性护患关系的建立 穆鑫
- 57 新时代，医生集团运营职业化价值在哪里？ 谷红
- 59 中国医院管理职业化之路还很远 邹新春
- 66 管理问答：医务人员的核心能力推荐榜 王炳花
-



一个医院如何才能异军突起.....

□ 易利华 南京医科大学无锡二医院教授

近日，有不少院长与医院管理者同我交流医院管理之道以及秘诀...虽然，各家医院情况各异，有些问题，甚至完全对立。但是，作为院长的科学管理策略，还是有规律可寻的。这里，简述一二，供关注者讨论。

第一，院长要心中有目标，有战略。

接手一个医院，或者开始自己的一个管理任期。应当首先确定自己的任期目标与实现战略。也就是要解决随后这三个问题：我要干什么？为什么要这样干？怎样才能实现与干好它这是医院管理的第一步。当然，目标虽然是一个普通词语，但是科学的内涵与秘诀是极其丰富的。

一个好的目标确定，就是院长成功之道的重要开端了。这里面包含了先进性，科学性，可及性等管理学原理与道理。有的院长心无目标，就会出现干到哪里算哪里的常见毛病。没有计划，没有策略，没有前进的方向与路径等目标是一个形象化的愿景与可测量的愿望。好的目标，要有引领作用，升华作用，变革作用等机制作用。

战略则是院长实现目标的一套管理套路。围绕着目标，展开自己的医院管理工作。分层次，分步骤，分轻重，分缓急的有序推开。各种工作有条不紊，环环相扣，一步步的向自己

的目标与愿景靠拢的管理过程。

有人将战略看的很神秘；也有人认为战略是空的，没有什么意义，这些都是错误的。我认为：制定好医院发展目标与战略，可能算得上是院长的第一功了。



第二，院长要善于运用二八法则管理好自己的医院。

二八定律又名80/20定律、帕累托法则（定律）也叫巴莱特定律、最省力的法则、不平衡原则等，被广泛应用于社会学及企业管理学等。是19世纪末20世纪初意大利经济学家巴莱多发现的。他认为，在任何一组东西中，最重要的只占其中一小部分，约20%，其余80%尽管是多数，却是次要的，因此又称二八定律。

对于一家规模比较庞大的医院与组织系统而言之。一名院长一方面自己的工作精力可能会十分有限。不太可能方方面面的事情，都能顾及。都能抓好。这里面就涉及到有所为，有所不为的问题。有些院长满腔热情，很想干出一点名堂来。可是常常会有无从下手感。还有越忙越乱感。

帕累托定律告诉我们了事物的本质特征可能是事物重要核心的东西并不是大部分而是小部分。而小部分的核心工作往往又隐藏在大量的事务性工作和大部分的并非核心的成份之中这就需要院长要有较强的辨别能力。并且能够从中寻找出有效的医院管理路径。抓好二八法则所明确的核心部分。这是院长提升领导力与管理力的一个关键点。

二八法则在医院管理中的应用是多方面的但是，根本的第一点，还是方法论，目标论，重点论的统一。院长有了这一管理意识，就会突出重点，抓关键，抓要害。从而提升价值，意义与管理作用。

第三，院长要时刻牢记效益，效率优先，兼顾公平的绩效管理原则。

医院管理是一个实业管理。也是一个实体营运管理。从院长的角度看，管理的价值与意义，可能最主要，最直接的体现在医院运营管理上。有三点可供参考：一是高效，二是低成本，三是兼顾公平。高效就是要求院长的领导与管理，坚强有力。效益与效率要远高于同业一般能力与水平。这是最直观的评价结果与依据。低成本，就是要求医院在人力成本，

运营成本上要低于同业的一般水平线。这方面，我们许多医院比较容易忽视。而医改中，这一点的意义更大。



兼顾公平也是一个管理原则。无论是绩效管理与管理与考核上，还是目标战略与闭环管理，这一原则都是十分有意义的。没有这一原则的托底，管理的倾斜也是无法真正保障的。

当然，今天这里讲的只是院长管理的一些法则与道道。具体的实战体验，当然更多的要依靠本人的悟性与再创新！

火车跑得快，全凭车头带，
职业化的医院院长，无可替代

中国医院职业化管理网
官网网址：www.yyzygl.com
咨询热线：027-87278238

未来，你想做院长吗？

2018年基层医院管理职业化院长研修班
诚邀您参加

(JYPC)全国医院管理师职业资格培训管理中心自2015年开始举办医院管理师职业资格认证考试培训以来，已经成功举办了五期医院管理师高级研修班，其中有数十位医院院长参加学习。为了配合现代医院管理制度建设，积极推动医院管理职业化，推动基层医院运营及管理水平提升，特而向基层医院举办医院院长管理职业化高级研修班。

怎样设计一家医生集团运营商业模式？

□ 郭俊 武汉德励五合医疗科技有限公司

2018年伊始，朋友圈分享相关媒体报道，中国医生集团数量已经达到456家。中钰资本掌门人、中钰医生集团创始人禹勃已经明确：中钰资本的200亿元，开始不断向中国医生集团流入。

在当下医疗**品质服务**始终是第一参考标准前提下，资本向医生集团抛来200亿元橄榄枝有利于医生集团在抓住医疗变革与升级的重大机遇中，抢占未来医疗产业的战略制高点，提升医生集团持续发展能力。

值得一提的是，过去纯粹拼医疗技术以及靠外部输血和政策救济的现实模式逐渐失灵，如果医生集团能够在200亿元资本助推下，靠资本纽带带来的是合作效率的提高和协同成本的降低，将在很大程度上改变医生集团的运营模式。

由此表明资本也在逐步跳脱出急功近利和短期效果的窠臼，寻求对医生集团更高的质量要求，譬如，医生集团具备行业领域操作经验运营商业模式是否具有核心能力和核心资源？是否具备运营管理、财务管理基本素养等等这些重要指标来衡量医生集团商业模式的科学性与可行性。

首先，需要搞清楚商业模式这个概念。有人说，商业模式不就是怎么赚钱么？错！怎么赚钱么？错！怎么赚钱，学术名称叫“赢利模式”，那只是商业模式的一个环节，商业模式

这个词已经被用滥了。

哈佛商学院教授克莱顿·克里斯滕森对商业模式有一个经典定义：商业模式就是如何创造和传递客户价值和公司价值的系统。商业模式是一个关于价值的系统！



其次，一个商业模式主要包括四个要素——消费者价值主张、赢利模式、关键资源和关键流程。因为市场丝毫不会关心你付出了多少，它只会关心你是否做出了正确的抉择。

医生集团设计商业模式需要清楚四个问题：

第一，你能给哪些特定客户带来什么价值？

第二，你有什么资源和能力为客户创造价值？

第三，你的盈利模式（收入结构和成本结构）如何？

第四，你如何持续地为客户和公司创造价值？

首先，用这四个问题来设计医生集团商业模式，就会清楚你的目标客户是谁？你能满足他们的什么需求？对于医生集团而言，这四个问题虽然想得越清楚越好，而且需要尽快用事实去验证这四个假设是否合理。

基于现在的资本已经不好忽悠了，资本更相信数据而非模式，即便是模式也需要非常精准的分析。因为许多创业项目的客户需求都是创业者自己臆想出来的，往往并非真实存在，这样的项目基本上是必死无疑，即便侥幸拿到了投资，也是烧完即止。

其次，医生集团往往会以一个很酷的医疗技术为傲，以为有了好的技术，市场需求便随之而来。其实市场需求和技术领先是两回事，很多领先的技术无法转换成产品，即便转换成功了市场规模也很小，唯有团队协作才是相对靠谱的。即便是有了清晰的客户价值主张，如果没有足够的资源和能力，这个想法也没有办法变成现实。



第三，医生集团关键资源主要是硬指标，包括资金实力、市场渠道和核心技术等，市场运营能力则会偏软一点，包括核心团队、医疗文化和治理结构等组织能力。

事实上，医生集团的社会资源和运营管理能力普遍不足，因此创业初期一定要采取聚焦战略，谋求单点突破，然后不断复制优势，寻求面的突破。这一点往往是创始人很容易忽视的，常把人脉关系当关键资源，却同时高估了人脉的力量，疏于医疗产品和服务的打造，也没有建立其组织的竞争能力。

一家医生集团能不能通过制度和创新建立起竞争壁垒，是决定一家医生集团能否持续的关键原因。在制度和流程建设方面，则是大多数医生集团的软肋，他们往往迷信于创业者的个人能力，而忽视了在制度和流程方面的建设。这样的短板往往会导致这些医生集团熬不过初创期，或者熬过去了也长不大。

第四，这恰恰也是目前医生集团运营商业模式的痛点，可能有很好的客户价值主张，组织能力和资源也不错，就是没有赚钱的盈利模式。

同样，医生集团品质与服务始终是第一参考标准。可持续发展的问题也是目前医生集团成长面对的问题。有三个问题非常普遍：

1. 创始人和核心团队的领导力跟不上医生集团发展的需求；
2. 管理团队的组建、激励和培养跟不上医生集团发展的需求；
3. 普遍的“战略空心化”，也许把战略理解为目标，而没有把目标分解到业务和个人的方法，导致战略目标无法落地。

解决这些可持续发展的瓶颈，有三个解决方案：

1. 全面提升创始人和核心团队的领导力，包括视野、技能和心态都要提升；
2. 建立系统的人力资源策略，包括招聘、激励和培养计划，并变革适应的组织构架、管理方式和运营文化；
3. 通过战略地图的方法，把战略目标分解为具体的行为，并落实到具体的业务板块和团队成员上，并用股份期权考核体系来确保落实。

基层医疗机构该如何借分级诊疗来推进发展自己？

□ 孟庆远

2015年《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》提出开展分级诊疗，以此合理配置医疗资源、促进基本医疗卫生服务均等化，到2020年实现“基层首诊、双向转诊急慢分治、上下联动”诊疗模式，解决过去医疗运行模式所导致引起的“看病难看病贵”。两年多来，多项政策制度的支持，比如多点执业、社会办医、医疗信息化建设以及为此出台的诸多优惠政策，降低基层社会办医、个体私立诊所“门槛”，有力推进了分级诊疗制度的落实开展，医疗资源的纵向布局发生了一些变化，但实事求是讲，由于多种原因制约与影响城市大医院的门诊量与基层医疗机构的就诊比率尤其是病人下转量并没有发生大的改变。对此有专家一针见血指出，其主要原因还是基层医疗水平低，需要进一步加大基层医疗服务水平能力的提高。

专家的分析是正确的，方向是准确的，但这只是宏观策略引导，具体采取何种手段、走何途径、有什么措施能立竿见影，达到提高基层医疗水平能力并能够基本满足或适宜群众的医疗需求，基层医疗管理者都在探讨。那么，有无什么“秘诀”能在短时间显效呢？笔者认为，这要从不同级别医疗机构（三级医院和基层医疗机构）在分级诊疗中的职能设计分析入手，看两者在分级诊疗中承担的具体职责与任

务，以及目前他们与区域医疗实际需求存在的突出矛盾，由此找到基层医疗机构提高医疗水平能力的路径、办法与措施。而笔者认为，应将分级诊疗制度的核心“基层首诊、急慢分治、双向转诊、上下联动”逐句逐字与分级诊疗现实运作中存在的问题进行研究，找出基层医疗机构目前运行分级诊疗的“短板”与“软肋”，然后逐项进行解决。

为此，笔者认为，基层医疗机构应在以下几点进行加强与开发：

一、在基本医疗服务上做文章，迎接首诊的增加。分级诊疗制度已明确三级医院“放权”常见病、多发病的治疗，重点职责是临床疑难杂症诊疗及教学、科研等，因此基层医疗机构必须在基本医疗服务上做文章，一是加强提高基本医疗专业能力水平，二是增加基本医疗服务项目与内容，比如常见病学科像口腔、皮肤及全科医学等，三是重视加强提高及增加基本医疗检查技能服务，以此应对分级诊疗制度下首诊量的增加，满足或达到基层患者的医疗需求，这样在完成分级诊疗任务的同时，自己的医疗覆盖更广阔。

二、“双向转诊”要求基层医疗机构应该与上级医院有对应的转诊专科，虽然不倡导“双向转诊”要求基层医疗机构应该与上级医院有对应的转诊专科，虽然不倡导更细化的亚

专业开发，但常见慢病的专业学科不能少，比如心脑血管、呼吸、消化、肾病等，若没有这些专科，就不能与上级医院专科联体转诊，而越级转诊，制度不支持，医保支付比例低，对自身形象不利，分级诊疗无法全面贯彻执行，基层医疗机构就只有止步于固有状态而没有发展劲头。豫北一家县级医院一年内申请开设了中医康复、儿童康复、血液病、肿瘤等专科，用专业信誉吸引基层患者就诊，也开始接收上级医院的下转病人，运营形势喜人，中医康复可为此还设立了病房，日均住院30人。



三、分级·诊疗制度虽然明确“急慢分治”，但特殊时期如突发自然灾害、重大意外事件及急危病人抢救，基层医疗机构仍不可或缺，有急救任务。有了必须的设备、技术人员及应急措施，就能在关键时候显示自己的专业实力与信誉，提高自己的品牌，用急救带动推动自身综合医疗技术服务抢占、扩大区域医疗市场。河南省原阳县人民医院2016年以来加大医务人员基本急救技能培训力度，提高急诊急救应急能力水平，同时建设了急救中心、危急

重症医学、加强治疗病房等，在获取急诊急救病人满意的同时，凭借专业信誉，一般病人就诊量明显增加，2017年上半年总就诊量同期相比增加14.6%。

四、“上下联动”多不被基层院长们重视，他们认为联体后的上级医院优质医疗资源“下沉”多是走形式，即便是有专家坐诊也隐含一定的经济利益。实事求是讲，截至目前由于相关制度不完善，医联体运作政策刚性不够，因此部分联体中的三级医院流于形式，基层医院束手无策。但笔者认为政策正在完善，有地区约束激励措施已出台，比如政府要求所有三甲医院必须和基层联体，基层医院很快会被纳入联体。这就需要基层院长们应该在软硬件条件上进行加强完善，符合联体条件与要求，比如远程会诊设备设施等。另外要重视重要在县乡村联体中发挥主力及统帅作用，以此延伸自己服务范围、扩展医疗市场。原阳县中医院早在2014年就专门成立了市场部（现更名医联办），有专门的人员负责该院的县乡村医联体运营，目前与全县22家卫生院和760家村室联体，在帮扶基层提高医疗服务水平能力的同时，增加了自己的市场开发能力，2017年上半年住院量同比增加10%还多，据该院病历室负责人讲，其中联体上转病人占增加量的半数。

广州就在分级诊疗制度上对基层医疗机构进行了加强建设。近日，广东省印发《关于财政支持加强基层医疗卫生服务能力建设的实施方案》，除了加大省级财政支出（2017-2019年各级财政安排465亿元）外，围绕首诊和转诊做文章，一是把高血压、糖尿病、冠心病、

晚期肿瘤、脑卒中康复期等诊断明确的慢性病治疗为重点发展提高内容，二是结合当地服务需求，发展康复、口腔、妇科（妇女保健）、儿科（儿童保健）、精神（心理）卫生和中医等专业科室，开展特色科室与上级医院功能互补，添加、提高接受分流能力，三是加大对基层医务人员心肺复苏、气管插管、除颤、洗胃止血包扎、骨折固定等基本急救技能培训，四是重视参加家庭医生签约服务，在常规性签约服务内容基础上，积极拓展个性化签约内容，五是中医药与公卫服务并重，在基层医疗卫生机构大力推广针灸、推拿、拔罐、敷熨、熏蒸等适宜中医技术。

其实有院长已借分级诊疗之机遇而打破常规发展自己。山西省中西医结合医院、解放军二264医院、武警医院三家三甲医院自愿申请降级，作为分级诊疗首诊医院，执行二级医院收费标准。为什么？就是因为降级后能获得首诊资格，增加就诊量增加收入！有人对此并不赞成，但笔者认为这三家医院院长的睿智之举不得不让基层院长们三思，在政策许可范围内快速、合理、扩大和加强自己的医疗范围与实力，先行一步，为自己下一步的发展找出路、打基础！

有专家调研指出，分级诊疗对大医院（三级医院）的影响是门诊量减少、病种结构改变患者合理流动性增加，加上远程医疗的开展，导致了基层病人不再到大医院就诊。这无疑给基层医疗机构的专业水平提高及专业发展、服务项目增加指明了着力点，那就是加强基本医疗服务水平能力的提高，重视全科医学开展，



增加必须的专科项目，而不要再一味、盲目偏重开发“先进项目”，不要将主要精力用到超范围开发“疑难杂症”诊疗上！豫北一家县医院2015年投资数百万元添购热断层设备，价格高但医学诊断价值并不高，至今一直“冬眠”。有媒体报道，西部经济落后地区一家县级医院基本医疗能力有限，但“好高骛远”热衷于高新医疗项目开发，于是投资开展心脏介入治疗，但在实际操作中主要靠省级专家，需要高额聘请费，但由于种种原因，目前省级医院专家对多点执业并不太感兴趣，因此一直“亏损”运行。

因此笔者认为，分级诊疗当然有他的设计意义，对推动医改有重大意义，但对基层院长们来说，分析分级诊疗给自己带来的机遇，发现自身在分级诊疗制度推进中存在的问题，解决障碍自身发展的困阻，也显得重要与必须。这就需要基层院长们，寻找自身在分级诊疗中的管理与专业“短板”“软肋”，“把脉”地域医疗消费特性与实际需求，然后“对症下药”，有目的对自身存在的问题、不足进行“治疗”解决，“辨证论治”“对症下药”，这样就能使医院有较大的市场开发力，发展前景会更好。

英国医疗考察记

□ 王培均

应英国利兹市（Leeds）政府邀请，我山东省医疗考察团于今年4月18日来到了英国第三大城市、约克郡首府利兹市。

利兹市是英国中部重要的经济和文化中心，是首都伦敦之外的英国第二大经济体。

应英国利兹市（Leeds）政府邀请，我山东省医疗考察团于今年4月18日来到了英国第三大城市、约克郡首府利兹市。

利兹市是英国中部重要的经济和文化中心，是首都伦敦之外的英国第二大经济体。

在欢迎仪式上，利兹市长发表了热情洋溢的讲话，希望我代表团在利兹市深入考察，以发现最佳合作领域。

山东省医师协会副会长兼秘书长宋良贞女士，代表我团致答谢词，并为英方介绍了中共十九大描绘的健康中国宏伟蓝图、山东省的地理环境和人文风貌，以及全省26万医师的工作业绩，引起英国方面的极大兴趣。

均师和李月庭院长与利兹市政府简·道森市长，在十分友好的气氛中交换了礼物。

简·道森市长非常高兴热情不减，欢迎仪式结束后，主动带领我们来到政府议会大厅参观，还带领我们实际操练了一番。博超说，接待议程上是没有这个安排的！

博超（中国名）是利兹市卫生基金会主席，作为我代表团在利兹期间的全程陪同。

在博超主席的全程陪同下，我们开始参观世界百强名校、英国排名第二的利兹大学。

利兹大学的学科设置十分完整，研究和教学的方向覆盖了绝大多数社会和自然科学领域，是英国专业设置最齐全的综合性大学，学科包括工程、理学、医学、商学、教育、法律、语言、人文、艺术以及许多跨领域的交叉学科等。

大学很大，只能考察医学专业，可能校方认为其口腔专业在世界排名非常靠前的缘故，所以安排我们考察口腔学院。

口腔学院院长是位女士，她早就带领着各位院级领导在学院门口等候迎接，她是一位务实的领导，欢迎仪式是在参观交流过程中进行的，各位看官会疑问？如何在参观中举行欢迎仪式呢？因为学院的很多部门是保密级的，一般不接待来访者，当她了解到我团人员有省医师协会领导、有大型医疗集团副总裁、有全国医械商学院院长、有全国医械协会副会长、有著名民营医院院长、有金融大鳄、企业大咖等在业界影响力非常之大后，有心想展示一番其科研及教学实力，临时安排打开秘密之门迎中国山东客人。在等候开门迎宾的间隙，我们在一个开阔走廊举行了仪式。

仪式也不复杂，英国是非常重礼仪的国家，他们一般都会为应邀来访者准备礼物，好在均师做过外事工作略知一二，提前准备了中国特

色礼物，否则尴尬是小事影响中国国际形象是大事了。

仪式就是院长致欢迎词然后双方交换礼物她们有个与我们国家非常不同的习惯，就是会当着送礼物者的面把礼物打开，并表示非常喜欢。

院长把均师送的礼物当面拆开，看是中国特色、世界非物质文化遗产云锦围巾，马上让均师帮她围在脖子上，非常开心，两眼含情脉脉地望着均师不停放电，均师也感到芳心被院长电击的热乎乎滴！

在陪同我们的英方领导中，有一位中国哥们，他是该医院科研处的负责人，中国华山医院原口腔医生，在这里工作了20余年，但还保持着国人的着装风格，仔细打量他穿着的裤子就知道那是在英国绝对买不到的，肯定是20年前由国内带过去的，他自己也说，平时基本不打领带，知道我们到访才破天荒地打上了领带提的包是中国20年以前非常流行的，可以断定是位学霸哥。

他说与山东省口腔医院非常熟悉，后来回国后得知他是国际干细胞口腔组织学方面了不起的专家。

也幸亏杨哥在场，把那些口腔前沿技术和未来生物工程构想，如数家珍娓娓道来，这是我们的随队翻译绝对做不到的。

我山东医疗代表团考察利兹大学教学医院期间，应该说受到了最高规格的接待，为何说最高规格？看看接待方的出席阵容就知道了。以利兹教学医院总院长琳达·波拉博士(CBE)（也是西约克郡的副大尉）为核心的领导班子



全部出动，据博超说，上次接待美国代表团也没有出动如此高规格的阵容。

看那琳达·波拉博士(CBE)，她年长却又精神饱满（英国65岁退休），体丰满又发富贵，穿着简单却又十分得体，最初的一分钟给人留下十分美好的印象。琳达·波拉博士(CBE)首先登台致辞，表达对我代表团的到来感到十分高兴，然后详细介绍了教学医院的发展历程、规模和学科优势，然后与领队均师互赠了礼物。

利兹大学教学医院的礼物简单却又十分的有意义，他们把利兹市全景放在中间，把利兹大学的拳头学科楼放在左上角，医院的创新中心放在右上角，教学医院全景及重点科室病房楼放在下面，中间的文字是“热烈欢迎中国山东医疗代表团访问利兹大学教学医院”及访问日期，一看也是十分用心制作的，非常值得收藏！

其他班子成员轮番上台，热情洋溢的欢迎辞令、不厌其烦的学科介绍，让代表团感到收获满满。

中午到了，讨论还在热烈的进行，工作人员在会议室准备了工作午餐，说是医院餐厅的顶级厨师亲自下厨，为我们准备了丰盛而又尽

量符合中国口味的西餐，色香味俱全，一看是用心准备的，让我们一行几天来被千篇一律的西餐填塞的见餐就想吐的胃囊略微感到一丝丝安慰。

因琳达·波拉博士（CBE）有重要公务出席没能陪同我们共进午餐以外，其他班子成员全体陪同我们共进了午餐，气氛相当友好、热烈

到处写着欢迎山东省医疗代表团的标语中国人的国际地位在攀升。

各位看官也许疑问：均师老在琳达·博士后面加带着CBE，是甚意思？有必要在此扫扫盲了。

大英帝国为了表彰公民对国家的贡献，设置了荣誉勋章。勋章分民事和军事两类，共设5种级别，分别为：爵级大十字勋章（男女皆简称“GBE”），爵级司令勋章（男性简称“KBE”，女性简称“DBE”），司令勋章（简称“CBE”），官佐勋章（OBE），员佐勋章（MBE）。在以上五等勋章中，只有获最上两等的英公民才算取得骑士爵位，可以在他们的英文名称前加上“Sir/Damr”头衔、中文名称后加“爵士/女爵士”头衔。所以，司令勋章虽然是第三级，却是取得爵士头衔以外的最高荣誉奖章，是女王陛下亲手给获奖者佩戴的，比尔盖茨和香港邵逸夫先生就是获得的CBE。所以，介绍曾获勋章者的身份时，都会带上勋章的级别，人们对获得勋章的人都会给预很大的尊重。

各位看官，您是否注意到，在英方演讲官员的课件中，都会出现NHS字样，NHS是什么呢？



NHS还出现在各种医院院报、杂志、画报的封面显著位置，给人以医院为此而荣之感。

的确如此，NHS(National Health Service)，即英国国家医疗服务体系，一直承担着保障英国6千万公民公费医疗保健的重任，并提倡普遍性原则（即只要是在英国领土的所有国家公民，包括旅行者都可享有），是英国在世界上引以自豪的国家福利。

英国的自豪感，表现在2012伦敦奥运开幕式上，演出展示了最能代表英国的两项内容：一是世界儿童文学佼佼者罗琳与她的哈利·波特；二是为全英国人提供免费医疗的国民健康服务体系(NHS)做过贡献的护士。

参与演出的1200名舞蹈演员均不是专业演员，而是来自伦敦各医院的护士。

我们还终于弄明白了：英国为什么急于脱欧，其主要原因就是不愿意欧洲其它国家公民旅居英国受享全民其医保福利。

NHS建立于1948年，曾经在二战时期团结了英国人民的心。其主要经费来源于税收，是英国社会福利的最大开支，可说是全球最大规模的公费医疗系统，其中9万医院医生、3.5万

家庭医生、40万护士和1.6万急救人员、1600家医院和特别护理中心。

NHS体系分三大层次。第一层次是保健体系，NHS资金的75%用于这部分，主要是以社区为主的基层医疗服务，例如家庭医生

(GP)、牙医、药房等。每一个英国居民都要在家居附近的一个GP诊所注册，看慢病首先约见GP，任何进一步的治疗都必须经由第一层次的基层医疗转诊预约，否则NHS不予支付。

英国具有规范的全科医生管理制度，通过系统、规范化的培养，实行严格的考核，又给予丰厚的薪金，稳定提供初级医疗的全科医生，保证了基层医疗卫生机构有较高的综合服务能力。



预约共用全国一个信息平台，如果想就近入医院治疗，最多可等候1年以上，如果不想等待太久，平台会告诉你，其它某城市有床位你是否愿意去该地入院治疗，否则只能等待。

第二层次医疗以医院为主，负责基本急慢性疾病的治疗，入院后一切都是免费的，包括饮食；

第三层次服务则是为一些危重症患者进行更专业化的治疗和护理服务。这与我国乡、县省市医院的分级职责基本相同，但纵观英国的分级诊疗具体运作细则，不难发现其极具科学严格、可行、有序的操作设计。

高级医院管理师岗位能力研修班 (第七期) 招生

为了促进现代医院管理制度建设、推动医院管理职业化，中国医院职业化管理网自2015年以来，成功举办了六期医院管理师高级研修班，结业学员覆盖全国21个省(市、区)的近300个大中城市的各级医疗机构中高层管理人员。

该课程由医院精益管理、现代医院运营管理、服务流程再造和职业化管理等模块构成，采用网络平台直播教学,周末上课的方式，同时利用晚上开办线上互动研讨课，进行案例分析和实操研讨，利用网络线上辅导，直接帮助学员解决实际工作中的管理难题。

由台湾著名的精益医院管理专家、清华大学钱庆文教授和国内职业化管理推动者马恩祥副教授等实战专家主讲。

开课时间：**2018年8月上旬**，培训周期**4个月**
培训费：**9600元/人**。经结业考试和论文答辩合格，发放**JYPC高级医院管理师岗位能力证书**。

报名咨询：

谢老师 13720180269 (同微信)，

马老师 18802768058 (同微信)，

招生详情：中国医院职业化管理网

(http://www.yzyqgl.com/detail_1186.html)



医学院管理师，期待您的加入！

新时代中国特色社会主义思想理论指导下的 医院管理新趋势

□ 马恩祥、雷成家

十九大报告中关于习近平新时代中国特色社会主义思想描述共有510个字符。其中阐述了“8个明确”，①明确坚持和发展中国特色社会主义总任务，②明确新时代我国社会主要矛盾，③明确中国特色社会主义事业总体布局，④明确全面深化改革总目标，⑤明确全面推进依法治国总目标，⑥明确党在新时代的强军目标，⑦明确中国特色大国外交，⑧明确中国特色社会主义最本质的特征，概括起来就是提出了三个“一个”，规划了“三大目标”同时指出了内政本质特征和外交基本原则。

习近平新时代中国特色社会主义思想，是对马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论“三个代表”重要思想、科学发展观的继承和发展，是马克思主义中国化最新成果，是党和人民实践经验和集体智慧的结晶，是中国特色社会主义理论体系的重要组成部分，是全党全国人民为实现中华民族伟大复兴而奋斗的行动指南，必然长期坚持并不断发展。

深刻领会新时代中国特色社会主义思想的精神实质和丰富内涵，如何落实到医院管理上笔者有以下一些个人观点，供同道们批判参考

第一个观点：坚持党的领导将是医院管理的重要任务

回顾公立医院的改革，医院的办院宗旨并未完全代表党和国家履行全心全意为人民服务的宗旨，而是强调医院自身的建设与发展，把举办医院的绝大部分地责任转嫁到医院自身，而不是坚持国家办医院，医院则履行为民服务的唯一宗旨。一些公立医院从上到下，形成靠灰色收入链维系的个人激励机制，从而导致医药回扣盛行，曾暴出福建彰州地区整治医药回扣，医院全军覆没的新闻，究其根本原因，就是医院忽略了党的建设与领导。

再看看民营医院，虽然有许多成立了党组织，但由于缺乏医务人员这个群众基础，党组织的作用与战斗力都很差。加上未制定出整个民营医院投资与管理应相对分离的职业化管理的科学政策，在一部分投资者唯利是图私欲驱使下，从而让这些民营医院办医偏离了医疗这个公益性的事业，最终让社会产生对发展民营医疗政策的产生疑虑，形成对民营医院的整体偏见，并让百姓失去了对民营医疗的整体信任。

十九大报告在阐述新时代中国特色社会主义思想的第一个基本方略就是“坚持党对一切工作的领导”，并明确指出：“党政军民学，东西南北中，党是领导一切的。必须增强政治

意识、大局意识、核心意识、看齐意识，.....提高党把方向、谋大局、定政策、促改革的能力和定力，确保党始终总揽全局、协调各方。因此，不论是公立医院还是民营医疗，必须要能服务于“党对一切工作领导”的这个大原则。医疗服务的公益性不能被剥离，医疗的慈善性必然要彰显，这一切也只能通过加强党对医疗工作的领导才得以实现。

第一，要强化对于社会与民营医院投资者政治倾向的考察。涉及基本医疗的医疗机构投资，杜绝非慈善目的的投资者。医疗非一般产业，不能像其他产业，由市场来决定资源配置那样损失的将是百姓的健康及党和国家的声誉应该说，前些年在民营医院投资管控方面，忽略了党的领导，现在是加强其领导的时候了。

第二，要加强医院党组织的建设。医院管理讲究执行力，共产党人的执行力从来都是高效的。现在不论是公立还是民营医院，管理最大的痛点之一就是执行力差，从职业化管理来看，表现在团队战斗力差。职业化管理者都是有信仰的人，如果在医院管理者和医生队伍中大力发展党员，加强党的思想教育，这本身就是一种极有效的医院管理举措，不仅仅提升了骨干队伍的素质，也让团队的执行力悄然提升然而自院长负责制改革的几十年来，公立医院的党组织建设总体来说是相对弱化了。而在民营医院，工会、党组织的作用发挥还处于一种探索的阶段，有时连医务人员的个人权益也保障不了，更如何谈对医院工作的领导了。

第三，通过医疗文化传播提升党的影响力



基督教能成功进入中国，并被不少百姓接受，正是西医的伴随作用，没有西医这个科学的工具，基督教这个外来宗教是无法让以佛教为主流宗教的中华民族所相容的。从这个意义上来看，道教的衰落也正是由于中医衰落所导致的。中华民族的西化思维，也是由中华传统文化的衰落所致。因而，要加强马克思列宁主义为基础的新时代中国特色社会主义思想的传播，就一定要去占领医疗这个阵地。十八大以来，特别是在十九大报告中，着重强调了“伟大斗争”的思想。文革以后，很长一段时间不谈论斗争，然而，在复杂的世界中，并不平静，斗争无处不在。而医疗领域是各种利益集团必然争夺的一块重地，俗话说“得人心者得天下”，医疗最关乎人心。医疗这块阵地一定是不同阶级或利益集团争夺的一块宝地。而通过中医或西医这个极有影响力的民生科学，一定能起到非常有效的思想传播与影响效果，所以应该把医院管理上升到提升党的执政地位的重要性上来。通过抓医院文化建设来彰显党对医院工作的领导。

第二个观点：医院改革与发展首先要恢复和提高人民的信任

十九大报告关于落实习近平新时代中国特色社会主义思想的14项基本方略中，有三项是关于人民的，即“坚持以人民为中心、坚持人民当家作主、坚持在发展中保障和改善民生。医院发展与发展，仍至医院的日常管理，如果能做到这三个坚持，人民群众就会对医疗恢复整体信任，医院的医务人员作为人民群众的一部分也自然会支持与参与到这样的改革与发展中来。笔者认为，十九大报告关于新时代中国特色社会主义思想关于人民的三个基本方略，是指导当前和今后一个时期医院发展发展的三个最重要原则，深化医院改革，决不能背离一切为了人民健康这个宗旨，也不能损害作为人民一分子的广大医务人员的切身利益。唯有人民群众满意、广大医务人员满意的医院改革发展才是唯一正确的改革与发展。而对于具体的医院职业管理者来说，要做到这两个满意，在具体的医院管理行为中，则应该遵循如下的原则：

符合医学伦理的原则

这贯彻落实十九大报告中“坚持人民主体地位，坚持立党为公、执政为民，践行全心全意为人民服务的根本宗旨。”医院改革与管理应该体现一切为了人民健康。

首先，城市医院不能无限制地扩张，而应该是分散。城市公立医院无限制扩张，必然让城市医疗资源更加集中。以大医院为龙头的医联体建设，其后果将是让大医院对医疗资源更具有垄断性，短期内可能让基层医疗受益，长

远来看将严重损害农村医疗的自我发展能力。而解决当前农村或城市社区的医疗问题，应该像武汉大学口腔医院那样，在城市社不同区域开设门诊医疗点，到需要合作的地方联合办医院，通过这样的动真格的举措，才能真正发挥大医院的优势，将资源下沉到基层、辐射到农村，不仅仅提升了大医院的经营效果，从而也切实把当地的医疗服务改善了起来。



其次，不论是公立医院还是民营医疗，均应该坚持公益性和慈善性。国家应该杜绝以医疗投资来获取暴利的行为，特别是要防止利用医院来上市，把医院弄成上市公司的题材与道具，这不仅仅会损害百姓的切身利益，也会直接损害所在医院的医务人员利益。曾发生上市公司所属医院整体抢夺公立医院整个学科医生资源甚至连病人也不放过的极端案例即是明证。第三，每个医院均应建立医学伦理审查机制，拓展医疗服务前需要进行严格的伦理审查。避免医疗行为拓展与医院自身功能不相适应，与百姓需求不相适应，与社会发展不相适应。特别是要杜绝医药回扣、过度医疗和虚假医疗行为的发生。因为这不仅仅是直接损害患者的合

法权益，更是直接损害了医院大多数医务人员的切身利益。

第四，要加强医院职业伦理建设，通过职业伦理规范、职业伦理教育和职业伦理评价来促进职业伦理水平的提升。

提供价值医疗的原则

提供有价值的医疗是落实十九大报告中“以人民为中心”的基本方略。

新时代必须是新医疗，而新医疗必须是有价值的医疗，医疗的价值不仅仅在于生物医学更在于心理医学和社会医学。在现代医学模式指导下，如何实现医疗的心理医疗和社会医疗价值是一个亟待解决的严重问题。当下普遍的生物医学模式导致社会医疗资源的严重浪费，也让医疗的价值表现低下。只有充分发挥社会-心理-生物医学模式的全方位作用，发挥医务人员最为核心劳动价值，才能彰显医疗的真正价值。这不仅仅是事关人民和医务人员的利益也是事关医疗生态，事关绿色与环保。

医疗服务“产品”化的原则

新时代医疗也不仅仅是价值医疗更应是体验式医疗，而要让人民群众获得良好的医疗体验，首先在于要让医务人员获得良好的工作体验，没有医务人员的良好体验，患者的体验一定是糟糕的。要让医疗做到使患者和医务人员均能获得良好的体验，唯一要做的就是改革传统的项目医疗服务模式，引入互联网的用户交互设计思维，按照“产品”化思维对医疗服务进行设计，通过医疗服务的创新设计、以及不断的体验与改进，医疗服务的水平一定会越来越高医疗服务的价值也越能让患者所认知，医疗服

务的信息不对称的问题也就迎刃而解，让患者能自主选择医疗，从而提升患者的满意度，最终实现医患关系的改善。因此，坚持医疗服务的“产品”化原则有助于落实坚持人民当家作主的基本方略。



与需求相适应性的原则

健康中国战略下的医疗服务，会激发人民群众多层面的医疗健康需求。医院管理必须要很清楚地区分和管控这样的层次化需求，而不能让各层次的需求交融在一起，混淆在一起。因此现代医院的区域规划、功能分工不仅仅体现在组织构架上、也需要体现在建筑设计和医疗设备上，明确划分基本医疗、特殊医疗、健康保健与健康促进的需求层次。否则医疗就会让患者和社会难以识别，从而不利于患者健康需求的实现，以及社会第三方对于医疗服务提供适应性的评价。

要落实与需求相适应的原则，也可以从医疗服务的“产品”化设计来实现。因为医疗服务“产品”化以后，医疗服务就以明确的具体产品以呈现，患者或就诊者就能有自我的识别性与选择性，从而预防过度医疗、防范医疗提

供者服务与就诊者的需求完全对应。与需求相适应的原则既是落实十九大报告“坚持在发展中保障与改善民生”这个基本方略，也是遵从医学伦理的要求，同时也是防止医疗资源被滥用的有效管理举措。

医院管理民主化原则

当前，不论是公立医院还是民营医院，管理决策的民主化远远不够，学习贯彻十九大报告，医院投资者及职业化管理者要领会关于“坚持人民当家作主”的科学内涵。只有充分实行民主化管理，医院决策才更符合科学；只有经过民主化管理这个过程，医院管理行为才具有执行力；而只有充分的尊重民主，广大医务人员的积极主动性才能充分被调动起来。

一切为了人民健康，一切为了包括医务人员在内的人民满意，这是医院管理者践行新时代中国特色社会主义思想的管理宗旨，也是推动医院管理前进的精神原动力。

第三个观点：构建医院管理生态医学思维的新发展观

生态医学是运用科学的世界观和方法论吸收东、西方医学的精华和其他学科的相关知识而构建的理想医学模式，并不断引入自然科学、社会科学和思维科学领域的新成果、新技术，把基础医学、临床医学、医学边缘学科及相关知识进行系统的有机整合，不断充实、完善其理论体系，是医学发展的高境界。

21世纪是生态的世纪也是环保的世纪，社会本身就是一个生态，现代医学模式中的生物-心理和社会三维模式也表明了医疗是包含了

自然和社会两大领域而形成的一个复杂的医疗生态系统。在信息化社会环境下，医院从传统的封闭到置身于信息化的开放社会环境中，医院的管理也必将引入生态管理模式。

深度学习掌握习近平新时代中国特色社会主义思想，十九大报告中有四项基本方略能指导构建医院管理生态医学思维，对建立医学生态思维的新发展观有重要意义。

十九大报告指出：“坚持新发展理念。发展是解决我国一切问题的基础和关键，发展必



轴与血管纵轴平行慢拔，左手棉球轻放与按压处，当针头将拔出血管壁时，快速拔出^[2]，左手立即按压针头进入血管处。对化疗或输注刺激性强的抗菌药时，应待少量回血在针头时拔针^[3]，拔针后棉球按压的部位是针头进血管处，而不是进入皮肤处。勿揉，并保持三分钟，防止血肿形成(其机制是：拔针后，针眼处继发出血小板聚集而形成血栓需3 min^[4])。对行动不便的病人，护士应主动为其按压。

3 讨论

随着人们健康需求的不断提高,医学事业得到迅猛发展,护理服务也迎来了新的机遇和

挑战,传统的以医护为主体的医患关系已不适应现今时代的发展。于是,在现代社会文明与进步的大环境下,人本理念应运而生。为此,实行“以人为本”的人性化服务在护理界也就成为一种必然的趋势。据有关调查与实践表明,人性化服务不但是市场的需求,而且也是广大人民群众呼声,同时还是医院本身谋求生存须坚定不移贯彻创新、协调、绿色、开放、共享的发展理念。必须坚持和完善我国社会主义基本经济制度和分配制度,毫不动摇巩固和发展公有制经济,毫不动摇鼓励、支持、引导非公有制经济发展,使市场在资源配置中起决定性作用,……发展更高层次的开放型经济,不断壮大我国经济实力和综合国力。”

推行绿色生态医疗

结合医疗,领会坚持新发展理念,首先是推行绿色生态医疗。绿色生态医疗思维可能要颠覆疾病的治愈目标理论,疾病的诊疗不一定以治愈为目标,而是以最有利于患者及家庭身心健康的经济模式来实现对疾病的控制,有些疾病是治愈,有些疾病是消除痛苦,有些疾病是预防其发展,疾病的诊疗目标由过去的单一治愈到动态目标性,形成生态性治疗理念。这样的医疗从社会、从家庭、从患者三个层面系统考量医疗管理,最终形成一种医疗资源的合理使用,一定是最为经济实用的医疗模式,而摒弃了人类盲目追求治愈的那种极度自私的疾病诊疗心态。

追求开放与共享

一谈技术就会想到自然而然的垄断心理,医疗作为以人文技术为其核心,医疗的核心价

值与核心竞争力在于医院对于现代医学模式中心理与社会医学技术的掌握,因此作为生物医疗的技术本无垄断的必要。在互联网时代,生物医疗技术应该尽情开放与共享。即使是心理医疗与社会医学技术也应该秉持交流共享的理念,从而让社会与患者认知到心理医学与社会



医学在疾病诊疗的越来越重要的作用与价值,从而普及医学人文治疗,节约社会有限的生物医学资源,并发挥无限的心理医学与社会医学资源的价值作用。

《中医药法》施行后,社会上将逐步形成中西医并重的格局。然而要实现真正的中西医并重,还在于传统中医人的封闭保守“秘方”思维,学习西医的交流与开放精神,做到适宜医疗技术的共建共享,重视中医科技的传播与普及。同时,在医院管理中,要有切实的措施来打破传统中医的固步自封,走向互联网的开放融合之路。

重视医院管理的协调与创新

传统医院与现代医院最大的不同在于社会医疗大生态系统的形成。大数据医疗让整个社会上的医院跨越了地域、民族和国家,医务人

员的职业化也让医务人员流动成为常态。医院成了铁打的营盘流水的兵。医院管理一定不再可能是僵化的管理，而是一种协调状态的动态管理。医院管理也不可能再持续过去那种单纯的制度化管理，而一定是以人为本的职业生态管理，这就需要管理创新。

做到医院管理的协调与创新，要重视医院问题的解决与管理障碍的消除，可以运营医院无障碍管理模式，通过致良知的方法，反求诸己的方法，打开医院管理创新的心门。如果人人能用知行合一的精神，人人致良知，则管理的协调就变得容易。而每个人都能克治自己的私欲，则管理的心灵就不致于被蒙蔽，管理的心智一定会清澈明亮，管理创新的闸门也就自然地开启。

重建医疗文化自信

十九大报告指出：“坚持社会主义核心价值观。文化自信是一个国家、一个民族发展中更基本、更深沉、更持久的力量。必须坚持马克思主义，牢固树立共产主义远大理想和中国特色社会主义共同理想，培育和践行社会主义核心价值观，不断增强意识形态领域主导权和话语权，推动中华优秀传统文化创造性转化创新性发展，继承革命文化，发展社会主义先进文化，不忘本来、吸收外来、面向未来，更好构筑中国精神、中国价值、中国力量，为人民提供精神指引。”

这是一段激昂的文字，它鼓舞着医务人员和广大医务工作者树立起强烈的医疗自信心。医疗改革数十年，成绩是巨大的，效果也是非常明显的。如果说它的负面作用，就是损害

了传统医院曾经良好的医患关系，损害了人民群众对医疗行业的信任，从而让医务人员的自信降到历史的低点。落实十九大报告精神，医院管理的宏观与微观，着力于医学人文建设，重建医疗自信，恢复对中医医疗的自信，提升医院科学管理自信。只有管理上有自信，在学习外来管理新方法的时候，才会很好地结合医院的实际，也就能发挥在学习中不忘创新，而摒弃一味引进模仿的医院管理陋习。



构建医疗命运共同体

要把建立医疗命运共同体作为整个医疗社会的大事。十九大报告中关于落实习近平新时代中国特色社会主义思想基本方略中谈到坚持人和自然和谐共生，建设生态文明，坚持推动构建人类命运共同体。这几个观点非常符合当前医疗行业的实际。大到社会群体的健康，小到具体到一个患者的身体健康，一定要把“坚持节约资源和保护环境的基本国策，实行最严格的生态环境保护制度，形成绿色发展方式和生活方式”落到实处。医疗让患者与医务人员

联结，让医院与患者家庭联结，让生物医学与心理社会医学联结，因此，人与人之间的和谐人与自然的和谐，一定不能忽略。而构建命运共同体，就能把医患关系平等而和谐起来。

构建医疗命运共同体的观念，需要重新审视现有的医院管理流程、管理制度，从四个方向去建设医患命运共同体、医务职业命运共同体、医疗与管理命运共同体、公立与民营医疗命运共同体。这四大医疗命运共同体建设，就是一个大生态医疗的建设。如果从当初发展民营医疗时就能以命运共同体的观念来做的话，医疗的社会信任度就不会是目前这样的糟糕。如果医务职业间形成命运共同体的话，药品器械回扣的道德与系列医疗腐败问题就不会有如此严重。

构建医疗职业化管理新常态

十九大报告中出现的坚持新发展理念、医疗文化自信、建设生态文明及构建命运共同体四个基本方略，指导于医院管理的应用，不妨从医院职业化管理开始。现代医院制度的建立，医院由传统的行政化组织转型为适应社会主义市场经济发展的动态型医院。医院的高度社会化，让医院自身成为一种生态。而把握这种生态规律的抓手就是职业化管理。简单看医院管理仍然是人的管理，这个人就是医者和患者。要服务好患者，抓手仍然是医务人员的服务管理。如果从传统对医务人员的行政管理，转型到现代医院制度下的对医务人员的职业化服务管理，则医院管理的生态就单一了，也就是做好临床、护理、医技（含药剂）、管理与医疗保障五大职业的管理。



医院五大职业本身也是一个生态体系，五大职业间形成一种动态的平衡，做好职业内与职业间的管理，也就把握了整个医院管理的脉络。而职业化管理本身就是标准化、规范化和科学化。但职业化还有传统医院所不具备的管理艺术化。医学是人文医学，单纯的科学管理是不够的，还必须融入医学艺术。只有职业者才能把一个专业科学升华到艺术的境界，不是吗？

实验性诊疗的有关法规探析

□ 蒋辉、陈玉玲、陈旻

实验性诊疗的有关法规探析（含临床试验），讨论情景在很多医院可能遇到过：

某病人尚无安全、可靠、有效的治疗手段，别无选择的情况下，医生是否可以进行“实验性诊疗”？

首先，明确一下概念：实验性诊疗不同于临床试验。

从词语的定义来看，试验算实验的一种。实验，区别于试验，实验是为了解决文化、政治、经济及其社会、自然问题，而在其对应的科学研究中用来检验某种新的假说、假设、原理、理论或者验证某种已经存在的假说、假设原理、理论而进行的明确、具体、可操作、有数据、有算法、有责任的技术操作行为。

在临床诊疗语境下，实验性诊疗的病人可能没有“研究项目”可以“入组”，也可能不符合“入组”条件。但是其病情客观存在、进展，医生必须有所作为地采取一定的干预措施。

这不同于临床试验。临床试验中，医生们已经设计出科学、可行的研究方案和知情同意书模板，已经通过了伦理委员会的审查，然后按照“方案”中的标准去选择患者来做“受试者”。

其次，我们来梳理一下，现行的有关法规《执业医师法》

实验与试验的区别	
实验	试验
【实验】为了检验某种科学理论或假设而进行某种操作或从事某种活动。	【试验】为了察看某事的结果或某物的性能而从事某种活动。
实验是对抽象的知识理论所做的现实操作，用来证明它正确或者推导出新的结论。它是相对于知识理论的实际操作。	试验是对事物或社会对象的一种检测性的操作，用来检测那里正常操作或临界操作的运行过程、运行状况等。它是就事论事的。
“实验”一般是为了尝试确定某一系统的假设是否合理而做的事情，真有尝试新的和未知的东西的含义。	“试验”一般是为了确定某一具体的问题所做的事情，属于比较常规的活动。
一般验证已经形成的理论，获得经验的可能大	一般为了摸索新的理论，得到教训的可能大
一般指进行比较快的。如：化学实验。	一般指进行比较慢的。如：种试验田
是通过实例验证已经形成的定理	是尝试验证新的事物
实验不一定要试验，而试验一定要实验。	
试验都是实验。实验比试验的范围宽广。工厂的产品可以抽样检测，是试验。试验的结果可能是破坏性的，因此不能试验所有的产品。相反，如果产品质量不太稳定，必须对所有产品都做最起码的检测，以证明它基本达标。用地震方法检测地下蕴藏必须保证不影响社会生活和生态环境变迁。社会计划的试点也是试验。试验中，试验对象是明确的，试验目的是检查它能不能正常运行、正常运行的条件和该条件允许的范围。对社会生活或个体人生作试验具有改变现实的性质，应该非常谨慎，有些甚至是要禁止的。	

来源：卫生管理智库

第二十六条 医师应当如实向患者或者其家属介绍病情，但应注意避免对患者产生不利后果。医师进行实验性临床医疗，应当经医院批准并征得患者本人或者其家属同意。

第三十七条 也有相关条款。

医师在执业活动中，违反本法规定，有下列行为之一的，由县级以上人民政府卫生行政部门给予警告或者责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

- （一）违反卫生行政规章制度或者技术操作规范，造成严重后果的；
- （二）由于不负责任延误急危患者的抢救和诊治，造成严重后果的；

- (三) 造成医疗责任事故的；
 - (四) 未经亲自诊查、调查，签署诊断、治疗流行病学等证明文件或者有关出生、死亡等证明文件的；
 - (五) 隐匿、伪造或者擅自销毁医学文书及有关资料的；
 - (六) 使用未经批准使用的药品、消毒药剂和医疗器械的；
 - (七) 不按照规定使用麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品和放射性药品的；
 - (八) 未经患者或者其家属同意，对患者进行实验性临床医疗的；
 - (九) 泄露患者隐私，造成严重后果的；
 - (十) 利用职务之便，索取、非法收受患者财物或者牟取其他不正当利益的；
 - (十一) 发生自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故以及其他严重威胁人民生命健康的紧急情况时，不服从卫生行政部门调遣的；
 - (十二) 发生医疗事故或者发现传染病疫情，患者涉嫌伤害事件或者非正常死亡，不按照规定报告的。
 - (十三) 使用假学历骗取考试得来的医师证的
- 《药物临床试验质量管理规范》**

第十五条 经充分和详细解释试验的情况后获得知情同意书：

- (一) 由受试者或其法定代理人在知情同意书上签字并注明日期，执行知情同意过程的研究者也需在知情同意书上签署姓名和日期；
- (二) 对无行为能力的受试者，如果伦理委员会原则上同意、研究者认为受试者参加试验符合其本身利益时，则这些病人也可以进入试验，



- 同时应经其法定监护人同意并签名及注明日期；
- (三) 儿童作为受试者，必须征得其法定监护人的知情同意并签署知情同意书，当儿童能做出同意参加研究的决定时，还必须征得其本人同意；
- (四) 在紧急情况下，无法取得本人及其法定代表人的知情同意书，如缺乏已被证实有效的治疗方法，而试验药物有望挽救生命，恢复健康，或减轻病痛，可考虑作为受试者，但需要在试验方案和有关文件中清楚说明接受这些受试者的方法，并事先取得伦理委员会同意；
- (五) 如发现涉及试验药物的重要新资料则必须将知情同意书作书面修改送伦理委员会批准后，再次取得受试者同意。

在很多肿瘤病人的诊治中，是不是临床试验机构，有无开展有关临床试验，往往是某个医院诊治水平的标志之一。

实践中，可能会有肿瘤病人冲着某些临床试验项目去，想要“入组”参加临床试验，使用尚未上市的试验药物。其中，有相当部分也取得了很好的效果。

但是，也存在不符合“入组”标准，或者种种原因没有“入组”条件的病人，他们面临着困境，缺乏“已被证实有效的治疗方法”，而某些试验药物、手段、方法有可能有效，那么医生改如何是好呢？

我认为，医生的职务行为必须要与医疗机构的平台结合起来考虑。这还不仅仅是一个“医生个人的执业问题”，还涉及医疗机构的法人、法律责任问题。

在医疗机构医疗机构管理条例、实施细则中有相关条款：

《医疗机构管理条例实施细则》

第六十二条 医疗机构应当尊重患者对自己的病情、诊断、治疗的知情权利。在实施手术、特殊检查、特殊治疗时，应当向患者作必要的解释。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况通知患者家属。

《医疗机构管理条例》第三十三条

医疗机构施行手术、特殊检查或者特殊治疗时，必须征得患者同意，并应当取得其家属或者关系人同意并签字；无法取得患者意见时应当取得家属或者关系人同意并签字；无法取得患者意见又无家属或者关系人在场，或者遇到其他特殊情况时，经治医师应当提出医疗处置方案，在取得医疗机构负责人或者被授权负责人员的批准后实施。

文中所指的“特殊情况”就包括：目前没有安全、有效的治疗药物及技术，仅有试验性质的去尝试。

为了挽救生命，恢复健康或延长有效生

存时间，医生和医院的行为界限在哪里呢？

再看看“紧急避险的有关条款”——《中华人民共和国刑法》第二十一条规定：为了使国家、公共利益、本人或者他人的人身、财产和其他权利免受正在发生的危险，不得已采取的损害另一较小合法权益的行为，造成损害的，不负刑事责任。

还有《侵权责任法》——第七章 医疗损害责任



第五十五条 医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意；不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其书面同意。

医务人员未尽到前款义务，造成患者损害的，医疗机构应当承担赔偿责任。

第五十七条 医务人员在诊疗活动中未尽到与当时的医疗水平相应的诊疗义务，造成患者损害的，医疗机构应当承担赔偿责任。——

这点也很重要。当时的医疗水平，包括临床试验技术水平！

第六十条 患者有损害，因下列情形之一的，医疗机构不承担赔偿责任：

（一）患者或者其近亲属不配合医疗机构进行符合诊疗规范的诊疗

（二）医务人员在抢救生命垂危的患者等紧急情况下已经尽到合理诊疗义务

（三）限于当时的医疗水平难以诊疗。

前款第一项情形中，医疗机构及其医务人员也有过错的，应当承担相应的赔偿责任。

可以发现，多个有关法规在反复强调“知情同意”。

总结起来：实验性临床医疗，需要经过医院批准、患方知情性诊疗药物、手段、方法。其宗旨是为病人的利同意。

具体而言：分两大类情况。

一类是有研究项目，病情不危及生命。那么，按照临床试验的“入组”程序，知情同意、筛选符合标准，使用试验药物或试验治疗手段方法。其目的主要是得出或证实某些研究结论例如某些试验药物是安全、有效的，以后可以上市推广，让更多的此类病人获益。

另一类是针对“个案”，即没有现成的研究项目，或医院不具备开展研究项目的资质，但基于现有条件下挽救病人生命、救治疾病的需要，由医生在向病人充分知情，得到病人同意授权后，实施某些诊疗常规之外的实验益，而非医生的探索求知欲。

如果是试验药物，应该有药物来源说明、



质量保证、用法用量；也可以属于一套治疗方法，还应该方法步骤说明。其他的：受益与风险的现有信息以及未知可能，是必要的。

如果病情危急，还适用刑法“紧急避险”的条款。但是，其中又有“生命权”不能被委托的问题。医疗机构又可以基于抢救生命的需要，直接通过医院批准后，对病人实施救治。这里的伦理问题也不少。

程序上，应该是医生提交患者情况、治疗方案、知情同意情况给医院伦理委员会，经伦理审查之后，法人或法人授权人书面签署生效。

对其中的几个细节，也很值得探讨是：

1、应该由审查新技术应用的伦理委员会来审查，还是审查研究项目的伦理委员会来？

2、继续，审查通过的标准是一半以上算通过，还是要三分之二以上才通过？

3、伦理委员会审查之后，医院法人是否还需要签批实施决定的文件？

我个人的意见是，侧重应用伦理，按三分之二以上的标准算通过。而且医院法人或法人

的授权人还需要依据伦理意见，再签署书面决定文件。

此外，值得提醒的是，在拟定、讨论、实施这些实验性诊疗行为的全过程中，应尽量有效的记录，并及时、充分地征求患方意见，确认其真实需求、完全理解有关状况，基于此做出相对最优的医疗决策，有必要时，还可结合“见证”、公证的一些做法，适度把难题“社会化”，才能避免后续可能出现的“反咬一口”的麻烦。当然，所有向善的行为，都必须鼓励，并争取提供必要条件，让善行扩散、良性循环！



经过早春3月的无锡医院精细化暨国际化成功研讨之后，春夏之交的六月杭州又成功举办了集团化运营与精细化管理暨研讨金色八月，草原最美时节。我们将在美丽的内蒙古赤峰，倾情奉献现代医院精细化管理战略之DRGs与绩效管理新模式的系列深度研讨会。秉承医院精细化管理的一贯严谨学风，我们将深度研讨同样列为战略。

会前，我们还将安排参观内蒙古著名的赤峰学院附属医院，该院被中国医院院长杂志社评选为本年度中国最具成长力的明星医院。

会议详情：中国医院职业化管理网（http://www.yyzygl.com/detail_1210.html）

基层医院改进三级护理质控方法的实践与体会

□ 查春梅

【摘要】 目的：探索改进临床科室三级护理质控的方法，进行前瞻性护理质量管理。**方法：**通过现状调查，针对我院三级护理质控中存在问题，由护理部组织护士长讨论后制定质控指引的模板，明确责任护士-护理组长-护士长的质控职责，组织全院护士培训，各科室针对专科特点修改完善后实施。**结果：**三级护理质控指引实施后，护理不良事件减少，病人满意度提高，各科在质量检查中的得分明显提高。**结论：**改进临床科室三级护理质控方法，通过自控、互控、指导、查房等方式，人人参与，能促进护理质量持续改进，降低护理安全隐患，保证临床护理安全。

【关键词】基层医院 三级护理质控 改进 体会

前瞻性质量管理要实现“质控前移”。

“质控前移”意味着把原来由护理部实施的护理质量检查或监察，前移到临床科室一线岗位，在每一个临床科室或护理单元建立临床三级质控网络（组织）^[1]。作为基层医院要想把护理服务做强，提高护理质量，就必须把护理服务的每个环节、细节都要做好做到位^[2]。三级护理质控目标管理模式近年来在临床很多科室护理的实践中取得较好的效果^[3]。

2016年9-12月对我院各护理单元进行调查，发现三级护理质控中存在许多问题：质控落实不到位；责任护士、护理组长、护士长都不知要质控什么；无质控的相关指引；质控表格内容简单；未对质控发现问题分类归纳查找改善重点；未对存在问题进行分析

和持续改进等。

1. 一般资料

我院共11个护理单元，护士166人，其中副主任护师1人、主管护师29人、护师48人、护士及以下88人；本科31人、大专101人、中专34人。

2. 方法

2.1 对各科三级护理质控情况进行调查分析。

由护理部及护理质量管理委员会对2016年9-12月各护理单元三级护理质控情况进行调查分析。查阅质控记录，记录少且简单，不能体现三级质控及工作中存在的问题；提问责任护士、护理组长、护士长都不知自己要质控什么，不知质控的目的和职责；查看每月护理质量持续改进记录，无改善重点及

措施、结果评价；质控表格格式简单，无责任人、检查人、整改签名及追踪等项目栏。

2.2 制定三级护理质控的指引及模板

2.2.1 质控的内容

三级质控：由护士长或专科护士负责。重点是护理质量指标监控，如跌倒高危风险评估率/发生率、压疮高危风险评估率/发生率、非计划拔管发生率、身份识别正确率、用药错误发生率等；高危及特殊病人管理，病危/病重/新入/大手术/转入/跌倒或压疮高危风险/疑难病例或治疗效果差病人等；特殊治疗如高危药品、新药、毒麻药品、静脉营养、输血等；特殊技术操作如深静脉置管、气管切开护理、特殊引流管（脑室引流/胸腔闭式引流）、呼吸机等；高危护士的管理；护理文书质控；危急值的登记与管理；院感管理；护工及保洁员的管理；病区环境及急救物品管理；护理不良事件管理等。

二级质控：由护理组长或高级责任护士负责。部分质控内容同三级质控，护士长休息或外出学习时，要同时完成二级质控及三级质控。质控重点是保证病人护理质量，负责指导及协助全科或本组护士正确执行医嘱、准确完成各项治疗、合理安排各项检查；检查护士对病情九知道的掌握情况；护理计划的制订与落实；用药安全如高危药品使用、输液滴速的控制、补液顺序、口服药发放、用药后不良反应观察与处理等；健康宣教如入院宣教、用药宣教、饮食宣教、康复指导、出院宣教等；护理服务14条落实情况；护理文书包括在架病历与出院



病历的质控等。

一级质控：由责任护士负责。落实即质控，保证自己正确地做事，把每件事情做正确。严格执行三查九对；落实双人床边查对；按护理核心制度、操作流程、护理常规、指引完成病人的护理与各项操作；及时动态观察病情及时记录；下班前检查班内工作如医嘱执行情况、治疗完成情况、管道固定、护理文书、过敏及警示标识等。

2.2.2 质控的方法

三级质控：通过护长每天五查房、晨会交班、床边交接班查房、现场查看、询问病人等方式；查阅各种登记本、医嘱本、护理记录、执行单等；每天对高危病人、高危技术、高危环节、高危护士重点关注；每天查看《三级护理质控表》，每周对质控表中重点问题梳理，晨会讲解，制订整改措施，每月对所有存在问题分类汇总，找出改善重点，运用质量管理工具分析与持续改进。

二级质控：通过查阅交班本、参加晨会交

班、床边交班等获取信息，对当日病区情况做到心中有数；检查入院、出院、转院、转科、转床的病人是否按服务流程；对新上班护士、轮科护士、出错频次高护士、实习生等重点督导，严防差错发生；对危重病人、特殊治疗、特殊用药、特殊检查重点管理，保证病人安全对护理记录进行过程质控与终末质控相结合，对下级护士指导，及时纠正偏差。

一级质控：首先要清楚班内职责，做到工作不遗漏；对护理核心制度、十大安全目标、护理服务14条、操作规程等熟记并理解，履行执业护士的义务，做到工作不违规；加强工作责任心，加强自律性，有慎独精神；通过自控及他控、互控，养成良好的职业素养和工作习惯，把工作标准常态化。

2.2.3 质控的时机

三级质控：提前15-20分钟上班，检查夜班护士的工作质量；床头交接班；护长每天五查房；下班前检查。

二级质控：晨会交班；床边交接班；执行临时医嘱；特殊治疗、特殊检查、特殊操作时班内定时巡视病房；下班前检查与质控。

一级质控：接班时检查上一班的工作及治疗、记录是否完成；本班次内自控，下班前检查

2.2.4 设计更新三级质控表

新表格项目栏有：日期、时间、床号、姓名、存在问题、检查人、责任人、整改情况、整改日期及签名。质控中发现的问题更明朗化可追查，规定责任人限期进行整改，方便护士长每周及每月汇总分析。

2.3 护士培训

强化各级护士的质量管理意识，护士是质量管理的主体，护理质量管理要自下而上^[1]，让他们明确自己的职责，清楚质控的目的。讲解各级护士在临床工作中如何做好质控，消除“质控就是互相找茬”的顾虑，纠正“组长质控就是看病历”的做法，树立人人都是质控员的新观念。讲解新质控表格的填写，并附模板，为进一步开展三级护理质控打下坚实的基础。



2.4 各科完善和细化三级护理质控指引并组织实施

因各科室护理工作特点及病人特点有异，所以根据护理部的质控指引模板适当修改和完善，于2017年1月正式实施。一级质控由责任护士完成，“落实即质控”，自控及互控，严格落实查对制度，严格执行各项操作规程，加强工作责任心，对上一班护士的工作进行检查（如护理记录、治疗完成情况等），下班前对自己的工作进行自查保证工作质量；二级质控

由护理组长或高级责任护士完成，通过查房检查、指导、示范等实施质控，及时发现和纠正工作中的偏差，同时对自身严格要求，树立榜样，做好“传、帮、带”；三级质控由护士长或专科护士完成，建立全面质量管理架构，完善专科指引及操作流程，对科室高危病人、高危护士、高危药品、高危技术、高危环节重点把控，对质控中发现问题运用质量管理工具进行护理质量持续改进。

2.5 督查落实情况

护理部每周/每月进行跟踪与指导，要求新质控表中检查人要体现一级二级三级，各级质控人及时认真填写，存在问题不能局限，有整改情况及整改人签名，护士长每月或每周对所有问题归类，汇总分析，利用“二八原则”找改善重点，针对重点问题应用PDCA的管理思路，制定整改措施，有落实后的效果评价。

3. 结果

三级护理质控指引得到全院护士的认可与好评，2017年1月在全院实施后，每月按照各项标准检查，对科室护理质量进行控制和持续改进^[4]，护理不良事件减少，各科室在护理质量检查中的得分明显提高，责任护士、护理组长及护士长都能明确自己的质控职责，对照质控指引每天落实，病人对护理工作的满意度上升。



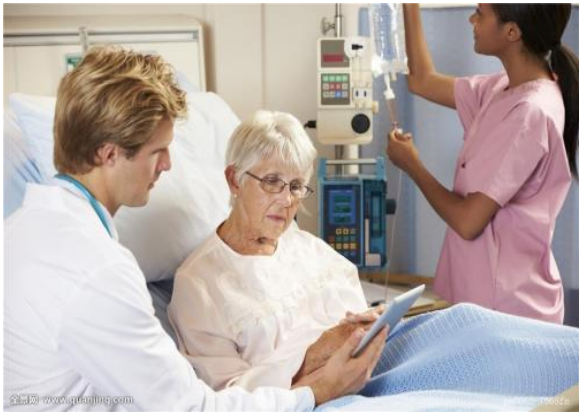
4. 结论

基层医院中护士外出学习的机会相对少，质量管理相对落后，质量建设迟缓。为了进一步提高护理质量，特对临床科室三级护理质控进行规范与改进，取得了很好的效果。护士长层面：找到管理的方向，完善科室质量管理的体系，调整工作思路，重视质控，同时每月质控中发现的问题便于汇总分析持续改进。护理组长层面：更加明确了工作职责，针对重点病人、特殊治疗、特殊药物、特殊操作进行把控，对下级护士的工作进行指导，保证了病人的护理安全。护士层面：工作责任心加强，服务态度改善，对核心制度/技术规范/指引及质控理解更加透彻，在工作中自觉执行，并能接受他控与互控，人人都是质控员，互相监督，互相帮助，培养了护士的临床思维能力，提高了专业能力。病人层面：对护理工作的满意度提高，对护士的点名表扬较前增多，护士能及时评估高危风险，不安全事件减少。

护理质量的优劣一方面取决于医护人员的护理技能以及素质，另一方面也依赖于质量管理工作的方法以及水平^[5]。护理三级护理质控充分调动和发挥护理人员的主观能动性，同时

时间	各科	护理不良事件		病人满意度
		发生总例数	II级例数	
每月护理质量				
查平均得分				
2016年9-12月	89.97	31	3	95
2017年1-4月	94.36	26	1	98

激发了每位护士的进取精神，提高了护理人员的管理能力^[6]。护理质量管理是医院管理的生命线，质量管理与质量建设长路漫漫，需要全员参与，需要管理者不断探索，找准适合自己的思路和方法，持之以恒，持续改进。



参考文献:

- [1] 彭刚艺, 陈伟菊. 护理管理工作规范[M]. 广州: 广东科技出版社, 2011.3: 97.
- [2] 夏同芳, 姚艳丽, 王立侠. 基层医院护理质量持续改进中的细节管理[J]. 中西医结合护理 2015, 1 (3): 126.
- [3] 张帆, 吴苗苗, 虞晓珍. 三级护理质控目标管理模式在ICU护理中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2017, 25 (9): 109.
- [4] 栗江霞. 三级护理质控模式在神经内科病房管理中的应用[J]. 全科护理, 2013, 11 (9-下旬版): 2565.
- [5] 王艳. 三级护理质控管理体系对提高护理服务质量的作用[J]. 中国农村卫生事业管理, 2016, 36 (9): 1204.
- [6] 钟雪琼, 黄见欢. 儿科病房实施三级护理质控对护士差错发生率的影响[J]. 医学理论与实践, 2014, 27 (10): 1397.

探讨有针对性的微信群组建立在护理管理师培训中的应用

□ 姚秋明

【摘要】目的 探讨有针对性建立的微信群组在护理管理师培训平台中的作用。方法 在不同期护理管理师中分别建立微信群，利用微信平台发布培训内容相关信息，提醒群组成员完成相关作业，讨论交流培训中遇到的问题等，并将针对性和非针对性微信群组中相同人员对讨论话题的参与百分比进行比较。结果 有针对性的微信群组成员内沟通，培训学员对信息知晓率，培训知识掌握率明显高于非针对性群组。结论 针对性微信群组的应用使信息传递更加直接、通畅、有效，为护理管理师培训平台信息沟通开辟了更有效的模式，增强了同期培训学员的凝聚力及执行力。

【关键词】微信群组，护理管理师培训，信息沟通

网络的发展潮流势不可挡，改变传统的管理模式，充分利用微信这一公众平台传递正能量，将微信转变为新时代高效便捷地开展管理工作的新渠道^{【1】}。信息沟通交流在网络培训中占据重要位置，良好的信息交流传达能够保障各类信息的有效传递，但参与培训学员来自全国各地不同医院不同层面，学员工作时间及上班模式的不一致，所以培训中某些具有时限性的信息，会由于信息处处不同，而导致传递给学员的确定性不同，或是无法及时传递到各学员。因此，我们展开了对有针对性建立的微信群组和普通微信群组进行分析，随着培训时间的推移，针对性建立微信群在各种信息的传递显得更加畅通，其在培训中的有效性得到了考证，同时也加强了同期培训学员之间以及学员与培训老师之间的沟通和交流，取得较好的效果。



1 方法

在现有的两个不同微信群组间进行对比，其中一个是针对第五期护理管理师培训班专门设立的群组，包括第五期43位学员及6位培训组的老师，而另一个群组是包含来自第五期全部学员在内，但同时还含有其他期学员的综合群组。通过有针对性建立的微信群组，培训老师可以传达各个阶段的培训内容、时间、开展方式以及课后作业的完成和提交链接等事项，发布新课程的内容，传达培训

组的重要通知，布置培训组各阶段的工作部署和工作细节等，同时通过针对性群组进行学员间实训课的讨论交流，培训老师的语音总结和指导意见等。

2 实施

在实施后3个月，通过分析两个不同群组内同样的学员对同一类型问题的参与率与执行率的差异性进行调查，统计学员对群组信息的关注程度，以及在群组中活跃发言的程度等。学员需做出反应的信息包括：培训组的老师在群组中“@所有人”的信息，以及老师通过语音方式发出的含有“收到信息的学员请回复某某数字”的信息。

3 结果

根据统计结果发现，在没有针对期别的综合群组里，第五期培训学员对@所有人的信息“某一课程优惠券情况回复数字9”，收到消息并且参与互动的学员人数是12人次，占该期学员总人数的27.9%。对@所有人的信“2018年1月16日讨论话题相关情况”收到消息并且参与互动的学员人数是15人次，占该期学员总人数的34.8%。对@所有人的信息“明年在教育创新，你会使用吗？”收到消息并且参与互动的学员人数是13人次，占该期学员总人数的30.2%。而在有针对性建立的第五期护理管理师培训群组中，对“@所有人”的信息“第五期护理管理师培训第一次实训课话题公告相关内容”收到消息并且参与互动的学员人数是34人次，占该期学员总人数的79.1%。对“@所有人”的信息“不要购买某一课程，老师会

做相关推送”收到消息并且参与互动的学员人数是26人次，占该期学员总人数的60.5%。对“@所有人”的信息“实训课开课仪式通知”收到消息并且参与互动的学员人数是40人次，占该期学员总人数的93.2%。



4 讨论

与传统教学方法相比，微信培训在培训表现上更加多样化，形式更加吸引人，不再局限于问字，而是图文并茂的多媒体传播形式。应用微信可以更加直接、全面的展现培训项目的内容【2】。有针对性的建立适合培训人群需要的微信群组，更有利于培训的进行。

4.1 保障培训进行的有序性

培训组老师与参与培训的学员之间以及学员与学员之间的良好沟通是保障培训工作有序开展的重要前提。在没有针对性的综合大群组里面，信息传递虽然“@所有人”，但由于群组中人员较多，容易导致刷屏现象，大多数人在工作之余没有太多时间跟随群组同步发言，且每一个人的上下班模式及时间不一致，很多人没有时间返回逐条阅读大量的历史信息，或者是每一个人的微信都有许多个微信群组，每

一个组分到的阅读时间本来就不多。另外，在大群的多人连续发言时容易影响到部分进出夜班需要补充睡眠的学员，因此只能将无针对性的大群组设置为免打扰模式，从而减少了对其中信息的关注。

有针对性微信群组的建立，使群组内信息量不至于过多，信息能够及时准确传达，便于学员浏览并准确接受。此时通过微信群组内的便捷互动，能达到双向有效沟通，保障了信息传递的及时性、连贯性。通过针对性微信群组的应用也增加了同一期学员的团结合作精神，使学员与老师及学员与学员之间的联系更加紧密。

4.2 提升培训有效性

由于每一位学员都是来自全国各地不同医院的护理人员，在护理工作的不同岗位都有比较繁琐的工作，导致学员对相关信息时有遗忘。培训组在跟踪交流中发现问题可以通过针对性微信群组及时提醒，或学员可以随时留言提问从而促使学员更好地完成相关培训内容，提升了培训的有效性。目前我国大环境下，从事护理工作的学员们在日常工作中压力较大，精神高度紧张、工作量大，易产生消极心理，从而导致学习热情不能有效维持，但针对性微信群的建立，使得学员能够充分感受到其他学员的积极主动的熏陶，从而在充满正能量的环境中不断鞭策自己，利于培训任务的完成。

5 结论

总而言之，建立有针对性的微信群组，有助于加强护理管理师学员与培训组老师之间及



学员与学员之间的有效沟通，使信息传递更加直接、通畅、有效，为护理管理师培训平台信息沟通开辟更有效的模式，增强同期培训学员的凝聚力及执行力以及学员学习的积极性，从而使培训有序进行，提升培训的质量。

本研究存在一定局限性，首先，在群组里发布的信息为研究者不可控因素，另外，由于样本量有限，或许不能具备足够的说服力，以更加多样化，形式更加吸引人，不再局限于问字，而是图文并茂的多媒体传播形式。应用微以上方面有待继续加强改进。

参考文献

- 【1】张慧芳. 浅谈微信在高校学生管理工作中的应用[J]. 新闻研究导刊, 2017, 8(5):29-29.
- 【2】康贤, 侯桂英, 刘珊,等. 微信在临床新护士操作培训中的应用及效果评价[J]. 河北医药, 2017, 39(21):3352-3354.

护士分层管理在基层医院的应用体会

□ 姚雪红

摘要：目的：探讨分析护士分层管理在医院中的应用方法及体会。方法：比较我院在2016年与2017年实施护士分层管理前后护理质量、护士满意度及患者满意度情况。结果：实施护士分层管理后护理质量、护士满意度及患者满意度均较前有明显提高。结论：护士分层管理在基层医院实施后有助于提高护士的工作满意度和患者满意度，护理质量也有明显提高，有效的保障了患者安全，值得在基层医院推广应用。

关键词：护士分层管理；护理质量；护士满意度；患者满意度

护理工作是医院工作中最重要的组成部分。近年来，随着医疗卫生事业的快速发展县级公立医院的进一步完善以及人们物质文化生活水平的不断提高，社会、医院和病人对护理工作提出了更高的要求，护理工作也被赋予了更加丰富的内涵。护士分层管理是护士岗位管理的重要组成部分，是护理专业发展的必然趋势。全国各大医院都在积极探索实施护士分层使用和管理。2012年4月卫生部印发了《关于实施医院护士岗位管理的指导意见》，并在各试点医院进行了有益的探索和尝试，进一步加强了护理队伍科学管理。那么对于基层医院来说，如何更有效的利用和配置护理人力资源提高护理服务质量我院在2017年1月以来在四个临床科室开展了护士分层管理工作，改革了护理工作模式经过一年多的实践，取得了良好的成效。现总结如下：

1. 一般资料

选取我院2016年及2017年在妇产科、儿科、外科及新生儿科4个临床科室工作的52名护士作为研究对象，均为女性，年龄21-49岁，护龄1-28年。其中，本科学历5人，大专学历39人，中专学历8人；主管护师6人，护师15人，护士31人；已婚44人，未婚8人；正式编制职工11人，合同制职工41人。

2. 方法

2.1 构建护士分层管理组织及实施方案

我院于2016年12月成立了护士分层管理小组，由主管院长担任组长，护理部主任担任副组长，各科护士长任组员。制订了临床护士分层管理制度、护士分层管理实施方案、各层级护士的分层标准、各层级的岗位职责、各层级的培训计划及考核晋级标准、各层级的绩效待遇等。在实施过程中及时调整工作模式、工作流程及岗位职责，不断完善分层

管理方案，积极改进，保证了各科室护士分层管理工作顺利进行。

2.2 护士分层标准及岗位职责

参照国内相关文献，根据护士的学历，职称，综合能力及工作年限等要素将4个科室的52名护士分为5个层级，即N0,N1,N2,N3,N4级其中综合能力是层级划分的主要依据，综合能力评价表是由护理部结合我院实际情况自行设计并多次修订而成，共10个项目，包括组织纪律、主动服务意识、专业技术能力、沟通协调成本控制意识、护理文件书写、应急应变能力等方面，满分100分。N0级分层标准是新入职一年内的护士，取得护士执业资格证或已通过护士执业考试成绩合格者；岗位职责是主要负责独立完成病人的基础护理与生活护理工作，每3个月轮转科室。N1级护士分层标准是取得护士执业证工作年限2-5年的护士，综合能力评分70-80分者。岗位职责是负责分管床位一般病人和轻症病人的治疗护理工作，如二级护理的病人。

N2级护士分层标准是取得护师职称满1年或工作年限6-10年的护士职称者，综合能力评分81-85分。岗位职责是负责分管床位重症病人及手术病人的治疗护理，如一级护理的病人并负责指导带教N0,N1护士工作。N3级护士分层标准是取得主管护师职称满1年或工作年限11-15年取得护师职称满5年的护士，综合能力评分86-90分者。岗位职责是担任责任组长，负责本组危重症病人的护理工作，如特级护理的病人，并负责本组护理工作的监督、执行、指导，协助护士长做好科室的质量控制及病房



管理等工作。N4级护士分层标准是取得高级职称的或工作年限16年且取得主管护师职称满8年的护士，综合能力评分91分以上者。岗位职责是负责参与科室危重症及疑难患者的护理计划制定，指导监督低层级护士的工作，积极参与护理管理知识及专科护士的培训，掌握本专科新知识新技术新动态，撰写护理论文每年1-2篇。

2.3 优化护士人力资源配置

根据各专科的特点及需求配置了护士人力，保证护士数量及各科室人员结构基本合理。四个科室床位共计115张，护士52名，平均床护比达到1: 0.45。其中如妇产科16名护士，床位40张，床护比1: 0.4。（N4级1人，N3级2人，N2级5人，N1级6人，N0级2人）

2.4 落实分层培训及考核

根据护士分层标准及岗位职责制订了各层级护士培训计划，采取不同的课程设置实施院科二级培训。以多种培训形式落实培训计划，保证培训效果。N0级主要由N2级有教学能力的护士指导培训，培训内容以三基为主。每月所在科室进行考核，护理部每季度考核。N1级主要由N3级有教学经验的护士指导培训，培训

内容以强化三基知识，提高应急能力和抢救技能为主。每月所在科室进行考核，护理部每季度考核。N2级主要由N3级或N4级护士指导培训，培训内容以提高专科知识及专科技能为主。科室每月考核，护理部每季度考核。N3、N4级护士的培训以学习专科新技术新知识为主。积极参加各种培训进修，达到拓宽知识面，提升专业化程度。护理部每年实行动态考核。按照护士分层标准并参考护理部每季度的考核成绩，由分层领导小组成员每年12月对全体护士进行分层评级工作，决定晋升或延迟晋升或降级。

表1 分层前后护士满意度和患者满意度调查结果{人数(%)}

时间	护士满意度 (n=50)	患者满意度 (n=120)
2016	38 (76.0)	101 (84.1)
2017	43 (86.0)	116 (96.6)

表2分层前后护理质量评分 (X±s)

时间	基础护理	病区管理	责任护士工作	健康教育
2016	86.62±2.1	91.1±3.2	90.5±1.84	87.56±2.24
2017	91.22±1.8	94.4±2.5	93.8±1.91	92.16±2.15

2.5 绩效待遇

N4级绩效系数1.3，N3级绩效系数1.15，N2级绩效系数1.0，N1级绩效系数0.8，N0级绩效系数0.6。每月护理部对各小组进行绩效考评，对考核中成绩优异的责任组给予一定的经济奖励。

2.6 护士分层管理使用办法

各科室根据病人的病情、护理级别及病人总数设立2-3个责任小组，每组由不同层级的

护士自愿组合，每组4-5名护士，每名护士所管病人4-8人，负责病人从入院到出院的所有治疗护理工作。由N3级护士任组长，负责动态监管本组护理工作质量，指导协调病区管理工作。同时改变排班方式，采用弹性排班的方法，新老搭配，实施责任班相对固定，加强了节假日及特殊时段的人员调配，确保护理质量与患者安全。

3 效果评价

3.1 评价方法

我院对2016年实施分层管理前和2017年实施分层管理后的护士满意度、患者满意度及护理质量进行了比较。其中护士满意度和患者满意度分别采用了我省护理质量标准中护理人员对本职工作满意度评价调查表及住院患者对护理工作满意度评价调查表；护理质量包含四个方面的内容，有基础护理质量、病区管理质量、责任护士工作质量和健康教育质量，其评价表也是依照我省护理质量标准中的检查表。护理部每季度进行患者满意度、护士满意度调查，每月进行护理质量控制考评。所得数据输入SPSS11.5统计软件包进行分析，描述统计采用 $\bar{X} \pm S$ 、率。

3.2 评价结果

我院在实施护士分层管理后，护士满意度和患者满意度较实施前大幅提高，见表1；分层管理后，基础护理、病区管理、责任护士工作质量和健康教育四个护理质量指标平均得分高于分层管理前，见表2；差异有统计学意义 (P<0.01)。

4 结论

4.1 基层医院应用护士分层管理后，使护士的工作满意度和患者满意度有了大幅提高。

据相关文献报道，在我国，护士工作满意度普遍较低，在基层医院尤为明显。护士分层管理打破了以往论资排辈、单纯以学历和职称评价护士的旧观念，提出了以综合能力为主，结合职称、学历、工作年限等多方面因素评价护士的分层标准。制定并落实各层级护士的培训与考核，对高层级护士实行动态管理，每年评定一次，能者上拙者下，使得用人机制变得更加灵活。这样增强了护士的竞争意识，有利



于群体形成争先创优的格局，使优秀护理人员脱颖而出。在岗位职责和绩效分配上能够体现高层级护士的价值，使高层级护士在工作中有成就感与价值感。也能激发低层级护士的进取心，使其从上级护士身上看到职业发展前景，变被动学习为主动学习，促进其快速成长，从而提高了各层级护士的工作满意度。工作模式的改变使责任班护士相对固定，病人有了固定的责任护士，护士熟悉自己床位病人的情况，这样才能够有针对性地实施护理措施与健康教育。增加了病人对护士的信任，减少了护患纠纷，也提高了患者满意度。

4.2 基层医院应用护士分层管理后，能够有效提高护理质量。

医院实施分层管理后，将护士安排在其最合适的岗位，充分发挥其能力与水平。优化了各个责任小组的人员配置，做到层层管理，责任到人，每个责任组高低层级合理搭配，并逐级指导、监督和管理，从而使科室的基础护理、病区管理、健康教育及责任护士工作质量均得到明显提高，保证了患者安全，有效提高了护理质量。

参考文献:

- [1]杨维琼, 任太清.护士分层管理对护士工作满意度及护理质量的影响研究 临床合理用药, 2013,1(6): 23-24.
- [2]杨秀菊.护士分层管理的实践及体会 中国护理管理, 2014,8(14):884-886.
- [3]周红娣, 盛芝仁, 柳春波等.护士分层管理的实践与成效 护理管理杂志, 2014,(14):136-138.
- [4]李晓虹, 齐忠勤.护士分层管理模式在优质护理管理中的应用 医学研究与教育, 2014,8(4):62-65.
- [5]宋福莲, 黄和蓉, 殷莉.浅谈护士分层管理对护士工作满意度及护理质量的作用 转化医学电子杂志, 2016,3(11):79-82.

在静脉输液中实施人性化护理

□ 王志华

摘要：人性化护理操作程序使护士在护理操作过程中能够把语言沟通作为护理操作的一部分，它满足了患者期望了解疾病与治疗方面信息的需求。人性化服务注重的是爱心、责任心和同情心，细微之处体现真情，充满人情味，能真正提供人性化服务。随着护理模式的转变，输液护士不能只是机械地操作，而更要注重“以人为本”的整体护理，将人性化护理运用到输液病人中，使病人在输液治疗时充满信心，在心理上获得满足感和安全感，从而加速疾病的愈合。

关键词 静脉输液；人性化护理

人性化护理是“以人为本，以患者为中心”的一种创造性、个体化、整体、有效的护理模式，是以尊重患者的生命价值、人格尊严和个人隐私为核心，为患者营造一个舒适的就医环境，使患者在就医全过程中感到方便、舒适和满意，是整体护理的体现和升华^[1]。在静脉输液中充分体现出人性化护理使患者在治疗时充满信心，从心理上获得满足感以及安全感，从而能更好的配合治疗，达到早日康复的目的。现将具体操作介绍如下：

1 输液前的准备

1.1 环境的准备 病室的温湿度要适宜，一般室温应保持在22—24，湿度为50%--60% 定时开窗通风，保持空气新鲜；床铺要整洁舒适，物品摆放要合理整齐；这样的病室环境会使患者感到精神放松，心情愉快。

1.2 个人准备 衣帽整齐干净、戴口罩、洗手；这样会使患者感受到你严谨的工作态度，从而在心理上认同你、信任你。

1.3 操作前与患者进行及时有效的沟通 输液护士在操作前要主动与患者进行交流，通过询问病情，观察患者的血管走向等掌握患者的一些基本情况，如有无药物过敏史及特殊要求等；交流时语言要亲切和蔼、态度要真诚使患者感受到被关怀，从而使患者从心理上达到放松，同时在交谈中善于使用治疗性语言以及鼓励性语言，使患者树立治疗的信心，特别是对儿童患者要多鼓励，告诉他：“你是最勇敢的，最棒的！”从而使小患者自信起来更好的配合治疗。

2 人性化护理在输液中的体现

2.1 操作中要严格遵守静脉输液的操作规程，做到三查八对，严防差错事故的发生；

患者在陌生的环境中会有不安全感，你谨慎的工作态度会使患者在心理上获得安全感。

2.2操作时要处处为患者着想：帮助患者选择合适的体位，提醒患者输液前解小便，解释输液的目的、药物的一些基本知识以及操作过程，使患者从思想上解除对静脉输液的神秘感、恐惧感，使心情放松更好的配合输液护士进行操作。

2.3静脉输液的护士要做到技术娴熟，在穿刺时要沉着、冷静、自信、一针见血，尽量减少穿刺给患者带来的痛苦，如果穿刺失败要患者赔礼道歉，使患者在心理上得到安慰，促进良好的护患关系；操作完毕要帮助患者选择舒适的体位，整理好床铺，使患者保持舒适、放松的状态。

2.4输液中要加强巡视，严密观察病情变化 巡视时要注意观察液体滴入是否顺利；输液管有无扭曲、受压；患者输液部位有无液体外渗以及注意患者的主诉输液过程中有无不良反应发生；在巡视的过程中要使用亲切平和的语调与患者进行交流，告知患者有不适时可以随时通知我们，这样会使患者在心理上得到满足感和安全感。

2.5输液结束时要注意拔针的时间，最佳的拔针时间应茂菲式滴壶里的液体剩一半，下降速度减慢时，这样可以保证药物的治疗量，从而避免浪费；在拔针时要采用无痛拔针法即拔针前先将输液器关闭，防止拔针过程中药液漏入皮下，然后清理固定针头的胶布，右手拇指与食指捏住针柄，防止针头转动并使针头纵

轴与血管纵轴平行慢拔，左手棉球轻放与按压处，当针头将拔出血管壁时，快速拔出^[2]，左手立即按压针头进入血管处。对化疗或输注刺激性强的抗菌药时，应待少量回血在针头时拔针^[3]，拔针后棉球按压的部位是针头进血管处，而不是进入皮肤处。勿揉，并保持三分钟，防止血肿形成(其机制是：拔针后，针眼处继发性血小板聚集而形成血栓需3 min^[4])。对行动不便的病人，护士应主动为其按压。



3 讨论

随着人们健康需求的不断提高,医学事业得到迅猛发展,护理服务也迎来了新的机遇和挑战,传统的以医护为主体的医患关系已不适应现今时代的发展。于是,在现代社会文明与进步的大环境下,人本理念应运而生。为此,实行“以人为本”的人性化服务在护理界也就成为一种必然的趋势。据有关调查与实践表明,人性化服务不但是市场的需求,而且也是广大人民群众呼声,同时还是医院本身谋求生存与发展的重要措施。如今,在许多医院及科室纷纷开展人性化服务,并取得了一定的成效。

因此，开展人性化护理服务也就势在必行。而静脉输液是临床最常见的基础护理操作，也是临床应用最多的一项护理实践活动。在住院病人中有90%~95%的病人需要静脉输液治疗。将人性化护理融入到我们的各项护理操作中，从细节出发处处关怀病人，包括开口说话前要有称谓，话前先用请字，操作之前先解释，操作失误先道歉，操作结束先谢配合，在工作中尽可能的做到几个一：多说一句话、多跑一回路、多陪一分钟，多送一个微笑，多提供一次方便，多奉献一点爱心等等使患者从心理上得到满足感、安全感，增加了患者的满意度。



参考文献：

- [1]韩继荣. 人性化护理在自然分娩中的体现 [J].实用护理杂志, 2003, 19(9): 30.
- [2]乐群慧 静脉输液时无痛法拔针480例效果观察 [J] 黑龙江护理杂志, 1999.5 (8) : 5.
- [3]余爱珍, 基础护理学 [M], 第2版, 南京江苏科学技术出版社, 1994.96.
- [4] 陈文彬. 诊断学 [M].北京: 人民卫生出版社, 2001: 300.

护理不良事件报告制度在OA办公系统中的研发与应用

□ 王惠

【摘要】 目的：在医院OA办公系统中研发适合护理不良事件的上报流程，通过不良事件信息的流转、签收、存档，使护理不良事件管理更加系统化、信息化、规范化。方法：通过OA办公系统中的流转程序，科室首次填写护理不良事件的基本信息，提交护理部，护理部填写处理意见，最终提交存档。结果：经过研发的护理不良事件上报制度及流程，实现了护理管理无纸化办公，大大节省了人力资源及纸张成本，紧跟信息化潮流，成为护理管理的高效工具。

【关键词】 护理不良事件 OA办公 信息化

在卫生信息化大潮和护理信息学研究兴起的大背景下，护理信息化已经成为现代护理事业发展的必然趋势^{【1】}。为了提高护理管理的工作效率，护理部与厦门智业的工程师一起研发了护理不良事件的上报制度与流程，通过反复的修改与实践，创新出在OA办公平台中实现不良事件上报、流转、签收存档的三大环节。信息化手段、模块化理念，让我院护理管理水平上升到了一个新的层次

1 系统的研发背景：

1.1 医院简介： 我院是一所三级综合性医院，开放床位800张，现有护理专业技术人员423人。按照我市卫计委直属的公立医院绩效考核标准：全年不良事件上报>10件/百张床位，我院每年上报至少80例。

1.2 护理不良事件上报的意义 护理不

良事件一般是指病人在住院期间发生的跌倒、用药错误、走失、误吸、窒息、烫伤以及其他护理意外事件。不良事件的全面报告，有利于发现医院安全系统存在的不足，提高医院系统安全水平，及时发现事故隐患，不断提高对错误的识别能力，保证医疗卫生服务安全^{【2】}。

1.3 纸字版护理不良事件的缺陷 我院从2013年5月规范并制定了护理不良事件的上报制度，采用科室填写不良事件表格，并通过人力上交护理部的模式与方法。此方法不仅耗费人力资源，也浪费了纸张，上交的表格病房无存档记录，护理管理工作无连续性 & 改进性。

1.4 不良事件网报研发契机 2013年我院更新了信息化系统，OA办公系统在全院铺开



使用。经过1年多的使用，员工已熟练掌握各种网报的流程。此时，护理部设想我们上报的各类报表可不可以也通过OA程序实现网报呢我们向工程师提出了想法，经过跟工程师反复的协商、实验、更改，于2014年12月正式实现了护理不良事件的OA网上直报。因为护理部设计的流程符合OA已有功能模式，不需另行开发设计软件管理系统，因此没有花费医院任何成本，大大节省了医院的开支。

2 系统的研发与及设计

2.1 设计不良事件模块内容 护理不良事件版块分为系统默认及填写两部分内容。填报人及填报日期系统自动默认为操作人及当时填报的时间。填写的内容为科室、患者姓名、住院号、年龄、入院时间、入院诊断、事件发生的简要经过、采取的措施及结果、原因分析、整改措施、护理不良事件分类、分级标准、奖惩护理部处理意见。

图1：OA系统中的护理不良事件报告单填写模块

护理不良事件报告单			
工作主题	王惠 2016-08-02 护理不良事件报告单		
创建人	王惠	部门/职位	临汾市第二人民医院护理部
创建时间	2016-08-02		
科室	<input type="text"/>	患者姓名	<input type="text"/>
住院号	<input type="text"/>	年龄	<input type="text"/>
入院时间	<input type="text"/>	入院诊断	<input type="text"/>
简要经过	<input type="text"/>		
采取的措施及结果	<input type="text"/>		
原因分析	<input type="text"/>		
整改措施	<input type="text"/>		
护理不良事件分类	<input type="text"/>	护理不良事件分级	<input type="text"/>
护理部处理意见	<input type="text"/>		

2.2.1 科室上报流程 科室发生不良事件后



由当事人或者病房护士长在24—72小时内填写报表，事件重大、情况紧急者应在处理的同时电话上报护理部。在OA中选择新建流程—护理部—护理不良事件报告单，填写患者的一般信息、事件发生的简要经过、科室采取的措施及结果、原因分析及整改措施。填写完毕后选择提交，系统将会自动流转到护理部主任及干事的待办工作中。

图2：护理不良事件报告单科室填写部分

护理不良事件报告单			
工作主题	王惠 2016-08-02 护理不良事件报告单		
创建人	王惠	部门/职位	临汾市第二人民医院护理部
创建时间	2016-08-02		
科室	临汾市第二人民医院二科	患者姓名	李润鹏
住院号	030701	年龄	64
入院时间	2016-07-24	入院诊断	脑梗塞
简要经过	患者做微量泵试验，下次护士做微量泵试验时发生二次血时及时发现。		
科室采取的措施及结果	及时与医生沟通后做泵后二小时血糖，与患者做了解释工作，患者理解，并决定下个泵做微量泵试验。		
原因分析	做微量泵试验时，在以往科室未做过微量泵试验，护士长未对护士做试验前，进行了培训与考核。		
整改措施	制定了本科室做微量泵试验的培训方案，将本科室需要掌握护理操作技术及考核记录，凡是新人科护士按照方案培训与考核，通过后方可独立工作。		
护理不良事件分类	护理不良事件分级	奖惩	
护理部处理意见			

2.2.2 护理部签收流程 科室上报后，在护理部主任及护理部干事的待办工作中即显示此

项内容。护理部选择签收，根据事件发生的性质进行分类、定级与奖惩。

2.2.2.1 我院将护理不良事件分为七类：用药类、治疗类、人身安全类、医患沟通类、突发意外类、医疗设备、环境类、其他未分类。

2.2.2.2 护理不良事件分级标准：0级：事件在执行前被制止；I级：事件发生并已执行但未造成伤害；II级：轻微伤害，生命体征无改变，需进行临床观察及轻微处理；III级：中度伤害，部分生命体征有改变，需进一步临床观察及简单处理；IV级：重度伤害，生命体征明显改变，需提升护理级别及紧急处理；V级永久性功能丧失；VI级：死亡。

2.2.2.3 奖惩原则：鼓励各护理单元主动收集工作中所有与病人安全相关的“非正常”信息，坚持非处罚性、主动报告的原则，强化护士安全防范意识，保障护理安全。对于主动上报的0级和I级不良事件，且对护理工作有指导借鉴意义的，护理部奖励20元/例。迟报及漏报不良事件，扣罚50-100元/例。

最后，护理部填写处理意见，给出科室相应的指导意见及建议后提交，系统将会自动把文档储存在个人办公文档中，填写人及护理部随时能查看存档的全部内容。

图3：护理不良事件报告单护理部填写部分



2.3 不良事件上报意义 护理部每月组织护士长例会通报本月不良事件，分析原因，并跟踪处理改进意见的落实情况。定期组织护士长不良事件研讨会及全院讲座，根据不良事件的警示信息不断完善和修改护理规章制度，体现护理质量持续改进。

3 系统的应用与优势

3.1 使用起来更方便、快捷 在OA界面新建流程护理部版块中，填写人点击表单后直接进行填写。流转过程更加快捷，护理部接收信息后将快速做出反应及给出指导意见，保证临床护理工作上的安全。



3.2 节省人力、纸张成本 以往采用纸质版上报时，科室需要有人专门将报告单送至护理部，往返路程要花费10分钟。科室请领纸质版的报告单也消耗医院的纸张成本。实现不良事件网报后，不仅为医院节省了纸张耗材成本，也减少了人力资源，真正做到把时间还给护士，把护士还给患者。

3.3 不良事件上报率明显上升 护理部实

现网报流程及对主动上报不良事件非处罚的原则后，护理不良事件上报率明显上升。2014年上报不良事件46例，2015年上报不良事件82例。护理不良事件上报例数的增加，可以让护理部获悉更多临床护理工作上的隐患与缺陷，护理部及时分析原因并进行整改，保证护理质量的持续改进，保障临床护理安全。

3.4 查询更加方便 不良事件归档后，护理部可以随时查询并调取曾经报告的不良事件，使护理管理更加科学化、规范化。我院护士绩效在每月奖励上报不良事件的科室时，就是通过此功能进行查询汇总，方便快捷。

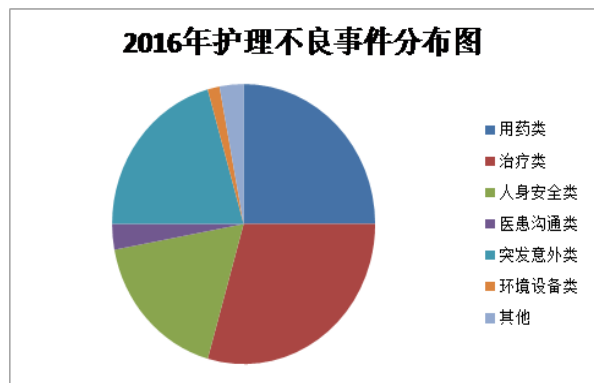
图4 护理不良事件归档查询



3.5 年度汇总分析 护理部每年度对不良事件进行汇总分析，通过表格检索与查询，将不良事件按照类别、级别、奖惩进行分类汇总。如图5：选定查找的时间限定，按照不良事件的8种分类可分别进行汇总，用药类几例，治疗类几例，人身安全类几例等；按照不良事件分级可进行汇总查询，0级几例，I级几例等。同理按照奖励、惩罚及不奖励也可进行汇总查询。以上的功能不仅使年度不良事件分析更加精确，也大大减少了护理部年度工作总结的工作量，提高护理管理者的工作效率。

图5 不良事件汇总分析报表

科室	不良事件类别								级别				奖惩		
	用药类	治疗类	人身安全类	医患沟通类	突发意外类	环境设备类	其他	合计	0级	1级	2级	3级	奖励0元	惩罚0元	
4 第一病区	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
5 第二病区	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
6 第三病区	1	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
7 第四病区	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
8 护理部	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
9 第五病区	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 第六病区	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
11 第七病区	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
12 第八病区	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
13 第九病区	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
14 第十病区	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
15 第十一病区	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
16 第十二病区	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
17 第十三病区	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
18 第十四病区	1	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0
19 第十五病区	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
20 第十六病区	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
21 第十七病区	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
22 第十八病区	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
23 第十九病区	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
24 第二十病区	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
25 第二十一病区	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
26 第二十二病区	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
27 第二十三病区	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
28 第二十四病区	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
29 第二十五病区	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
30 第二十六病区	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
31 第二十七病区	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
32 第二十八病区	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1



信息化强大的力量在于：“只有你想不到，没有它做不到”。作为新时代的护理管理者，如何运用现代化工具辅助管理工作，建成信息化的护理工作体系，值得每一位护理管理者思考与创新。我院这一研究成果不仅顺应信息化管理的时代潮流，也大大提高了工作效率，保障了临床护理工作安全，成为护理管理者的得力工具。

参考文献:

[1] 张士婧 .护理专业与信息化建设. 护理学杂志, 2013, 28(18):1-3.
 [2] 李继平.护理管理学（第三版）.北京：人民卫生出版社，2012:241.

医院感染文化及绿色感控理念的探索实践

□ 李秀美·王炳花等人

1.德州市第二人民医院感染性疾病科

2.中国水电十三局医院感染管理科

摘要: **目的** 探讨及揭示医院感染文化的规律特点, 推动医院感染文化的丰富及实践。**方法** 检索国内近年来医院感染文化及相关文献, 结合目前国内医院感染现象及现状, 从医学伦理学及哲学角度提炼医院感染文化的规律特点。**结果** 医院感染文化的实践已经相对丰富, 提炼出医院感染文化四特点, 即公益性、医学伦理特点、鲜明的政治性、平台及利他性。**结论** 通过提炼揭示医院感染文化的规律特点, 让感染文化成为绿色大感控工作发展的助推器。

关键字: 护理、不良事件、防范、管理意识、安全目标

Exploration and practice of hospital infection control culture and the green sense of the control concept

LI Xiumei¹, LI Fengzhi², LIU Yan², YU Lanying², XIA Tiantian², WANG Bing-hua²

(1.The Second People Hospital of Dezhou infectious diseases department, Shandong dezhou 253000, China;

2.Hospital of Sinohydro Bureau 13 infection management section, Shandong dezhou 253009, China;)

Abstract Investigate and reveal the law of nosocomial infection cultural characteristics so as to promote the cultural construction richness and practice.**Methods** Retrieve the domestic literature in recent years of nosocomial infection cultural and then extract its laws and characteristics from the philosophical point and medical ethics, combining with the current domestic nosocomial infection and the present situation.**Results** The practice of nosocomial infection culture has been relatively abundant, four features of nosocomial infection culture has been extracted, it is public welfare, Medical ethics, political and platform altruism.**Conclusion** Through refining the laws and characteristics of nosocomial infection cultural to make the infection culture becomes the booster for the development of the great green infection control work.

Key words: Nosocomial infection; infection control cultural; the sense of the control concept

医院感染管理在我国已历经30年的发展历程，近十年来学科发展迅速，学术活动繁荣，但三级及基层医疗机构感染管理发展不均衡，近年医院感染暴发事件时有发生，随着学科的发展与成长，医院感染文化正逐渐显现与形成独有的特点，并在推动工作中发挥着一定的积极作用，通过对医院感染文化的特点进行提炼与描述，推动国内感控的发展并深植感控文化强渗透夯根基，用“预防-干预”的安全管理原理打造“绿色-安全感控”。

1 医院感染文化及大感控表现形式

1.1 何谓医院感染文化及“绿色大感控”理念？

医院感染文化是指在医院感染管理活动中，形成的有形及无形的产品、思维、信息及思想。同其他文化一样包括物质文化、制度文化、精神文化三部分，精神文化具有核心作用及标志性特点。全国医院感染的物质文化及制度文化已经相对丰富【1】，目前医院感染的规范、部门规章、标准、法律法规及相关规范通知等共有120余项【2】。物质文化不断得到积累，精神文化正在萌芽及勃发，在最近5~6年左右的时间里，文献、培训及SIFIC等专业论坛中出现了“医院感染文化”一词，SIFIC论坛设置了医院感染文化版块【3】。

“绿色大感控”理念以费根堡姆的TQM理念【4】延伸而来，指医院的全员、全部门、全过程及多专业跨部门合作的感控，是在全院层面系统化的谋划感控工作，贯彻事前预防为主的国际安全管理原则，实现无害、清洁、最优



性价比的感控。绿色感控是绿色医院建设的主要组成部分之一【5, 6】。大感控可以由感染管理科去策划，由分管院长去支持及全面推动。大感控构建离不开领导重视，更离不开感控人自身的努力，离不开每个员工的参与。首先感控人自身要树立大感控理念及意识，不能仅仅局限在自己部门能够做什么，要积极发挥合纵连横作用，有意识的“拆墙建桥”，借力做大感控，缔结同盟军多部门协作。积极宣贯大感控理念，“感控进步人人有责，感控提升人人有功”，宣传感控取得的成绩不是感染管理科一个部门的成绩，是集全院综合实力之体现。

医院开放、包容的文化是构建大感控文化建设的基础，没有开放、包容的文化环境难以把感控摆在一个公正、客观的位置，甚至会遭遇排斥。感控人应该用不断“渗透”的方式构建大感控文化。

1.2 医院感染文化的表现形式

李六亿教授首先引入美宣传周的宣传形式，2007年率先在北京大学第一医院开展了感控宣传周活动，主题为感控“医院感染，你我同

参与”【7】；天坛医院张越魏举办了主题为“全院协作，共控院感”的感控宣传周，并发表了“医院感染管理的品牌与文化建设”，“感染控制宣传周在医院感染管理中的评价”【8】的文章，量化评价了感控宣传的效果及作用；华西医院徐世兰在宣传周后发表了“一个医院感染控制宣传周基线调查的启示”文章，证明了感控宣传周的积极效益；《医院感染管理执行力提升——案例分析》【9】，是医院感染文化的代表作之一。2010年山东省举办了全省医院感染管理知识技能大赛，在全省范围内掀起了开展技能选拔赛的热潮，调动了临床医疗、护理人员广泛参与的热情，这些活动即是医院感染文化在当前的具体表现形式与载体。胡必杰教授将欧洲感控文化“零容忍”理念引进中国，倡导感控向零目标迈进【10】。

吴安感染华教授等的医院感染经济学研究同样隶属医院感染文化的范畴；任南的“医院管理发展的伦理学动力”，“艾滋病医院内传播的预防进展及伦理问题”【11】，都是体现医院感染文化的典型作品；王炳花的“医院感染恶性事件暴露出医院伦理经营失范”【12】，用感染文化的哲学思考揭示了医院感染暴发事件的本质，“手卫生医学伦理学教育干预研究”【13】中，通过开展伦理学教育对具体感控工作产生积极影响，发挥医院感染文化的教化作用

医院感染工作正在呈现出独有的规律及文化特点，尝试提炼总结为4个方面的特点，即公益性、医学伦理特点、鲜明的政治性、平台及利他性。

3.1 公益性特点

医院感染工作比其他学科及部门更加体现医院公益性的特点。为满足医院感染管理要求，CSSD、手术室等建筑布局的新建及改造，投入的消毒灭菌等大型设备以及人力等均不产生经济收益及回报，只有社会收益及对医疗安全的保驾护航价值。每年投入不菲的污水处理，医疗废物处置等，也是为保护医院、社会环境及职业安全，均是公益性的体现。医院应承认及接纳感控公益性的自然属性。倡导及履行医院的公益性，是医院的基本职能，医院法人是第一责任人，也是医院管理者的政绩体现。



3.2 医学伦理特点

医院感染工作比其他学科及部门更加体现医院公益性的特点。为满足医院感染管理要求，CSSD、手术室等建筑布局的新建及改造，投入的消毒灭菌等大型设备以及人力等均不产生经济收益及回报，只有社会收益及对医疗安全的保驾护航价值。每年投入不菲的污水处理，医疗废物处置等，也是为保护医院、社会环境及

职业安全，均是公益性的体现。医院应承认及接纳感控公益性的自然属性。倡导及履行医院的公益性，是医院的基本职能，医院法人是第一责任人，也是医院管理者的政绩体现。提高护士综合素质，包括医德、专业、技术、身体和心理等各方面素质是，做好护理工作的保证。

3.2 医学伦理特点

目前，国内医院经历了10年的规模扩张阶段，部分医院的内涵建设未得到相应提升，甚至是忽视内涵建设，同国内外经济发展规律特点一样，进入事故高发期，医院发展遵循经济发展规律。追求扩张忽视内涵建设，在这种价值观的颠倒现状下，感控面临更多的伦理考验必须要构建自己的文化。

无人监督下的无菌操作、接触患者前洗手与否，是医务人员医德素质及慎独修养的具体体现，在明知不洗手会对病人带来不利影响甚至是潜在伤害的情况下依然不执行手卫生，显然违反了医学伦理学“有利、不伤害、尊重”的基本原则。某些医务人员在明知一次性医疗用品的复用，会产生难以预测的不良后果的情况下依然去复用，是严重忽视伦理经营【14】及逐利使然，有悖于医学伦理学对生命尊严的敬畏。比如山西某企业医院、陕西镇安县等多所医院，因复用一次性透析器导致的多起血透丙肝暴发事件，是典型的逐利而严重忽视伦理经营的行为。所以医院感染管理比其他工作更需要体现医院的伦理经营，必须始终贯彻履行伦理学的“有利，不伤害”原则。



医院感染是一门复杂的新兴学科，揭示、认识、承认其客观规律，遵循其客观规律及文化特点，守住伦理经营的底线，将伦理经营的底线视为“安全生产红线”，构建敬畏生命、敬畏感控的红线及文化，心存戒惧才能真正保证医疗安全，从根源上杜绝医院感染恶性事件的暴发。

医院感染的医学伦理学特点是感控的核心文化及特点。

3.3 对当前医院政治的影响性

医院感染管理与公共卫生及传染病管理密切相关，公共卫生问题即民生，习总书记强调民生即政治。另外传染病管理具有较强的政策性，反映一定的政治意志，三是医院感染管理工作无小事，在目前较多医疗机构床位使用率过百，医务人员相对不足的情况下，医院感染防控的压力较大。散发的医院感染多见，稍有疏忽即可发展为聚集性医院感染事件，其中的“恶性事件”对患者及医院均造成恶劣影响，甚至某些医疗机构会因此而倒闭。近年来省级以上卫生行政部门通报并处理的医院感染暴发事件，

医院领导无不接受了相应的行政等处罚，所以与医院的政治前途及命运息息相关。眼下的陕西镇安县医院血透感染事件又典型的呈现了该特征。

3.4平台及利他型

卫计委对国卫办医发〔2013〕40号文《基层医疗机构医院感染管理基本要求》的解读中称医院感染为“平台性工作”。国卫办医函〔2015〕252号文《麻醉等6个专业质控指标（2015年版）的通知》中，指出医院感染是“平台学科”，是给其他学科搭建平台与支撑基础的学科。随着医学的发展，学科发展呈现内科诊疗外科化，外科诊疗微创化的发展趋势对医院感染的要求越来越高，医院感染管理工作越到位，对各科发展的支持程度则越高，所以感染管理具有明显的平台特点及利他性特点具有明显的支撑文化的特点。

3探索感染文化的作用及实践

医院感染管理的学科发展具有明显的不均衡性，东西部的发展不均衡，三级医院同基层医疗机构的发展不均衡，不同医疗机构的感控专职人员素质具有明显差异，近年来医院感染聚集性事件有向基层医疗机构下沉趋势，感控人员的自我学科评价与其他学科不同。部分医疗机构未织牢感控网底，医院感染暴发事件是“奶酪漏洞感控”，“破窗-危险感控”的呈现，是风险管理意识淡薄的体现。欲打造“绿色-安全感控”，必须要遵循“预防-干预”的安全管理原理，引进QSHE管理体系及模式【15】，QSHE管理体系的核心是风险管理【16】



同感控管理的实质一脉相承，夯实风险管理的根本及基础，不断渗透及深植感控文化。

3.1感控文化在医院感染管理中的作用

感控专职人员一要会利用感染文化，让感控文化成为工作发展的助推器；二要发扬文化及宣传感控文化；三要不断在实践中丰富、倡导及提炼文化。

如果全院人员乃至院领导了解、熟悉医院感染文化，一定会发挥文化的积极作用。如医务人员了解感控的平台及利他性特点，则支持感控即是支持自己，尤其院领导认可感染文化并知悉对其政治前途的影响，必然会大力支持感控工作，了解其公益性特点就不会因为只投入不挣钱而对感染管理工作另眼相待。

医院是知识密集单位，是文化、观点及理念重叠及充斥的单位，医院感染管理形成独特的文化才能师出有名，才能以理服人，才能以哲学、哲理启迪教化人。文化的作用是潜移默化及渗透，看不见摸不到却潜力巨大。对感染学科建设及感控人员成长具有较大的影响力，是感控真正成为学科的坚实基础。

3.2对医院文化的作用

不同的医院具有不同的医院文化特点，医院文化的差异性不同医疗机构的标志性差异。好的医院感染文化可以在医院文化中占有一席之地，具有特色的医院感染文化，可以丰富、发扬、延伸及提升医院文化。

3.3 医院感染文化实践及构建

首先感控人员自身要加强感控文化修炼，并将医院感染文化融入医院感染的培训、活动中。某院数年前的手卫生宣传图片上，就用了“洗手是医务人员的基本要求，是基本的医德要求”，“医务人员应当自觉、自律的执行手卫生，做到慎独”等颇具文化特色的宣传。开展医院感染中的医学伦理学培训，对医院感染基本制度的执行，抗生素不合理使用等上升到医学伦理层面进行剖析、点评，开展相关研究并发表“手卫生医学伦理学教育干预研究”^{【13】}论文。开展感控工作的伦理学培训，对于具有洁身自爱典型知识分子特征的医务人员具有较好的教化效果。

医院感染文化实践呈现出丰富多彩的形式根据Didier Pittet博士的手卫生舞蹈，多家医院编排各种版本的洗手舞，制作感控动漫作品的尝试，组织各种形式的知识竞赛等，SIFIC官微感控小蜘蛛等已经发布推出千余篇医院感染科普文章，感控宣传进学校及托幼机构等，都是宣传医院感染文化的载体与形式，医院感染文化的实践正在逐渐扎根，正在逐渐深植医疗机构的土壤。

我国应借鉴欧洲CQC认证的基本程序^{【16,17,18】}，强调及发挥法规、政策和程序的作用，推动国内医院感染文化及伦理建设。



参考文献

- [1].王炳花, 任玉芹, 魏冰玉等. 我国感控文化建设的SWOT分析[J].中华医院感染学杂志, 2013, 23(7): 1635-1637.
- [2].付强, 巩玉秀, 等.医院感染管理文件汇编(1986—2015), 人民卫生出版社, 2015.7.
- [3]. 上海国际医院感染控制论坛 <http://bbs.icchina.org.cn/>
- [4]. 马丽平.现代医院管理实务【M】北京: 中国商务出版社, 2016.6-3.
- [5]. 中国医院协会《绿色医院建筑评价标准》.2011.
- [6]. 王树峰. “绿色医院”建设是现代医院发展的必然趋势[J].中国医院, 2010, 12, 14(12): 2-7.
- [7].李六亿.我院开展医院感染控制宣传周活动的实践[J].中国护理管理, 2007.7(12): 71-72.
- [8]. 张越巍, 石月欣, 曹红谊, 等.医院感染管理的品牌与文件建设[J].中华医院感染学杂志, 2011,21(20): 4312-4316.
- [9]. 胡必杰, 索瑶, 王炳花.医院感染管理执行力—案例分析【M】上海: 上海科学技术出版社, 2011.1-403.

- [10]. 黄洁夫.中国医院协会医院管理指南【M】北京：人民卫生出版社，2016.9-232.
- [11]. 任南，李建华.艾滋病医院内传播的预防进展及伦理问题[J].中国医学伦理学，2008，21（4）：46-47.
- [12]. 王炳花，房爱武，张丽敏.医院感染恶性事件暴露出医院伦理经营失范[J].中国感染控制杂志，2011，10（6）：475-476.
- [13].王炳花，赵艳娟，魏青，等.手卫生医学伦理学教育干预研究[J].中华医院感染学杂志2011，21（12）：2552-2553.
- [14].刘越泽，郝丽霞，房振环,医院感染的新模式：QSHE管理[J] 中国研究型医院，2015,2（1）：54-55.
- [15].任豫晋，房振环，刘越泽.医院QSHE管理体系构建[J].中国研究型医院，2015,2，（3）:52-54.
- [16]. M. Millar.Patient rights and healthcare-associated infection. Journal of Hospital Infection. 79 (2011) 99-102.
- [17].The Health and Social Care Act 2008 .Code of Practice for health and adult social care on the prevention and control of infections and related guidance.
- [18]. Gwendolyn L Gilbert, Paul Y Cheung and Ian B Kerridge.Infection control, ethics and accountability. MJA • Volume 190 Number 12 • 15 June 2009.



运用循证护理促进低年资护士治疗性护患关系的建立

□ 穆鑫

【摘要】目的：探讨循证护理在低年资护士治疗性护患关系的促进作用。方法：对外科新入职的30名低年资护士运用循证护理实施治疗性护患关系的定位、实施、解决三阶段。结果：25名低年资护士运用循证护理实施治疗性护患关系，让患者获取更多的健康支持，使其有效、顺利配合治疗，增强护士的职业顺畅感和价值感；5名护士不能较好的进行治疗性护患关系的建立。结论：运用循证护理促进治疗性护患关系的建立，有利于低年资护士和患者创造相互信任，相互合作的环境，利于优质护理服务的开展，更有利于年轻护士的成长和职业幸福感的建立。

【关键词】循证护理；低年资护士；治疗性护患关系。

循证护理是护理人员在计划其护理活动过程中，审慎的、明确的将科研结论与其临床经验及病人愿望相结合，获取证据，作为临床护理决策的依据。而低年资护士初到岗位，对人际交往与沟通存在一定的经验不足与处理偏差，面对医改的需要和有效的增强患者就医体验，通过运用循证护理来促进护士治疗性护患关系的建立显得尤为重要。通过该关系的建立，能让护士在了解患者，并且投入到与患者的交流中，结合尊重、共情、确认来与患者建立一个信任、开放、良好的护患关系。

1 对象与方法

1.1 对象

2017年7月到2018年1月新入职的护士30名，女20名，男10名。年龄19-22岁，平均年龄21.5岁。



1.2 方法

1.2.1 准备阶段

首先收集低年资护士在与患者交流过程中存在的问题，分为急需解决、暂缓解决，并发放中文版批判性思维特质量表，了解护士的知识底蕴和处理问题的最初方式，以及不同护士对沟通的理解程度与自我认知。然后进行护士的培训，内容包括循证护理知识，以及建立治疗性护患关系所必需的知识：背

景知识；人际理论和生长发育理论的知识；卫生保健系统的相关知识；关于人的知识，这是非常重要的，请通过高年资护士面对面交流和角色互换以及请心理专家现场讲解的方式来了解患者的心理和其心理的特殊性；关于健康和疾病的知识，这就需要请各科老师对低年资护士的理论和实践进行规范化的培训和督导。其次要培养批判性思维能力和反思行为，在临床工作中，问几个为什么，多对自我进行了解，与患者达到共情，并要意识到角色的界限和实施限度，针对这一点，专门建立了低年资护士的微信群，并定期开会，成立了3个沟通小组以此来 进行互动分享和提供帮助。

1.2.1 建立治疗性护患关系过程

治疗性护患关系的阶段 每一种关系，都会有始末，所有的阶段可发生在一个护患关系中也可发生在多个护患关系中。护理理论家 佩普劳 (Peplau) 把这些阶段分为：定位、实施解决[1]。

1.2.2.1 定位阶段

通过准备阶段的知识积累与心态调整，需要对新入院的患者进行护理问题的收集，这是治疗关系的初始阶段，此阶段需要护患双方的交流，由于彼此陌生，但每个人基于以前的关系、经历、态度和信念对所期待的事会有预想所以在此阶段， 制定了详细的护理首次和护理指引单，护士根据患者不同的年龄、职业、文化内涵、家庭背景、面部表情、谈话语速语调、眼神、经济状况、对疾病的认知程度、对自身疾病的期望程度等来进行对话和做适度的



谈话调整。方式可以是开放式提问和用情倾听或者是肢体抚慰性接触，注重沟通过程的尊重和耐心，找出影响患者和家属问题所在，了解患者和家属的急迫需求。同时要对患者和家属做一个共同的入院宣教，让患者和家属了解护士及科室团体能够给他提供的服务与能够解决的问题以及住院过程中的配合管理。让患者与家属减轻对医院的陌生感与对疾病的焦虑感，以最快的速度转换角色投入护理配合。

1.2.2.2 实施阶段

当找出问题所在，就要针对问题进行护理计划的拟定与干预。而此阶段，护士对于病人的思想、感受和行为的确认是很重要的。护士要帮助患者树立良好的就医心态，及时满足治疗与护理过程中病人的需求，对于就医过程中存在的问题要及时解决，与患者建立良好信任关系，全面了解患者对就医过程的主管感受和客观评价，包括对他自身的看法，对环境、对解决问题的方式方法的看法，以及对主管医护人员看法；同时要动态的了解患者的感受，看是否存在焦虑、不信任、绝望等；观察患者

的行为是否存在退缩，不配合，淡漠、注意力分散、不愿配合治理护理。对于患者的一系列表现，护士要做到静态观察，持续动态评估，必要时可跨团队请求支援和合作，通过小组讨论和请教的方式来应对患者的不良情绪，多渠道将沟通与服务技巧应用于全程照顾患者的过程。

1.2.2.3 解决阶段

解决和结尾是护患关系的最后阶段。当患者的要求被满足，问题被解决后，这种关系就要在被中止前完成。护患双方通过此种关系的建立，彼此间信任感加强，目标得以完成，护士和患者都为此次沟通交流有所付出和密切配合，主动性、自主性和积极性增加，为双方的知识积累和人际交流作出了实质性的突破。

2 结果

通过循证知识和治疗性护患关系的学习，30名低年资护士能够运用循证护理促进治疗性护患关系的建立，5名护士由于自我个性原因不能较好的运用循证护理进行治疗性护患关系的建立。同时，通过对患者的出院随访和发放调查表形式，以及护士自我与患者互动评价，约97%的患者表示愿意与护士建立良好的护患关系，并通过双方的努力达到目标的完成。经过1年的实践证明，病人对护士的认同感增强，护士在整个过程中的积极性，投入性，主动学习性，以及信心与知识量有所提升；再次填写评判思维量表分数较首次明显提升；从护理质从护理质量上讲，病人平均住院天数下降，满意度提高，社会效益增强。



3 结论

人与人相处的技巧只有通过沟通才能完成，对于教育者而言，只有教会低年资护士正确运用正确的沟通与评判方法，将循证护理有效的用于治疗性护患关系的建立，从护士最初的主导地位，到带动患者积极参与整个治疗和护理过程，帮助患者从身、心、社会和家庭中成为自身的最佳状态与顺利回归，也正面体现了护士最佳的职业价值感和幸福感。

参考文献:

- 1.胡雁，李晓玲主编. 循证护理的理论与实践 [J]. 上海：复旦大学出版社，2007：407—409.

新时代，医生集团运营职业化价值在哪里？

□ 谷红

某种程度上讲，现今医生集团多为相似的类型，却少为不同的内核。医生集团是以什么角度看待市场，市场就会以什么样的形式回馈给医生集团。

新时代的到来，一家医生集团与合作医院的运营管理者更应该像是一位深入前线、把握战情的战术指挥官，从医疗服务起点开始发掘并制定出一个实用的战术，然后围绕这一战术构建起相应的战略。这是提升财务业绩必须具备的一种“自下而上”运营所需的条件。

医生集团运营职业化价值是对其医生资源通盘调配职能和领航水平的信任和背书，更是运营战略的重要组成部分。基于医疗市场本是个非常复杂的生态系统，无可置疑，医生集团的市场行为方式或者价值观，决定了自己参与这个市场的方式。而市场本身真正反应的还是国家政策、行业发展变化、以及医生集团自身的成长。

优质医生集团必定是医疗需求用户和市场的选择结果，优秀的医生集团创始人必须保持这种市场敏锐感，才能经得起市场考验。尤其在当下医生自由执业环境对创业门槛呈现出宽容一面的同时，还有一个底线和原则应该是不纵容它。倘若媒体的过分追捧或者聚焦负面，都有可能对医生自由执业这一新的创业群体造成某种误导。

回看医生集团创业的过往，不论是经验还是教训，医生集团的发展脉络都值得行业重新梳理和解析，尤其是医生集团下沉医疗服务资源对接合作医院，更具有深远意义。

换句话说，医生集团与基层医院的合作是为彼此之间提供了共赢的机遇，显然，运气和眼光在医生集团创业群体的成长路径中占了很大一部分要素。



诚然，时至今日，再来看那些短暂存活或是目前仍旧半生不死的医生集团，很明显大咖医生的标签在融投资的操控下，投资人和幕后推手一定程度上，都会给医生集团创业群体埋下了隐患，虽不至于是主导因素，但煽风点火还是有的。因为他们忘记用户所看重的不是热度，而是需求。

“功利性”投融资只给医生集团创业群体带

来了泡沫般的鲜花和掌声，致使其相信仅凭自我就可以急速颠覆医疗市场格局。这类投融资人多因性格缺陷不仅在于自负，还在于舆论引导下理性认知的丧失，更受光环加身和备受追捧的利益，自然很难将重心放在产品或服务本身。

显而易见，在商业竞争、资本运作或是媒体渲染的环境下，对每家医生集团创业带来的影响不容忽视，这决定了外界力量也要为普遍的医生集团创业困境承担责任，不能只归咎于医生集团创业者的自身缺陷。

众所周知，离开体制内的大牌医生为医生集团生力军，在他们面对现实医疗市场中，身份变为“乙方”能坚强而稳定，热情而坚贞，实在难能可贵。诚然，“工欲善其事必先利其器”好的适应市场的方式，真的可以让医生集团发展事半功倍。

也就是说，医生集团要发展，就必须职业化，必须向市场学习的，首先是创始人和大咖医生，具有一定良好的认知思维，绝对是医疗行业创新中的战斗机！为什么这样说呢？医生大咖也需要在市场成长，医生团队更加在成长与此同时，医生集团的话语权逐步增强和行业地位也就一步步提高了。不至于使命重大，何况现今还在不断的改良、挣扎、苦干、上进呢更不至于在非战略机会点上消耗战略竞争力量

按照专业的眼光看，现在医生集团“不在非战略机会点上消耗战略竞争力量”，能够做职业化运营条件达标的很少，能长效稳定的财务结果促进增长来源也稀缺，这是整个医疗行业都在面临的问题。因为对于医生集团这个平

台来说，没有财务业绩就没有生命力。但这一切并非遥不可及！



打造医生集团职业化运营是开辟市场有序服务的一个基本入口、是为学科运营财务业绩提升和医生集团品牌获得用户认同，更加注重于提升医疗服务能力以及解决学科业务价值链运营过程中可能遇到的痛点。促进医疗需求用户在就医诊治过程中不再有割裂的体验，帮助医生团队完成走向职业化标准达成的最后一环。医生集团职业化运营代表的是管理水平的宽度，意味着无处不在、无时不在；精准代表的是深度，意味着从医疗实力从服务大众市场到人人市场。这是未来医生集团运营管理的新图景，也是每家医生集团运营管理创新的机会。

换句话说，医生集团职业化运营为医疗服务品牌打造线上线下一体化、服务深度定制化、场景体验高融合运营解决方案。譬如，C端医疗需求用户可以在任一的家医生集团合作医院对医疗服务解决方案，包括诊疗服务需求供应链、物流体系价格体系、品牌建设体系、营销体系以及一套Crm系统做出选择评估。如此既提升了行业效率，也确保了各类终端界面的用户体验。

中国医院管理职业化之路还很远

□ 邹新春

摘要：中国的医院管理不被重视由来已久，国外的医院管理职业化之路已经稳步推动了多年，我国的医院管理职业化之路还有很漫长的路需要走，管理创新才是未来医院面对激烈竞争的最佳路径。管理创新才能够让医院获得最快的发展通道。

关键词：职业化 医院管理

1997年，《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》提出：“高度重视卫生管理人才的培养，造就一批适应卫生事业发展的职业化管理队伍。”为中国医院管理职业化指明了方向，但20年过去了，职业化之路依然步履维艰，寸步难行。中国的医院管理不被重视由来已久，经验管理根深蒂固。医学生大多喜欢不断钻研医学知识，从大体到分子，从宏观到微观，加之医教研的重压，很少有人选择去系统的学习管理知识，就算学习了系统的管理知识，有工商管理硕士(Master of Business Administration, MBA)、医院管理硕士(Master of Health Administration MHA)或者公共管理硕士(Master of Public Administration, MPA)学位，如果不是技术骨干在医院也不一定就被重视。在医学的创新上不遗余力，甚至不惜造假。“医而优则仕”的观点在中国的大地上根深蒂固，绝大多数的医院院长是医学专家，他们主要是从资深专业人员中选拔出来的，在学术上具有很高的权威性和影响力。要扭转这个轻管理重临床的局面可能需要半个世纪也许更久。当然

推进时间长短也取决于政府推动职业化进程意识和决心。如果能够像脱贫攻坚一样作为政府的重要工作来抓，那也会很快。

1. 现代化医院需要医院管理职业化

医院发展已经从小作坊发展到了大型企业化经营时代，管理一个小门诊和一个有成千上万张床位的医院所需要的管理能力显然是不一样的。传统医院管理：经验性管理，医疗事务性为主，以学术为导向，政府满意为目标。追求利润最大化也许不应该成为医院管理者的目的，但是追求效率最大化，进行卓有成效的管理，想必是可以的，这也需要职业化团队去打理。几千年来医学模式也发生了多次的更迭，对已医院管理也提出了很大的挑战，如何落实以人为本的优质服 务，是每一个管理者需要思考的问题。社会环境、科学技术、法律法规都在发生变化，对于管理者而言，需要及时掌握和有效应对。经验管理已经很难让一个大型医院高效的运转了，此时此刻考验的是管理者的管理能力。

现代化医院管理：企业化经营，管理创新，与时俱进，以人为本，控制成本，保证

品质,提高效率,优质服务,确实践行“以患者为中心”的理念,有限资源最佳利用,以期实现医院社会效益和经济效益最大化。标志是医院管理的职业化,管理者为职业化管理者。华西医院从偏居西南的内陆地区的普通的医院,一跃成为中国医界翘楚,走出盆地,走出中国,走向世界,和其最近20多年的管理创新是有着必然的联系。台湾长庚医院,彻底颠覆了台湾的医疗格局,靠的很重要的一个方面就是其把企业运营成功的经验,有效的和医院特点结合起来,在管理创新管理职业化上进行了最有意义的探索。管理的标准化,医疗的专业化,这两种力量在协调中取得平衡,充分发挥专业分工所形成的比较优势,即避免了非专业人员管理医疗业务,又有专门管理人员从事合理化经营工作,极大提高了医院的运营效率。长庚医院在总部层面、各院区层面、各专科层面上均实行“医管分工共治”。

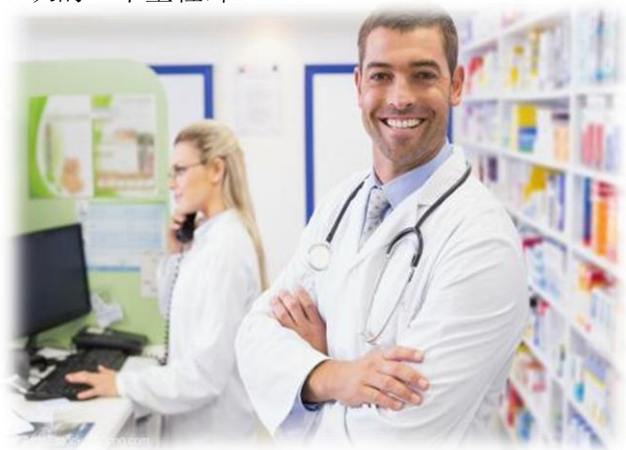
“职业化”(professionalization)现象兴起至今已有一百多年,布朗德士(Brandeis,1933)对此提出了著名论述:“职业化是指为了从事某一职业,任职者必须进行的以智能为特质的上岗前训练,获取知识和某些扩充的学问,与纯粹的技能不同。”其特点是:任职者必须全日制从业;拥有深奥的知识和技能,而这些知识和技能可以通过教育和训练而获得。

2 国外的医院管理职业化

2.1 美国医院管理职业化

美国医院管理采用的是典型的市场经济模式,政府干预很少。私立非营利性医院,占全美医疗机构数量的52%,构成美国医院的主体。

在管理层体制上,董事会是医院的最高权力机构。医院院长由董事会任命,对院长的资格要求是:(1)大学本科毕业并取得过工商管理硕士(MBA)、医院管理硕士(MHA)或者公共管理硕士(MPA)的学位;(2)在担任大医院院长的职务前,一般应有10年的管理经验;(3)参加继续教育计划,对于经济学、市场学、人力资源管理学、商业法学等课程接受过强化教学。[1]20世纪30年代,以芝加哥大学医院管理硕士(master of hospital administration, MHA)的开设为标志,美国开始了专业的卫生管理教育,这是在医院管理领域乃至整个医疗卫生服务管理领域职业化管理者身份确认的一个里程碑。



[2]美国ACHA(American College of Hospital Administration)于1976年10月发表了一篇题为《医院首席执行官的职责》的报告,其中规定了7项必备的职业能力。[3]

(1)计划和组织:与董事会成员为了满足日益增长的卫生服务需求共同制定医院发展战略和规划。

(2)实现目标:通过有效的管理,确保医院目标的实现。

(3)医疗服务质量监控:通过与医师们的密切协作,确保提供病维持满足社区人群需要的高质量医疗卫生服务。

(4)资源配置:通过获取并使用可利用的资源确保社区人群有能力对提供的医疗卫生服务进行消费。

(5)危机处理:当危机出现时,能够采用及时有效的手段建立平稳发展的机制。

(6)政策一致性:通过持续地对医院运营过程的监控和在需要的时候倡导变革,以确保与国家宏观卫生政策保持一致。

(7)通过建立并维持有效的外部交流和联系促进医院在社区和不同的公众群体中树立良好信誉。

2.2 德国医院管理职业化

德国卫生服务系统以市场需要为导向,以社会健康保险制为基础,建立由开业医生和医院服务为主体的医疗保健服务体系德国医院领导层的“三架马车”结构,即医院行政院长、医疗院长和护理院长,构成医院领导的决策层行政院长是最高决策人和领导人。[4]医院院长的任职资格:一类是经济学或管理学毕业生,经过4学期2年的医院管理的培训,或经强化的医院和卫生事业管理培训获得硕士学位者。另一类是受过商业管理或法学高等教育,再经强化的医院和卫生事业管理培训获得硕士学位者。

医疗院长通常由有医疗专长或资深医生担任。此外,还必须接受经济学或社会学,尤其是医院管理学和卫生经济学中与医疗服务有关的专业知识培训或进修,或接受医院管理和卫生事业管理的硕士水平教育。

护理院长任职资格要求有两类:一类是接受过3年疾病护理培训,包括一年住院或科室护理专业培训,一年医院高级护校的护理领导培训,或者经医院管理和卫生事业管理强化培训。另一类则是接受过经济学或社会学高等教育,具备一年疾病护理工作经历,或通过医院管理和卫生事业管理强化培训。

接受强化医院管理培训也是对医院其他部门负责人的前提条件。[5]

2.3 英国医院管理职业化

在英国,医院院长基本上都是管理专业毕业或经济、法学专业毕业,并要求在上岗前通过正规的职业培训专职管理人员。甚至各科主任也必须有管理硕士学位或通过管理专业培训后才能担任,对于改做管理专业的医师,在其从事管理工作前,必须接受半年到3年的正规的管理培训。[6]



2.4 法国医院管理职业化

法律规定国家综合医院的院长必须经过卫生管理专业培训,并且这些管理人员根据医院的规模不同而划分等级。法国国家公共卫生高级学院作为国家培养医院高级管理人才的学院,主要负责安排理论课程和医院实习,以及参与卫生管理项目。毕业前通过考试,合格后可分配至各地的中央医院,以助理员的资格工作实

践两年，再由国家公共卫生高级学院进行终考合格后取得医院高级管理的资格，然后可以由国家任命并逐步晋升管理级别。法国的培养模式注重实践能力。[7]

2.5 澳大利亚医院管理职业化

澳大利亚的医院是一种分权式、水平管理的组织结构。管理结构是董事会领导下的院长负责制。董事会任命院长，院长全面管理医院，并向董事会负责。医院下设行政、财务、医务和护理职能部门，分别由相关的专业人员负责管理，如医务部门的负责人必定是一位医学专家。医院院长称为CEO，是职业化的管理者。所有的院长都具有卫生管理硕士(MHA)或工商管理硕士(MBA)学位。约10%有医学背景。一旦走上管理工作岗位，就专职从事管理工作，不再从事临床医疗工作。澳大利亚对医院高层管理者有着任职资格的要求，其必须是皇家医院管理学会的成员。而医院管理学会成员必须经过MHA或MBA的学习。院长的全部精力集中在医院的战略管理和发展上。[8]

2.6 日本医院管理职业化

在日本，医院运行需要遵循《病院法》，规定院长必须由高级医师担任，但同时也要求院长必须熟知管理学基础知识，并经过专业的医院管理培训。日本的国立医院管理研究所是由政府主办的、专门进行医院管理教育和研究方面的机构，该研究所免费为全国各大国立医院培训高级管理干部。院长都配有一名非医师的行政副院长或称“事务长”作为院长的助手。事务长在一些大型医院又称事务部长，一般是由学习经济学和经营管理专业的大学毕业



生担任。院长和事务长两支职业化管理队伍在医院管理中发挥着积极作用：事务长是一支完全职业化了的管理队伍，原则上归院长领导，但有自己独立的管辖范围，首先要对董事会负责，其次对院长负责；该研究所的管理者研讨班是专为院长、事务长、总护士长等医院高级管理职位设置的。[9]

3 中国的医院管理职业化

3.1 中国管理职业化现状

“医而优则仕”，“专业做专家、业余当院长”。绝大多数的医院院长是医学专家，他们主要是从资深专业人员中选拔出来的，在学术上具有一定的权威性和影响力。他们有系统的医学知识结构和丰富的临床实践经验，但多数未接受过系统的医院管理培训，尚缺乏医院管理理论知识和技能，主要是凭经验和自我学习进行管理。[10]他们在从事医院管理工作的同时，还得拿出一定的时间(有的是大部分时间)从事临床专业工作。经常见诸媒体的院长贪腐事件，其实也是制度之殇，很大程度上和管理职业化没有做好有很大关系。表层原因：是在医院院长负责制下，医院院长手中的权力太大，

缺乏透明机制和监督制约机制。医院院长往往成为行贿的第一对象。拥有话语权的相关科室主管也成为行贿的重点对象，出现“塌方式腐败”。深层原因：是缺乏合理有效的医院管理职业化体系。“医”而优则仕，仍是典型的中国院长成长路径。“专业做专家、业余当院长”。

3.2 中外管理职业化差距[11]

现任领导多为临床专家，系统管理训练少，专门学位教育更少。技术职称评聘体系的缺陷阻碍了管理队伍职业化发展。传统思想观念制约管理队伍职业化，重临床轻管理，管理职业化意识薄弱。卫生事业管理专业学生较难进入管理层（85年开始）。[12]有医学背景的MBA、MPA、MHA培养缓慢，不被重视。职业化政策模糊，执行力度不高。医院管理专业学历教育缺失限制了管理队伍职业化发展。[13]在职教育没有系统医院经营管理培训。医院管理人员选拔制度与职业化的客观要求不一致。

3.3 我国管理职业化的政策环境

1997年，《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》提出：“高度重视卫生管理人才的培养，造就一批适应卫生事业发展的职业化管理队伍。”（指明了方向）。

2000年，张文康在全国卫生厅局长会议上强调：“要特别注意培养和建立一支懂经济、懂法律、掌握现代管理知识和技术的卫生机构领导班子。”院长管理水平将直接影响医疗服务和经济效益。

2007年，在全国人才工作会议上，胡锦涛同志强调：“必须遵循人才资源开发规律、坚持

市场配置人才资源的改革取向。”加速我国“职业化”医院院长阶层的出现。

2009年4月下发《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，要求“加强医药卫生人才队伍建设”，“规范医院管理者的任职条件，逐步形成一支职业化、专业化的医疗机构管理队伍”。

卫生部等五部委于2010年2月发布的《关于公立医院改革试点的指导意见》进一步指出，要“推进医院院长职业化、专业化建设”。

2015年《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》提出，要“突出(院长)专业化管理能力，推进职业化建设”，“加强公立医院院长职培训”。



中国或将设定公立医院院长职业认证体系。

中共十八届五中全会公报指出推进健康中国建设，深化医药卫生体制改革，理顺药品价格，实行医疗、医保、医药联动，建立覆盖城乡的基本医疗卫生制度和现代医院管理制度。“健康中国”上升为国家战略。规划明确指出了要建立现代医院管理制度，健康中国战略是一个全局的全产业链的系统工程。要实现健康中国战略，要实现健康中国2030规划，医院管理职

业化队伍应该大有用处。国家层面在2016年11月1日正式设立公立医院院长职业化能力建设专家委员会。11月2日，由国家卫计委能力建设和继续教育中心主办首届中国医院能力建设与发展暨健康医疗大数据应用发展大会召开。会议透露：今后全国将逐步建立政府层面、统一的院长职业化培训标准，形成院长职业化培训领域的行业规范。推进公立医院院长职业化建设，是深化医药卫生体制改革的必然要求，也是公立医院改革的一项长期任务。公立医院院长职业化、专业化进程将进入规范化的发展阶段。培训涵盖了医院管理、法律、经济、财务、发展战略、医疗保险及医疗质量等13个领域。医院管理职业化也许从这一刻算真正的启幕。



4.管理职业化是医院发展必由之路

管理职业化是医院发展必由之路，但是要扭转这样的局面不是我们一己之力可以做到的我们能做到的就是保持自己摇曳的星星之火不灭，并做好自己。管理者能否管理好别人从来没有被真正验证过，但管理者却完全可以管理好自己。管理大师德鲁克1966年发行的《卓有成效的管理者》就告诉我们：一群平凡人，能

做出不平凡的事业吗？这是完全可以做到的。只要我们组织中的每一个人都能做到卓有成效。卓有成效可以学会吗？卓有成效是可以学会的。每个人都必须卓有成效吗？

卓有成效是管理者必须做到的事，但是在所有的知识组织中。每一位知识工作者其实都是管理者一即使他没有所谓的职权。只要他能为组织做出突出的贡献。管理者的成效往往是决定组织工作成效的最关键因素；并不是只有高级管理人员才是管理者，所有负责行动和决策而又有助于提高机构工作效能的人，都应该像管理者一样工作和思考。如何卓有成效？记录并分析时间的使用情况，把眼光集中在贡献上，充分发挥人的长处，要事优先，有效决策。

2018年两会期间习近平总书记在参加广东代表团审议时强调，发展是第一要务，人才是第一资源，创新是第一动力。中国如果不走创新驱动道路，新旧动能不能顺利转换，是不可能真正强大起来的。要强大起来靠创新，创新靠人才。医院也是一样，要发展需要靠创新，尤其是管理创新，要创新需要人才，从管理职业化的角度来看就是需要职业化的管理队伍。

参考文献

[1]徐燚,张光鹏,郭岩.中美两国医院院长任职资格的差异探索医院管理“职业化”[J].中国卫生事业管理,2010,27(4):249-251.

[2]夏雪,张翔.美国应用型卫生管理人才培养对我国的启示[J].医学与社会,2011,24(7):51-54.

[3]Jonathon S Rakich, ph.D.and Kurt Darr.

Hospital Organization and Management[J] ,
TextandReadings-3 ed, copyright(c)1983 by
Spectrum Publications, Inc, p.156 -189.

[4]郝敏,王璞,唐锦辉.德国医院管理体制对我国
医院管理的启示[J].解放军医院管理杂
志,2011,18(08):798-800 .

[5]陈焕生,于丽华.德国医院管理特点[J].中华
医院管理杂志 1997, 13(1):60-63 .

[6]王琼,蒲川.推动我国医院院长职业化进程—
—国外医院职业化管理模式对我国的启示[J].
中国卫生事业管理,2009,26(10):676-679 .

[7]陈天琪,黄晓光,郭文瀚,吉科一.国外医院高
级管理人才培养模式研究[J].国外医学·卫生
经济分册,2015,32(04):158-161..

[8]苏维,裴丽昆.从中澳两国医院管理者的差异
看职业化管理[J].中华医院杂志,2005,
21(08):563-566 .

[9]王梅,徐国桓,武立莹.参与国际竞争加速
医院院长职业化进程[J].中华医院管理杂
志,2002,18:544.

[10]王宇.专家型院长提升医院管理能力的若干
思考[J].中国医院管理,2006,26(10):29-31。

[11]王耀刚.职业化医院院长能力体系构成要素
探析[J].中华医院管理杂志,2005,21(09):621-
624.


[12]王梦瑶,刘莉,陈家应,卫生事业管理人才
培养现状及学生对培养认知的研究[],南京医
科大学学报(社会科学版),2016,4(2):
159-162。

[13]魏万宏.国内外医院管理队伍职业化比较与
分析[J].中国卫生事业管理,2011,28(2):118,134.

1.管理学的精髓：专业的人做专业的事
**2.大批量合格的医院管理师，是现代医
院管理制度落地的坚强后盾，否则，
一切全是幻想和空谈。**

**3.希望建立医院管理师岗位能力认证制
度！**

**4.医院评审时，可加入“合格的医院管
理师占该医院管理人员的比例，各级
医院管理师所做的具体工作是否与其
职位级别相匹配”。**

 **赶紧报名提升您的医院管理水平吧，
第七期高级医院管理师班等着您！**

详情见网址：<http://www.yyzygl.com/>



管理问答：医务人员的核心能力推荐榜单

□ 王炳花

一、什么是管理？

关于什么是管理，至今尚未有统一的认识及答案。管理一个既深奥又简单的词汇，大到战略层面小到问题层面，上至国家治国理政，下到小作坊的有序工作，无不需要管理。

管理字面拆解意思就是“管辖”、“处理”、“管人”、“理事”等。法国著名管理学家亨利·法约尔认为“管理就是计划、组织指挥、协调和控制”。美国管理学家赫伯特·A·西蒙认为“管理就是决策”。

华人学者中对管理的定义及贡献，最具代表性的当属台湾师范大学曾仕强教授具有哲学思维的管理概念，认为管理就是“修己安人”这是管理概念最凝练的中国式答案，“修”与“安”具有丰富的内涵，修，修炼，修行，既可以修炼格局，修炼内涵，修炼能力，修炼素质，修炼眼界，又可以修炼理论及专业技能...安，安抚，安定，安宁，安然，心安理得。通过“修己”令其心悦诚服，顺畅的接受之。

先修己，才能以上率下，才能安人、服人才能适合中国式思维“他（她）凭什么德行可以管我？”的民间惯用思维的拷问，才能得以安人。

“修己安人”，与《习近平谈治国理政》

要求党员干部打铁还需自身硬的这种管理思想一脉相承。西方学者的概念倾向于科学管理，相对容易学习，曾仕强教授的概念倾向于哲学管理思维，较难学习及领悟，先学习科学管理，再学习哲学管理思维，必将受益匪浅。

二、医务人员应该具备哪些核心能力？

美国医学院协会推荐的医务人员核心能力，是在153项能力榜单中提炼出的八大能力范畴58项核心能力，由美国医学博士罗伯特·英格兰登及其同事们于2012年6月发表。见表FM-1。



罗伯特·英格兰登在《患者安全案例研究》一书中说：目前医务人员“最常欠缺的能力是职业素养和人际沟通技巧两大能力”。对照该核心能力，我们团队中的医务人员是否具备了这些能力呢？

1. 患者照护

以患者为中心，富有同情心地为其健康问题提供适宜且有效的治疗，并改善其健康状况。

1.1. 实施医疗实践范围内基本的医疗、诊断与手术程序;

1.2. 通过病史采集、体格检查、化验结果成像及其他检查数据就患者及其症状收集必要且准确的信息;

1.3. 根据优先等级安排取责以提供安全、有效且高效的医疗服务;

1.4. 判读医疗实践范围内所需的化验结果成像研究和其他检查结果;

1.5. 基于患者的信息与偏好、最新的科学依据和临床判断,就诊断和治疗手段做出充分知情的决策;

1.6. 制定并落实患者管理计划;

1.7. 为患者及其家属提供健康咨询和教育服务,并鼓助他们参与诊疗过程以及协助医务人员做出诊疗决定;

1.8. 安排恰当的患者转诊,包括确保医务人员或医疗设备转变过程中的治疗持续性以及跟踪随访患者的病情发展与治疗结果;

1.9. 向患者、家属和社区提供疗保健服务,以帮助其远离疾病,保持健康;

1.10. 恰当的榜样作用;

1.11. 履行与其职位、能力和资质相匹配的监督职责。

2. 实践知识

展示现有的与不断发展的生物医学、临床流行病学和社会行为学等知识,并能将其应用于患者照护。

2.1. 展现对临床情况采用的调查和分析方法;

运营成本上要低于同业的一般水平线。这方面,

2.2. 应用现有的和新兴的科学原理为患者以及公众提供医疗照护;

2.3. 应用现有的和新兴的临床科学原理来制定诊断与治疗方面的决策,解决临床问题,并进行其他方面的循证医疗照护;

2.4. 应用流行病学原理来识别健康问题,危险因素、治疗策略、资源,以及为患者和大众所做的疾病预防或健康促进方面的努力;

2.5. 应用社会行为学原理提供患者照护,包括评估社会心理和文化方面的因素对健康、疾病、寻求照护、照护依从性,以及照护的障碍和对照护持有的态度等产生的影响;

2.6. 促进医疗保健新知识和新实践的创新、传播、应用和转化。



3. 基于实践的学习与改进

有能力调查研究和评估他们自身的患者照护能力,评价和消化科学依据,并基于不断的自我评价和终身学习从而持续改进患者照护的能力。

3.1. 认清自身的知识与专长方面的优势、不足和局限性;

3.2. 设定学习与改进目标;

3.3.确定和进行学习活动,解决自身在知识技巧和/或态度上的不足;

3.4.使用质量改进方法系统分析实践行为,以带着实践改进的目标实施改变;

3.5.将反馈纳入日常实践当中;

3.6.从与患者健康问题相关的科学研究中查找、评估和消化证据;

3.7.利用信息技术优化学习;

3.8.参与教育患者、患者家属、学生、实习生、同行以及其他医务工作者;

3.9.获取和利用个别患者、患者群体或吸引患者改善照护的社区的相关信息;

3.10.不断发现和应用那些被证明能改善治疗结果的新知识、指南、标准、技术、产品或服务;

4.人际沟通技巧

能够运用人际沟通技巧,以便和患者及其家属,以及其他医护人员有效交流信息与合作

4.1.适当地与社会经济和文化背景各异的患者、家属以及公众进行有效的交流沟通;

4.2.与同一职业或专科的同行、其他医护人员以及卫生相关机构人员进行有效的交流沟通(见7.3.);

4.3.以成员或领导者的身份在医护队伍或其他职业团队中与他人高效配合(见74.);

4.4.为其他医务人员提供咨询服务;

4.5.保持全面、及时且清晰可辨的医疗记录;

4.6.以谨慎、诚实和同情的态度沟通难以表达的情况,包括涉及死亡、临终、不良事件、坏消息、错误披露,以及其他敏感话题的情况;

4.7.能洞悉和理解情感以及人们产生和控制情感时的反应。



5.职业素养

必须恪尽职守,坚守道德准则。

5.1.同情心、诚实正直和尊重他人;

5.2.积极响应患者需求,将其需求置于个人利益之上;

5.3.尊重病人的隐私和自主权;

5.4.展现对病人、社会和职业的责任感;

5.5.对不同患者人群包括但不限于不同性别、年龄、文化、种族、宗教、残疾和性取向的病人,都应同情理解和积极回应;

5.6.坚守与提供或拒绝照护、机密、知情同意和商业行为有关的道德准则,包括遵守相关法律、政策和法规。

6.基于系统的实践

必须有对医疗保健的大局和系统的意识及反应能力,能够有效调用系统中的其他资源以提供最佳的医疗保健服务。

6.1.在与其临床专科相关的各种医疗保健服务环境和系统中有效开展工作;

6.2.在与其临床专科相关的医疗保健系统内协调患者照护;

6.3.在病人和/或基于公众的照护中,能兼顾考虑成本意识和风险效益分析;

6.4.倡导优质患者照护和最佳患者照护系统;

6.5.参与发现系统错误并实施潜在可行的系统解决方案;

6.6.能履行与自己的职位、能力和资质相称的行政管理与实践管理的职责。

7.跨专业协作

必须具备跨专业团队合作的能力,才能使以患者为中心/以全民为中心的医疗照护更安全、更有效。

7.1.与其他医务人员共事,创建和维持一种互相尊重、维护尊严、尊重多元化、诚信伦理和互相信任的工作氛围;

7.2.用自身职责和其他医务人员所负责责的专业知识恰当估计和解决被服务患者和公众的健康需求;

7.3.以维护全民健康和治疗疾病为己任,以积极响应和负责的态度及方式与其他医务人员进行沟通;

7.4.分担不同的团队责任,创建、发展并持续强化跨专业团队,从而提供安全、及时、高效、有效和公平的以患者和公众为中心的医疗服务。

8.个人发展与职业发展

必须能够展现维持终身的个人与职业成长所需的品质。

8.1.展露使用自我意识认识到知识、技能及情感上的不足或缺点以寻求恰当帮助的能力;

8.2.面对压力,能够展现出健康的应对机制;

8.3.能够管理个人和职业责任之间的冲突;

8.4.在凭借改变个人行为以适应变化方面,能够展现出灵活性与成熟度;

8.5.当负责照护病人时,展现出令同事感到安心的可靠性;

8.6.具备增强团队运作、改善学习环境以及或强化医疗服务系统的领导才能;

8.7.展现出令患者、家属和医疗团队成员安心的自信;

8.8.能够认识到临床医疗本身就具有不确定性,并能利用合适的资源处理不确定性。

表FM-1医务人员核心能力

序号	能力范畴	能力定义
1	患者照护	为健康问题的治疗和促进健康提供有同情心的、适当有效的、以患者为中心的照护。
2	实践知识	具备已确定的和不断发展的生物医学、临床、流行病学以及社会行为学的科学知识,并能应用患者照护的知识。
3	基于实践的学习与改进	有能力调查研究和评价患者照护能力、评价和消化科学依据,并基于不断的自我评价和终身学习从而持续改进患者照护的能力。
4	人际沟通技巧	具有人际沟通技巧,能与患者、患者家属以及医务人员进行有效的信息交流与合作。
5	职业素养	能信守承诺履行职业责任并坚守道德原则。
6	基于系统的实践	具有医疗大环境和系统的意识及应对能力,能有效利用系统内的其他资源以提供最佳医疗照护。
7	跨专业协作	能有效参与到跨学科团队中,使得安全有效的以患者和公众为中心的照护达到最优。
8	个人发展与职业	具备维持终身的个人与职业成长所需的各种素质。

Englander, R. 等, 2013. Toward a Common Taxonomy of Competency Domains for the Health Professions and Competencies for Physicians. Acad Med, 88, 1088-1094.

医院职业化管理杂志编委会

主编：易利华

副主编：马恩祥（常务） 雷成家 郭俊 刘焘

编委：蒋辉 梁小群 邹新春 王炳花 师成虎

王培均 许秀胜 孟庆远

编辑部主任：谢琳琳

副主任：师成虎

责任编辑：李俊 单梅

出版：医院职业化管理（香港）杂志社有限公司

地址：香港湾仔骆克道300号侨阜商业大厦20楼A室

