

医学伦理学在医疗质量管理中的作用

干振华, 杨国斌, 汪春晖, 陈 飞, 王玲玲

【摘要】 医疗质量管理和医学伦理学两者的本质都是要求以人为本、以病人为中心, 实现患者利益的最大化, 达到医疗行为与患者利益的和谐统一。本文结合医院工作实践, 探讨医学伦理学在医疗质量管理中的指导、推动和约束作用, 促进合理医疗, 规范技术应用, 提高应急处置能力, 构建和谐医患关系。

【关键词】 医学伦理学; 医疗质量管理

中图分类号: R821.168 文献标志码: A 文章编号: 1672-271X(2010)04-0366-03

现代医疗质量管理是建立在现代医学模式基础之上, 不仅包含诊疗质量的全部内容, 而且涵盖了病人的满意度, 医疗工作效率, 医疗技术社会效益以及医疗的连续性和系统性等, 外延明显扩大, 内涵更加丰富, 更加强调坚持“以人为本”的理念, 树立“以病人为中心”的医院管理运行模式。医学伦理学强调尊重、不伤害、有利、公正的四大原则^[1], 要求医疗行为不论在主观上、动机上, 而且在客观上、效果上切实维护患者的利益^[2], 避免伤害。两者的本质都是为了实现患者利益的最大化, 达到医疗行为与患者利益的和谐统一。

医学伦理学作为一种指导性原则对医疗质量管理具有一定的指导、推动和约束作用。重视医学伦理学在医疗质量管理中的作用, 把医学伦理学的原则、观点有机融入医疗质量管理, 成为指导医院决策、计划、组织、控制过程的行动指南^[3], 是现代医疗质量管理的一个显著特点。

1 医学伦理学对合理适度医疗的推动作用

依据医学伦理学有利的效用原则, 患者应当通过最低的经济代价, 获得最合理的治疗, 取得最好的效果。但现实医疗环境中, 过度医疗的现象依然较为普遍, 类似“天价医疗费”的报道也屡见报端, 有的医院在发展中的“效益观”错位, 市场的手段太多, 过分追求经济效益增长; 有的医务人员在不当经济诱惑驱使下, 道德准则出现松动, 追求个人利益; 还有的医务人员忽视最基本的诊疗, 一味追求高精尖的检查和最新的药品, 重复多次的检查, 这些都导致患者的医疗费用上升, 在一定程度上, 使患者付出

的代价与其受益不成正比, 侵害了患者的权益, 同时对医疗资源也是一种极大的浪费, 这也是引发目前社会流行的“看病贵”、医患关系不和谐的突出矛盾的原因之一。

尽管医疗服务具有一定的商品特质, 但不能完全以商品的价值观来对待, 其公益性和社会效益永远是第一位的^[4], 坚持“以人为本”, 保障患者最大权益, 享受合理、适度的医疗服务, 是医学伦理学根本的内在要求, 推动医疗质量管理向着这一方向不断改进, 确保医院在社会效益和经济效益前不错位, 在患者利益和医院利益前不迷茫。

我院坚持患者利益第一, 真情回报社会的方针, 在发展理念上坚持适度规模发展, 注重质量提升, 加强合理用药、合理检查的管理, 使病人得到放心、实惠、及时、有效的治疗。一是用制度促落实。先后制定了《进一步加强合理用药的规定》、《医疗质量改进方案》、《医疗质量考核细则》等一系列制度, 把合理医疗作为科室质量建设的重要考核内容。二是创新管理办法。积极探索单病种管理、临床路径管理, 引进患者抗生素平均使用天数、输液率、辅助用药率、科室个人收入构成比等指标, 健全考核体系; 对贵重药品实行控制性使用, 除不计科室收入外, 对超过一定金额的药品使用实施经济扣罚。三是加大人员教育监管。加强“三基”、“规范化培训”等技能培训, 提高人员合理医疗的能力, 加强合理医疗理念的教育宣传, 增强人员合理医疗的意识。

2 医学伦理学对新技术、新项目开展的规范作用

一切诊疗手段都是有利和有害的综合体, 这一点在新技术、新项目的开展应用上尤为明显。特别是随着现代医学的发展, 新设备、新药品的不断应用, 新技术、新项目也不断涌现, 对医院技术实力的提升, 对救治水平的提高, 甚至对医学的进步这都是

基金项目: 南京军区医学科技创新资助项目(09MA085)

作者简介: 干振华(1979-), 男, 浙江绍兴人, 硕士, 主管药师, 从事医院管理工作

作者单位: 210002 江苏南京, 南京军区南京总医院

必要的,但是新技术、新项目的开展应用远远超过了滞后的临床循证医学^[4],有的项目长远效果无法判断,有的项目的准入和操作体系也不是十分健全,有的从业人员在短期培训后就开展工作,技术水平参差不齐,这就必然增加了患者的风险。如果不加规范开展,其弊必大于利,但如果束手束脚、止步不前,也是对患者、对社会的不负责任。

只有坚持不伤害这一医学伦理学的临床底线,进行风险的客观评估,伤害和收益的评价,对新技术、新项目的开展进行遴选、指导和约束,从而加以规范,真正造福患者。

我院在新技术、新项目的开展的选择上,始终坚持以医学伦理学为指导,坚持不伤害或收益大于伤害的原则,实施规范化管理,坚持成熟一个,上马一个,绝不贪功冒进,确保新技术的安全性和病人的最大获利性。一是发挥医学伦理委员会的作用。对拟开展的新技术实施伦理审批,对伦理学原则、风险、效益等进行评估论证,实行统一原则、统一申报、统一管理^[5]。二是实行操作技术准入。提高准入门槛,从人员资质、经验水平、操作能力、效果反馈等方面,进行准入考核,大大提高新技术开展的安全性。三是充分尊重患者的选择。严格把握适应证,对患者的病情、新技术的风险、效果的评估等进行充分的告知,尊重患者的知情权、选择权,做到公开、客观。

3 医学伦理学对急救工作的指导作用

急救救治能力体现医院的综合救治能力,医院也经常会遇到自然灾害、车祸、中毒等突发公共卫生事件批量伤员救治工作,但现实救治过程中,经常会遇到一些与日常伦理要求相矛盾的问题,如有时伤员无行为自主能力,又无家属,是等待告知、选择,还是果断进行处置;有时伤员在紧急条件下必须进行伤害较大的处理,是等待条件,暂不处置,还是及时处理,挽救生命;有时面对批量伤员,是按常规逐一同等对待处理,还是对伤员进行选择性的重点救治等。这些矛盾处理不得当,将延误或错过最佳救治时机,对伤员的生命带来直接的影响。

从医学伦理学的观念来讲,患者最重要的应当是生命权,第一时间妥善做好急救救治工作,挽救患者生命才是最重要的。因此,医学伦理学不是教条,急救救治工作应当在医学伦理学原则指导下,依据特定的条件、环境,作出最合理、科学的判断和处理,畅通“绿色生命通道”。

我院在医学伦理学原则的指导下,把挽救生命作为第一要务,对应急条件下的救治工作进行了积

极的探索和研究。一是积极开展损伤控制性手术等研究,加强对急救救治力量的训练,成立了内科抢救组和外科多发伤救治小组,确保伤员第一时间得到最妥善的处理,降低伤害。二是完善各类突发公共卫生事件及自然灾害救治的应急预案,形成全院联动机制,进行预演预练,提高伤员的转运、分检能力,正确分流,加快伤员的处置,降低伤害。三是高度重视对急诊绿色通道建设,在急诊科设置手术室,成立批量伤员急救救治中心,为伤员的救治尽可能创造最好的条件,降低伤害。医院在多次重大车祸批量伤员救治、“9.14”毒鼠强中毒群众救治、地震伤员收治、氯气中毒人员等事件的处置中得到检验。

4 医学伦理学对构建和谐医患关系的促进作用

医患关系是特定环境下人与人的关系,更是一种社会关系。目前,医患关系已经成为社会关注的热点,其矛盾的激化,从医学伦理学角度看,是行为中对基本准则的把握出现了错位,主要有公平的失衡,医疗资源分配、医疗保障体制、经济承受能力等,使患者感到侵害了公平的权益,未得到应有的尊重;医学信息的不对称,加之沟通不畅,告知不到位,双方理解产生偏差,使患者感到知情权、选择权受到侵害,获得伤害;医疗费用的增长,部分医务人员的不良行径,社会的舆论导向,使患者感到利益受到侵害,对医务行为产生不信任,对出现的伤害甚至是不可控的伤害均不能接受。这些问题的产生,除去现实社会因素外,医院、医务人员自身也值得反思。

医患关系的建设,是社会和医院必须直面的问题,医患关系的和谐程度也直接反映了医疗质量管理水平。良好医患关系能使患者对诊疗的配合大大增加,对医务人员的医疗行为进行认同,有利于病人的疾病治疗与身心康复。要以医学伦理学四个基本原则为指导,始终坚持“以人为本”、“以病人为中心”的本质,促进医患关系的和谐发展。

我院一直以“厚德、精业、创新、至善”为宗旨,把尊重、有利、不伤害的理念融入医疗质量管理全过程,促进和谐医患关系构建。健全医疗工作中的规章制度,狠抓核心医疗制度落实,约束医务人员的医疗行为;加强医务人员的伦理、人文、法律的宣传教育,印制《医患沟通技巧》、《医疗法规汇编》等汇编,增强医务人员的沟通技巧和法律意识;完善医德医风监管机制,开展医患之间、医医之间、医护之间等横向和纵向的医德医风测评,广泛接受各方监督。

总之,医疗质量管理是一项全面复杂的工程,医疗质量管理工作离不开医学伦理学的支持,忽视了

患者医学伦理学方面内在需求的质量建设,难以带来医疗服务态度的根本改变和医疗服务质量的大幅提高,无法满足日益增长的、全方位、多层次的医疗服务需求,只有符合医学伦理学原则的医疗质量管理,才具有现实的生命力和意义。

【参考文献】

- [1] 郭照江. 军医伦理学[M]. 北京:人民军医出版社,2009:23.
[2] 向鸿梅,赵 玮,魏赞鹏. 论医务工作者的医学伦理观[J]. 中

国医学伦理,2007,20(3):120-121.

- [3] 孙国荣,郑尚维,邓绍林,等. 医院管理制度与医学伦理建设的探讨[J]. 现代预防医学,2008,35(6):1095-1096.
[4] 陈晓红. 医患关系的伦理问题[J]. 医学与社会,2008,12(5):52-54.
[5] 黄小红,刘春华,吴有琴,等. 医学伦理委员会在医院发展中的作用和地位[J]. 邵阳医学院报,2007,26(4):260-261.

(收稿日期:2009-12-02)

(本文编辑:孙军红)

我院建立老干部家庭病房实践与体会

刘永平,陈 宏,马建芳,胡永鹏

【摘要】 介绍本院老干部家庭病房的运行模式、规章制度、工作流程,对军队建立家庭病房的情况进行分析。建立家庭病房适应了医学模式转变的需要,实现了医院与干休所的一体化医疗保障管理。

【关键词】 家庭病房;老干部;医疗保障

中图分类号:R821.168.7 文献标志码:A 文章编号:1672-271X(2010)04-0368-03

我院从2005年1月开始,在干休所建立“老干部家庭病房”,对部分离退休老干部病床按照住院管理的基本原则实施家庭护理保健。依托医院的技术力量,发挥干休所的医疗资源,使家庭病房成为医院干部病房的延伸、前移,创建了“医院、干休所、家庭三级保健”体系,为老干部提供人性化的服务。现将具体的实践及体会介绍如下。

1 资 料

我院自2005年1月至2009年6月实施家庭病房的离退休老干部共116人次,年龄65~92岁,平均年龄(78±9)岁。均患有疾病6~12种。4年半来我院医护人员共出诊、会诊226人次,先后协调8个专科专家出诊32人次,会诊43人次。

2 方 法

2.1 确定老干部家庭病房运行模式 老干部家庭病房是医院干部病房的延伸,以整体护理为主,治疗为辅^[1]。按照住院管理的基本原则,医院干部病房按照住院诊疗规范办理建床、建档,负责病案书写及诊疗方案。干休所责任医生、护士承担每日的查房及日常治疗护理工作。

2.2 建立家庭病房医疗护理小组 为确保医院干部病房和干休所的无缝链接,成立了家庭病房医疗护理小组。本院干部病房科主任任组长,各干休所的卫生所长任副组长,并设有成员:本院医生2名、护士2名(分别专职负责2个干休所,每2个月定期轮换)、干休所指定医生2名、护士2名。

2.3 严格收治对象标准 家庭病房以整体护理为主,治疗为辅。适应证主要为:①急性心(如急性心肌梗死)、脑(如急性脑出血、脑梗死)血管疾病、手术或骨折术后恢复期需要康复指导的患者;②高龄、体弱的慢性疾病患者合并轻度急性感染需特殊治疗者;③慢性疾病患者中需要指导特殊治疗者或慢性疾病患者病情相对稳定需要院外监测随访,调整用药者(如糖尿病患者调整降糖药剂量或高血压患者调整降压药物过程中)均可纳入家庭病房;④出院后恢复期仍需治疗、康复的老干部;⑤晚期肿瘤需要支持治疗和减轻痛苦的老干部。

2.4 建立制度,明确责任 依据《医疗护理技术操作常规》要求,结合医院和干休所卫生所的特点,制定了《老干部家庭病房管理规定》,明确医院干部病房和干休所卫生所的分工和职责,并签定书面协议。设计了“老干部家庭病房病历首页”、“老干部家庭病房医嘱记录单”、“老干部家庭病房护理记录单”、“老干部家庭病房出院小结”等4种表格。对老干部家庭病房人员职责、工作流程、质量标准以及各环

作者简介:刘永平(1962-),男,福建福州人,本科,主任医师,从事医院管理工作

作者单位:350002 福建福州,解放军476临床部