

四川省精神病专科受评医院的若干问题与建议

黄宣银 向 虎 谭友果

【摘要】三级精神病医院评审标准(2011年版)发布后,四川省有11家机构按照新标准进行了评审或复评审。受评医院分别存在对评审标准认识理解的误区以及新体系管理运行不畅、人力资源普遍不足和医疗核心制度执行不力等缺陷,需要在持续改进中完善。

【关键词】 精神病专科; 医院评审; 问题; 建议

中图分类号: R749

文献标识码: C

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2015.05.022

Some problems and suggestions for the accredited hospitals of psychiatric specialist in Sichuan province

HUANG Xuan - yin¹, XIANG Hu¹, TAN You - guo²

¹Sichuan Mental Health Center, Mianyang 621000, China

²The Zigong Mental Health Center, Zigong 643020, China

【Abstract】 After the three levels of psychiatric hospital accreditation standards (2011 Edition) released, there are 11 institutions in Sichuan province in accordance with the new standards for the assessment or re - assessment. These hospitals have the following defects, for example, misunderstanding of the assessment criteria, not smooth of the new management system, shortage of human resources and poor implementation of the medical core system. These problems need to be improved in continuous improvement.

【Key words】 Psychiatric specialist; Hospital accreditation; Problems; Suggestions

四川省精神病专科医院(以下简称“专科医院”)的评审工作从我国医院评审的第一周期起,迄今为止已20年。到2007年底,四川省专科医院的级别分别是:三级甲等5所(6.67%),三级乙等4所(5.33%),二级甲等4所(5.33%),二级乙等22所(29.33%),未评级40所(53.34%)。

国家卫计委(原国家卫生部)发布《三级精神病医院评审标准(2011年版)》和《三级精神病医院评审标准(2011)实施细则》(以下简称“评审标准”)后,我省有11家专科医院(三级6所,二级5所)参照新标准接受了评审或复评审^[1]。其中,三级专科医院的新评审和复评审参照国家卫计委评审标准实施细则执行,二级专科医院按照我省的修改版本操作。已接受新标准评审或复评审的专科医院存在一些共性问题,分述如下供参考。

1 对评审标准认识的问题

现场评审中发现,专科医院对接受评审存在一些认识误区,主要表现为:

1.1 医院评审等于资料评审 不少机构的管理者和员工按照前期医院评审的惯性思维来对待新评审标准,认为只要准备好评审档案资料就万事大吉,忽视2011版评审标准中“以病人为中心”的服务理念,未关注“持续改进”的运行过程以及立足“常态化工作状态”等评价方法的变化。

1.2 专科医院难以达到新标准体系要求 一度时期,由于不少专科医院的生存与发展举步维艰,画地为牢和坐井观天的状况屡见不鲜,这种游离于主流医学以外的情况使专科医院在发展理念、服务观念以及技术进步的能力与综合医院相比存在明显差异。因此,当专科医院的管理者和员工接触到国家2011版标准时均感觉到“压力山大”,尤其是急诊医疗服务、质量与安全管理与持续改进、不良事件报告与改进以及医院信息化建设等方面在实际操作中更是感受到前所未有的压力,启动评审工作和接受现

作者单位: 621000 绵阳 四川省精神卫生中心(黄宣银,向虎);
643020 自贡市精神卫生中心(谭友果)

场评审的过程中,每每感觉信心不足,力不从心。

2 受评医院管理运行中的问题

2.1 管理运行不畅 机构按照评审标准比较完整地梳理了工作体系,搭建了医院质量与安全管理工作架构,启动了持续改进工作进程,按照评审标准规范完成的工作制度初步运行,但各质量管理组织运行尚不流畅,缺乏医院质量管理工作和各个委员会开展活动的痕迹。例如:应该由院长牵头组织的医院质量与安全管理委员会缺乏运行记录;不良事件报告的分析浅尝辄止;对系统性问题提出的改进措施缺乏针对性;质量管理体系运行、培训与定期考核、管理工具应用、超 24 周住院患者评价、联合使用多种精神药品监测等落实情况参差不齐;科室层面对医院下达的平均住院日、大型医疗设备检查阳性率和抗菌药物使用等指标无定期监控分析。

2.2 拷贝移植痕迹明显 按照新标准修改的医院规章制度拷贝移植和生搬硬套的痕迹比较明显,没有结合本机构的具体需要和工作实际,甚至有的机构连单位名称都没有修改过来。

2.3 人力资源普遍不足 专科医院普遍存在人力资源不足的现象。为了满足评审标准中职能科室设置的要求,让中层干部“一专多能”,在担任病区科主任的情况下,往往还兼任一至两个职能科室主任,造成有机构设置,有工作岗位要求,但具体工作无精力开展的现象。

2.4 后勤保障力量偏弱 医院后勤保障力量偏弱或管理错位。林林总总的表现为:后勤保障管理工作人手不足;业务外包后疏于管理;设置的营养室不纳入营养科管理;营养食堂主材来源未纳入医院监管,食品不留样,食品安全管理无应急预案;医用高值耗材归在总务科管理;医院的年度财务报告既缺乏内部审计的痕迹,也没有第三方机构的审计报告以及没有能力开展成本核算管理工作和医疗价格管理等。

2.5 危险品管理工作不落实 危险品管理部门没有危险品、压力容器、特种设备管理清单,没有监管的相应记录。污水处理站使用的盐酸入库、消耗使用、存放环节存在安全隐患。盐酸等危险品无专人、专柜、专锁管理,存放场所无监视装置。

2.6 急诊服务能力 不少机构现行急诊医疗服务的基础设施、人力资源、工作制度和服务流程等方面尚不能满足实行 7×24 小时服务和急诊绿色通道要求。

2.7 “碎片化”工作模式 在医疗质量与安全管理

和持续改进方面,医院的急性住院诊疗管理、临床心理科诊疗管理、公共精神卫生服务管理和司法精神医学服务管理等工作存在人力资源分散、“碎片化”工作模式等问题。

2.8 医疗核心制度宣贯不力 在终末病历和运行病历中,存在医师对异常体征不追踪、阳性检查结果不关注、他科疾病不会诊的现象。同时,也存在三级查房制度落实不到位,病历记录不完整,各种讨论记录未注明参加人员职称,无总结性发言。个体化沟通记录、特殊用药及治疗记录不完整。

会诊制度或多学科联合诊疗活动相关制度要求,凡遇疑难病例或者限于技术的原因,医院不能解决的问题,应及时申请会诊(科内会诊、科间会诊、院内会诊或者院外会诊),但不少机构的做法是,遇这类患者要么直接办理出院,要么没有任何会诊安排或者没有“会诊记录单”。多学科联合诊疗机制运用不够,不利于集成医院总体资源、提高医疗服务质量。

病历记录方面,医嘱单未能及时打印并签名;出院病历完成的及时性监管不到位,未纳入科室质量管理考核内容;病历首页中,国际疾病分类与手术操作分类的编码质量需要提高。

2.9 质量分析会议没有形成常态 质量安全管理委员会或者各相关委员能够依据不良事件报告、典型病例、死亡患者、突发事件等提出专题分析内容的机构比较鲜见。各相关委员会调研系统的质量问题提交解决方案、督查改善情况和发现新的问题的流程没有形成。

2.10 临床药学工作滞后 普遍缺乏临床药师以及临床药师参与查房、处方点评等工作痕迹。医院抗菌药物和精神药品的临床应用管理欠规范,如:未给临床科室设定精神药品的控制指标,也未与科主任签订精神药品合理使用的责任状。在给科室下达的抗菌药物合理使用的责任书中,缺乏差异化的科室监控指标。

3 思考和建议

3.1 评审标准的学习、理解和持续改进是一个进程 多数机构的做法是在评审准备过程中设置评审办公室,牵头落实评审工作,一旦现场评审完成,通过评审委员会的认证,评审办公室便“寿终正寝”,准备过程中的各种“法器”也就刀枪入库。从推动阶段性重点工作而言,这种安排无可厚非,关键的问题是:如何让评审标准的不断学习、深入理解和持续改进成为本机构管理运行的常态;怎样把评审过程

中梳理的工作体系,搭建的工作架构,形成的运行模式以及修改的工作制度内化为本机构员工的行为模式。真正达到评审标准规范的运行管理路径的目标,落实“持续改进”的方法是已经或将要接受评审的机构必须关注的问题。

3.2 不是评审资料,是关注评审标准实施的全过程。2011 版评审标准立足常态化工作,在现场评审过程中,已经由检查书面材料转向评价医院的运行状态,特别是引进追踪方法学进行现场评价,更加注重医院“以病人为中心”等各项工作制度的落实情况。

以精神科常用的无抽搐电休克治疗技术为例:按照评审标准要求,在运行体系中,要关联到精神科各临床科室、无抽搐电休克治疗室、医务科和人力资源管理部门。涉及到的规章制度包括知情告知、患者识别、查对制度、知情同意、转接制度、腕带使用、关键环节、临床技术操作规范、风险管理、技术分级管理、高风险授权、规范执业和人员资质等内容。在评审标准实施细则^[2]中涉及到第二章医院服务的条款有合法权益(2.6.1)和知情告知(2.6.2);第三章患者安全的条款包括患者识别(3.1.1)、查对制度(3.1.2)、知情同意(3.1.3)、转接制度(3.1.4)和腕带使用(3.1.5);第四章医疗质量内容有关键环节(4.2.1)、临床技术操作规范(4.2.2)、风险管理(4.2.4)、技术分级管理(4.3.2)和高风险授权(4.3.5)等;第六章医院管理内容有规范执业(6.1.2)、人员资质(6.1.3)。现场检查过程中可能要查看电休克治疗室规章制度、操作流程、问应急处理、查人员资质、腕带使用、医院检查记录等。由此可见,这些运行状态的现场检查是书面材料无法替代的。

3.3 执行标准与结合本机构实际问题。关于机构按新标准梳理医院规章制度和工作体系时,结合本机构实际情况不够,生搬硬套和拷贝移植痕迹比较明显的问题,从以下两方面讨论。

灾害脆弱性分析与应急预案。这个条款是要求受评机构针对自身可能会面临的主要危险因素,例如:地理位置(是否受到地震、洪水、滑坡等影响)、电力供应(备用电源情况)、危险品使用以及消防安全等情况进行分析后,有针对性地编制相应预案的管理活动,并没有要求机构把那些本身不可能面临的全部灾害要素都编制入应急预案^[3]。

众所周知,急诊服务是专科机构最薄弱的业务环节。评审标准(2.3.1)提出其建设应符合《急诊

科建设与管理指南(试行)》基本要求^[2],能够满足 7×24 小时急诊服务的需要。这对大多数机构是个两难的选择,如设置独立的急诊科建制,面临基础设施不够、急诊专业人力资源不足以及工作量不饱和等具体困难;不设置又担心现场评审不能通过。这就需要各个机构结合工作实际,设计出一个既满足《急诊科建设与管理指南(试行)》基本要求,又能够符合工作需要、不浪费人力资源的急诊服务模式。我省多数机构的做法是:设置急诊室,规划好急诊就诊流程,完善相关制度,当门诊的平诊区停止运行时,由住院部一、二线医师承担急诊任务,完成急诊服务功能。

3.4 核心条款必须落实。本评审标准有 30 条“核心条款”,它们既是最基本、最常用、最易做到、必须做好的条款,也是直接影响医疗质量与患者安全的条款,更是“一票否决”的条款。因此,各受评机构都非常重视这些条款的落实。在本人参加的评审中,有机构分别在公共精神卫生职能、报告医疗安全(不良)事件与隐患缺陷、多种抗精神病药物联合使用、高职称医师评价诊治方案、院感监测、多重耐药菌、能耗管理、医疗废物管理、消防安全以及急救、生命支持仪器设备始终保持待用状态等条款的执行中存在或多或少的缺陷。

中国的医院评审只有二十多年的历程,评审的目标和内容随着政府的政策导向变化而变化。评审活动只是一个过程,医院管理的要求是不断改进,建立长效机制,促进发展。精神病专科医院的评审标准和评审工作应该符合社会发展、医学发展和群众需求变化的要求^[4]。

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 卫生部办公厅关于印发心血管病等三级专科医院评审标准(2011 年版)实施细则的通知[2012]57 号 [EB/OL]. <http://www.nhfpc.gov.cn/zyygj/s3586q/201206/19bd3bf436441d4b4121492d7453d64.shtml> 2012-06-27.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 三级精神病医院评审标准(2011 年版)实施细则[EB/OL]. <http://www.nhfpc.gov.cn/cmsresources/mohylfwjgs/cmsrsdocument/doc15250.pdf> 2012-06-27.
- [3] 刘国霞, 韩国玲, 靳宝宁, 等. 高原地区精神病专科医院灾害脆弱性分析[J]. 高原医学杂志, 2014, 24(1): 17-18.
- [4] 中华医院管理学会医院评审课题研究组. 《我国医院评审工作评估》研究报告[J]. 中国医院, 2000, 4(3): 23-25.

(收稿日期: 2015-09-01)