

· 卫生管理 ·

德尔菲法构建医患纠纷数据库的研究*

缪春玉¹, 张绍蓉^{1△}, 曾琴¹, 李燕萍¹, 郝娜²

(1. 第三军医大学大坪医院野战外科研究所护理学教研室, 重庆 400042;

2. 第三军医大学基础护理教研室, 重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.12.035

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)12-1234-02

医疗纠纷是指患者及其家属与医疗机构之间, 因对诊疗、护理过程中发生的不良后果及其发生的原因认识不一致而导致的分歧或争议^[1]。随着人民群众自我保护意识及对医疗卫生保健的期望值不断提高, 各级医疗机构面临着医疗纠纷陡增之势。上海市一项调查显示, 近几年的医疗纠纷以每年 11% 的速度逐年递增^[2], 给患者和家属带来身心痛苦的同时, 扰乱医疗秩序, 影响社会和谐。各级医院对自身发生的纠纷进行了总结、分析, 制定了部分规章制度提高医疗服务满意度, 但没有一个数据平台可提供纠纷动态情况。为了探讨影响纠纷的因素、纠纷发生发展的规律、纠纷的类型, 为医院制定纠纷预警机制提供数据支持, 向临床工作人员提供解决同类纠纷的办法, 作者拟建立一个医患纠纷数据库, 采用德尔菲法确立了数据库的基本内容和框架。

1 方法

本研究采用德尔菲法, 通过 3 轮问卷调查, 得到了 20 位专家对医患纠纷数据库结构和内容较为一致的意见。

1.1 成立专家预测小组 专家预测小组成员 6 人, 分别从事卫生行政管理 2 人、临床护理 1 人、护理教育 1 人、临床护理管理 1 人、科学研究工作 1 人。预测小组主要任务是编制医患纠纷调查表和医患访谈提纲, 制定医患纠纷数据库框架及内容、编制专家咨询问卷、选择咨询专家, 依据咨询专家的 3 轮回复, 对专家提出的意见和建议进行统计、分析、整理。

1.2 初步拟定数据库的框架和内容 课题组成员采用专家预测小组编制的医患纠纷调查表对重庆市某三甲医院 2010 年到 2011 年 10 月发生的医患纠纷案例共 264 例进行回顾性调查分析, 对本院眼科青光眼病区 2011 年 8~11 月 60 例青光眼住院患者及其家属进行深度访谈, 在访谈期间, 发生的纠纷实时登记。在回顾性资料分析和访谈的基础上, 经过专家座谈, 拟定医患纠纷数据库的框架和内容。

1.3 形成第 1 轮问卷 综合文献分析和专家座谈意见, 形成第 1 轮咨询问卷。

1.4 选择咨询专家 在形成第 1 轮问卷的同时, 按照德尔菲法的要求选择咨询专家。咨询专家入选条件除了从事医疗护理相关工作十年以上外, 还需具备下列条件之一: (1) 担任医务部主任、科室主任或护士长, 且具有 3 年以上管理经验; (2) 担任医院医患纠纷办公室主任或助理且在此岗位工作时间不少于 2 年; (3) 曾创建或组织创建过数据库。有研究显示, 德尔菲法专家人数以 15~50 名为宜^[3], 本研究在保证专家的代表性的基础上选择了 20 位咨询专家。第 1 轮选择 20 位专家, 第 2 轮 19 位, 第 3 轮 19 位。

1.5 问卷轮回和分析 由课题组成员将第 1 轮问卷发放给各位咨询专家, 专家填写后作者亲自收回, 由专家预测小组对收

回的问卷进行统计学处理后, 根据统计分析结果对第 1 轮问卷进行修订并形成第 2 轮问卷, 再发放给各位专家, 收回后再统计分析得出最后结论, 共进行了 3 轮问卷咨询。第 1 轮问卷第 1 部分介绍了研究目的、任务、方法、填表说明。第 2 部分列出了数据库的基本功能, 包括: 主菜单(文件、数据服务、报表、统计、帮助)、子菜单(用户管理、数据导入/导出、数据库备份等)、输入/条件、输出/结果。20 位专家赞同率为 100%, 均认为数据库基本功能已具备, 目前暂不需要其他功能。鉴于专家对数据库基本功能 100% 的认可度, 以后两轮问卷不再征求专家对此内容的意见和建议。第 1 轮问卷第 3 部分以条目的形式呈现数据库的基本内容, 请专家对条目“非常必要”、“有必要”、“一般”、“不必要”、“非常不必要”做出选择, 每一条目后设有修改意见栏, 以备专家填写修改意见或建议。第 2 轮问卷的条目要求专家对每一个条目根据重要性程度赋分, 分值为 1~5 分。第 3 轮问卷在每个条目后附加第 2 轮专家评分均数、标准差、满分比, 请专家参考后再次赋分, 分值仍为 1~5 分。

2 结果

2.1 数据库的登陆内容 (1) 医院概况: 医院名称、等级、性质、类型、床位数、年门诊量、年住院收容人次、年手术台次、地址等; (2) 科室概况: 名称、年收治量、年手术量、床位数、医生人数、各级职称医生人数、患者一般人口统计学资料、住院号、通讯方式等; (3) 患者一般情况: 就诊日期、入院日期等; (4) 诊疗护理情况: 治疗方式、手术方式、住院期间最高护理级别等; (5) 对疾病的认知情况: 患者和家属对疾病严重程度、疾病知识、疾病并发症的了解等; (6) 纠纷情况, ① 医患双方纠纷主体一般情况、医务人员的工作积极程度等; ② 发生/解决纠纷时间, 完结纠纷用时等。

表 1 专家关心程度、权威程度、集中程度和协调程度

轮次	关心程度	权威程度	均数	标准差	满分比	变异系数
第 1 轮	100	0.922 5	4.748 9	0.513 2	0.750	0.108 1
第 2 轮	100	0.873 7	4.536 4	0.477 6	0.868	0.105 3
第 3 轮	100	0.893 7	4.850 0	0.366 4	0.870	0.075 5

2.2 3 轮问卷的统计分析 3 轮问卷回收后分别进行专家关心程度、权威程度、集中程度和协调程度 4 个指标统计分析。由表 1 可见, 3 轮咨询中, 专家的应答率为 100%, 说明专家关心程度高, 所有专家均认为此数据库的建立有非常重要的临床运用价值。专家权威程度用来判断研究结果的可靠性^[2], 数值在 0~0.95 波动, 一般 0.7 左右已是非常好^[4], 本研究专家的

* 基金项目: 第三军医大学人文社科基金课题资助项目(2011XRW16)。△ 通讯作者, E-mail: zsrwonderful@163.com。

权威程度均大于 0.8,说明本研究专家权威程度很高。3 轮咨询变异系数都很小,说明本研究专家意见协调程度很高。

3 结 论

本研究通过德尔菲法为医患纠纷数据库确立了基本框架和内容,3 轮专家咨询显示,专家积极性高,意见越来越趋于一致,咨询结果可以作为数据库的结构和内容。

4 讨 论

4.1 专家预测小组和咨询专家具有代表性 课题预测小组的专家来自卫生行政管理、临床护理、临床护理管理、护理教育、科学研究工作,分别在政策制定、纠纷管理和数据库制作方面有丰富的经验;课题的咨询专家分别为重庆市部分现任三级甲等医院纠纷办公室主任及助理、医务部主任、临床科室的主任和护士长、研究所主任及助理,涉及领域广,剪表性强。

4.2 建立医患纠纷数据库结构和内容的科学性 德尔菲法是传统定性分析的一个飞跃,它突破了单纯定性或定量分析的界限,能科学地综合专家们的预测意见,为科学、合理地制定决策开阔了思路^[5]。近二十年来,德尔菲法已经成为一种广为应用的预测方法^[6]。德尔菲法在我国的应用研究主要集中在评价、层次分析法、科技预测、影响因素分析、医学等相关领域^[7]。因此,应用德尔菲法建立医患纠纷数据库结构和内容是科学的。

4.3 医患纠纷数据库结构和内容的合理性 本次研究通过专家咨询,确定了数据库的结构和内容,包括 6 个主表和 126 项内容。经专家积极性、权威性、集中性和协调性检验,都符合德尔菲法的要求。各项内容有利于对医患纠纷进行信息化管理,便于广大医务人员使用,说明数据库结构和内容具有合理性。

4.4 医患纠纷数据库的实用性 该数据库是在医患矛盾突出,医患纠纷发生频率高,恶性事件不断增多、纠纷涉及面广的背景下研制的^[8-10],不仅能够规范录入信息,而且还能方便收集医患纠纷资料和对数据进行查询和统计分析,探索同类纠纷

· 卫生管理 ·

的相似性,研究其发生、发展规律,制定医患纠纷应急预案,提高应急事件处理能力,充分体现了纠纷数据信息化管理的优势。

参考文献:

- [1] 唐丽蓉. 建立医疗纠纷档案和谐医患关系[J]. 医学信息, 2010,23(4):879.
- [2] 杨慧艳. 论医患纠纷的现状成因及对策[J]. 浙江临床医学, 2008,10(12):1633-1634.
- [3] 曾光. 现代流行病学方法与应用[M]. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1994,250-270.
- [4] 曾光,李辉. 现代流行病学方法与应用[M]. 北京:北京医科大学与协和医科大学联合出版社,1996,252-253.
- [5] 沈红,陈湘玉,黄萍,等. 应用德尔菲法构建急诊护士急救技能能级评价体系[J]. 解放军护理杂志, 2009,26(1):5-7.
- [6] 徐志晶,夏海鸥. 德尔菲法在护理研究中的应用现状[J]. 护学杂志, 2008,23(6):78-80.
- [7] 袁勤俭,宗乾进,沈洪洲. 德尔菲法在我国的发展及应用研究——南京大学知识图谱研究组系列论文[J]. 现代情报, 2011,31(5):3-7.
- [8] 郭建新. 医患关系的困境和出路[J]. 中国医学伦理学, 2010,23(4):51-54.
- [9] 黄冬泉. 成立权威仲裁机构妥善处理医患关系[N]. 深圳特区报, 2008-1-24.
- [10] 周丽. 对医患纠纷多元化解系统的探讨[J]. 法制与社会, 2009,2(2):66-68.

(收稿日期:2011-12-03 修回日期:2011-12-27)

对某院“重管理、造血式”托管背景下双向转诊的研究*

白光文¹,黄圣洁²,陈蓉¹,易晓淑³,陈保莲²,王海娇²,王裔端²,高友俊³

(1. 重庆市丰都县高镇中心卫生院 408216;2. 重庆医科大学公共卫生与管理学院/重庆医科大学医学与社会发展研究中心 400016;3. 重庆市丰都县人民医院 408200)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.12.036

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2012)12-1235-03

1997 年《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中首次提出:建立双向转诊制度;2006 年《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》中明确提出:建立分级医疗和双向转诊制度。同时,卫生部也指出:政府鼓励各城市试推行社区医院首诊制,探索建立社区医院与附近大医院的双向转诊制,努力实现城市医疗卫生资源合理配置,减少患者辗转求医的环节和花费,缓解大医院的压力。在深化农村医疗卫生体制改革的过程中,也应该积极探索出一条县医院与乡镇卫生院之间的双向转诊之路。

1 双向转诊概述

双向转诊,简而言之就是小病在社区、大病进医院、康复回社区,是根据患者病情需要进行的三级医院与社区医院或综合

医院与专科医院间的转院诊治过程。由于基层医疗服务机构在设备和技术条件方面的限制,对一些无法确诊的患者或危重的患者转移到上一级医疗机构进行治疗;上一级医院对诊断明确、经过治疗病情稳定转入恢复期的患者,确认适宜者,将重新让患者返回所在辖区社区卫生机构进行继续治疗和康复。通过双向转诊制度的建立和实施,可以有效地规范医疗流程,提高医疗资源的合理配置,逐步实现分级医疗的就医模式。目前我国主要存在 4 种代表性的双向转诊模式,主要包括院办院管模式下的双向转诊、协议合作模式下的双向转诊、以利益为导向的松散式模式下的双向转诊以及医院“托管”模式下的双向转诊。

2 医院“重管理、造血式”托管背景下的双向转诊

2.1 “重管理、造血式”托管概况 在重庆市卫生统筹的背景

* 基金项目:重庆市丰都县科委计划资助项目(2008AC006)。