

某院住院病房医院感染管理工作的调查分析*

孙 雪,万华麒,范 颂,叶艳敏,任泽娟[△]
(四川医科大学人文管理学院,四川 泸州 646000)

[中图分类号] R1 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8348(2015)19-2694-03

医院感染不仅部分反映了医疗护理质量,影响医院声誉,还给学生增加了不必要的痛苦和负担。中国医院协会医院感染管理专业委员会主任委员朱士俊曾指出,在发达国家的现代化医院中,有 5%~10% 患者获得一种或多种感染,而发展中国家发生感染的概率是发达国家的 2~20 倍^[1]。而且医院感染可能造成患者住院时间的显著延长,我国发生医院感染的患者与未发生医院感染的患者相比,平均每人要多支付 3 000~11 000 元^[2]。如何能更有效的提高医院感染管理质量,保障患者的健康不受侵害是现今亟待解决的问题。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 6~12 月某医院 59 个普通临床科室和 6 个重点科室作为质量考核对象。

1.2 方法

1.2.1 调查方法 参照原国家卫生部 2001 年颁发的《医院感染诊断标准》制订医院感染管理质量检查细则与考核标准,对全院医疗医技科室进行医院感染管理质量专项督导检查。检查内容包括组织管理与规章制度、人员管理、手卫生、清洁消毒管理、监测及防控措施落实、医疗废物 6 个方面,满分 100 分^[3-4]。

1.2.2 资料处理 本次质量考核评价采用专家评审法、资料分析法等方法,对所调查的 65 个科室根据质量考核量表评分标准进行打分,收回所有量表,录入数据。

2 结 果

本次质控考核,由于普通科室与重点科室的质量要求不同,故制订了两种质控量表。发放考核量表 195 份,收回 195 份,收回率 100%。

2.1 质控考核结果的总体情况 参与本次考核 65 个科室所得情况如下:最高分 93 分,最低分 68 分。普通科室为(80.4±6.4)分,重点科室为(84.2±1.9)分。普通临床科室 59 个,质控考核量表 177 份,其中口腔科和颌面外科的住院部及医护人员都是同一批,故两科室合并考核 3 份。重点科室 6 个,考核量表 18 份。

2.2 普通科室病房质控考核总体情况 本次医院感染普通科室病房质控考核结果最高分 93,最低分 68,根据公式:全距 R=最大值-最小值,可得 R=25,因此,可将考核结果划分为 10 个组段,组距 2.5,统计各组段频数:考核得分多集中在 70~90 分,其中 78~88 分数段分布最多,达 56.5%。从科室类别将考核的 59 个普通科室病房分为了内科、外科、急诊科、干部科 4 类。所得结果:急诊科 5 个,考核量表 15 份,平均得分(73.9±5.9)分;干部科 9 个,考核量表 27 份,平均得分(78.3±4.8)分;外科 24 个,考核量表 72 份,平均得分(78.3±5.7)分;内科 21 个,考核量表 63 份,平均得分(83.9±6.2)分。

2.3 普通科室病房质控考核各项得失分率比较 根据普通科室考核的内容,本小组将其分为了 6 个板块。分别总结了医疗废物管理、监测及防控措施、清洁消毒管理、手卫生、人员管理、组织管理与规章管理的得失分率(表 1)。普通科室在医疗废物管理方面做得很好,得分率达 94.26%;其在监测及防控措施得失分率较差,得分率为 78.94%;手卫生管理做的最差,得分率只有 69.10%。

表 1 普通科室病房质控考核各项平均得失分率(%)		
考核内容	得分率	失分率
手卫生管理	69.10	30.90
监测及防控措施	78.94	21.06
人员管理	80.44	19.56
组织管理与规章管理	81.78	18.22
清洁消毒管理	82.85	17.15
医疗废物管理	94.26	5.74

2.4 重点科室病房质控考核各项得失分率比较 根据重点科室考核内容,本组将考核内容分为手卫生管理、医疗废物管理、监测及防控措施、清洁、消毒及隔离技术、人员管理、组织管理与规章管理 6 个方面分析。其得分情况如下:手卫生管理得分率 65.00%,医疗废物管理得分率 82.00%,监测及防控措施得分率 84.00%,清洁、消毒及隔离技术得分率 87.00%,人员管理得分率 88.46%,组织管理与规章管理得分率 100.00%。

3 讨 论

3.1 科室分类管理情况不良 此次被调查的医院住院病房根据管理制度、领导重视度不同,分为普通科室与重点科室两部分。重点科室由重症监护室(ICU)组成,患者均病情较危重,抵抗力低或无抵抗力,并且接受过手术、插管、呼吸机等侵入性操作,部分患者多次服用抗菌药物,因此本身具有体质差、易感染、高耐药性等特点,科室要求很严格,惩罚制度完善,领导关注度。本次考核其平均得分(84.2±1.9)分,可见重点科室得分较为集中,科室之间差距不大,这主要是由于医院对重点科室院内感染状况采取重点监测,科室人员亦严格执行相关要求,有效地提高了医院感染管理质量。根据结果显示,普通科室得分(80.4±6.4)分,反映了普通科室之间医院感染质控管理工作质量参差不齐,考核结果差距较大。

3.2 普通科室考核结果参差不齐 由于本次质控考核数据量较少,普通科室所得出的标准差值均较大,但是考核结果在一定程度上也能反映出普通科室之间医院感染质量管理工作参

* 基金项目:四川省基层卫生事业发展研究中心项目(SJWF1319)。 作者简介:孙雪(1988—),助教,硕士,主要从事卫生政策、医院管理研究工作。 △ 通讯作者,Tel:18982498993;E-mail:249622132@qq.com。

差不齐,差距较大。其中急诊科 5 个,平均得分最低 73.9 分,可见其医院感染质量管理工作实施情况极差。这主要是由于急诊科病房病床轮换率高,患者多由外伤等病情入院,大多经过数次手术治疗,易发生医院感染,需要严格执行医院颁发的《医院感染管理实施标准》。此外,在质控考核过程中发现,急诊科病房内未在指定地方张贴医院感染知识简报、洗手六步法,放置洗手液、干手设施,消毒、无菌操作未达标;其污染性医疗废物也未严格按照《医疗废物管理条例》及该医院医疗废物分类标准进行严格分类管理;同时,在随机对医务人员进行医院感染知识问答时,发现大部分被调查者对医院感染知识掌握情况较差。以上问题直观反映出急诊科在组织与规章制度管理、人员管理、清洁、手卫生、消毒与医疗废物管理方面均存在很大问题。而内科、外科、干部科虽较急诊科平均得分高,但其标准差均较高,说明在这些科室类别中各科室的质控情况也参差不齐。

3.3 手卫生工作落实情况较差

3.3.1 对手部卫生规范的认识不足 医务工作者手传播病菌所致感染占医院感染发生率约 30%^[5]。由此可见,通过降低以手为媒介的微生物交叉传播,进而降低医院感染的发生率,手卫生至关重要^[6]。据考核结果显示,普通科室手卫生管理得分率 69.10%,重点科室手卫生管理得分 65.00%,均居最低。其直接反应该医院医务工作者对手部卫生规范认识不足,未形成良好的洗手意识,同时,映射出该医院的大部分医务工作者在手卫生管理方面存在极大问题。

3.3.2 手卫生的设施配备不到位 手卫生设施是对手卫生质量状况的有效保证。本次调查的病房,由于外科、干部科病房均位于 20 年前修的老住院大楼内,其洗手设施较为老旧,部分科室由于对手卫生管理不重视和节约科室成本,未及时更换科室内的手触碰式水龙头,未张贴洗手六步法,未安装手部风干机,部分医务人员洗手后直接在工作服或共用毛巾上擦手,造成二次污染。据调查显示,擦手毛巾是环境中的一个储菌源,其染菌量为 100%,超过原国家卫生部颁发的标准,平均细菌总数为 245.4 CFU/cm²,是标准的 30.7 倍^[7]。

3.4 院内监测和防控情况不佳 《医院感染管理规范》要求医院必须对患者开展医院感染监测,以掌握本院医院感染的发病率、多发部位、多发科室、高危因素、病原体特点及耐药性等,为医院感染控制提供科学依据^[8]。但本次调查医院感染质控考核结果中监测与防控管理得分率分别是 78.94%和 82.50%,监测覆盖面还比较窄,往往只针对手术患者、重症监护患者或者一些特殊患者。同时由于医院感染病例的诊断标准较难掌握,影响病例监测结果的准确,增加了医院感染病例的漏报率。此外,对科室进行医院感染监测与防控知识的抽查中发现,大部分的人员能够基本说出医院感染的报告程序,但是针对其具体内容却含糊不清。由此可见,医务人员医院感染监测知识培训力度不够。

3.5 消毒、隔离管理落实不到位 由于医疗机构聚集了大量的微生物,诊疗过程中医务人员又与患者直接接触,因此,医务人员被感染的概率极高。2003 年,在我国部分地区暴发流行的传染性非典型肺炎的防控过程中,医务人员的医院感染率为 18.30%,天津、北京、山西成为医务人员发生职业暴露的重灾区,感染率分别是 39.38%、25.43%、17.64%^[9]。虽然医院制定了“医院感染标准预防指南”、“艾滋病职业防护制度”等,但是普通病房消毒、隔离措施执行状况得分率仅 82.85%,重点病房为 87.00%,由此可见,医护人员在对患者实施护理工作

时,未严格按照规定做好相应的防护措施,消毒、隔离管理落实到位。

3.6 医院感染管理法律法规体系有待进一步健全 本次调查结果不仅反映出医院自身存在的问题,而且还映射国家在医院感染的法律法规体系建设方面存在的问题。我国目前专门针对医院感染方面的内容所制定的法律法规只有《医院感染规范》和《医院消毒技术规范》,属于部门规章,是对《传染病防治法》的一个补充。而且,我国医院感染相关法律法规处罚力度不强,威慑力不够,如新修订的《传染病防治法》第 69 条规定,即使医疗机构未承担本单位的传染病预防控制工作和医院感染控制任务,只要不造成传染病传播、流行或者其他严重后果的,都只能给予警告处罚;只有情节严重时才对负有责任的主管人员和其他直接责任人员给予行政处分,而行政处分对民营医院、外资医院又并不合适,所以由于医务人员违法成本过低,因此约束力不大。

4 建 议

4.1 完善医院感染管理体系,加强领导重视 在医院感染管理实际工作的开展中,必须重视加强对以分管院长为首的院感防控委员会的领导开发,使其了解医院感染的发展史、接受相关医院感染管理学的知识教育,开展国际先进感染控制理念的学习,让领导对本院的院感工作产生紧迫感和危机感,充分认识到医院感染管理工作的重要性,从而在人、财、物上给予相应支持,以促进医院感染管理工作全面、深入开展。此外,还应该健全“感染管理委员会-感染管理部门-感染管理监控小组”的三级监控网络体系建设,明确各层级、各部门具体职责,提高医院感染的管理水平。

4.2 完善手卫生制度,提高医务人员手卫生依从性 有研究表明“手卫生是预防医院感染最基本、最重要的措施之一,规范的洗手可使医院感染率下降 50%”^[10],因此加强手卫生管理力度,严格执行《医务人员手卫生规范》,加强医务人员手卫生依从性,是阻断医务人员经操作导致疾病传播的重要环节。此外,便捷有效的手卫生设施也是保障医务人员手卫生依从性的重要基础,因此可以建立医院感染专项基金,用于购置、更换医院感染设施的专项费用进行独立审核拨付,此举既能有效降低临床科室自身的资本投入,提高科室对手卫生维护的积极性,同时专项基金管理便于设施设备的统一投入、更新和维护,从而通过洗手设施的完善有效增加科室人员洗手的积极性。

4.3 加大投入力度,提高院内消毒、隔离水平 医院感染管理工作的顺利开展,与医院硬件设施的配套水平密不可分,因此,应该加大对该部分的资源投入,按照医院感染的防控要求,改造不合理的建筑布局,配备医院感染相关的清洗、干燥、消毒、灭菌设备,及时更换老旧设备,提高医院操作器械消毒灭菌的质量水平。此外,应根据相关规定,制订一套操作性强的院内消毒、隔离控制标准,严格按照标准进行考核,并将考核结果纳入到医疗质量管理体系中,建立长效管理机制,对问题部门进行全院通报,以督促问题部门及时和认真的整改,从而保障消毒、隔离措施的有效落实^[9]。

4.4 加强医务人员医院感染知识的培训,提高管理水平 丰富的医院感染知识将是改变医院感染现状的重要条件之一。因此,应该加强全体医务人员对医院感染的认识,采取多形式、多层次和多渠道的持续性医院感染管理的培训,如开展针对新招收人员进行医院感染管理基础知识及相关法律法规的培训,针对感染管理人员进行医院感染的热难点问题、发展动态的培训等。此外,为了强化学习,激发学习热情,可以将医院感染知

识培训工作纳入继续教育学习项目中去,也可以定期对院内医务工作人员集中进行考核,考核成绩纳入个人技术档案,并与奖金、聘用、评优、晋升挂钩。

4.5 国家加大对医院感染的重视力度,完善相应法律 建立针对医院感染管理的相关法律体系,完善医院感染防控过程中各个环节的约束机制,从而使医院感染的防控工作做到有法可依。相关部门应从根本上重视医院感染,提高医院感染相关法律法规的效力级别,从根本层面进一步明确医院感染的责任、义务及应遵循的原则,强调卫生行政部门的监管职责,使我国医院感染管理有法可依、有章可循,走向标准化及法制化管理的轨道。此外,相关部门应建立健全医院感染管理法律责任追究制度,对医院感染管理不利,造成医院感染管理失控,引起医院感染院内传播流行,后果严重的要依法处理。

参考文献

[1] 朱士俊,郭燕红,韩黎. 对我国医院感染管理现状及发展趋势分析[J]. 中华医院感染杂志,2005,21(12):819-822.
[2] 李爱娟. 近五年医院感染管理研究与实证分析[D]. 天津:天津医科大学,2013.

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.19.040

[3] 屈文东. 医院感染管理督导检查追踪管理评价表的设计及应用[J]. 中华医院感染杂志,2013,23(2):418-419.
[4] 吴晓英,缪李丽. 量化考核在医院感染管理中的应用[J]. 中华医院感染学杂志,2010,20(21):3375-3376.
[5] 黄谷. 手卫生相关因素及干预措施的研究进展[J]. 当代护士,2010(1):6-7.
[6] 李六亿. 我国手卫生的现状、问题与改进对策[J]. 中国护理管理,2008,8(1):17-19.
[7] 游建萍,黄庆,府伟灵,等. 手卫生所致医院感染的预防和控制措施的探讨[J]. 中华医院感染学杂志,2005,15(4):426-428.
[8] 李杰. 医院感染管理现状调查及对策研究[D]. 广州:南方医科大学,2007.
[9] 张新. 52 所医疗机构医院感染管理现状调查[D]. 太原:山西医科大学,2012.
[10] 耿莉华. 医院感染实用手册[M]. 北京:科学技术文献出版社,2001:117-123.

(收稿日期:2015-01-18 修回日期:2015-03-26)

科级成本核算存在的问题及对策分析

陈燕凌,雷凤军,杨 勇[△]

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所医教部卫生经济管理科,重庆 400042)

[中图分类号] R197.323 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8348(2015)19-2696-03

医院科级成本核算存在的问题主要有成本控制困难,医护之间、不同医疗岗位之间的风险和效益的差异得不到体现,行政、后勤人员出现“大锅饭”等现象。对此应提高医院成本控制的力度,同时激励员工、开发潜能,做好人才队伍建设,提升医院整体医疗技术水平,为患者带来更为优质的服务,提高医院社会效益。

1 科级成本核算的方法

科级成本核算就是测算核算单元的收入、成本,并将效益进行分配的核算方式^[1]。它是院级成本核算基础上的二次归集和分配,是考核科室效益的一种经济管理活动。科级成本核算三要素:(1)核算单元;(2)收入;(3)成本。核算单元的划分不能受行政划分的限制,要遵循专业或经济的独立性、符合医院的实际情况。划分的结果要合理、细化,以利于责任划分、效益分配,利于管理精细化^[2]。

收入要全面,对有的医院有合资合作科室的,还包括合资合作科室的利润分成。将各个项目的收入汇总后,按照开单或执行归类、统计,然后按既定的比例分配,这里一定要注意不能出现重复分配。分项收入分配完毕后,再计算出核算单元的总收入。

成本核算要全面、合理,本着受益者承担成本的原则,将独立核算单元的所有成本项目进行归结,对无法归结的成本项目,要结合实际情况,灵活地制定各项成本的分摊比例,分摊到所对应的核算单元,计算出总成本^[3]。

2 科级成本核算存在的问题

2.1 耗材成本计算困难 医用耗材是医院开展各种医疗活动所必需的,但对于耗材成本的核算却存在一系列的问题。有一部分低值耗材是不单独计价,无法收取患者费用的,这里既有某些医疗项目无法单独收取耗材费用的原因,也有新的医疗政策不允许某些耗材单独收取费用的原因,这样就造成医院收费系统归集到的材料收入远低于科室的实际领用数额。对于耗材领用的环节也存在问题,各核算科室在领取了各种卫生耗材后,不管当月是否用完,物资管理部门都会向核算部门交付相关的领用单据,医院经济核算部门在进行科级成本核算时,只能被动地按物资管理部门上报的数据进行计算,科室收入与成本的差异,容易造成核算单元效益大幅度波动。这种成本核算方式不能反映科室的实际成本消耗,从而导致核算的实际效益存在偏差,在核算科室的绩效工资上表现得尤其明显^[4]。

2.2 固定资产管理困难 经济核算部门、设备管理部门和财务部门多方的不协调,信息不匹配,往往造成固定资产核算不准确^[5]。具体体现在:(1)房屋、建筑物等在竣工并投入使用,大型设备安装完成后且投入使用,但并未立即开始计提房屋、设备折旧等成本,往往出现计扣的滞后,在这个滞后的过程中因收入会增加而造成核算单元效益明显增加,一旦开始计扣就会立刻减少,造成效益明显波动;(2)笔记本电脑、激光打印机等小型设备由核算单元自行购买,直接向财务报账,而财务、设备管理、经济核算等部门信息沟通不协调,造成计扣不完整^[6]。