

### 3.3 加强医疗机构管理意识

长期以来临床营养被医疗机构认为是边缘学科,对 FSMP 更是知之甚少。随着健康中国战略和国民营养行动计划的实施,以及药品器械零加成落地,医疗机构管理者应高度重视 FSMP 临床应用的规范化管理,成立专门的管理部门,建立一系列的监管制度和配套的信息化系统,加强人员培训,提升医疗人员实施规范化临床营养的意识和水平,注重产品后效评价,提高临床诊疗服务水平,改善患者临床结局,减少医疗费用,促进全民健康。

### 参考文献

- [1] 齐美娟. 发展养老产业应对老龄化严峻形势[J]. 中国国情国力, 2019(2):80.
- [2] 钱丹丹. 我国基层医疗卫生结构格局正发生变化[J]. 中国农村卫生事业管理, 2019, 39(5):314.
- [3] 蒋朱明, 于康, 朱赛楠, 等. 我国东, 中, 西部中小医院住院患者营养不良(不足), 营养风险, 超重和肥胖发生率及营养支持应用状况调查(中期小结)[J]. 中国临床营养杂志, 2009, 16(6):338-340.
- [4] 蒋朱明, 陈伟, 朱赛楠, 等. 我国东, 中, 西部大城市三甲医院营养不良(不足), 营养风险发生率及营养支持应用状况调查[J]. 中国临床营养杂志, 2009, 16(6):335-337.
- [5] 郭清. “特医食品”知多少? [J]. 健康人生, 2017(6):6-7.

- [6] 王文月, 徐鑫, 徐同成, 等. 我国特殊医学用途配方食品产业现状与政策建议[J]. 食品工业科技, 2019, 40(5):329-332.
- [7] 李湖中, 孙大发, 屈鹏峰, 等. 国内外特殊医学用途配方食品法规标准与安全管理对比分析[J]. 中国食物与营养, 2020, 26(5):29-34.
- [8] 李杰. 进一步推动特医食品发展[J]. 中国人大, 2018(7):46.
- [9] 索思卓, 胡豪, 王一涛. 特殊医学用途配方食品在中国的发展概况[J]. 中国食品卫生杂志, 2016, 28(2):182-186.
- [10] 周鹏, 李珂佳, 和洁. 我院 2014—2018 年肠外肠内营养药品应用分析[J]. 中国药物应用与监测, 2019, 16(6):361-364.
- [11] 方仕, 麦海妍, 闫凤, 等. 广州住院患者营养风险筛查及营养支持状况分析[J/CD]. 中华普通外科学文献(电子版), 2010, 10(4):57-60.
- [12] 楚辞, 石磊, 饶志勇, 等. 某大型三甲医院肠内营养治疗终止情况分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2019, 18(2):277-280.
- [13] 洪东升, 周俊, 卢晓阳. 互联网医院互联网处方的发展现状和问题[J]. 团结, 2020(5):35-37.
- [14] 李晶晶, 楚辞, 饶志勇, 等. 四川省特殊医学用途配方食品临床应用不良反应分析[J]. 现代预防医学, 2019, 46(21):3879-3891.

(收稿日期:2020-09-18 修回日期:2020-12-30)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.07.035

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.r.20201117.1541.002.html>(2020-11-17)

## 当前国内医院医疗风险管理的思考\*

唐 静, 陈 洪, 王智勇, 杨 勇<sup>△</sup>

(中国人民解放军陆军特色医学中心, 重庆 400042)

**[摘要]** 随着我国医疗体制改革的深入, 如何加强医院医疗风险管理, 减少医患纠纷, 构建和谐医患关系, 日渐成为社会共同关注的话题。该文围绕医疗安全理念, 系统梳理了医疗风险管理的发展历程和国内医疗风险管理现状, 总结了目前医疗风险管理存在的 5 个方面问题, 并结合工作实践, 提出进一步加强医疗风险管理的思路。

**[关键词]** 医院; 医疗风险管理; 医疗安全; 现状; 问题

**[中图法分类号]** R197.323

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1671-8348(2021)07-1240-05

随着我国医疗体制改革的深入, 医疗行业面临日趋激烈的竞争和复杂的外部环境。患者维权意识的增强, 加之医疗活动本身的高风险性, 导致医疗纠纷明显增多。《英国医学杂志》的一篇医疗风险研究显

示, 全球每分钟约有 2 例患者安全报告。WHO 认为, 患者安全就是将与医疗相关的不必要伤害风险降低到可接受的最低水平。因此, 医疗风险管理就是以医疗安全为导向, 对医疗活动开展专业化的管理, 及时

\* 基金项目:重庆市技术预见与制度创新项目(cstc2020jsyj-zzysbAX0048)。 作者简介:唐静(1985—), 在读硕士, 主要从事医疗质量管理研究。 <sup>△</sup> 通信作者, E-mail:yy4243@tom.com。

识别、评估和处理已存在或潜在的风险,尽量减少诊疗行为伤害患者的可能性<sup>[1]</sup>。本文以安全理念为基础,探讨当前我国医院医疗风险管理发展现状,并提出进一步加强医疗风险管理的思路。

## 1 医疗风险管理发展历程

1895 年,美国学者 HAYNES 在其经济学著作中首先提出风险的理念。1916 年,法国管理学大师 HENRI FAYOL 把风险管理思想引入企业管理。1950 年后,风险管理的研究和方法日趋完善,在多国广泛应用。1970 年后,风险管理从企业管理领域逐步扩大到公共卫生等领域<sup>[2]</sup>。

我国对医疗安全与风险管理的研究和应用起步较晚,1987 年,国务院制订《医疗事故处理办法》,推动了我国医疗安全与风险管理的制度化和规范化建设。2002 年《医疗事故处理条例》出台。2006 年,中国医院协会对我国患者安全存在的问题进行分析,首次颁布了《患者安全目标》,之后每年修订 1 次。2007 年,北京举办“国际医院交流与合作论坛”,我国医院管理者意识到不良事件频发已成为世界性问题。随后《医院投诉管理办法(试行)》《中华人民共和国侵权责任法》等应运而生。近年来,国家卫生健康委加强了对医疗机构风险管理的监管,相继出台了《医疗质量管理办法》等多部质量法规,对医疗风险管理提出了更具体的要求。2018 年,国家卫生健康委发布《关于进一步加强患者安全管理工作的通知》,将规避医疗风险、保障患者安全放在了突出位置。2019 年,WHO 的《患者安全:全球患者安全行动》要求将患者安全作为卫生管理部门政策和规划中的一项优先事项<sup>[3]</sup>。

## 2 国内医院医疗风险管理现状

我国医疗管理思路经历了医疗质量——医疗质量与安全——医疗质量安全和风险防范的转变,医患关系也逐渐发生变化,医生不再是“家长式”的决策者,患者由“被动型”转变为“参与型”,医院风险管理实践已逐步从单纯的患者投诉管理发展为系统性、功能性、多角度的探索与研究。笔者通过文献分析,从以下几方面概述国内医院医疗风险管理研究方向。

### 2.1 医疗风险影响因素的分析

冯静等<sup>[4]</sup>研究显示,影响风险防控的 5 个主要因素为临床一线员工安全教育培训、医疗安全内控制度、多级安全反馈控制、医疗风险发生补救措施、出院电话随访。郭栋等<sup>[5]</sup>提出医院管理制度、医务人员工龄、科室设置、风险教育及医务人员工作量等均与医疗风险的发生密切相关。此外,除医院和患者因素外,政策导向、媒体报道及卫生制度也在一定程度上影响医疗风险的发生。而有学者认为,医疗风险与医疗质量较差和成本较高直接相关<sup>[6]</sup>。目前,我国与发达国家对医疗风险导致的后果认识相对统一,但我国对影响医疗风险因素的一致性研究相对较少。总体说来,医疗风险的成因较复杂,影响因素多样化,在研究时应从医院、患者、社会等多角度进行剖析。

### 2.2 医疗风险预警的研究

有研究<sup>[7]</sup>通过建立医疗风险指标、预警等级、风险干预数据库,构建医疗风险预警系统,从数据采集、评估、预警、干预、统计、分析等过程实施监管。同时将实验室信息系统(LIS)、医学影像信息系统(PACS)等医技平台的数据接入电子病历系统(EMR),通过设置临床危急值报警阈值开展实时提醒。李扬等<sup>[8]</sup>研究显示,建立外部支持的医疗风险信息管理和预警系统,对医疗风险分级、分类,通过多终端手工录入和系统自动采集医疗风险信息,实现对重大事件或发生频次较高的医疗风险实时预警。值得注意的是,医疗风险预警研究的意义在于事前防范,及时干预,其过程是动态、直观的,研究时不能只考虑宏观层面,应更注重实用性和可操作性。

### 2.3 医疗风险转移的实践

《医疗纠纷预防和处理条例》指出:发挥保险机制在医疗纠纷处理中的第三方赔付和医疗风险社会化分担作用,鼓励医疗机构参加医疗责任险、患者投保医疗意外险。研究表明,50%左右的医疗纠纷都来源于医疗意外而并非医院真正存在过失<sup>[9]</sup>。段满荣等<sup>[10]</sup>研究显示,医院自 2015 年开始推广医疗(手术)意外险,到 2018 年医疗纠纷明显减少。通过医务人员与患方进行术前风险评估谈话,针对病情及可能发生的意外建议患者自愿购买医疗(手术)意外险这个沟通环节,既提醒医方重新认识手术风险,又强化了患方对手术意外的了解。值得注意的是,我国虽已初步建立了风险分担机制,但风险承担者主要还是医患双方和保险机构,应逐步建立由政府和社会团体等共同参与的社会型医疗风险分担机制,并扩大医疗风险险种,共同促进医患关系和谐发展。

### 2.4 医疗风险管理的临床应用

方永龙<sup>[11]</sup>研究显示,制度规范、教育培训、环境设备、护理、理论与技能考核、定期管理评价、医患关系等均可独立影响儿科医疗质量与安全。吴增华等<sup>[12]</sup>通过风险评估,筛查出重症医学科是院内感染风险最高的科室,并通过对高风险环节的层层管控,有效提升了医院感染管理水平。目前,国内医疗风险管理方法在临床应用的研究仍较多集中在护理等方面,对急诊科、手术室、内镜室、重症医学科、产房及新生儿病房等医疗质量与安全重点部门,以及危重患者、围术期、有创诊疗操作、输血与药物不良反应等关键环节的风险控制研究较少,应引起重视。

### 2.5 医疗风险管理体系的构建

陈政等<sup>[13]</sup>研究表明,应建立点面结合的立体式医疗风险防控体系,包括覆盖全流程的医疗风险哨点预警、医疗风险评估、医疗风险院科两级主动干预等,并有效识别诊疗流程中的风险点,开展事前防范。冉隆耀等<sup>[14]</sup>研究显示,运用三维质量结构模型,从结构面、过程面和结果面构建医疗风险管理体系,从制度、服务项目和范围、设备与人力资源配置、各项活动的监

管、员工教育培训、医疗纠纷发生率和赔付率等方面实施干预,使医疗纠纷发生率逐年降低。可见,医疗风险管理不能仅依靠单个部门或一个科室,也不能仅局限于单一的、点对点的方法,而应实施多角度、全方位、系统的管理,达到针对性解决问题的目的。

### 3 医疗风险管理存在的问题

医疗风险具有发生形式的关联性、相对可预见性和客观存在性等特征。我国医院自基于安全理念开展医疗风险管理研究至今,许多医院已取得显著成效,但与发达国家相比,仍存在较多管理不到位的现象。

#### 3.1 组织机构不健全

随着我国医疗卫生体制的持续完善,建立组织结构完善、功能定位明确的医院管理组织机构,有利于确保医疗风险管理的系统性和连续性<sup>[15]</sup>。但大部分医院现行的行政资源与管理人才已远不能达到医疗风险管理专业化、精细化和及时性的要求。目前国内许多医院未成立专职的风险管理组织,更缺乏相应的风险管理预案,部分医院将医疗风险管理理解为质量管理、纠纷处理,致使风险防范流于形式,效果不佳。当风险发生时,医院反应缓慢,应急措施不当,达不到管理者期望的目标。

#### 3.2 医患沟通过程存在障碍

医疗纠纷高发科室往往医疗风险频发。医患沟通障碍易导致医务人员知情告知不到位,使患者对诊疗过程产生疑虑;或是医务人员疲于应对,沟通时间不足、态度不佳,触发患者不良情绪;或是医务人员沟通逻辑和表达方式存在问题,未站在患者角度考虑,导致患者并未理解告知内容。

#### 3.3 不良事件的管控力度有待加强

有研究调查了 204 名临床护士对不良事件报告的态度,结果显示超过 70% 的护士担心报告后会遭受处罚<sup>[16]</sup>。笔者对建立了不良事件上报系统的某医院进行调查,发现系统执行力和反馈性较差,且缺乏专门的部门统筹管理,医务人员普遍存在抵触心理,主动上报较少,多以护理跌倒、压疮为主。目前大部分医院不良事件上报系统无法有效实现风险预警的智能辅助,后期的数据统计、分析、评价等功能亟待完善。此外,数据来源受管理水平制约,其准确性和客观性也存在偏差。

#### 3.4 流程管理缺乏精准数据支撑

医疗风险存在于诊疗各环节、各部门,风险因素错综复杂,受外界因素影响较多,但多数医院的医疗风险信息化系统仅设计了简单的分类、分级,缺乏对各环节、各维度的综合考量,且未实现风险数据的自动整合与分析。由于数据来源于医院各个信息系统,指标的全面性有所欠缺,限制了风险预警模型的构建,导致预警功能不健全,获取到的少量数据只能用于简单的汇总、对比、趋势分析等,对数据深层次的挖掘和利用度不够。对医疗风险的评估缺乏系统性和科学性,管理决策与干预措施不够规范和细化。

### 3.5 管理者和医务人员风险防控意识较弱

大多数医院医疗安全文化未有效建立,医院管理者忽视风险管理与正常管理的有效结合,只重视效率和效益,盲目追求规模和扩张。医院层面专门针对医疗风险防范的培训力度不够,科室层面疏于对医疗法律法规的学习。医务人员未及时更新观念,形成主动防控风险的良好氛围,对医疗缺陷、纠纷等仍存在家丑不外扬的心态,发生后不主动上报,不愿邀请相关科室和上级部门一起分析原因,加之基本医护制度落实不严,诊疗操作欠规范,医疗风险易乘虚而入。

## 4 加强医疗风险管理的思考

当前医院对医疗风险管理越来越关注,风险管理将会是一个不可忽视且长期持续的研究领域<sup>[17]</sup>,医院须结合自身实际科学地制订医疗风险管理方法,妥善处理实施过程中面临的各种问题和矛盾,达到改善医疗服务质量、经营效益与医患满意度的目的,笔者认为应从以下几方面加强医疗风险管理。

#### 4.1 建立现代医院医疗安全与风险管理组织体系

现代医院医疗安全与风险管理组织体系是保障医院服务质量和防范医疗风险为首要任务的组织架构,涵盖组织机构、人员责任、工作程序、资源配置和人员培训等内容,包括建立院长为第一责任人的医疗风险管理委员会,下设医疗风险管理办公室和风险管理专家组,专家组成员可适当吸纳院外风险管理专家、律师等,临床和医技科室设医疗风险管理小组。同时健全管理制度、培训计划、标准操作规程(SOP),针对各医疗环节形成相应的风险应急预案等。此外,医院应坚持文化建设,长期致力于建立学习型医院和学习型团队,构建医院培训、个人培训、专业培训和培训等多层次的风险防范培训体系。

#### 4.2 重视医患沟通与医法结合

北京 10 所综合性医院发生的医疗纠纷案例显示,医患服务沟通不畅是医疗纠纷发生的主要因素<sup>[18]</sup>。研究表明,主动告知是处理医疗安全事件的重要环节<sup>[19]</sup>。许多发达国家都制订了医务人员主动告知医疗安全事件的规范和制度,并明确了相关伦理义务<sup>[20]</sup>。因此,开展律师参与法律查房、律师见证知情告知、机关组织医患沟通等工作尤为重要。通过与医院建立合同关系的律师参与高风险病例的多学科联合会诊(MDT)或医患沟通,对可能出现的法律风险提供专业意见,强化了医患双方的风险防范意识。通过医患双方共同委托律师对风险告知、诊疗方案等进行见证,形成法律效力,保障双方合法权益。管理部门介入到患者的诊疗过程,有利于规范医务人员的诊疗行为,有效保障医疗服务质量。MDT 为患者提供综合、全面、系统的诊疗模式,围绕患者为中心,可有效提高医院整体医疗质量和服务水平<sup>[21]</sup>。研究表明,医务部门组织并参与术前谈话能有效提升手术医生的责任感,使其更周详地开展术前准备和制订应急预案,最大限度地预防手术意外和失误<sup>[12]</sup>。

### 4.3 规范不良事件上报标准

笔者对某医院不良事件上报系统的应用进行深入研究,发现上报信息填写的主观性、上报人员的特定性、医务人员的认知、隐瞒未造成明显后果事件的上报是影响医院层面对不良事件管控的主要因素。因此,明确不良事件上报的核心在于“报错”,事件上报应以“包容”为导向至关重要<sup>[22]</sup>,可将不良事件上报作为医疗质量绩效考核的加分项。此外,建议从国家层面出发,完善国家不良事件上报体系,鼓励主动、非惩处性甚至奖励性上报不良事件,打破传统认知带来的壁垒,并重视原因分析、持续改进和效果评价。在成功运行的基础上,可借鉴欧洲各国建立信息交换系统,实时共享各类不良事件的具体信息。此外,如果医生是不良事件的明确责任人,可借鉴美国建立医师道歉制度,不将医师的道歉行为作为承担法律责任的证据,让医生敢于道歉和披露过失,从医疗差错中吸取教训<sup>[23]</sup>。

### 4.4 将工具学应用于风险流程管理

目前,越来越多的风险管理已深入临床和医技科室、手术室、设备、药品等流程管理。失效模式与效果分析(FMEA)和根本原因分析(RCA)是常见的流程管理工具。FMEA 注重查找所有潜在的失效模式,并分析其可能的后果,从而事先采取预防措施;RCA 用于逐步找出问题的根本原因并加以解决。可将两种方法结合,应用于风险识别流程。杨伟鹏等<sup>[24]</sup>提出在对风险严重程度和事件发生概率分析的基础上,使用严重程度评估等级矩阵,将 POSSUM、APACHE、DRGs 及 CSI 评分系统中的部分指标融入其中,对风险严重性进行排序,便于客观地评估疾病风险。通过应用工具学方法,对风险进行预测、识别和评估,促进了流程管理向科学化、程序化和规范化发展,为医院管理者和临床一线人员提供简单、操作性强的风险管理模式,使改进后的流程及方法更贴近于科室实际工作,并通过工具运用小组的协作,增强了团队凝聚力。

### 4.5 引入第三方风险管理认证模式

医务人员长期处于熟悉的职业环境,难免无法识别易导致风险的环节。第三方风险管理认证通过对医院多角度、全方位的内审和评估,能不断发现潜在的风险行为和因素,其评估认证报告能客观反映医院的实际情况,准确分析风险管理存在的问题,提供精准数据,从而引起医院管理者的重视,并协助医院降低风险水平,查漏补缺。2013 年在国内开展的挪威 DNV GL 认证是全球领先的专业医疗风险认证体系,其核心是从临床业务流程、保障服务和管理流程三方面协助医院建立标准化管理体系,识别出有过程风险的区域,着重效果评价,并通过运用质量和风险管理方法,与医院特定的需求相结合,导入现代安全管理和组织绩效标准作为持续改进的核心。DNV GL 认证在我国 8 家医疗机构的成功经验表明其能有效提升患者安全和医疗质量,提高员工满意度和工作积极

性,增强管理者的信心,最终使医院的信任度和美誉度提升至新的水平。

## 5 小 结

当前,现代医学和信息技术迅猛发展,在医改、市场和社会期望值的制约下,医疗风险管理是我国医院发展的必经之路。医院风险管理部门要以医疗安全为中心,结合医院战略发展要求和法律规范,从组织、方法、过程、结果等多个方面综合分析和实践,从而有效识别风险,及时开展预警,持续改进完善,实现动态风险管理。值得注意的是,风险管理作为一门新兴管理学科,与管理者决策、信息整合、时效控制等要求息息相关,医疗风险管理对于传染病风险防控同样具有重要指导意义。

## 参考文献

- [1] 赵莹莹. 医院医疗风险管理研究进展[J]. 中国卫生产业, 2018, 15(16): 66-69.
- [2] 姚军. 中国研究型医院理论解读之十三——研究型医院的安全[J]. 中国研究型医院, 2018, 5(5): 60-69.
- [3] 郑双江, 徐玲, 肖明朝. 我国患者安全推进举措与思考[J]. 中国医院, 2020, 24(5): 26-28.
- [4] 冯静, 董少华. 基于灰色理论的医疗风险管理综合评价[J]. 华西医学, 2019, 34(1): 86-88.
- [5] 郭栋, 何伟华, 董兴宝, 等. 军队医院医疗风险预警指标的建立及应用[J]. 人民军医, 2016, 59(10): 1075-1077.
- [6] CHEN L M, EPSTEIN A M, ORAV E J, et al. Association of practice-level social and medical risk with performance in the medicare physician value-based payment modifier program[J]. JAMA, 2017, 315(5): 453.
- [7] 武芳, 伍祥林. 试论医疗风险预警体系建设现状[J]. 医学理论与实践, 2018, 31(16): 2531-2533.
- [8] 李扬, 雌胜勇, 马克杰, 等. 医疗风险信息化预警体系建设基础构思[J]. 江苏卫生事业管理, 2019, 30(5): 598-600.
- [9] 碗旭照, 肖鹏. 我国医疗意外保险的不足及完善对策[J]. 中国医学伦理学, 2018, 31(1): 83-86.
- [10] 段满荣, 赵铁夫, 崔玫, 等. 医疗意外险在建设和和谐医患关系中的实践探讨[J]. 中国医院, 2019, 23(6): 63-65.
- [11] 方永龙. 构建医疗风险预警评估模型提升儿科安全管理质量[J]. 中医药管理杂志, 2020, 28(12): 127-129.
- [12] 吴增华, 徐艳, 胡倩倩, 等. 运用风险评估方法降低重症医学科医院感染发病率[J]. 中国感染控制杂志, 2019, 18(3): 238-241.
- [13] 陈政, 彭华. 北京协和医院医疗风险防控体系实

- 践与探索[J]. 中国医院, 2019, 23(6): 51-53.
- [14] 冉隆耀, 魏碧莹, 刘敏, 等. 基于 SPO 模型构建医疗风险管理体系的探索和实践[J]. 华西医学, 2019, 34(6): 682-687.
- [15] 孙蓉蓉, 宋亚如, 陈园园, 等. 256 家医院质量管理组织结构调查与分析[J]. 中国卫生质量管理, 2020, 27(1): 28-31.
- [16] 张燕燕, 覃艳, 谢兴. 护理不良事件自愿报告系统的发展现状研究[J]. 护士进修杂志, 2017, 36(3): 222-225.
- [17] 杨丽, 王玲, 朱雪梅, 等. 基于 CiteSpace 的我国医学领域风险管理研究的可视化分析[J]. 中国卫生质量管理, 2020, 27(4): 75-79.
- [18] 陈计辉, 贾熙娜, 王红雷, 等. 分担医疗风险因素对医疗纠纷影响分析研究[J]. 内蒙古医科大学学报, 2018, 40(3): 274-277.
- [19] 余丽娜, 钱新毅, 盛静, 等. 医疗安全不良事件告知患者/家属的研究进展[J]. 护理学杂志, 2017, 32(21): 108-112.
- [20] 张盟, 余丽娜, 张春华. 医护人员主动告知医疗安全不良事件态度的质性研究[J]. 护理学杂志, 2020, 35(5): 75-77.
- [21] BICK D, BEAKE S, CHAPPELL L, et al. Management of pregnant and postnatal women with pre-existing diabetes or cardiac disease using multi-disciplinary team models of care: a systematic review[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2014, 14: 428.
- [22] 徐朗, 曹德林. 某院 2 434 例医疗质量安全事件回顾性分析[J]. 中国卫生质量管理, 2020, 27(1): 44-46.
- [23] 张忠敏. 论美国医师道歉制度对证据法中自认的影响[J]. 法制博览, 2019(9): 189-190.
- [24] 杨伟鹏, 蒋一楠, 袁磊, 等. 医疗风险影响因素分析方法比较[J]. 解放军医院管理杂志, 2017, 24(11): 1036-1038.

(收稿日期: 2020-09-11 修回日期: 2020-12-29)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.07.036

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20210218.1626.014.html>(2021-02-18)

## 大型公立医院低年资护士离职倾向及影响因素分析\*

赵莉<sup>1</sup>, 张检<sup>2</sup>, 陈国强<sup>3△</sup>

(1. 山东省立医院西院/山东省耳鼻喉医院, 济南 250022; 2. 重庆医科大学公共卫生与管理学院/医学与社会发展研究中心 400016; 3. 山东第一医科大学第一附属医院, 济南 250014)

**[摘要]** **目的** 探讨大型公立医院低年资护士离职倾向及影响因素。**方法** 采用整群抽样法对济南市 3 所三级综合医院和 2 所三级专科医院的低年资护士进行问卷调查, 对调查资料进行描述性分析、单因素分析和二分类 logistic 回归分析。**结果** 共调查 1 199 名低年资护士, 无离职倾向 738 人, 有离职倾向 461 人, 离职倾向发生率为 38.4%。工作年限较长、急诊科、非事业编制、收入水平低、工作满意度低、有情绪衰竭、去个性化和低成就感的低年资护士更容易产生离职倾向( $P < 0.05$ )。**结论** 应持续改善大型公立医院低年资护士的执业环境, 优化其绩效工资制度, 增强护理人员自我价值感与组织认同感。

**[关键词]** 公立医院; 低年资护士; 离职倾向; 影响因素

**[中图分类号]** R47 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2021)07-1244-03

2017 年我国护士总体离职率为 2.15%, 其中工作年限小于或等于 5 年的低年资护士离职率高达 12.07%<sup>[1]</sup>。研究表明, 离职行为与离职倾向存在明显关联性, 高离职倾向不仅影响区域卫生资源配置与利用, 也对大型公立医院学科建设进程中可持续性人才队伍的构建产生较大制约<sup>[2]</sup>。低年资护士作为护理队伍的后备力量, 了解其离职倾向现况并采取相应的干预措施, 对维护其劳动和社会保障权益, 降低护士离职率和稳定护理队伍具有重要意义。

### 1 对象与方法

#### 1.1 研究对象

2019 年 11 月至 2020 年 2 月采用整群抽样法对济南市 3 所三级综合医院和 2 所三级专科医院的低年资护士进行问卷调查。样本量根据流行病学横断面调查的样本量估算。前期文献研究提示护理人员离职倾向发生率为 30%~50%<sup>[3]</sup>, 本研究选取  $P = 40%$  计算出在 95% 置信度 ( $\mu_{\alpha/2} = 1.96$ ) 条件下, 允许抽样误差为  $\delta = 5%$  的最小样本规模为 369 人。实际