

et al. Living donor liver transplantation for biliary atresia: a single-center experience with first 100 cases [J]. Am J Transplant, 2006, 6(11): 2672-2679.

[13] Lee H, Hirose S, Bratton B, et al. Initial

experience with complex laparoscopic biliary surgery in children: biliary atresia and choledochal cyst [J]. J Pediatr Surg, 2004, 39(6): 804-807.

[14] Jain A, Mazariegos G, Kashyap R, et al.

Pediatric liver transplantation: a single center experience spanning 20 years [J]. Transplantation, 2002, 73(6): 941-947.

(收稿日期: 2007-12-20)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

综合重症加强治疗病房量化管理的探讨

王超美 文秀芳

【关键词】重症加强治疗病房；量化管理；质量

我院自 1992 年建立综合重症加强治疗病房 (ICU) 以来, 在科室量化管理方面有一些体会, 报告如下。

1 综合 ICU 的特点

ICU 具有专业新、要求高、收费贵、责任重的特点。而综合 ICU 模式具有节省资源, 可最大限度地利用昂贵的监护抢救设备, 改善患者预后^[1]的优点。综合 ICU 收治的是各专业危重患者, 所以要求 ICU 医护人员知识不但要广博, 还要有相当的深度, 同时还要掌握大量监护抢救仪器的使用及特殊操作技术。由于病情和经济的原因, 患者及家属常常会有过高的期望值; 由于集中加强监护, 大量昂贵设备的应用, 各种检查项目增加, 贵重抢救药品的应用, 使得入住 ICU 花费不菲, 部分经济条件较差的患者容易欠费, 发生医疗纠纷。医院投入巨大, 对 ICU 亦寄予社会效益及经济效益的期望颇高。综合 ICU 建科初期都要经历与各专业学科磨合的过程, 在基层医院甚至会出现患者不多、资源浪费现象。

2 综合 ICU 的运作目标

综合 ICU 运作的目标主要有两方面: 一是抢救治疗各科危重或需要监护的患者, 提高抢救成功率, 同时通过减少并发症, 缩短住院时间, 减轻患者负担; 二是通过医疗过程为医院获得相应的经济效益, 尽可能快地收回投资。为达到上述目标, 需要做到收治患者多、治疗效果好、各科愿意向 ICU 转患者、患者愿意入住 ICU、设备充分利用、利用率高的良

性循环; 同时使 ICU 工作人员能得到较好的经济收入, 作为对他们承担高风险、高负荷工作的回报。

3 综合 ICU 的管理问题

3.1 工作任务分解量化: 2000 年以前我们主要依赖精神上的表扬、批评、评先进及极少的经济处罚作为经济管理手段, 管理没有与个人的经济分配挂钩, 科内没有二次分配, 管理未能取得理想的效果。2000 年后, 我科开始试行量化管理, 无论是工作量指标还是质量指标都分解成可见、便于计算考核的具体指标。由于 ICU 的床位较少, 简化了解算的难度。我们分解工作量指标为基本单位“工作小时”, 即每名工作人员所合格管理患者的小时数, 公式: 患者数/参与管理的人数 (医护分开计算) × 工作时间。比如中班 2 位护士值班, 共管理 4 个患者, 每位护士的工作小时为 $4/2 \times 8 = 16$; 医生的计算方法与护士相同, 但医生另有一参数“管床日”, 即本月管理患者总床日数, 为计算方便, 可以将“管床日”按合适的系数折算成“工作小时”。

保质、保量地完成是以“工作小时”作为分配基础的前提, 即工作必须在合格状态, 劳动才能获得承认, 所以质量指标是不可或缺的。设立质量指标目的是保证医疗质量和医疗安全。质量指标的分解一般是根据科室实际情况, 把各项规章制度如劳动纪律、技术操作常规执行、各项规章制度落实、新业务新技术开展融入其中, 找出薄弱环节, 制定出 40 余条质量指标, 并及时调整补充。

3.2 量化考核结果: 由科室成立的质量考核小组根据指标随时随地进行考核, 奖惩分数设 0.5 ~ >10 “工作小时”, 出现较大失误由质量考核小组讨论后决定, 特殊时由全科会议决定, 考核结果由

当事人确认。每日计算工作量指标, 数据写在排班表上, 个人可随时了解自己的工作情况, 计算每个“工作小时”的价值, 乘以个人“工作小时”即为绩效工资。

3.2.1 医护人员的积极性提高: 杜绝了推诿患者现象, 床位紧张时也能想方设法加床或调整床位收治患者。

3.2.2 休假安排合理化: 量化管理前, 科室越忙请假越多。现在, 因为忙时“工作小时”多, 大家一般不愿此时休假, 减少了科室人员紧张的压力, 提高了效率。

3.2.3 医护人员责任观念增强: 引入量化管理后, 医护人员都更加注意工作质量, 及时发现和纠正存在的不足, 交接班时会认真地进行检查, 分清责任。

3.2.4 确保了医疗安全: 实行量化考核后, 医疗小差错较以前有了大幅度下降, 达到了扣分不是目的, 确保医疗质量、医疗安全才是考核的目的。

3.2.5 经济收入大幅增长: 经过量化考核, 最大限度地调动了管理要素中最重要要素, 即“人”的主观能动性, 科室收治患者数比考核前增加了 48%, 相应取得了较好的经济效益, 科室在经济能力增长的情况下, 增添了新的设备, 为进一步发展奠定了物质基础, 个人收入也有了增长, 科室管理进入良性循环的轨道。

总之, 我们认为综合 ICU 引入量化管理可以对科室的发展起到积极的促进作用。目前, 我院正准备在全院引进 ISO9001 质量考核、强化管理, 相信届时 ICU 的量化管理会进一步得到完善。

参考文献

[1] 刘大为. 重症医学的发展与重症加强治疗病房的规范化 [J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18(7): 385-386.

(收稿日期: 2007-10-10)

(本文编辑: 李银平)

作者单位: 441000 湖北, 襄樊市第一人民医院 ICU

作者简介: 王超美 (1958-), 女 (汉族), 湖北省人, 主任医师, 现任湖北省医学会重症医学分会常委, Email: xfyywcm@sohu.com.