

• 经验交流 •

对我国急救中心内涵建设转型与队伍建设的思考

李金年

【关键词】 急救中心； 内涵建设； 转型； 队伍建设； 发展

院前医疗救治体系是社会安全保障系统和应急机制的重要组成部分,在为群众日常医疗急救服务的同时,还担负了突发公共事件中医疗救治的重要职能。因此,加强和完善我国院前救治体系建设与管理,提高救治能力和水平,是加快公共卫生事业发展、保护人民身体健康和生命安全、促进经济和社会协调发展、实现社会长治久安的战略举措。

每一次突发公共事件的出现都是对我国公共卫生体系与应急系统的巨大冲击和考验。急救中心作为卫生行业的第一大窗口,又是应急救援的主力军,在应对突发公共卫生事件中暴露出了一些深层次的问题。我国院前急救从 20 世纪 50 年代开始在大中城市建立急救中心(站),90 年代进入发展阶段,现在全国各地县级医疗机构都已建立了“120”急救中心(站)。经过近 10 年的探索和发展,尤其是 2003 年严重急性呼吸综合征(SARS)以后,急救中心逐步形成了以现场急救、监护转运为基本功能的院前医疗救治体系,并在内涵建设上发生了巨大的转型。现从以下几个方面就急救中心队伍内涵建设转型与队伍建设进行研究思考。

1 我国急救中心内涵建设的转型

虽然我国院前急救事业起步较晚,但近年来发展很快,特别是经历 SARS、抗震救灾、奥运会等重大事件后,国家对院前急救事业投入力度加大,并作为公共卫生事业的重要组成部分加以建设,但把世界发达国家的院前急救经验照搬照抄并不符合中国的国情。所以,我们应在学习借鉴国外发达国家先进经验的基础上,认真研究我国院前急救事业的发展特点,特别是要研究急救中心内涵建设的转型。

1.1 急救中心内涵建设转型应以运行模式为基础:目前,我国还处于多种急救

模式并存的状态,虽然模式不同,其功能、定位均根据各省市情况不同而定;但是与建立现代化的紧急救治体系需求相比还存在一定的问题,很难有效应对突发公共事件的发生。因此,应逐步探索完善适合中国国情的院前急救模式。目前比较一致的观点认为独立型比较适合我国大中城市的实际情况,也是国际上公认比较先进的体系建设模式。很多急救中心已着手向这种模式转变,这一模式的核心是建立覆盖城乡以指挥中心、区域分站和基层站点为支撑的三级急救网络,急救中心与各区域医院和专科医院紧密结合,构成完整的急救医疗服务体系(EMSS)。这种模式以对急救资源的统一管理为特征,形成科学合理的布局优势,能够有效缩小抢救半径,缩短反应时间,提高救治成功率,科学配置救治资源,排除各种人为因素的干扰;有利于做到提高危重患者救治水平,有效应对突发事件;有利于做好紧急救治体系的长期规划和建设,不断提高科学化、标准化、信息化和规范化水平。这是我们做好院前急救标准的基础。

1.2 急救中心内涵建设转型应以提高质量为核心:急救中心内涵建设转型的核心内容是提高医疗质量、服务质量和质量管理。急救中心每个环节的工作质量都直接关系到救治工作的成败,关系到人民群众的生命安全,关系到社会的稳定与和谐发展。把质量工作作为基础性工作,做到常抓不懈,确保效果,具有重要意义。近年来,各省市急救中心普遍在加强质量管理方面做了大量工作,取得了一些进展,依托质量信息管理系统,不断完善各项工作的质量标准和质量管理制度建设,紧密结合应急救治工作的实际,建立起一整套以 ISO9000 系列的全方位质量管理体系。

全程质量管理信息系统是在计算机通讯指挥调度网络系统基础上,根据实际工作需要,不断更新功能,并与建章建制紧密结合发展起来的。这一系统涵盖了从接警、出车、救治、返回分站的全程

动态管理,把通讯调度、医疗救治、车辆管理、后勤管理等各方面全部纳入计算机网络管理中,对各项工作的质量实现了客观、全面的记录,使用计算机进行质量分析,开展质量考核,为及时发现问题并采取有效措施提供了有力保障。

全程质量信息管理体系的核心是充分发挥计算机网络的作用,以信息资源为支点,发挥急救信息的监督、评价、控制和咨询方面的作用,显著提高对各个工作环节的质量记录与检查水平,保证每次工作都处于受控状态。

1.3 急救中心内涵建设转型应以公共卫生体系职能为依据:急救中心要做到为社会提供更优质的服务,其内涵转型必须以公共卫生服务体系职能为依据,加强院前急救全程质量管理。质量管理是适应现阶段院前急救发展水平的现代化管理手段,是以“质量”为核心,依靠的对象是各个层次和所有部门的人员,即全体员工。质量管理考核委员会是实行全程质量管理的组织形式,强调人的作用,不断完善质量控制标准,优化工作流程,使管理人员能够及时发现工作环节上的质量问题和管上的薄弱环节,建立有效的质量体系并不断改进,以提高各项管理为基础,提高人的素质,调动人的积极性,以做好本职工作为核心,实现中心自身发展,不断提高经济效益和社会效益,更好地服务于百姓。

1.4 急救中心内涵建设转型应以急救体系建设为目标:院前急救体系是社会安全保障系统和应急机制的重要组成部分,在抢救急危重症患者生命、应对灾害事故和突发公共卫生事件中具有极为重要的作用。急救体系建设以急救中心内涵转型为目标。目前,医疗急救体系的建立在我国差距较大,院内、院前急救分离,绿色通道不畅等问题明显存在。2003 年国家发改委和卫生部共同制定了《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》,国债投资用于医疗救治体系建设,提高应对突发公共卫生事件医疗救治能力。通过加强基础设施建设,提高装备水

DOI:10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2010.10.021
作者单位:300011 天津市急救中心

平,深化管理体制和运行机制改革,提升专业人才技术能力等措施,建立符合中国国情的 EMSS,真正形成院前急救—院内急诊—重症监护病房(ICU)监护的一体化院前急救绿色通道,基本建成覆盖城乡、功能完善、反应灵敏、运转协调、持续发展的医疗救治体系,提高应对突发公共卫生事件医疗救治的能力。

2 加强我国急救中心队伍的建设

急救中心内涵建设的转型,从运行模式、提高质量、公共卫生体系职能和急救体系的建设等方面都与急救中心队伍建设与发展密切相关。在新时期的转型定位中,急救中心这支队伍的建设必须要适应形势的发展,加强和完善急救中心队伍的建设对于我们每个管理者来讲是值得思考的问题。

2.1 综合素质的提高是队伍建设的保证:随着院前急救工作的不断发展,急救人员的职业素养与医德规范的管理要求越来越高,而急救中心是卫生行业的第一大窗口单位,应该有更好的职业素养、良好的素质以及更科学的管理规范要求。急救人员只有不断提高业务素质,才能不断提高为患者服务的本领。我们应当加强思想政治工作,采取各种形式,加强急救人员素质教育,通过榜样激励、利益鼓励、制度规范、纪律约束、社会监督等手段加强管理,提高院前急救人员的综合素质。

2.2 人员编制的配置是队伍建设的基础:机构的建立必须要有人员的保证,因

此,要完成以院前急救任务及应对突发事件的救援任务,必须要建立一支有保障的队伍。目前,全国急救中心尚无统一规范的人员编制,在财政体制下,各省市的执行标准不同,有必要全国统一。急救中心人员编制原则应考虑按省市所管辖的人口数量、规定救护车的数量、救护车上急救人员的数量和患者的需求量来决定,急救单元的组成按救护车与人员的比例 1:5,每辆救护车人员组成应有医师(1人)、护士(1人)、驾驶员(1人)、担架工(2人)。

2.3 职称系列的建立是队伍建设的基点:急救中心专业技术队伍的现状为人员缺少、人才匮乏。目前我国没有独立的院前急救医师专业职称,因此,很难稳定和发展急救专业技术队伍。专业技术人员每年晋升考试,要报专业为内科、外科或全科,而院前急救专业技术人员每天工作在急救一线,主要抢救急危重症患者,无论是理论知识或是操作技能都与其规定报考的专业有差异,直接影响到成绩与晋升。院前急救是急救医学的组成部分,随着我国公共卫生体系的建立,院前急救应是一门独立的学科。所以,为加强和完善院前急救队伍的建设与发展,必须要建立符合中国国情、实事求是、合理公正的职称系列,以更好地稳定和发展这支队伍。

2.4 加快院前急救事业的立法进程:随着社会法制化建设日益完善,院前急救立法已成为当务之急。我国的院前急救

事业与国外发达国家相比仍存在较大差距,国内各省市发展水平也不平衡,医疗急救服务的保障能力还不能适应社会、民众对院前医疗急救服务的需求和期望。在院前急救工作和应急救援中,存在的医患利益关系、法律关系和道德关系是错综复杂的。要充分认清院前急救立法对保障人民生命健康、维护社会安定的重要作用。通过立法,规范院前急救的管理程序以及急救中心(站)和市民在院前急救过程中的权利、义务,明确行为规范和院前急救中所遇问题的处置原则,以法律形式保障人民群众和急救人员的合法权益及人身安全,使院前急救服务纳入法制化轨道。目前,全国已有几个城市出台了院前急救地方性法规,还应尽快以国家形式制定社会急救法。

3 结论

总之,院前急救事业的发展,关系到人民群众的生命保障和社会安定。提高抢救成功率,降低病死率和致残率,是急救医学发展的整体趋势。要达到这一目标,必须要有一支思想素质高、业务精、作风硬的急救队伍。我国院前急救起步晚,还是一门新学科,发展空间非常广阔。在发展中要注重新时期内涵建设转型,加速这支队伍的软、硬件建设,必将推动我们院前急救事业水平不断提高,加快这项事业的发展。

(收稿日期:2010-07-19)

(本文编辑:李银平)

• 科研新闻速递 •

血管活性药物复苏在危重病患者微血管灌注和组织氧合中起重要作用

近日,荷兰科研人员对一个临床数据库进行搜索,收集最近 15 年中由于应用血管活性药物而引起的休克、脓毒症、器官功能衰竭等重症患者,观察器官再灌注或氧合情况与应用血管活性药物是否有直接关系,并运用血管张力的生理知识加以讨论。结果表明,无证据显示升高血压可改善微循环再灌注和氧合,而这与微循环为低压血管舱理论相违背。在已报道的病例中显示,感染性休克患者平均动脉压 >65 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa) 时微循环再灌注即无有利作用,但在个体间广泛的影响似乎存在。微循环灌注的改善与患者预后的关系有待进一步研究。

韩晓春,编译自《Intensive Care Med》,2010-09-02(电子版);胡森,审校

血流动力学和灌注血流动力学指标为脓毒症大鼠有效复苏的金标准

脓毒症是继发于局部感染的全身炎症反应综合征(SIRS),严重脓毒症及感染性休克是 SIRS 更为严重的情况。在过去的 10 年中,巴西科研人员对脓毒症进行了深入研究,为人们提高其治疗效果创造了条件。但是,脓毒症仍然是重症监护病房死亡的最重要原因之一。脓毒症早期阶段的特点是血流动力学紊乱,因而会诱发各种组织之间的全身氧供需失衡,导致全身组织器官缺氧。生命体征正常的患者身上一旦出现此情况,其脓毒症的发病率和病死率都会大大增加。早期乳酸和静脉血氧饱和度被认为是脓毒症最重要的监测指标。而动物实验则以脓毒症典型血流动力学和灌注血流动力学参数变化作为大鼠有效复苏的金标准。

韩晓春,编译自《Shock》,2010,34:34-39;胡森,审校