

# 医院感染管理团队模式探索

刘波<sup>1,2</sup>, 张卫红<sup>1</sup>, 张苏明<sup>1</sup>, 李松琴<sup>1</sup>, 许平<sup>1</sup>

(1.南京医科大学第一附属医院感染管理办公室, 2.感染科, 江苏 南京 210029)

**摘要:** 医院感染管理涉及多学科知识, 日常工作内容较为繁杂。目前国内感控团队模式存在构成模式偏差、引入非护理专业的认识不足, 以及团队未考虑专业分工等主要问题。可以通过团队模式下的合理分工, 或组建新式的感控团队模式来解决当前感控团队模式的不足及团队建设难题。

**关键词:** 医院感染; 团队建设; 模式探索

中图分类号: R197.3

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2014)05-387-003

doi: 10.7655/NYDXBSS20140510

我国医院感染管理工作起始于上世纪 80 年代中期, 经过 30 年的发展, 已取得了有目共睹的巨大成绩。无论是卫生行政部门的重视程度, 还是临床医务人员的感控意识, 均有了明显提升。但与其他国家或地区相比, 医院感染管理整体水平尤其是感控科室团队建设依然存在一定的不足。感控团队建设事关全院医院感染管理工作的效率和质量, 为此优化科室团队建设显得至关重要。本文对感控团队模式作一介绍和探索, 以期为国内同道提供思路借鉴。

## 一、感控团队模式

### (一) 国内感控团队模式

按照原卫生部下发的《医院感染管理办法》(2006 年)规定, 目前国内感染管理科几乎均定位为兼有管理和业务职能的科室, 其专职人员主要由专业技术人员构成。近年来, 无论全国还是地方层面针对专职人员队伍的现状调研显示, 感控专职人员背景专业由护理、医疗、检验、公卫等专业构成, 其中护理人员占比 47.7%~77.6%, 并且多数研究认为专职人员由护理人员占主体是不合理的人力梯度<sup>[1-2]</sup>。

### (二) 国外感控团队模式

国外尤其是西方发达国家, 医院感染管理工作起步较早, 如美国早在上世纪 50 年代就已经认识到医院感染防控的重要性, 并开始着手医院感染的监

测工作。经过近半个多世纪的发展, 西方发达国家已经积累了丰富的医院感染管理经验。以美国感控团队模式为例, 感控团队由两部分人员组成, 一是医院感染流行病学专家(hospital epidemiologist, HE), 二是医院感染防控人员(infection preventionist, IP)。前者工作类别主要为兼职感控, 主要由经过流行病学培训的感染内科医师或是微生物检验人员担任, 后者工作类别为专职, 主要由护理人员担任, 同时我国香港、台湾等地区也基本沿用了美国的感控团队工作模式<sup>[3]</sup>。

## 二、国内感控团队模式存在的主要问题

国内感控起步阶段, 由于护理专业在消毒灭菌知识和监测等方面的独特优势, 所以感控专兼职人员来源基本为护理专业; 随着医院感染管理工作内涵要求的不断提升, 医疗、检验、公卫等专业(简称非护理专业)逐渐被引入到感控团队中。虽然经历 30 年尤其是近 10 年的快速发展, 但感控团队建设目前依然是医院感染管理工作的难点之一, 如专职人员老龄化、难以吸引非护理专业人员入职感控、感控难以发挥应有的指导作用等问题<sup>[4]</sup>。以下从感控团队模式角度入手, 分析存在的主要问题。

### (一) 团队构成模式存在偏差

国内感控起步的主要起源是借鉴其他国家或地区的感控体系, 但目前发展又与其不完全相同。国内

基金项目: 江苏高校优势学科建设工程资助项目(JX10231801)

收稿日期: 2014-08-13

作者简介: 刘波(1981-), 男, 山东泰安人, 感染病学在读博士, 主治医师; 张卫红(1965-), 女, 湖南长沙人, 主任医师, 主要从事医院感染预防与控制研究, 通信作者。

感控团队在起步之初基本由护理人员构成,与美国、香港、台湾等地感控团队主体的构成思路基本一致。随着国内医院感染管理的逐步深入和规范化,实际工作中的困惑让卫生行政部门及感控界自身逐渐意识到存在的问题,感控涉及多学科基础知识和理论知识<sup>[5]</sup>,如临床医学、护理学、消毒学、流行病学、微生物学、预防医学、管理学等,越来越体会到单纯由护理人员组成的感控团队难以完全满足实际工作的需要,于是逐步在感控团队中引入医疗、检验等非护理专业,并且形成了制度和体制规定,而这与其他国家或地区的团队模式已经产生区别。

事实上,美国、香港等地感控团队主体也是护理团队,除此之外还包含感染病学、微生物学、公共卫生流行病学专家,但除护理团队外,其余专家大多数是以兼职身份加入到整体感控团队中<sup>[6]</sup>,这与国内有本质区别。又如国内认可并一直主张的每250张床位配备1名感控专职人员的结论,最早是由美国1985年一项称为SENIC的项目研究得出<sup>[7]</sup>,但此处感控专职人员在美国当时仅仅指的是护理人员,并不包含其他专业人员。

### (二)引入非护理专业的认识不足

目前国内感控专职人员以护理人员为主<sup>[8]</sup>,这与护理专业在消毒灭菌知识以及监测中的优势密切相关。

感控工作内容近年来虽有部分发展,或侧重点有所改变,但工作方法本质上没有大的变化,还是建立在起步时监测、督查、干预、流调、防护指导等基础方法之上。因此可以说,以护理人员为主体的团队从国内感控起步之初到现在,一直从事内容类似、方法相仿的工作,暂且将这些主体内容称之为基础感控。

随着国内感控内涵提升和规范化发展的需要,护理专业人员在感控工作中由于专业知识的缺陷,感觉越来越难以得心应手,于是医疗、检验、公卫等非护理专业人员以全职方式逐渐充实到感控队伍。这又与西方发达国家的理念产生差异,在美国,为什么医疗、检验等专业仅以兼职方式加入感控,而国内要求全职呢?这可能与两方面因素有关,一是美国等地区感控团队对护理入职要求非常高<sup>[9]</sup>,如护理等级共6级,而感控护理人员必须是从5级起步,并且护理人员入职感控需要经过严格的感控培训和流行病学培训,这从美国的感控护士在一段时期内被称为感控流行病学护士也可以看出。而国内感控对护理人员的入职几乎没有要求,试想一下,入职无要求的护理人员在感控团队中,又如何应对感控发展的需求呢?二是美国等地区配备非护理专业兼职感控人员,并非需要非护理专业人员从事基础感控工

作,而是在本专业优势范围内,结合流行病学专业知识,从不同层次和角度与护理团队合作,共同为感控工作作出贡献。

在国内,非护理专业加入感控团队,似乎一定程度上带动了感控整个大环境的发展,如科研水平的提升、微生物学知识和管理水平的提高,从而形成了一定的假象,认为非护理专业进一步丰富了感控的工作内容,其实这些内容的提升,均从侧面反映了国内护理在感控整体水平上有待提升,而不是缺少其他专业的加入。不能因为医疗、检验、公卫等非护理专业人员可以弥补护理人员感控知识和能力的相对不足,而引入全职的非护理人员,这可能存在资源的不合理配置。

### (三)团队未考虑专业分工

非护理专业人员加入感控后,采取何种感控工作方法、从事何种工作内容呢?是否由于更多的专业加入以护理为主的感控团队,感控的工作方法、内容会发生质变?事实上,感控的工作方法内容不会质变,也没有必要质变。感控还是以护理团队为主时的工作方法和内容,只不过这些内容被更多的非护理专业人员来共同完成。

作为感控主体的基础感控工作,在无其他专业加入时,主要由护理团队完成。非护理专业的引入,无形中承担了本应该由护理人员完成的工作内容,随着时间的延长,工作内容离非护理等自身专业越来越远。对于大多数医院来说,感控的分工均是全能型专职人员,原因之一可能是感控工作内容无法为非护理专业提供饱和的工作量,例如检验人员加入感控,如果仅仅完成环境卫生学采样监测工作,多数时间是空闲的,公卫人员仅完成流调、统计分析甚至科研项目,也会有部分时间空闲。全能型专职人员,可能不是优势,恰恰相反,随着时间的积累,很可能会彻底消耗掉非护理专业的背景优势;非护理专业加入感控,在提升基础感控中护理团队整体水平的同时,也很可能逐渐被同化。最后结果可能是,非护理专业没有了专业背景优势,也不可能完成向护理的转化,成了彻头彻尾的“二不像”。

## 三、感控团队模式探索

团队是由人力组成的,而人力资源是解决一切问题的关键点之一,无论感控发展如何迅速,如果不解决人力问题,不关注团队问题,国内感控很难持续健康发展。

### (一)目前团队模式下的合理分工

纵观国内外知名医院的临床优势学科,即便是同一临床专业,也已经充分认识到团队成员明确分

工的重要性,作为还不能称之为学科的感控,却未能很好效仿学习。

依据目前国内感控人力梯度的发展方向,感控团队已经趋向于囊括护理、医疗、检验、公卫等专业人员。事实上,将非护理专业人员引入感控团队中,并非为了在感控已有的工作基础上扩展业务,而仅仅是因为认识到护理在感控实际工作中难以应对部分难题,如微生物学知识、科研设计及统计分析知识甚至抗菌药物的相关知识和能力等,从而可以说,引入非护理专业人员是为了增补护理在感控工作中的薄弱环节。但同时应该认识到,护理在感控工作中的弱项并无法满足非护理专业的日常工作量,导致非护理专业必须更多地分担基础感控中的工作内容。

感控基础知识和能力是每名加入团队的专职人员应该知晓和掌握的,对非护理专业也是如此。但掌握并不意味着一定要专职于此,不能用牺牲专业优势代价来换取对整个感控护理团队的带动作用。既然引入非护理专业人员,就应该充分考虑和认识到如何合理发挥该类人员在感控中的作用,而不是仅仅去取代护理人员完成工作,如果仅仅是为了取代,完全可以将感控主体人员转换为非护理专业,从而彻底提升感控的整体层次和水平,如学历层次和科研水平。作为一个不同专业混搭组成的团队,在分工时应充分考虑专业特点,让专业优势能够在感控工作中发挥作用,如果不考虑专业性,也就没必要引入不同专业人员。此外,即使整个团队均由护理人员组成,也应该针对感控的工作做合理分工,让每名成员在做好“全面型”感控专职人员的同时,也可以成为某一领域的“行家能手”。

## (二)组建新式团队模式

近年来的多项专职人员调研数据显示,各种专业中以医疗最难引入感控团队,尤其是有一定工作经验的临床医生,除非是个人意愿或有特殊形势,再次是检验人员。这其中可能的原因,一是临床医生的使命在于诊断、治疗疾病,康复患者,而感控无此功能,医生感觉无法发挥所学专业本领;二是感控待遇无法与临床或医技科室比拟;三是职称晋升难题一直是不可逾越的障碍。以上几点根本无法解决,也就不可能顺利解决引入医生或检验人员的难题。既然如此,为何不退而求其次?从感控对学科的需求来讲,感染科、微生物室、感控科组合可谓理想的完整版感控团队,美国、香港、台湾等地区已有相似的模式,但这些地区并非三个科室的完整组合,而是由感染科个别医生、微生物室个别检验人员加入

感控团队,当然必须具备前提条件,感染科医师或微生物检验人员必须经过系统的流行病学培训和感控相关知识的周期性持续培训;并且感染科医生或检验人员均为兼职,定期与感控护理团队交流协作,共同解决感控难题。此种模式既能增补护理人员工作中的弱项,又做到不同专业合理分工,将来有可能成为国内感控重要的团队模式之一。

除了组建新式的感控团队模式,感控团队中护理人员提升自身能力也至关重要。只有护理人员能力有效提升了,非护理专业人员才可以不用以全职方式加入感控团队。以目前的国内体系入手,首先应提高感控护理人员的入职门槛,如对学历的要求,美国一项大型调查研究显示<sup>[3]</sup>,感控护理专职人员中具有研究生学历的高达21%;其次,严格感控上岗证管理,提高上岗证的含金量和权威性;再次,相应提高感控护理专职人员的待遇。

## 参考文献

- [1] 李六亿,郭燕红,赵艳春,等. 全国医院感染管理专业设置的调查[J]. 中华医院感染学杂志,2005,15(3):309-311
- [2] 李卫光,朱其凤,李红军,等. 山东省医院感染管理专职人员现状调查[J]. 中华医院感染学杂志,2011,21(20):4270-4272
- [3] Stone PW, Dick A, Pogorzelska M, et al. Staffing and structure of infection prevention and control programs[J]. Am J Infect Control, 2009, 37(5):351-357
- [4] 刘波,赵丽萍,张苏明,等. 医院感染管理体系现状及思路分析[J]. 南京医科大学学报:社会科学版,2013,13(5):429-431
- [5] 胡必杰,郭艳红,刘荣辉,等. 中国医院感染规范化管理(SIFIC常见问题释疑)[M]. 上海:上海科学技术出版社,2009:543-562
- [6] Stricof RL, Schabbes KA, Tserenpuntsag B. Infection control resources in New York State hospitals, 2007[J]. Am J Infect Control, 2008, 36(10):702-705
- [7] Hughes JM. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project): results and implications for the future[J]. Chemotherapy, 1988, 34(6):553-561
- [8] 陈翠敏,赵先柱,府伟灵. 医院感染管理队伍专业构成的思考与体会[J]. 中华医院感染学杂志,2010,20(11):1574-1575
- [9] 徐敏,易文婷. 美国医院感染管理运行机制及启示[J]. 中华医院感染学杂志,2013,23(7):1638-1640