

# 4R 危机管理理论在医疗纠纷管理中的应用

邹峻岭

上海理工大学管理学院 上海 200093

**摘要:** 医疗机构, 因其诊疗活动的不确定性与服务对象(患者)的脆弱性导致其时刻面对着较高风险, 随着患者维权意识的不断增加, 维权渠道越发多样, 医疗纠纷逐步成为需要医疗机构不断重视的危机。本文运用 4R 危机管理理论的视角来分析不同阶段下的医疗纠纷处置策略, 以期对医疗纠纷的处置提供帮助, 缓解当前医患矛盾突出, 医患关系紧张的局面。

**关键词:** 医疗纠纷; 医院管理; 公共危机

医疗行业及机构, 因诊疗活动的不确定性 × 服务对象的脆弱性 = 高风险行业, 随着患者维权意识的不断增加, 医疗纠纷逐步成为需要医疗机构不断重视的危机, 医疗纠纷同时也是许多其他危机的导火索, 在不同的危机的综合影响下, 造成程度不一的不良影响(灾害), 如医疗纠纷导致的信任危机影响着良性医患关系的建立、医疗纠纷导致的公关危机影响着医院的舆论压力、医疗纠纷导致的安全危机影响着医务人员的职业安全、医疗纠纷导致的运营危机影响着医院的长远发展等等, 医疗纠纷本身可能是速燃型的危机(如因医患态度问题, 造成患者一过性的不满情绪), 是导泄型的危机(如长期住院患者突然过世), 是慢燃型的危机(如病房大楼环境年久失修), 亦可能是长投影型的危机(如一起医疗事故的不当揭露, 造成社会活动中医患关系长期紧张)。这些危机时刻威胁着医院的正常运营, 甚至影响到了人民的生命财产安全。

4R 危机管理理论提出了危机管理的四个阶段, 即减缓、准备、响应及恢复, 对应着医疗纠纷处置的预防、准备、应对及善后等阶段, 医疗纠纷危机管理在每个阶段的尽早介入, 有利于降低医患双方处置医疗纠纷的成本, 减少医疗纠纷带来的不利影响。危机管理理论在医疗纠纷管理中是一个较新的概念, 但是该理论从预防、减少公共危机的发生, 控制、减轻危机的社会危害, 消除危机的负面影响方面都与医疗纠纷处置较为契合, 对于医疗纠纷的处置有着较好的指导作用, 有利于缓解当前医患矛盾突出, 医患关系紧张的局面。

## 1 医疗纠纷与危机管理概念界定

### 1.1 医疗纠纷

《医疗纠纷预防和处理条例》第一章第二条将医疗纠纷定义为: 医患双方因诊疗活动引发的争议。朱九田(2015)认为医疗纠纷是发生在医患双方之间, 因为对医方医疗护理服务等行为产生的后果及对造成后果的原因, 或赔偿金额达

不成一致而产生的争议。何崇保(2022)认为医疗纠纷是因患方对医务人员或医疗机构的医疗服务不满意, 或诊疗行为造成不良后果或未达预期, 且与医方的解释、沟通无法达成共识, 与医方发生争执, 执意责难医方, 为达到利己目的提出超出实际且难以达成协议的经济赔偿, 不惜以非法行为、非正式途径或反复纠缠医方的社会负性事件。于听可(2018)认为医患纠纷在法律定义上是主体为医患双方, 客体为患者的生命权或健康权。是指患者及其家属认为医务人员在诊疗护理过程中有过错和争议, 侵犯了患者权益或加重了患者痛苦, 要求卫生行政部门或司法机关追究医方责任或赔偿损失的事件, 在未表明事实真相之前, 统称为医患纠纷。

作者认为, 根据上述学者的定义, 医疗纠纷强调了纠纷的性质, 医患纠纷强调了纠纷的主客体, 二者皆因医患双方对于医疗行为/服务的结果认知差异, 进而产生了争议而起, 二者具有相同的内涵, 在本文中医疗纠纷及医患纠纷视为同一概念, 定义为: 医患双方在医疗活动的不同阶段, 受不同因素的影响, 双方对于医疗行为/服务结果的认知产生差异, 引起医患双方认为其各项权力受到侵犯的争议。

根据前述医疗纠纷的定义, 医疗纠纷的主体应是医患间认为权力受到侵犯的一方, 客体应不仅包括患者的生命权或健康权, 更应该包括患者的知情权、医方的名誉权等权力。虽然, 实践中, 医疗纠纷多数是由于患方认为医方侵犯了其合法权益所引起, 但是患方恶意拖欠医方合理诊疗费用、无特殊理由长期占用医方床位等行为也应在医疗纠纷的范畴。

### 1.2 医疗纠纷的危机管理

医疗纠纷危机管理就是指医院内部组织或个人通过, 采取相应管理措施和应对策略, 对医疗纠纷进行监测、预控、决策和处置, 从而预防、避免或减少医疗纠纷产生的危害和不良影响, 甚至将纠纷转化为机会的管理活动。医疗纠纷与

公共危机相似,都具有不同阶段,不同阶段呈现着不同的特点,根据不同阶段的特点,制定针对性的策略对于医疗纠纷的发生发展起着决定性的作用,甚至可能在危机中产生新的机遇。

## 2 医疗纠纷危机管理机制的构建

4R 危机管理理论是由罗伯特·希斯于 1998 年提出的,其将危机管理工作分为缩减阶段 (Reduction)、预备阶段 (Readiness)、反应阶段 (Response) 和恢复阶段 (Recovery)。针对四个阶段的危机发展特性提出管理目标:首先是减少危机发生的可能和冲击力;其次是使得主体做好应对危机的准备;再者是根据具体危机情景及时作出应对;最后在危机过后恢复秩序和主体形象。

### 2.1 减缓阶段

4R 理论提出,在减缓阶段的管理目标是减少危机发生的可能和冲击力,即医疗纠纷的预防,然而医疗纠纷普遍存在于诊疗活动的各个环节中,小至就诊顺序大到人身损害,在诊疗活动中,医方可能不容易发现或意识到某些行为已埋下了医疗纠纷的隐患,这提示了医方应该树立预防医患纠纷的危机意识。

#### 2.1.1 医患关系促进

在医患关系方面, Antoon Cox (2019) 运用语言和社会互动的理论研究了医患之间的医疗咨询,通过描述医患沟通的交互作用,为临床交流实践和培训提供相关的见解,其认为因各种原因引起的医患间的语言障碍将会对患者产生焦虑情绪,进而对诊疗普遍产生挑战。作者认为,医患间不充分的沟通将可能增加患者的焦虑情绪,降低患者对于医生的信任感,从而增加医疗纠纷产生的风险。故在医疗纠纷危机管理的减缓阶段,管理者有必要持续加强培训,以提高医生的沟通意识及识别纠纷的能力,尽量以患者能够理解的话术解释病情及诊疗行为,取得患者的充分理解和信任。

Wei Dong (2022) 运用委托代理理论研究基于网络的健康信息搜索行为如何降低患者的不确定性,其研究表明基于网络的信息质量、基于网络的医生口碑信息有效地降低了患者不确定性的前因,并且强调建立信任对于解决委托-代理问题至关重要,如果没有信任,仅仅增加病人的信息并不能帮助减少他们对医生的不确定性。作者认为,权威的信息公开有利于建立医患双方之间的信任,从而降低患者的不确定性,从而有利于诊疗活动的顺利开展,反之,患者对于医生和医疗活动的不确定性增加,更易造成医疗纠纷的产生。

综上所述,充分沟通与权威透明的医方信息对建立一个良性的相互信任的医患关系起到重要作用,而这段良性的医患关系有利于在不良结局产生时,降低患方因不良结局而产生的反应烈度,从而减缓医疗纠纷带来的冲击。

### 2.1.2 医疗质量提升

在医疗质量方面,不断改善加强医疗服务能力,保证医疗质量与安全是医学亘古不变不变的目标,坚持十八项医疗核心制度,尽可能降低诊疗活动的不确定性。在提升医生业务能力的同时,更应关注医学人文素质的培养,医学有时是治愈,常常是安慰,总是去帮助,管理者需要采取措施破除追名逐利,升职加薪的社会浮躁对医疗行业的侵袭,回归医学治病救人的初心。

再者,医院作为公共场所,积聚了大量具备高脆弱性的患者,减少致灾因子有利于降低风险,如地面保持干燥整洁,防火措施完备,走廊宽敞无阻挡,高人流量预警措施,“医闹”黑名单等提升患者满意度、获得感的措施,更加有利于减少风险。

### 2.2 预备阶段

在医疗纠纷危机管理的预备阶段,我们不仅仅应使直面医疗纠纷的一线医务人员做好应对准备,更应该建立应对机制,明确责任,使得位居二线的相关职能部门时刻做好危机的应对准备。

#### 2.2.1 医疗纠纷信息流转

张梦轩 (2023) 对一些暴力伤医事件的回溯分析,往往会发现过程中存在诸多潜在风险因素,如犯罪人性格孤僻、自身法律意识淡薄、事前已经多次治疗失败、对治疗效果产生不切实际的预期等,这释放了较为强烈的危险信号。这就提示了管理者应建立不良事件的上报与预警机制,管理者应联合院内保卫部门、医务部门、护理部门、接待部门及信息部门形成多方联动机制,互通有无,协同治理医疗纠纷。保卫部门不断训练,提高暴力事件的处置能力,利用信息手段加强暴力事件的识别能力,确保第一时间到场处置;医务、护理部门保持与临床一线医务人员的联系,并持续督查可能影响医疗质量的重点环节,及时处理临床反馈信息;接待部门在日常接受患者投诉、信访等活动中,提高风险意识,及时反馈业务主管部门,介入或整改医疗隐患;信息部门提供技术支持,以打破医疗纠纷“信息孤岛”。

#### 2.2.2 医疗纠纷信息上报

对于一线医务人员,管理者应向医务人员大力宣传告知院内不良事件的上报与预警机制,畅通医疗纠纷的信息上报渠道,培养和鼓励一线医务人员的危机上报意识和不良事件的积极性。在实践中,医务人员往往对主动上报不良事件心存芥蒂,管理者应对医务人员的主动上报采取宽松、包容的态度,打消医务人员的顾虑,从而尽早介入事件的发展,消除不良事件所带来的不利影响。

### 2.3 反应阶段

未被妥善处置的医疗纠纷可能导致患者方暴力伤医,医

方防御性医疗等行为,失去彼此信任,损害医患双方的不同利益。在实践中,作者发现医疗纠纷的产生往往不仅仅是由于普遍认为的医疗事故或医疗差错,在此之外,更多是存在着多种因素的共同作用。在诊疗活动中,医方可能不容易发现或意识到某些行为已埋下了医疗纠纷的隐患,而在医疗纠纷产生之后,医方也往往注重于证明自身医疗行为的正确性而忽视了纠纷的化解。故在医疗纠纷危机管理的应对阶段,管理者需要对不同类型的医疗纠纷展开不同应对策略。

### 2.3.1 医疗纠纷分类

朱政(2019)依据基层政府及医院对医疗纠纷敏感的要害将医疗纠纷的性质归结为两个方面:纠纷的冲突性及患方的诉求。其中冲突性可以大致分为高冲突性及低冲突性,而患方的诉求可以分为合理诉求、无理诉求和协商性诉求。两个性质的不同层级互相组合,形成了六种医疗纠纷类型。即高冲突-合理、高冲突-无理、高冲突-协商性、低冲突-合理、低冲突-无理、低冲突-协商。实践中,高冲突性的医疗纠纷往往因为医院“花钱买太平”的维稳心态,而得到特别重视,而低冲突性的医疗纠纷却会被医院认为情况并不紧急所忽视,但是过于轻视低冲突性医疗纠纷可能会消磨患方的耐心和信任,导致低冲突向高冲突转变,故管理者应对已产生的医疗纠纷保持高度重视,及时查清医疗纠纷缘由、甄别医疗纠纷类型,并积极引导患者至不同的纠纷解决途径。

### 2.3.2 医疗纠纷处置

贾琼(2021)运用博弈论来研究医疗纠纷的调解,建立了“患方-医调委-医方”动态模型,指出医患双方在发生医疗纠纷时更倾向优先申请医调委调解来规避风险以保证自身利益最大化。作者认为在实际操作中,医调委是院外医疗纠纷化解的第一道关口,是医患矛盾的软调解器,其调解意见以建议的形式供医患双方参考,在诉讼和行政调查中没有医疗鉴定意见那么高的采信度,具有一定的柔性空间,如医患双方对调解意见持疑议,仍可申请医疗鉴定,故对双方来说调解风险远比鉴定来的低,同时为医患双方对该医疗纠纷建立初步的共识,对医疗纠纷的后续的平缓处理提供帮助。

## 2.4 恢复阶段

### 2.4.1 管理者对医疗纠纷的处罚态度

医疗纠纷危机管理的恢复阶段,往往是容易被忽略的一个阶段,在此阶段,医疗机构已通过调解或法院判决了结与患方的医疗纠纷,下一步医院将对当事科室及医生启动追偿,下达行政处罚等措施,以期起到警示、惩戒及赔偿分摊的作用。然而在实际操作过程中,医院的处罚决定往往缺乏科学性的责任划分机制而遭到当事科室的质疑与拒绝,

使得惩戒措施既没有起到警示、惩戒作用,又加剧了医院职能部门和临床科室间的对立情绪,甚至因此导致医院职能部门和临床科室间产生新的信任危机。故在恢复阶段,管理者首先应抱着开放、包容、严谨的态度对院内医疗责任进行划分,仔细彻查纠纷的原委,并给予当事科室答辩申诉的机会,在充分沟通中,对当事科室的过错产生共识,以起到真正的警示、惩戒之用。

### 2.4.2 医疗纠纷对医务人员的影响

医疗纠纷对当事医生的影响也常常被管理者所忽视,从短期影响来看,无论是否亲身经历过医疗纠纷,厌恶损失引发的心理效应都会导致医生对医疗纠纷更为敏感,记忆也更加深刻;从长期影响来看,锚定效应的影响,记忆中的医疗纠纷事件会使医生脱离“具体病例具体分析”的理性思考,而是先入为主地认为每个患者都对自己带有或多或少的敌意,这些效应的累加都将促使医生长期维持防御性医疗的状态,这无论是对于医患双方,社会总体利益还是医疗事业的长远发展来说都将是一种极大的损失。故在减缓阶段,管理者应当关注医疗纠纷对当事医务人员的精神心理影响,通过医疗责任保险制度降低对当事医务人员的收入影响,通过医疗纠纷互助小组给予经历了负性医疗纠纷的当事医务人员心理支持,最后最为重要的是,医疗行业是不断开拓,发展的行业,管理者应当努力营造一个理性、公正、科学、包容的环境,引导医务人员正确认识错误,及时吸取教训。

## 3 结语

医疗纠纷的危机管理,正如公共危机管理那般只有进行时,没有完成时;只有更好,没有最好,永远在路上。本文结合作者实际工作情况,基于4R危机管理理论对医疗纠纷管理的各个环节进行了概述,然而医疗纠纷因其高风险性和不确定性导致对其的处理策略也需因地制宜,不断变化,对管理者医疗纠纷的管理能力提出了更高要求。4R危机管理理论为医疗纠纷的管理提供了新思路,在当前“以患者为中心”的不断要求下,有利于医疗纠纷尽早、尽善解决,同时在该理论指导下不断吸取经验教训,预防医疗纠纷,提升医疗服务水平,提高患者获得感。

### 参考文献:

- [1] 朱九田. 医患纠纷治理研究[D]. 中央民族大学, 2015.
- [2] 何崇保. 社会治理视域下医疗纠纷预防机制研究[D]. 西南科技大学, 2022.
- [3] 于昕可, 王素珍, 孙敦振. 医患纠纷产生的原因分析及防范建议[J]. 中国医药科学, 2018, 8(08):253-256.