

中国高等教育学会医学教育专业委员会规划教材

全国高等医学院校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

医患沟通

主编 王彩霞

*Doctor-Patient
Communication*



北京大学医学出版社

中国高等教育学会医学教育专业委员会规划教材
全国高等医学院校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

医患沟通

Doctor-Patient Communication

主 编 王彩霞

副主编 袁雅冬 李功迎

编 委 (按姓名汉语拼音排序)

鲍作臣 (哈尔滨医科大学大庆校区)

王秀春 (内蒙古医科大学)

郭晏同 (北京积水潭医院)

谢 欣 (哈尔滨医科大学大庆校区)

李功迎 (济宁医学院)

徐 娜 (滨州医学院)

刘艳瑞 (哈尔滨医科大学大庆校区)

余 震 (温州医科大学)

庞桂芬 (承德医学院)

袁雅冬 (河北医科大学)

谭志刚 (沈阳医学院)

张红星 (新乡医学院)

王彩霞 (哈尔滨医科大学大庆校区)

北京大学医学出版社

YIHUAN GOUTONG

图书在版编目 (CIP) 数据

医患沟通 / 王彩霞主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2013.12

ISBN 978-7-5659-0716-6

I . 医… II . ①王… III . ①医药卫生人员—人际关系学—医学院校—教材 IV . ①R192

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 279867 号

医患沟通

主 编: 王彩霞

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京瑞达方舟印务有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 韩忠刚 法振鹏 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 850mm×1168mm 1/16 印张: 15 字数: 500 千字

版 次: 2013 年 12 月第 1 版 2013 年 12 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0716-6

定 价: 27.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

全国高等医学院校临床专业本科教材评审委员会

主任委员 王德炳 柯 杨

副主任委员 吕兆丰 程德基

秘 书 长 陆银道 王凤廷

委 员 (按姓名汉语拼音排序)

白咸勇 曹德品 陈育民 崔慧先 董 志

郭志坤 韩 松 黄爱民 井西学 黎孟枫

刘传勇 刘志跃 宋焱峰 宋印利 宋远航

孙 莉 唐世英 王 宪 王维民 温小军

文民刚 线福华 袁聚祥 曾晓荣 张 宁

张建中 张金钟 张培功 张向阳 张晓杰

周增桓

序

北京大学医学出版社组织编写的全国高等医学院校临床医学专业本科教材（第2套）于2008年出版，共32种，获得了广大医学院校师生的欢迎，并被评为教育部“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材。这是在教育部教育改革、提倡教材多元化的精神指导下，我国高等医学教材建设的一个重要成果。为配合《国家中长期教育改革和发展纲要（2010—2020年）》，培养符合时代要求的医学专业人才，并配合教育部“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材建设，北京大学医学出版社于2013年正式启动全国高等医学院校临床医学专业（本科）第3套教材的修订及编写工作。本套教材近六十种，其中新启动教材二十余种。

本套教材的编写以“符合人才培养需求，体现教育改革成果，确保教材质量，形式新颖创新”为指导思想，配合教育部、国家卫生和计划生育委员会在医药卫生体制改革意见中指出的，要逐步建立“5 + 3”（五年医学院校本科教育加三年住院医师规范化培训）为主体的临床医学人才培养体系。我们广泛收集了对上版教材的反馈意见。同时，在教材编写过程中，我们将与更多的院校合作，尤其是新启动的二十余种教材，吸收了更多富有一线教学经验的老师参加编写，为本套教材注入了新鲜的活力。

新版教材在继承和发扬原教材结构优点的基础上，修改不足之处，从而更加层次分明、逻辑性强、结构严谨、文字简洁流畅。除了内容新颖、严谨以外，在版式、印刷和装帧方面，我们做了一些新的尝试，力求做到既有启发性又引起学生的兴趣，使本套教材的内容和形式再次跃上一个新的台阶。为此，我们还建立了数字化平台，在这个平台上，为适应我国数字化教学、为教材立体化建设作出尝试。

在编写第3套教材时，一些曾担任第2套教材的主编由于年事已高，此次不再担任主编，但他们对改版工作提出了很多宝贵的意见。前两套教材的作者为本套教材的日臻完善打下了坚实的基础。对他们所作出的贡献，我们表示衷心的感谢。

尽管本套教材的编者都是多年工作在教学第一线的教师，但基于现有的水平，书中难免存在不当之处，欢迎广大师生和读者批评指正。

王德炳 柯杨

2013年11月

前言

从湖北省的“右腿骨折，左腿动刀”事件到南京一家医院医生因玩网游导致女婴死亡的“徐宝宝”事件种种，医患关系、医患沟通已经成为当今热议的话题。的确，近些年来，我国的医患关系不尽人意，临床现实中，不仅是不和谐而且是危机四起，矛盾重重，纠纷不断，甚至发现恶性事件和暴力事件，在社会上造成广泛负面影响，引起全社会广泛关注和担忧，医患关系不仅成为医学领域的一道难题，也成为我国一个严重的社会问题。医学社会学家亨利·西格里斯说：“从行为学上来说，无论是‘医’还是‘患’，其出发点都只有一个——让患者康复起来。”可是，原本一对应当互信协作、目标统一的“利益共同体”，为何却成了势如水火的对立面？许多专家学者对此做了认真调查研究和分析，结果显示，医患关系冲突矛盾固然有很多原因，但临床上很多医患纠纷和诉讼都不是因为医生的技术缺陷而引发的，而是因为不良的沟通，医生沟通技巧差、态度不好，言语不当通常是患者不满意情绪爆发的导火索和根源。付诸法律行动的患者中，很多诉讼不仅仅是由于某种伤害，还因为医者与学生缺乏有效沟通以及对问题的不恰当处理。大多患者及其家属认为，赔偿虽然重要，但他们对于诉讼的动机绝不仅仅是经济考虑，更重要的是他们与被告医者之间的不愉快接触。

有专家指出，如今工作在临床一线的医生、护士大多在 20 世纪 60 年代出生，他们成长在中国社会的转型时期，此阶段医学教育存在很多缺陷，特别是医学人文教育缺失，医学高等院校医患沟通教育更是先天不足，因此，导致医务人员沟通意识和沟通技能的缺乏日渐显现。要想真正实现有效的医患沟通还有很长的路要走，还有很多问题需要进一步探讨。但从医学生抓起，在医学院校通过开设《医患沟通》课程，分析临床典型案例，提高医学生对医患沟通的认识，培养其沟通和建立和谐医患关系的能力，无疑是一个很好的解决之道。因为医患沟通学正在研究如何把心理学、伦理学、社会学、文化因素、人文修养与法律等学科的知识与内容都转化为积极的沟通手段与方法，并推进到现代医学诊治疾病和维护健康之中。可以说，医患沟通学已经成为现代医学不可或缺的有机组成部分。因为可怕的医患冲突使医者和社会都转变了以往的认识：对待健康和疾病问题不应只是从自然科学的角度来考虑，而应把生物、心理、社会因素作为一个三维坐标，在重视生物因素的前提下，把人的健康问题置于社会关系中去理解。这样，呈现在医务工作者面前的不仅只是作为健康与疾病载体的人体，而是现实完整的活生生的人了。医生与患者之间不仅仅是医生帮助患者祛除病痛，同时也包含着心理的沟通、法律的契约、社会的责任、道德的良知等多重的社会内容和丰富的人类情感等，医患之间特别需要人性与人性的黏合，需要心灵与心灵的交融。因为无论怎样完美的医学技术都不能代替与患者眼神上相关信息的传递和医患间心与心、情感与情感的沟通与交流，随着社会的进步与文明程度的提升，后者的需

要将更加强烈和突出。因为医学能做的是很有限的,很多疾病医生是束手无策的,那么医者对患者也就像“撒拉纳克”湖畔的铭文所说:“有时,去治愈;常常,去帮助;总是,去安慰。”帮助和安慰患者,是我们医者通过自身的努力就能够做到的,可是,一些医者为什么就不愿意去做呢?我们每个人都会生老病死,我们每个人都很容易成为患者,我们医者为什么不能以己推人,换位思考一下呢!在别人生病不幸最需要人关怀的时候,多说上几句话,多问候几声,尽一份职业道德,是多么崇高而伟大的行为!因为这样的行为闪耀着人性的光辉,他会让患者和家属以及整个社会都会感到温暖和阳光普照。医者要明白,对待患者只要有良好的态度、良好的情感和良好的沟通,治好治不好病,患者及其家属都会对医者心存感激的。这不仅是许许多多去过医院的人的切身感受,是社会的呼声,这也是医学的宗旨与终极目标,否则,丢掉了“人”的医学即使技术再先进都是一种社会的倒退和人类的悲哀。

为此,国外一位哲人曾明确地断言:医学本质上是人学、是社会科学。基于这样一种人文理念去倡导和引领,中国的医患沟通现实问题不久一定会解决,医患沟通的理论研究也一定会有所进展和深入。目前国家和政府正在积极致力于改善中国卫生领域存在的各种问题,医患关系正在改善,正在建立沟通机制,医者和患者已经站在各自的角度,从各自的利益出发,同时也换位思考,提出了许多融洽医患关系的观点和建议,双方都有着迫切的沟通愿望和需要,相信不久就会出现良好的局面。

本教材编写总体思路:以医学生的沟通能力培养为主线,以临床典型案例为切入点,以伦理学、心理学、社会学和医学法学的融合为基础,以提高医学生和临床医务工作者以及全社会对医患沟通重要意义的认识为重点,理论讲解简明,实践结合紧密,指导医学生和医务工作者努力学会沟通,懂得沟通,运用沟通,把沟通作为一种能力去教学和培养。本教材的突出特色是人文性和实践性。通过人文语言、人文理念和人文情怀的贯穿体现医患沟通的“人本性”和“仁爱性”;通过临床典型案例评析与大量真实故事讲解以及道理的陈述,让医学生如亲临现场受到教育并能知道今后该怎样去做。

本教材共分为十三章,第一章 王彩霞;第二章 徐娜;第三章 王秀春;第四章 刘艳瑞;第五章 余震;第六章 袁雅冬;第七章 谭志刚;第八章 庞桂芬;第九章 李功迎;第十章 郭晏同;第十一章 张红星;第十二章 谢欣;第十三章 鲍作臣。加上附录共计 50 万字。该教材作者一部分是医学院校从事医患沟通教学的资深教师,一部分是医学院校附属医院从事临床工作经验丰富的医务工作者,他们具有高度的社会责任感和人文情怀,长期关注中国的医疗卫生改革和医患关系,站在健康型社会构建的高度观察和思考医患沟通问题,以客观公正的第三方视角,揭示了转型期中国医患关系的特点,剖析了医患关系紧张的根源,并从人性、文化、伦理和社会工作者介入等新的思维角度,提出了解决医患矛盾的对策。

主 编

2013 年 9 月 30 日

目 录

第一章 绪论.....1	第八章 医者与社会的沟通.....114
第一节 国内外医患沟通现状与发展 ...3	第一节 医者与社会沟通115
第二节 沟通与医患沟通概述 10	第二节 医者与学生家属的沟通118
第三节 医患和谐的伦理价值 14	第三节 医者与社会以及社会组织的 沟通121
第二章 沟通基本原理..... 18	第九章 冲突情境下的医患沟通.....127
第一节 医患沟通模式 19	第一节 医患冲突的背景131
第二节 医患沟通机制 23	第二节 医疗投诉中的沟通135
第三节 医患沟通的障碍与消除 27	第三节 医患纠纷中的医患沟通138
第三章 沟通与人性..... 33	第十章 人文修养与成功沟通.....144
第一节 人性的特征 34	第一节 人文修养概述145
第二节 人的需要 38	第二节 医者应具有的人文修养147
第三节 医患沟通的生命超越 44	第三节 患者和家属应具有的人文 修养151
第四章 医患沟通的人文学基础..... 46	第十一章 文化与沟通.....154
第一节 医学伦理学与沟通 46	第一节 文化与沟通155
第二节 医学社会学与沟通 52	第二节 中国传统文化与沟通159
第三节 医学心理学与沟通 56	第三节 先进文化理念与和谐医患 关系163
第五章 医患沟通的法律基础..... 60	第四节 医院文化与医患沟通164
第一节 医疗机构及医务人员的义务 ... 61	第十二章 医务社会工作与沟通.....168
第二节 医学院校毕业生的医疗活动 ... 68	第一节 医务社会工作及其意义169
第三节 医疗纠纷处理法律制度 69	第二节 医务社会工作介入医患关系 的途径与方法173
第六章 沟通的原则与艺术..... 75	第三节 医务社会工作者在医患沟通 中的特殊作用177
第一节 语言沟通原则与艺术 75	第十三章 构建健康型社会与沟通.....180
第二节 非语言沟通原则与技艺 79	第一节 科学健康观与沟通的关系 ...181
第三节 沟通的特殊艺术技巧 84	第二节 优良文化与健康183
第七章 临床医患沟通..... 89	第三节 医患——健康型社会构建的 重要角色186
第一节 门诊、急诊中的沟通 90	
第二节 住院患者沟通 97	
第三节 特殊患者的沟通100	
第四节 重症患者及监护人的沟通 ...104	
第五节 临终关怀中的医患沟通109	

第四节 沟通与健康型社会的构建	189	附录 4 医疗机构管理条例实施细则	203
附录 相关法律制度	193	附录 5 中华人民共和国执业医师法	213
附录 1 医院医患沟通制度	193	附录 6 中华人民共和国侵权责任法	217
附录 2 医疗事故处理条例	195	主要参考文献	224
附录 3 关于维护医疗机构秩序的 通告	203	中英文专业词汇对照索引	227
		后记	228

一定是抢救不到位造成的，因为他们并未看到，也未感觉到值班医生积极抢救的场面；对比来看，患者的主管医生在救治过程中与其家属建立起了伙伴关系，赢得了患者家属的信任和谅解，才最终免于追究责任。而这正是医患有效沟通的结果。我们应该清醒地认识到，在临床工作中，要想做一名合格的医者，丰富的医学专业知识和精湛的医术只是一方面，在中国复杂的医疗环境下，医患良好的沟通真的是非常非常重要，它已经成为医德医术中不可缺少的含义和内容。

很多年前，一位美国学者到国内某知名医学院讲学。他给中国的医学博士提出一个问题：“请从医学角度回答，人是由什么组成的？”学生们回答：“细胞。”美国学者紧接着又问：“那么请从医学角度回答，狗是由什么组成的？”学生们答曰：“细胞。”片刻安静后，课堂里爆发出一阵笑声。这一简单的一问一答暴露出的是中国医学教育偏重于生物医学模式而人文教育方面严重缺失。

近30年来，医学界最大的变化是什么？人！人的什么改变了呢？是“细胞”吗？不是！近年来中国患者身上最大的变化不是他们的生物属性，而是他们的社会属性。如果用“细胞”代表人的生物属性，那么“权利”便可代表人的社会属性。这才是美国学者发问的真实动机。他用一个简短的问答验证了中国医学教育的问题所在。他指出，用生物医学模式培养出来的医者无论怎样地刻苦钻研医学技术，都无法满足权利意识逐渐复苏的患者需求。

经常有患者这样抱怨：“第8周时，结果出来了。一位我从没见过的医生径直告诉我患上了艾滋病。然后，医生离开了，只留下我自己消化这噩耗。我觉得我快要死了，以为只剩3个月的时间了。3个月后，我变得异常消极，药越吃越多，酒越喝越凶。”

临床上很多纠纷和诉讼都不是因为医生的技术缺陷而引发的，而是因为不良的沟通，医生沟通技巧差通常是患者不满意情绪爆发的根源。一项分析了227位患者及其家属的研究显示，在通过律师事务所付诸法律行动的人中，很多诉讼不仅仅是由于某种伤害，还因为缺乏有效沟通以及对问题的不恰当处理。大多患者及其家属认为，赔偿虽然重要，但他们对于诉讼的动机绝不仅仅是经济考虑，更重要的是他们与被告医者之间的不愉快接触。

正常、良好的医患沟通一定是充满着对患者的关怀与尊重。医患沟通是人与人的故事，而不是人与机器的故事，这个故事从门诊就已经开始。医患之间最普通的沟通是对话，即言语的交谈，包括叙述与聆听，描述与解释。今天的医患危机与人文医学的缺失就始于对话：熟视无睹却又十分严酷的现实是患者叙述权与解释权的被剥夺，医患处在一种“失语”与“半失语”的状态，表面上看是社会语言与职业语言之间的不可通约性，本质上却是“患者世界”与“医生世界”的深刻差异以及技术与人性的冲撞。医患之间的沟通特别需要人性与人性的黏合，需要心灵与心灵的交融。因为无论怎样完美的医学技术都不能代替与患者眼神上相关信息的传递和医患间心与心、情感与情感的沟通与交流，随着社会的进步与文明程度的提升，后者的需要将更加强烈和突出。因为医学能做的是很有限的，很多疾病医生是束手无策的，那么医者对患者也就像“撒拉纳克”湖畔的铭文所说：“有时，去治愈；常常，去帮助；总是，去安慰。”医者能做的大多是帮助和安慰患者，这也是我们医者通过自身的努力就能够做到的。

实践中常听到有患者这样说：“法官，如果当时医生能像您今天这样的态度，把问题给我们解释清楚了，我们不会打到您这来，我们是不太懂医学，但我们通情达理”（中工网记者张伟杰）。在临床工作中，多解释几句，多说一说就可以减少矛盾，减少纠纷，解释和沟通不到位是造成纠纷的主要原因。有的医护人员解释到位，已经形成的矛盾得到了及时的化解，有的老专家、老教授就经常与患者沟通，细说情节，多和患者聊几句，就增加了患者的信任感。我们每个人都会生老病死，我们每个人都很容易成为患者，我们医者为什么不能以己推人，换位思考一下呢！在别人生病最需要人关怀的时候，多说上几句话，多问候几声，尽一份职业道

德，是多么崇高而伟大的行为！因为这样的行为闪耀着人性的光辉，他会让患者和家属以及整个社会都会感到温暖和阳光普照。医者要明白，对待患者只要有良好的态度、良好的情感和良好的沟通，治好治不好病，患者及其家属都会对医者心存感激的。这不仅是许许多多去过医院的人的切身感受，是社会的呼声，这也是医学的宗旨与终极目标，否则，丢掉了“人”的医学即使技术再先进都是一种社会的倒退和人类的悲哀。

第一节 国内外医患沟通现状与发展

随着医学的发展和社会的进步，国内外在医学领域医患沟通的研究者越来越多，社会呼唤通过沟通重建良好的医患关系，使医学回归人文。

一、国内外医患沟通现状及发展趋势

（一）国外医患沟通现状

医疗纠纷、医患矛盾作为医疗服务行业的产物，是一个普遍性的世界问题，在世界各国都有不同程度的反映。但西方国家的医患关系并没有像我国这样成为突出的社会问题，原因是西方国家经历了 200 多年的经济磨合，形成了与市场经济相适应的医患关系，人们在发达经济和现代文明背景下认识和处理医患关系，加之西方国家法律比较健全，使医患双方均受到必要的制约，因此，医患关系处于比较稳定和谐的状态。虽然这些国家的医患制度并不是完美无缺，但他们的思路与做法值得我们借鉴。

1. 美国医患沟通概况 美国是世界上医疗技术高度发达的国家，但医疗事故也不少见。据文献报道，美国科学研究院医药研究所发表的报告统计，美国每年因为医疗事故死亡的患者就达 5 万～8 万人，但美国的医患关系并不十分紧张。19 世纪初，美国的医生已经实行知情同意，其做法是告诉患者在医疗中遇到了哪些问题，并对各种治疗措施的选择做出决定，这时医患关系开始出现民主化趋势。知情同意是一个过程，而不只是一张表格，依据美国法律条例，知情同意必须含有四种成分：①知情（informed）；②信息（information）；③理解（understanding）；④同意（consent）。一旦医生转达了基本的病情和推荐的诊治建议，他们必须要确定患者是否明白，并且能否同意医生的诊治计划。对于有相当危险性的许多介入性操作和特殊诊疗方法，其危险性和基本知识，都要让患者清楚地了解、并让其表达出是否同意，这就是知情同意。在美国，知情同意不只是用来满足医生和患者之间的法律需要，而且提供了机会让临床实践中的不确定危险转移到为减少危险而努力的医患联盟。美国研究人员调查发现，医生留给患者的第一印象对双方关系发展至关重要。若错过这一机会，医生恐怕难以再次赢得患者好感。美国《内科档案》杂志刊载了这一调查报告，并对医生提出了具体建议。

美国的医患沟通教育开展得也很好，美国 95% 的医学院校开设了沟通技能课程，其中 85% 的学校在第一学年讲授；目前医患沟通已是美国医生必备的临床技能之一，也是医学生的必修课程。美国除了在医学院校开展医患沟通技能教育外，还专门建立了患者交流中心（patient-centered communication, PCC），帮助医生给患者有针对性地提供医疗服务，患者不仅能够得到很好的医疗技术服务，而且能够满足患者精神、心理、情感以及社会等多方面的需要，这种环境下的医患关系自然比较和谐顺畅，医患纠纷较少。

2. 英国医患沟通概况 英国最突出的值得我们学习的是医院设立专门人员，称为社会工作者（social worker）。这些人具有相当的专业医疗经验和沟通技巧，他（她）们与主任、教授一起查房，如发现患者对医疗过程产生疑惑或不理解，社会工作者会马上与之沟通或通知其相关亲属进行解释。医院以专科为单元，印制多种生动活泼的患者须知和健康指导，促进患者对疾病知识的了解，病区均设立专门的医患沟通办公室，方便与患者进行单独交流沟通。

英国还实行三级投诉为主, 法院裁决为辅的医患制度 (physician-patient system)。如果患者对医生或医院的医疗行为不满意, 可以直接向提供医疗服务的机构投诉, 院方可以让有关责任人向患者口头答复, 或进行调解, 或下令进行深入调查等; 如患者不满意, 可要求对其投诉进行独立审查, 这一般由院方或医疗主管部门的召集人牵头, 与独立的非专业人士磋商后, 成立 1 个专门小组对投诉进行研究, 将投诉转回原医疗机构, 责令其解决问题; 如果此时患者对投诉处理结果仍不满意, 他还可以继续向医疗巡视官投诉。医疗巡视官独立于医疗机构和政府之外, 他可以依法对投诉做最后裁决。但现行的投诉程序并不涉及对医疗事故的赔偿问题。如果患者要进行索赔, 只能向法院提出诉讼, 能否得到赔偿、赔偿多少最后都是由法庭裁决。

3. 日本医患沟通概况 日本厚生省对全国 82 所大型医院的调查显示, 在近两年里, 这 82 所大型医院共发生医疗事故 15000 多件, 但日本的医患关系比较稳定。

在日本, 医患沟通的开展效果如何已经影响到患者的就医选择, 一项关于日本与美国的医患沟通比较研究表明, 日本医生比美国医生在行动上更自觉地注意和患者间的交流沟通, 患者更愿意与医生自由地交谈。如果医生的谈话主题仅仅局限于疾病本身, 大多数患者对这种交谈方式会感到不满意。对此, 日本医生为减少医疗纠纷总是自觉地与患者进行沟通, 通过采取一系列措施, 有效地缓解了医患矛盾。

首先, 是建立医患信任关系, 提供优质服务。1995 年由厚生省、日本医师协会、日本医院协会、健康保健联合会共同发起成立了医疗评估机构, 其主要任务是监督医院向患者提供优质服务。为了保证医疗质量, 2004 年 6 月该机构对所有医院在医疗记录是否严格管理、对患者有没有主治医师责任制、每个病例是否进行了认真研究、有无医生进修制度、患者权利是否有明文规定五个方面进行评估, 并在网上公布结果, 评估合格者发给合格证书; 其次, 是从失败中汲取教训, 减少事故发生。日本厚生劳动省建立了医疗事故数据库, 成立了由医生、律师、民间组织代表参加的医疗事故信息研究会。研究会的主要任务是对全国医疗事故有一个准确的把握、研究如何预防事故、查明事故原因以及发生重大事故时如何应对; 最后, 是通过法律手段协调双方关系, 做到发生医疗事故有章可循。按规定, 发生医疗事故后, 医院要向有关部门报告。有关部门要向患者家属做出解释, 属于院方的错误, 医院要真诚道歉, 并在经济上给予赔偿。如果医患双方对责任承担存在争议, 可诉诸法律, 有关部门根据调查结果进行处理, 触犯刑法的还将被追究刑事责任。

4. 部分欧洲国家医患沟通概况 在荷兰、英国、德国、西班牙、比利时、瑞士等国进行的一项关于医患沟通的研究表明, 目前有生物医学、生物-社会-心理医学、社会心理医学三种医患沟通模式。选择怎样的沟通模式及如何有效地沟通除了受医生和患者的性别影响外, 还取决于不同国家的文化特征以及人们对健康和健康行为规范和价值观念认识的影响。在俄罗斯, 医生与患者沟通时, 非常注意谈话的方式和内容, 特别是语言技巧。注意患者下意识的反应和感觉, 在不知不觉中医生把话题转移到要询问的内容上来, 对于可能有益于医生诊断的关键疑点问题, 医生特别小心以防伤害患者, 采取回避方式或委婉地通过其他方式获得有益信息, 鼓励患者充分诉说。医生往往从普通交流开始, 给患者自由表达的空间, 遇到复杂问题鼓励患者并给以沉默思考的时间, 以轻松的方式获得患者信任, 在此基础上, 鼓励患者就病情(痛苦的感觉)充分诉说, 在轻松交流、沟通中, 建立了良好的医患关系。

此外, 在“告知”问题上, 欧美国家还开展了对医生相关的语言技巧训练, 尽量减少因医生语言不当而引发的误会, 帮助医生在完成告知义务时尽可能减少对患者的负面影响。欧美大部分国家还都有法律规定, 要求医生必须向患者本人告知实情, 并且要求将患者的可能生存期, 治疗可能性如实告知不得隐瞒, 由此产生的不利后果医生不承担责任, 以全面保护患者知情权和隐私权。患者有权决定自己是否在病榻上度过生命的最后时光。至于部分患者得知实情后无法正确面对而产生不良后果, 是医生也会感到遗憾的事。

（二）国内医患沟通现状

近些年来,我国的医患关系同西方发达国家相比,存在许多不尽人意的地方,这种不和谐的医患关系不仅成为医学领域的难题,也成为我国一个严重的社会问题。我国自改革开放实行市场经济以来,医方的职业行为不得不随经济大环境的改变而改变,千百年来形成的以“义”为美德的医德观念突然间变为以“利”为主导的医德观念,医患间传统“天然盟友”般、不是亲人胜似亲人的医患关系受到强烈冲击,经受着严峻的社会考量。而患者和社会那种儒家传统文化形成的心理定势根深蒂固,特别是作为众多尚还不够富裕的百姓患者,却仍坚守着以“义”为主导的医患理念,让其短时间内就接受市场经济下的就医方式,其思想、观念、心理都顺应不过来;又因我国医疗卫生资源不足、分配不合理、城乡差别大造成多数百姓看病难、看病贵。因此,在一个时期的医疗服务中,医学技术主义盛行,医学人文精神失落,卫生服务中的极强功利性色彩吞噬了传统的人文医学光芒,医院里“只见病不见人,只爱病不爱人”的状况和“重诊治、轻预防,重高科技、轻普通技术,重治疗、轻护理,重科技、轻人文,重生命数量、轻生命质量”的现象,严重背离了百姓的人文期待和医学的宗旨,于是患者及其家属以及社会开始对求医打怵,对医者不满,进而成为对立阶级。医患关系出现紧张状况,医患之间的纠纷频发,双方的冲突频繁走向极端化,从正常的医患关系走到言语抵触、肢体冲突甚至发生聚众打砸医院、围攻威胁院长、伤害杀害医者等恶性事件和暴力事件,在社会上造成了广泛负面影响,引起社会的广泛关注和担忧。中国医师协会 2004 年统计的《医患关系调研报告》显示:平均每家医院发生医疗纠纷 66 起,发生患者打砸医院事件 5.42 起,打伤医师 5 人;单起医疗纠纷最高赔付额达 300 万元,平均每起赔付额为 10.81 万元。

医学社会学家亨利·西格里斯说:“从行为学上来说,无论是‘医’还是‘患’,其出发点都只有一个——让患者康复起来。”可是,原本一对应当互信协作、目标统一的“利益共同体”,一个战壕的战友,为何却成了一对怨偶,走向了势如水火的对立面?

【知识链接】

2012 年 3 月 25 日新浪健康综合网推出《十年医患恶性事件不完全盘点》让人触目惊心、震惊和痛心;

2000 年 7 月 17 日,湖北省武汉市协和医院,检查中遇停电;患者家属暴打、拘禁医生;

2000 年 8 月,武汉市第六医院,医务科一名人员遭患者硫酸毁容;

2001 年 4 月 17 日,华西医大附一院,医生被砍至重伤、双目失明;

2001 年 4 月 17 日,华西医大附一院,医生被毒打并被迫向死者遗体下跪;

2001 年 7 月 10 日,湖南省中医学院第一附属医院王万林医生被连捅 46 刀致死,骨科医师不堪忍受 13 日自杀;

2001 年 7 月 25 日,北京协和医院著名脑外科专家王任直教授与患者家属一言不和手臂被毁;

2001 年 11 月 14 日,重庆市第三人民医院被炸,5 人死亡 35 人受伤;

2012 年 3 月 23 日,一名男子闯入哈尔滨医科大学附属第一医院的医生办公室,抡刀砍向正在埋头工作的医务人员,造成 1 死 3 伤;

2012 年 4 月 13 日,北京大学人民医院耳鼻喉科医生邢志敏在诊室被一名男子刺伤颈部;

2013 年 10 月 25 日,温岭市第一人民医院耳鼻喉科主任医师王云杰在为患者看病时被另一男患刺伤,经抢救无效死亡,年仅 47 岁。另外两名医生受重伤……血案还有许多。

在仇恨被演绎到这样一种状况的时候,问题真的是严重而可怕了。于是,许多伦理学专家、社会学者以及法律工作者等都从不同角度对此进行研究和分析,迫切寻找着问题的原因和症结。医患关系发展到今天这样一个局面,原因肯定是多方面的,也是比较复杂的,但令人叹息和感到遗憾的是,众多调查分析和研究结果以及信访证实,百分之七十的医患冲突和恶性事件背后真正的原因,并非人们想象的那么严重,而多是因为医者的服务态度不好、语言不当、接触不愉快、不沟通或沟通不畅以及责任心不强等造成。

【相关链接】

“想不到听大夫一句知心话会这么难!孩子在医院待了一周,直到出院始终没有一个人主动告诉俺孩子的病情怎么样了,更不知哪个医生在给孩子看病、哪个护士分管……”某县农民邱某,回忆起到省城看病的经历,仍心境难平。“我们既见不到孩子,也不知道孩子的病情,只能焦急地干等着。”邱某说,2013年6月5日,刚出生20天的孩子因重病,转到省城一家大医院儿科,想了很多办法也没能得到有关孩子病情的具体信息。眼看着家里仅有的近三万元积蓄一点点地交给医院,却没能挽留住孩子的生命,甚至连医生的一句知心话都没有“买”到,邱某感到难以接受。

据某三甲医院近三年共216起构成书面投诉的医患纠纷性质统计分析显示,由医疗质量(技术、医术)引起的纠纷分别占29.03%、31.9%、31.5%;非医疗质量引起的纠纷分别占70.97%、68.1%、68.5%,其中,服务态度、语言方面分别占9.6%、11%、9%,医患沟通分别占46.77%、30%、49%,医疗费用分别占9.6%、8.4%、0.9%;责任心不强引起的纠纷分别为19.1%、6.3%。而真正由于医疗技术原因所引起的医患纠纷并不多(来源:大众日报)。

医患沟通不畅竟然能成为医患矛盾的导火索!竟然能带来如此严重的社会问题,说明在现代社会里,仅凭医学知识、现代技术这种单一层面的方式,是很难圆满解决临床上各种复杂问题的,将这些问题综合起来说,也就是面对医学有没有能力做而在伦理上应不应该做这一根本问题时,作为科学的医学充其量也只能解决一半。医学专家们已经承认,现代医学越来越需要患者和社会人群的主动参与和配合,越来越需要有共同的思维和语言,才能战胜更多的疾病。千百年来“单兵作战”的医生,今天也感到需要患者和社会协同作战才能完成医学的使命。因此,怎样把毫无“作战经验”的社会人群同“久经沙场”的医务人员有机地组成强大的同盟军,构建一个良好顺畅的医患沟通平台已是当务之急。医患沟通学正在担起这一艰巨任务,正在研究总结怎样把心理学、伦理学、社会学、文化因素、人文修养与法律等学科的知识与内容都转化为积极的沟通手段与方法,并推进到现代医学诊治疾病和维护健康之中。可以说,医患沟通学已经成为现代医学不可或缺的有机组成部分。当代中国医患沟通专家提出:对待健康和疾病问题不应只是从自然科学的角度来认识,而应把生物、心理、社会因素作为一个三维坐标系,在重视生物因素的前提下,把人的健康问题置于社会关系中去理解。这样,呈现在医务工作者面前的不仅只是作为健康与疾病载体的人体,而是现实完整的活生生的人了。医生与患者之间不仅仅是医生帮助患者祛除病痛,同时也包含着心理的沟通、法律的契约、社会的责任、道德的良知等多重的社会内容和丰富的人类情感等,为此,国外一位哲人曾明确地断言:医学本质上是人学、是社会科学。

(三) 我国医患沟通不畅成因的多维分析

任何一个问题的产生都有其非常复杂的社会背景和多种原因,导致我国医患沟通不畅的原因绝不像我们想象的仅是医者爱心不够,责任心不强或者人文修养不够等那么简单,深层次的

原因也有很多。

1. 社会及心理学分析 我国医患沟通不畅、医患关系恶化、医疗纠纷频发是社会及心理因素综合作用的结果。这些因素包括以下几个方面:

医患双方角色意识的差异与归因偏差。医疗实践证明,不少医患冲突是医患双方对医疗行为所具有的不同角色意识导致对相同问题不同的归因所引起。由于医患双方专业分工、专业知识背景差异及各自权益的不同,面对同一个有争议的诊疗结果,就存在归因的认识性与动机性偏差。对医方从专业标准角度归因为正常的诊疗结果,患者却可能归因为医方诊疗的失误或事故,片面地追究医方责任。与此同时,双方表现在社会层面的偏差,如患者对现代诊疗结果的过度期望,也是导致沟通障碍,产生医患冲突的常见原因。

医疗服务补偿行为引发的积怨。在市场经济条件下,医院被推向市场,国家实行差额补贴,财政补偿不足,必须靠医院增加收入来弥补。医院在强调社会效益的同时,必须谋求经济效益,这必然带来医患间的利益矛盾和冲突。与此同时,医疗体制改革相对滞后,医疗卫生行业很大程度上具有垄断特征,难以提高公共支出效率,这就必然涉及医保、医药以及患者之间的利益调整,势必会增加医患之间、医保之间、医患与医保之间的利益矛盾和摩擦。不公平导致患者心理失衡,到医院就有怨气,沟通中医者稍有不慎矛盾就一触即发。

医学模式演化过程中伴随的负面效应。随着医学科学技术的发展,现代医学模式出现了以下三个方面的变化趋势:一是医患关系的物化趋势,主要是医患双方对物理、化学等检测诊断的依赖性;二是医患关系的分解趋势,即如前所述的医患双方角色意识的差异与归因偏差;三是患者与疾病分离趋势,这说明医患双方在协调和交往的相互作用和人际吸引的程度上有待一个逐渐产生、发展和升华的过程。这三种趋势相互作用的结果,使得医患双方情感交流日趋减少,医患间日趋疏远和冷漠,这种状态下,沟通必然不顺畅。

2. 经济学分析 医患关系紧张的经济原因主要表现在以下两个方面:

医疗服务市场机制的发育不够健全、完善。经济学认为,在完全市场竞争中,完备的信息剥夺了任何交易者的优势;资源的自由流动消除了任何可能的差异,从而使市场机制有了自然淘汰过量服务的功能。市场上的供应者和需求者只能按市场价格成交。但医疗服务市场具有垄断性和信息不对称性的特点。医疗服务市场虽然有很多竞争者,但医疗服务本身的差异性很大。不同医疗机构或医生提供的医疗服务往往具有不可替代性。由于在服务质量上的优势,使得一些医疗机构具有较强的市场势力,加上较强的地域性所形成的市场垄断地位,以及医疗服务供应者具有明显的信息优势,供应者在很大程度上可能替需求者做出消费决策。这说明医疗服务市场在一定程度上是一个卖方垄断市场,而垄断性又会导致医疗服务价格高,服务质量差,求与供严重的不平衡,导致医患关系紧张,医患对话艰难,患者几乎陷于失语状态。

信息不对称的存在。医疗服务市场机制的发育不健全不完善,在很大程度上是因为医疗信息的不对称。这种信息不对称主要表现在两个方面:即信息不对称的逆向选择和道德风险。前者是指优质的医疗服务质量被劣质的医疗服务质量所替代;后者是指医院会给患者提供一些不必要的、过度的医疗服务,如开大处方、开昂贵药品等,严重损害了患者利益。信息不对称使医患沟通受阻,使患者有苦难言。

3. 法律角度分析 从法律视角来审视医患沟通不畅的成因,可以归纳为以下两个方面:

一是医患双方的主体地位存在事实上的不平等,医疗主体对患者的平等主体意识滞后。目前,虽然患者在医疗过程中的主体平等地位和知情同意权已被许多立法所确认。但是,作为医疗主体的医院却依然缺乏对现行法律和现时医患关系特点的清晰认识,仍以“家长”、“权威”自居,缺少对患者主体权利和其自身体验的充分尊重和理解,缺少沟通的主动意识和行为,这就为医患冲突埋下了隐患。

二是相关法律法规建设滞后。目前,我国对医患沟通确认与调整的适用法律尚未建立,医法两家对医患纠纷的处理难以达成共识。对医疗行为中经常面对的知情同意权的决定主体序位,履行告知范围、标准、要求、界定,医疗特权的范围、免责等问题,都尚缺乏明确的法律条款或相关的司法解释,以至于医疗主体在医疗行为与医患纠纷的司法实践中时常遭遇困惑或尴尬。

4. 人性角度分析 就人本身而言,患者和医者都不容易。患者患了病很不幸,来到医院把自己的生命托付给了医生,医生就应该担负起救死扶伤的崇高使命,安慰照顾好患者,让患者感到有温暖有希望;但患者也要体谅医者,医院是异常繁忙与艰苦的工作场所,医生和护士通常是下了夜班继续顶白班或上手术台,工作超负荷、劳动超强度、睡眠严重不足、运动与娱乐几乎没有。大多数医护人员的工资也不高,医务人员也是人,他们的辛苦和付出也需要理解。可目前的状况是,医患互不理解,患者群体对医生群体大多存有质疑。医患双方互相防备,看到缴费单,患者首先想到的是医生从中拿了多少回扣;做手术要考虑要不要给医生送红包,不送会不会不给好好治;医生护士见到有的患者家属也小心翼翼,担心人身安全;患者对医务人员的服务态度不满,抱怨花三个小时甚至一天的时间排队挂号,门诊看病时间仅有三分钟;抱怨医生麻木不仁,表情生硬,对患者的回应少等。在这样一种不正常的氛围里,医生的价值不被肯定,在价值迷失的情况下,医务人员的治疗工作变得更加保守或转而追求利益。医患之间的信任度低下进而恶性循环,这种恶性循环的结果不仅严重影响医疗服务质量,加剧医患间的关系紧张,那么可以想象,沟通起来一定是极不顺畅、极不愉快的。

二、借鉴国外经验建立适合我国国情的医患沟通制度和相关法律

从美、英、日和俄罗斯等国家的医患沟通制度可以看出,医疗立法建设及医疗保险制度是其普遍和成功的做法,这些制度和规定对构建适合我国国情的医患制度和体系,提供了有益的借鉴。

(一) 完善综合配套的立法和行政

医患关系既不是一般合同关系,也不是一般意义上的经营者和消费者的关系。应结合我国的现实国情,借鉴国外和香港医患沟通制度的立法经验,针对我国医患关系的特点,探索和构建和谐、完善的医患、医疗纠纷处理机制,公正而高效地解决医患、医疗纠纷,加快医患沟通立法,以搭建解决医患之间冲突的平台,否则,将继续影响着社会的稳定与安宁。

加强卫生行政部门对现有各级医院管理的监督、检查制度的设立。通过法律或法规方式完善已有制度的缺憾和瑕疵;设立由行政、医学、法律专业人士组成的“许可审批委员会”机构行使监督职能,通过改进许可资质的审批,促进其发挥最大作用,如缩短对投诉的调查结果时间;依法吊销违法行医者或造成严重医疗事故的单位或个人执业许可证;通报公示受到处分的医疗机构和医师;要求医师主动报告遭受的行政处分、民事判决或刑事指控等。

建立“医师风险管理和患者安全”机制和制度。例如,确立实施诊疗行为时患者安全为首要原则;确立医生出现医疗错误必须马上报告;确立社会保护医疗机构安全诊疗秩序的原则等。

建立患者教育和医学知识普及制度。缩小医患间的认知差距,帮助患者了解其所患疾病、医疗标准和医疗服务状况。

设立医疗机构“监察人”制度。建议在现有的《医疗机构管理条例》之外,借鉴国际通行的“监察人”制度推动医院管理。所谓监察人制度(ombudsmen):即依法由被指定的中立的第三方,对医疗机构的日常管理予以动态监督、检查,通过收集医疗管理和日常医患、医疗纠纷有关信息,由其进行独立调查,定期向全社会通告,也可依照有关法定程序向当事人收集信息,进而提出纠纷解决方案和改进管理的建议。

（二）改革保险制度和保险法律

1999年,我国开始建立基本医疗保险制度,参加医保的职工达1亿人以上,成为了继养老保险后的又一重要社会保障体系。在医疗领域引入医疗保险制度是化解医疗事故风险,解除医患双方后顾之忧的有效办法。医疗保险,就是国家通过立法,强制性地由国家、单位和个人缴纳医疗保险费,建立医疗保险基金。当个人因疾病必须获得医疗服务时,由社会医疗保险机构按规定提供医疗费用补偿的一种社会保险制度。

建立全国范围内全面强制性医疗责任保险制度;明确赋予第三人直接请求权;以商业保险为模式,规定医疗执业责任保险费由医疗机构固定保费和医务人员个人风险储金两部分组成,从而将保险赔偿责任与医务人员紧密挂钩;改良、完善独立的医疗事故技术鉴定制度。

（三）改革司法诉讼制度

从机制上控制诉讼频度,可考虑通过从司法制度安排上的改革措施,来遏制医疗事故案件的数量:设立法院立案或诉前审查机制,对医疗纠纷案件进行实体审查,防止患者滥用诉权;初始期可将医疗事故案件交由专门设立的医疗仲裁委员会处理。

控制诉讼赔偿,各省市对医疗诉讼赔偿最高数额做出限制性规定,即限额赔偿;取消医疗机构和医师或其他共同被告承担连带责任的法律规定,各负其责,并遵循实际损失赔偿原则。

修改现有法律关于知情同意部分的规定,允许司法或仲裁机构依法决定患者和受害人需要多少必要的信息;修改医疗义务的标准,减轻医疗机构和医务人员诊疗过程中承受的过度压力。

改革司法诉讼制度,设立医疗纠纷简易审判程序。经原、被告同意,法庭可以适用简易程序,帮助原、被告双方评估各自的胜算,鼓励双方庭外和解或协商赔偿范围;设立医疗事故法庭。医疗事故法庭由专门审理医疗纠纷案件的法官主持,法官通过积累相关知识、经验和技巧,加快医疗纠纷案件的审理。

（四）设立替代性医疗事故解决机制

目前处理医疗事故纠纷的解决方式只有司法诉讼,耗时费力、效率不高。为加快解决纠纷、降低费用、避免法律诉讼之累,有必要设立权威的第三方介入,即选择替代性医疗事故解决机制(ADR),通过法律设定的医疗调解和医疗仲裁等非诉讼解决途径。

此外,还有综合性ADR方法(multiple-ADR):多种ADR方式的混合使用,通常按一定的顺序进行,如在“调解—仲裁”中,仲裁机构应先进行调解,调解不成即转入仲裁程序。ADR形式虽然多种多样,但据国际上大部分国家公认的调查结果,医疗纠纷主要还是通过调解和仲裁得到解决,其中85%左右的纠纷是通过调解这一方式解决。

（五）构建医患沟通体系

当今医患沟通的现状,无论是医学教育,还是医疗实践,都迫切需要构建符合中国国情的医患沟通体系。在公立医院推动医疗工作首诉负责制,建立患者投诉管理机制,设立或指定专门部门接受、处理患者和医务人员投诉,及时有效化解矛盾纠纷,持续改进医疗质量。推行第三方调解、仲裁调解和医疗责任保险,通过人民调解、仲裁调解、医患维权协会等途径解决医患纠纷,努力构建和谐和谐的医患关系。

在公立医院建立医疗质量安全和责任追究制度,以重大医疗安全事件为切入点,建立医疗质量安全告诫谈话制度,查处由于核心制度不落实、责任心不强、沟通不畅和沟通不及时等造成的重大医疗事故责任人。以此来建立和强化医患沟通制度,规范医患沟通的内容、形式;增强医者的沟通意识,提高沟通能力;完善患者投诉处理制度,及时受理、处置患者倾诉,避免和减少医患矛盾发生。

（六）设立社会工作部,完善医疗服务体制

目前,我国已有十余家医疗机构相继通过医务社会工作者在弥补着医者与患者之间的不协调关系,尽管模式和侧重点不尽相同,尝试与困难并存,但毕竟让人们在弥漫着消毒水味的医