

建



护理质量管理与敏感指标建立

皖南医学院弋矶山医院
唐丽玲



议

建



议

护理质量管理

护理质量管理：是指按照护理质量形成过程和规律，对构成护理质量的**各个要素**进行计划、组织、协调和控制，以保证护理服务达到规定的标准和满足服务对象需要的活动过程。



建

护理质量管理方法

PDCA
循环

失效模式与
效应分析法
(FMEA)

根本原因
分析法
(RCA)

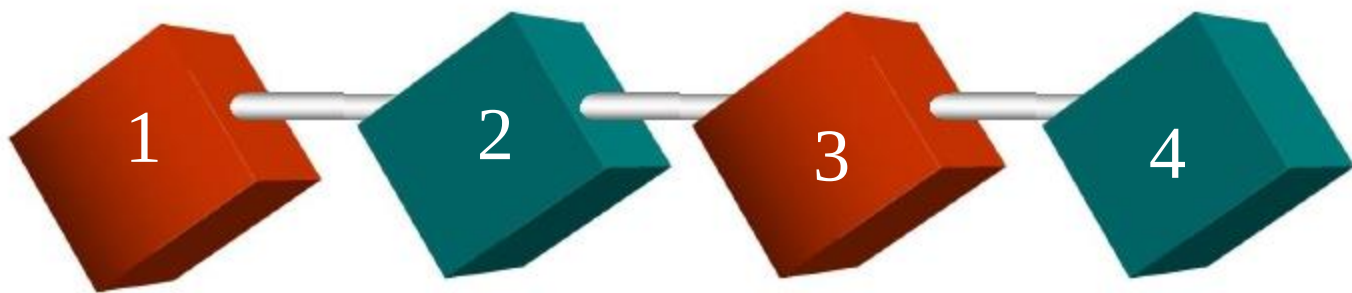
五常法
管理

品管圈

议



过去管理存在的问题



不能反映
病人最敏
感的护理
改善项目

没有使护
理质量量
化

不能帮助
护理领导
者评估护
理在病人
结果中的
价值

不能反映
护理人力
与护理结
局之间的
关系

国外研究结果

质量指标应用举例

欧洲9国：护士配置、学历与患者死亡率的 研究



THE LANCET

About this Journal | Sample Issue Online | Submit your Article

Get easy article feed

Subscribe to new article alerts

Add to Favorites

Copyright © 2015 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Lancet 2014; 383: 1824-30

Published Online

February 26, 2014

[http://dx.doi.org/10.1016/](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

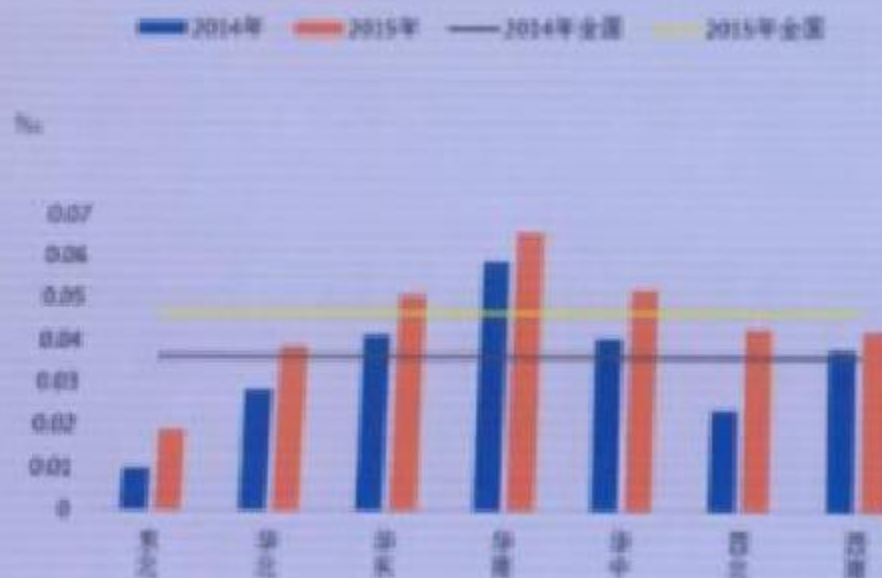
S0140-6736(13)62631-8

See Comment page 1789

- ▶ 护士每增加1名患者工作量，住院患者30天死亡率增加7%
- ▶ 每增加10%学士学位护士数量，住院患者30天死亡率降低7%
- ▶ 30%学士学位、平均看护8名患者/护士
- ▶ 60%学士学位、平均看护6名患者/护士 死亡率下降30%

国家护理质控中心数据库调研结果

跌倒发生率



2014年患者跌倒发生率为0.036‰
2015年为0.046‰



美国NDNQI公布的美国医院患者跌倒发生率为2.78~3.27‰



国家护理质控中心数据库调研结果

压疮发生率



2014年住院患者压疮发生率为0.027%，2015年为0.028%。



美国NDNQI公布的美国医院压疮发生率为1.24~2.42%



国家护理质控中心数据库调研结果

导尿管相关尿路感染发生率



2014年导尿管相关尿路感染发生率为0.644‰,

2015年为0.635‰.

美国NHSN公布的美国医院导尿管相关尿路感染发生率为

0~4.8‰.

中心导管相关血流感染发生率



❖ 2014年患者中心导管相关血流感染发生率为0.385‰。

❖ 2015年为0.421‰。

❖ 美国NHS公布的美 国医院中心导管相关血流感染发生率为0~2.9%。



呼吸机相关性肺炎发生率



2014年发生率为7.645‰，
2015年为6.959‰。

美国NHS公布的美
国医院呼吸机相关性肺炎发生
率为0~4.4‰。

国家护理质控中心数据库调研结果

10:59

对数线性模型估计护理结局与结构指标的关联

控制变量	压疮	跌倒	尿管UEX	胃肠管 UEX	中心导管 UEX	气管导管 UEX	身体约束	BIS	VAP	CAUTI
西部	0.317** (0.132)	-0.054 (0.096)	0.302** (0.194)	0.490 (0.23)	职业环境得分每升高1%, VAP的发生率降低0.8%:				0.121 (0.153)	-0.006 (0.177)
中部	-0.071 (0.147)	-0.034 (0.095)	0.225 (0.186)	0.151 (0.217)	0.404** (0.202)	0.502*** (0.182)	-0.310* (0.170)	0.149 (0.193)	-0.017 (0.147)	-0.334* (0.171)
Ln(执业环境得分)	-0.544 (0.437)	-0.419 (0.277)	-0.586 (0.558)	-0.459 (0.685)	0.134 (0.592)	0.024 (0.546)	-0.136 (0.514)	-0.436 (0.541)	-0.861** (0.428)	-0.316 (0.492)
护患比	-0.012 (0.020)	-0.026* (0.014)	0.042 (0.031)	0.009 (0.031)	0.052 (0.034)	-0.003 (0.036)	-0.021 (0.028)	0.032 (0.044)	0.026 (0.028)	-0.031 (0.028)
床护比	0.723* (0.376)	0.339 (0.244)	-0.688 (0.450)	-0.469 (0.517)	0.120 (0.472)	0.041 (0.406)	-0.008 (0.412)	-0.250 (0.502)	-0.223 (0.432)	-0.683 (0.421)
离职率	5.298** (2.472)	7.169*** (3.702)	1.923 (3.611)	8.755** (3.999)	8.123** (3.578)	8.331** (3.746)	0.245 (3.086)	-0.826 (3.293)	1.088 (2.572)	5.069 (3.128)
主管护师及以上比例	0.141 (0.763)	0.091 (0.491)	0.300 (0.947)	1.133 (1.083)	-0.398 (1.057)	0.288 (1.043)	-1.888** (0.817)	-1.760* (0.983)	-0.054 (0.781)	-1.230 (0.840)
6-40岁比例	0.635* (0.311)	0.159 (0.244)	-0.644 (0.450)	0.130 (0.517)	-0.690 (0.472)	-1.015** (0.406)	0.768* (0.412)	-0.938* (0.502)	-0.343 (0.432)	-0.711 (0.421)

建

国家护理质控中心数据库调研结果

控制变量	压疮	跌倒	尿管UEX	胃管UEX	中心导管UEX	气管导管UEX	身体约束	BIS	VAP	CAUTI
西部	0.317** (0.152)	-0.054 (0.096)	0.101** (0.194)	0.590** (0.230)	0.452** (0.210)	-0.157 (0.182)	-0.507*** (0.179)	0.242 (0.192)	0.121 (0.153)	-0.006 (0.177)
中部	-0.071 (0.147)	-0.034 (0.095)	0.225 (0.15)	0.151 (0.15)	0.404** (0.15)	0.502*** (0.15)	-0.310* (0.15)	0.149 (0.15)	-0.017 (0.15)	-0.334* (0.15)
Ln(执业环境得分)	-0.544 (0.437)	-0.419 (0.277)	-0.5 (0.5)							
护患比	-0.012 (0.020)	-0.026* (0.014)	0.0 (0.0)							
床护比	0.723* (0.376)	0.339 (0.244)	-0.633 (0.450)	-0.469 (0.517)	0.120 (0.472)	0.041 (0.406)	-0.001 (0.412)	-0.230 (0.502)	-0.223 (0.432)	-0.683 (0.421)
离职率	5.298** (2.472)	7.169*** (1.702)	1.923 (3.611)	8.755** (3.999)	8.123** (3.578)	8.331** (3.746)	0.245 (3.086)	-0.826 (3.293)	1.088 (2.572)	5.060 (3.128)
主管护师及以上比例	0.141 (0.760)	0.091 (0.491)	0.300 (0.947)	1.133 (1.083)	-0.398 (1.057)	0.288 (1.045)	-1.888** (0.817)	-1.760* (0.963)	-0.054 (0.781)	-1.230 (0.840)
+	0.635* (0.315)	0.159 (0.315)	-0.644 (0.315)	0.130 (0.315)	-0.690 (0.315)	-1.015** (0.315)	0.768* (0.315)	-0.938* (0.315)	-0.343 (0.315)	-0.711 (0.315)

离职率的绝对值每增加1%，压疮、跌倒发生率分别升高5.3%，7.2%

国家护理质控中心数据库调研结果

对数线性模型估计护理结局与结构指标的关联

控制变量	压疮	跌倒	尿管UEX	胃食管UEX	中心导管UEX	气管导管UEX	身体约束	BIS	VAP	CAUTI
西部	0.317** (0.152)	-0.054 (0.096)	0.392** (0.164)	0.599** (0.230)	0.452** (0.210)	0.157 (0.182)	-0.507*** (0.179)	0.242 (0.192)	0.121 (0.153)	-0.006 (0.177)
中部	-0.071 (0.147)	-0.034 (0.095)	0.225 (0.186)	0.151 (0.217)	0.404** (0.202)	0.502*** (0.182)	-0.310* (0.170)	-0.149 (0.193)	-0.017 (0.147)	-0.334* (0.171)
Ln(执业环境得分)	-0.011 (0.011)	-0.017 (0.012)	-0.016 (0.016)	-0.018 (0.018)	-0.011 (0.011)	-0.011 (0.011)	-0.136 (0.514)	-0.436 (0.541)	-0.861** (0.428)	-0.316 (0.492)
护患比	-0.021 (0.028)	-0.021 (0.028)	-0.021 (0.028)	-0.021 (0.028)	-0.021 (0.028)	-0.021 (0.028)	-0.021 (0.028)	0.032 (0.044)	0.026 (0.028)	-0.031 (0.028)
床护比	-0.008 (0.376)	-0.008 (0.244)	-0.008 (0.450)	-0.008 (0.517)	-0.008 (0.517)	-0.008 (0.406)	-0.008 (0.412)	-0.250 (0.502)	-0.223 (0.432)	-0.683 (0.421)
离职率	5.208** (2.472)	7.169*** (1.702)	1.923 (3.611)	8.755** (3.999)	8.121** (3.578)	8.331** (3.746)	0.245 (3.086)	-0.826 (3.293)	1.088 (2.572)	5.069 (3.128)
主管护师及以上比例	0.141 (0.763)	0.091 (0.491)	0.300 (0.947)	1.133 (1.083)	-0.398 (1.057)	0.288 (1.045)	-1.888** (0.817)	-1.760* (0.963)	-0.054 (0.781)	-1.230 (0.840)
本科及以上学历护士比例	0.635* (0.311)	0.159 (0.311)	-0.544 (0.311)	0.130 (0.311)	-0.690 (0.311)	-1.015** (0.311)	0.768* (0.311)	-0.938* (0.311)	-0.343 (0.311)	-0.711 (0.311)

本科及以上学历护士比例的绝对数每增加1%，气管导管UEX减少1.0%；

国家护理质控中心数据库调研结果

关联分析

数据就是结果吗？

数据就是结论吗？

数据代表好坏吗？



何谓护理敏感指标

- § 1988年美国护士协会（ANA）提出，是**基于科室层面进行质量数据收集和测量**，促使护理单元将质量管理重点放在护士行为可影响的最重要的指标上。
- § 是**评估**护理服务的程序和结果，**定量评价和监测**影响患者结果的护理管理、临床实践等各项功能的质量，**指导**护士照护患者感知及组织促进的监测评价标准。

定义比较

是指按照护理质量
 从最过理角规律
 标构成体现质量
 各进
 组织、协调和控
 量以保指护理服
 而达到规以数的准
 和满足服务对象需
 要的活动过程

两者均是管理的手段和方法，符合质量管理规律，与临床实践等各项工作功能的质量标准相符合。

是评估护理服务的程度和敏感度，是临床实践等各项工作功能的质量标准相符合。

管理不是单凭指标值那些数字做判断，而是以数字为线索，把握数字背后的真实和道理。

护理质量管理

护理敏感指标

建

护理敏感指标建立

议

护理敏感质量指标实用手册（2016版）

结构指标6个

- 床护比
- 护患比
- 每住院患者24小时平均护理时数
- 不同级别护士配置
- 护士离职率
- 护士执业环境测评

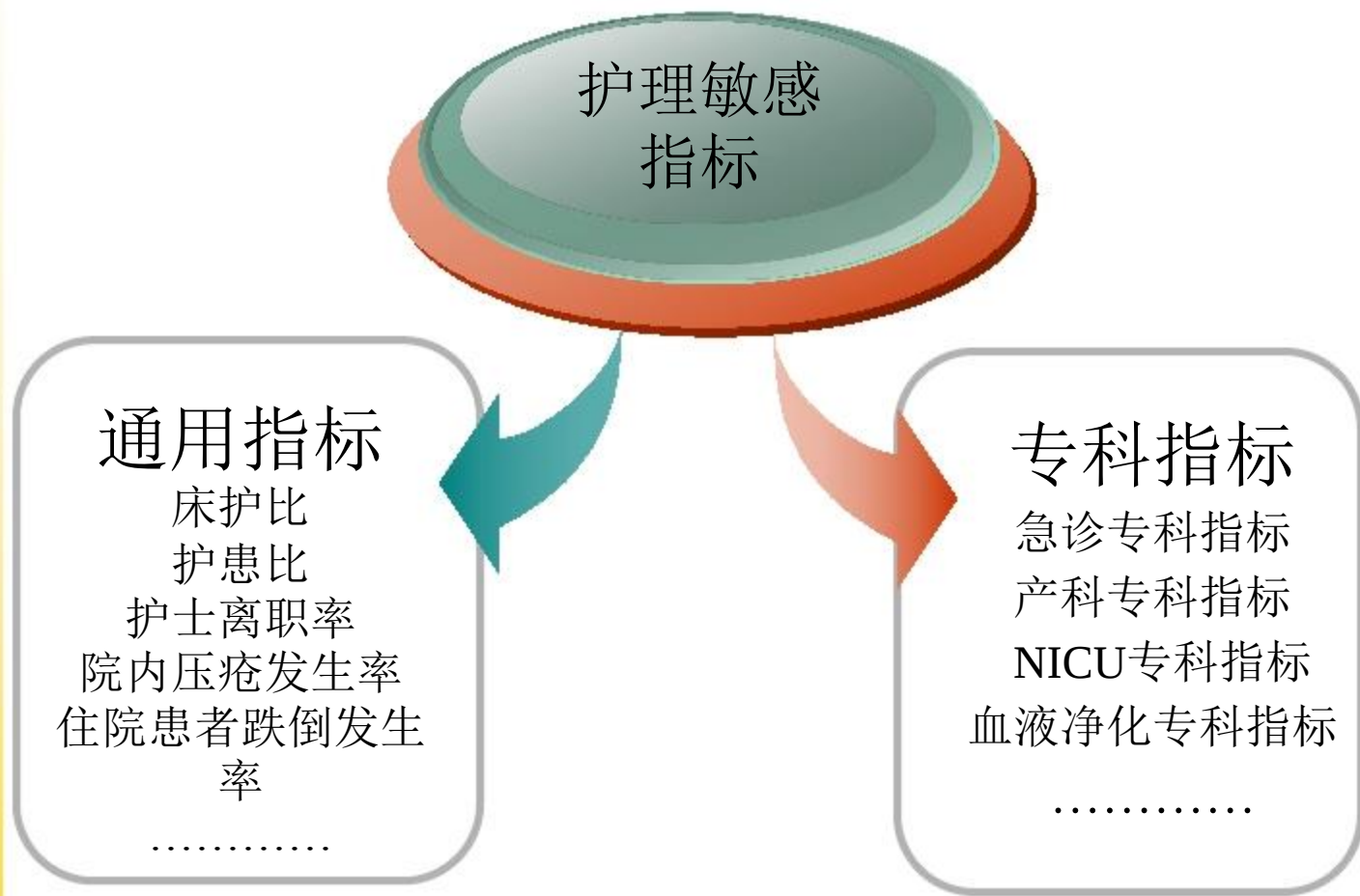
过程指标1个

- 住院患者身体约束率

结果指标6个

- 院内压疮发生率
- 插管患者非计划性拔管发生率
- 住院患者跌倒发生率
- ICU导尿管相关尿路感染发生率
- ICU中心导管相关血流感染发生率
- ICU呼吸机相关性肺炎发生率





结合国家护理质控中心指标 建立医院护理质量指标体系

A通识性指标

B专科性指标

2016年度护理质量指标监测

结构指标

1. 执业护士总人数
2. 不同级别护士的配置
 - 不同工作年限护士的占比
 - 不同学历护士的占比
 - 不同技术职称护士的占比
3. 护士仪表和行为规范
4. 床护比
5. 护患比
6. 护理离职率
7. 专科护士资格认证数量（国家级/省级/院内）
8. 规章制度、技术文件修订（名称/数量/推广使用）
9. 关键过程质量评价标准
10. 护士长履职考核（清单）
11. 各专科护士培训计划落实率
12. 各护理单元工作计划完成情况监测

过程指标

护理安全管理

1. 查对流程规范落实率A
2. 患者安全护理措施落实率
 - ① 身份识别A
 - ② 药品管理A
 - ③ 跌倒/坠床A
 - ④ 压疮护理A
 - ⑤ 输血管理A
 - ⑥ 管路护理A
 - ⑦ 重点环节交接A
 - ⑧ 不良事件管理A
 - ⑨ 其它专科指标B

分级护理质量

1. 护理措施落实率
 - ① 护理分级正确率A
 - ② 病情观察/掌握A
 - ③ 护理文书A
 - ④ 护理评估A
 - ⑤ 生活照顾A
 - ⑥ 专科护理措施B
2. 健康教育知晓率
 - ① 出、入院健康教育A
 - ② 围术期健康教育A
 - ③ 专科疾病健康教育B

病区管理质量

1. 环境管理B
2. 物品设备管理B
3. 急救物品完好率
 - ① 呼吸机、除颤仪、简易呼吸气囊、负压吸引器、抢救车内所有抢救物品A
 - ② 专科急救用品B
3. 仪器设备操作平均得分
 - ① 呼吸机、除颤仪、简易呼吸器、心电监护、负压吸引器、其它常用仪器设备中任选至少2项仪器设备进行考核A
 - ② 专科仪器设备B

消毒隔离质量

1. 标准预防A
2. 手卫生A
3. 无菌操作A
4. 治疗室及换药室管理A
5. 无菌用品管理A
6. 其它医疗用品A

结果指标

1. 住院患者院内压疮发生率
 - ① II期及以上院内获得性压疮发生率
 - ② 评估极高危患者压疮发生率
 - ③ 非预期院内压疮发生率
2. 住院患者跌倒发生率
 - ① 住院患者跌倒伤害率
3. 非计划拔管发生率（人工气道、深静脉置管）
4. 用药错误发生例数
5. ICU患者呼吸机相关性肺炎发生率
6. 护理有效投诉例数
7. 住院患者对护理工作满意度
8. 门诊患者对护理工作满意度
9. 手术患者对手术室护理工作满意度

2016年护理部质量结果指标(9项)

序号	项目	2015年均值	2016年目标值	备注
1	给药错误发生率 (%)	0.03%	0.028%	每月/护理部
2	住院患者压疮发生率 (%)	0.12%	0.11‰	每季度/护理部
3	高危患者压疮发生率 (%)	2.46%	2.34%	每月/护理部
4	住院患者跌倒/坠床发生率 (‰)	0.125‰	0.118‰	每月/护理部
5	高危患者跌倒/坠床发生率 (%)	2.29%	2.17%	每月/护理部
6	有伤害的跌倒/坠床发生率 (%)	52.70%	50%	每月/护理部
7	住院患者满意度 (%)	93.13%	94%	每月/护理部
8	出院患者满意度 (%)	94.59%	95%	每月/护理部
9	护士满意度 (%)	96.00%	96.50%	每年/护理部

建

敏感指标的解读

议

1. 结构指标之 --- 床护比



$$\text{执业护士总人数} = \frac{\text{统计周期始执业护士人数} + \text{统计周期末执业护士人数}}{2}$$

定义

统计周期内提供护理服务的单位实际开放床位与所配备的
 执业护士人数比例

公式

$$\text{床护比} = 1: \frac{\text{同期执业护士总人数}}{\text{统计周期内开放床位数}}$$

意义

- 引导管理者基于“开放床位”初步估算护理人力
- 可以参考国家卫生行政部门或行业组织的推荐，也可以参考国外
- 考虑收治患者类型、医院定位和发展方向等，拟定自身床护比标准

2. 结构指标之 --- 护患比

定义

统计周期内当班责任护士人数与其负责护理的住院患者数量之比

公式

平均每天护患比 = 1: $\frac{\text{同期每天各班次患者数之和}}{\text{统计周期内每天各班次责任护士数之和}}$

变量 特别 说明

当班责任护士人数：统计期间内在岗、直接护理患者的责任护士总人数

意义

- 引导管理者基于“护理需求”配置护理人力
- 还可以进一步计算班次护患比

护患比标准

班次	美、澳、新加坡、马来西亚 护患比现状	日本	中国大陆	台湾 2011年 现状	台湾护患比规划目标		
					医学中心	区域医院	地区医院
白班	4-5	7	6-8	6-13	6	6	7
晚班	4-6	7	无	10-20	10	10	14
夜班	8-10	7	无	13-20	10	14	14

护患比---国家护理质量数据平台相关说明

次

➤每天的班次分为白班、 夜班

（不分大夜班、 小夜班， 统一计算） 班

➤白班、 夜班的起止时间依据本单位的班次安排时间， 全院应统一

白班8： 00～18:00（时长10小时）， 夜班18:00～次日 08： 00（时长14小时）

白班8： 00～17:00（时长9小时）， 夜班17:00～次日 08： 00（时长15小时）

护患比---国家护理质量数据平台相关说明

责任护士

- 在岗
- 直接护理患者
- 护士长一般不计算在内，当护士长承担了责任护士的工作时才计算在内
- 不包括治疗（配药）护士、办公班（主班）护士

护患比---国家护理质量数据平台相关说明

某班次责任护士数

- 标准某病区夜班：(18:00~次日08:00) 8小时 如果 ~次
班次分别为：
- ① 08:00~次日08:00 1名责任护士 (8h) ② 08:00~14:00 1名责任护士 (6h) ③ 14:00~20:00 1名责任护士 (6h) ④ 20:00~次日02:00 1名责任护士 (6h) ⑤ 02:00~08:00 1名责任护士 (6h)
- ③ 02:00~次日08:00 (8h) ④ 18:00~23:00 (5h) 、 ⑤ 05:00~08:00 (3h)
- 1名护士白班工作时间为10小时，则计算为1.25
则该区夜班责任护士数为： $(14+8+6+8) \div 8 = 4.5$
名白班责任护士 ($10 \div 8 = 1.25$)

- 夜班责任护士数？

定义

统计周期内当班责任护士人数与其负责护理的住院患者数量之比

公式

平均每天护患比 = 1: $\frac{\text{同期每天各班次患者数之和}}{\text{统计周期内每天各班次责任护士数之和}}$

变量
特别
说明

当班责任护士人数：统计期间内在岗、直接护理患者的责任护士总人数

意义

- 引导管理者基于“护理需求”配置护理人力
- 还可以进一步计算班次护患比

3. 结构指标之 —— 每住院患者每24h平均护理时数 (HPPD)

定义

平均每天每位患者所获得的的护理时数
(小时)

公式

$$\text{护理时数} = \frac{\text{同期本院在岗执业护士实际上班小时数}}{\text{统计周期内患者实际占用床日数}}$$

变量
特别
说明

护士护理时数：本院（以执业证执业地点为准）在岗职业护士的护理时数

意义

反映患者获得的护理工作量

相关变量解释说明

■ 护理时数

- 指在特定时间段内护理人员执行全部护理活动所需要的时间总和。护理工作时数=直接护理时数+间接护理时数+相关护理时数+个人活动时间。

■ 住院患者24小时平均护理时数

- 指统计期间内平均每天每位患者所获得的护理时数，或每位患者所需全部护理项目活动的时间总和。

关联性分析

- 床护比、护患比等护士人力配备影响护理时数
- 应综合考虑床位使用率、平均住院日、危重病人占比等影响护理实际工作量的因素
- 关联护理结果质量指标

4. 结构指标之一——不同级别护士配置

定义

不同能力级别护士在本机构或部门所有注册护士中所占的比率

公式

$$\text{某级别护士的占比} = \frac{\text{同期某级别护士人数}}{\text{统计周期内护士总人数}} \times 100\%$$

变量 特别 说明

- 学历：以取得的学历证书为凭证
- 职称：卫生技术职称以医疗机构实际聘用为准
- 返聘护士计入相应级别护士人数
- 年资：年限 < 1年、1年 ≤ 年限 < 2年、2年 ≤ 年限 < 5年、5年 ≤ 年限 < 10年、年限 ≥ 10年

意义

- 反映在医疗机构或其部门中护士的人力资源结构
- 分析护士人力资源结构与护理质量、患者安全的关系
- 指导优化护士人力资源配置

5. 结构指标之 --- 护士离职率

定义

- 离职：与特定组织有劳动关系且在该组织领取工资和奖金的个人，结束其与组织的这种关系的行为
- 统计周期内，某医疗机构中护士自愿离职人数与累计在职护士总数的比率

公式

$$\text{护士离职率} = \frac{\text{同期护士自愿离职人数}}{(\text{统计期初在职护士人数} + \text{统计期末在职护士人数}) / 2} \times 100\%$$

变量 特别 说明

- 自愿离职人数
- 院内岗位调整，且未变更注册单位者，不计入离职
- 在职护士总数：（统计期初人数+统计期末人数）÷2

意义

- 衡量组织内部护士人力资源流动状况
- 促进分析离职原因，为改善护理人力资源管理提供依据

6. 结构指标之 --- 护士职业环境

定义

- 指促进或制约护理专业实践的工作场所的组织因素，包括护士工作的物理环境和组织环境

公式

- 《护士执业环境测评》得分

意义

- 患者安全和护理质量的润滑剂

7. 过程指标之 --- 身体约束率

定义

统计周期内，住院患者约束具使用天数占统计周期内住院患者总人日数的百分率

公式

$$\text{住院患者身体约束率} = \frac{\text{同期住院患者约束具使用天数}}{\text{统计周期内住院患者人日数}} \times 100\%$$

变量 特别 说明

- 每位患者每天使用1次或1次以上计1天，约束一个部位或同时约束多个部位均计一次
- 术中因体位需要的固定不属于约束范畴
- 麻醉恢复期约束属于约束范畴，但不计入，因为约束统计的是天数，会和病房统重复

意义

- 患者/家属体验性指标
- 监测约束状况及其导致的不良事件
- 分析身体约束的相关因素，为制定合理约束、减少身体约束策略提供依据

测量方法说明

- **统计周期**可根据质量管理评价部门要求确定统计周期，如每月、每季度、每年
- **约束天数**每班由相关成员观察每位患者使用约束具情况，每位患者每天**使用1次或1次以上计1天**，**约束一个部位或同时约束多个部位均计一次**。
- **其他相关指标计算方法扩展**：各医院可以根据自己医院管理的需求采取不同的统计方法，如统计平均每位患者的**约束时长**等。

8. 结果指标之一——跌倒发生率

定义

统计周期内住院患者发生跌倒例次数（包括造成和未造成伤害）与统计周期内住院患者人日数的比例（**千分比**）

公式1

$$\text{住院患者跌倒发生率}\% = \frac{\text{统计周期内住院患者中发生跌倒病人次数}}{\text{统计周期内住院患者人日数}} \times 1000\%$$

公式2

$$\text{住院患者跌倒伤害率} = \frac{\text{统计周期内住院病例中发生跌倒伤害人次数}}{\text{统计周期内有记录的跌倒患者人数}} \times 100\%$$

变量 特别 说明

- 住院患者；
- 住院患者人日数 = 实际占用床位数
- 同一患者、多次跌倒，每次跌倒都需要计1例；坠床计入跌倒

意义

- 了解跌倒发生情况分析相关因素，是否与护理不当和照护缺失有关，为制定改进策略提供依据

跌倒分级 (NDNQI)



9. 结果指标之 --- 院内压疮发生率

定义

统计周期内，住院患者压疮新发病例数与同期住院患者总数的百分比

公式

$$\text{住院患者院内压疮发生率} = \frac{\text{同期住院患者压疮新发病例数}}{\text{统计周期内住院患者总数}} \times 100\%$$

变量 特别 说明

- 统计周期内，患者入院后新发的压疮；入院时带入的压疮纳入社区获得性压疮
- 转科患者、或在此统计周期内多次发生压疮，均记为1例
- 社区获得性压疮患者又发生了新部位的压疮也计算为1例
- I期压疮：同II期及以上压疮同样管理

意义

通过监测，可以了解发生情况，分析相关因素，了解是否与护理不当和照护缺失有关，为制定改进策略提供依据

10. 结果指标之-非计划性拔管发生率

定义

统计周期内，住院患者非计划性拔管的例数与同期住院患者某导管留置总日数的千分比

公式

$$\text{某导管UEX发生率} = \frac{\text{同期该导管UEX例次数}}{\text{统计周期内某导管的留置总日数}} \times 1000\%$$

变量 特别 说明

- 同一患者，某类导管多次发生UEX，则按发生频次计算拔管例数
- 某导管留置总日数 = 统计周期内住院患者每日0点，留置某类导管的总例数（手工）
- 住院患者留置某类导管长期医嘱跨越凌晨0点的次数

意义

- 与护理工作的投入及护理工作过程密切相关
- 通过监测，可以了解发生情况，分析相关因素，是否与护理不当和照护缺失有关，为制定改进策略提供依据

11. 结果指标之-中心静脉导管相关血流感染 (CLASBI) 发生率

定义

统计周期内，监测场所CLASBI发生例次与同期该监测场所中心导管置管留置的总日数的千分比

公式

$$\text{中心导管相关血流感染发生率} = \frac{\text{中心导管相关血流感染例数}}{\text{中心导管置管总日数}} \times 1000\%$$

变量 特别 说明

- 分母：住院患者留置中心导管长期医嘱**跨越凌晨0点的次数**
- 分子：长期医嘱开始日期时间到结束日期时间后48h内，发生CLABSI的例数
- CLABSI诊断依据医疗诊断

意义

- 及时发现血管通路护理异常情况
- 通过监测相关过程指标（置管、使用、维护、拔管），找到不足之处
- 指引制订、评价改善策略

12. 结果指标之一 呼吸机相关性肺炎（VAP）发生率

定义

统计周期内，使用有创机械通气的患者单位置管时间内新发呼吸机相关性肺炎的频率

公式

$$\text{呼吸机相关性肺炎发生率} = \frac{\text{呼吸机相关肺炎发生例数}}{\text{住院患者使用有创机械通气总日数}} \times 1000\%$$

变量 特别 说明

- 住院患者“有创机械通气”长期医嘱**跨越凌晨0点的次数**
- 不计算使用无创呼吸机患者

意义

通过监测，分析护理措施落实情况，及时发现护理流程或常规不足之处，制订、评价改善策略

13. 结果指标之-导尿管相关尿路感染 (CAUTI) 发生率

定义

- 患者留置导尿管后，或者拔除导尿管48小时内发生的泌尿系统感染
- 统计周期内,监测场所CAUTI发生例次与同期该监测场所导尿管留置的总日数的千分比

公式

$$\text{导尿管相关尿路感染发生率} = \frac{\text{留置导尿管患者中尿路感染例数}}{\text{患者留置导尿管总日数}} \times 1000\%$$

变量 特别 说明

- 住院患者留置导管长期医嘱跨越凌晨0点的次数
- 不计算一次性导尿患者

意义

通过监测，分析护理措施落实情况，及时发现护理流程或常规不足之处，制订、评价改善策略

案 例一 (通用案例) (住院患者跌倒发生率)

住院患者跌倒发生率

通用指标

- § 指标名称：住院患者跌倒发生率
- § 指标类型：结果指标
- § 指标意义：患者发生跌倒可能造成伤害，导致严重甚至危及生命的后果。通过对住院患者跌倒发生率指标的监测，了解所在医院或部门的跌倒发生率和伤害率。通过根本原因分析和有效的对策实施，可以降低导致患者跌倒的风险及跌倒的发生率，保障患者安全。对患者跌倒风险的评估，可以帮助护理工作者建立患者分类管理的职业思维。预防患者跌倒的过程，充分体现了护理工作队患者的责任和关怀。

住院患者跌倒

§ 跌倒：指住院患者在医疗机构任何场所，未预见性地倒于地面或倒于比初始位置更低的地方。【1】

§ 跌倒伤害：指患者跌倒后造成不同程度的伤害甚至死亡

§ 分级：

- 1、**无**：没有伤害
- 2、**轻度**：不需或只需稍微治疗与观察的伤害程度
- 3、**中度**：需要冰敷、包扎、缝合或夹板等医疗或护理处置与观察的伤害程度；
- 4、**重度**：需要医疗处置及会诊的伤害程度
- 5、**死亡**：患者因跌倒产生的持续性损伤而最终致死

【1】胡学军等.跌倒危险评估方法的询证护理研究.国外医学：护理学分册 2014.23 (3)； 30-132

住院患者跌倒发生率

同期指的是：

同一统计周

统计周期：期可以根据质量管理
部门要求确定，如每月、

同期住院患者每中季发度生、跌每倒年

$$\text{住院患者跌倒发生率} = \frac{\text{同期住院患者每中季发度生、跌每倒年}}{\text{统计周期内住院患者人日数}} * 1000\%$$

住院患者跌倒伤害率

同期住院患者中发生跌倒伤害例次数

$$\text{住院患者跌倒伤害率} = \frac{\text{同期住院患者中发生跌倒伤害例次数}}{\text{统计周期内有记录的患者跌倒例次数}} * 100\%$$

跌倒伤害某等级比率

同期住院患者中发生跌倒伤害患者例次数

$$\text{跌倒伤害某等级比率} = \frac{\text{同期住院患者中发生跌倒伤害患者例次数}}{\text{统计周期内住院患者中发生跌倒伤害例次数}} * 100\%$$

× ×年某病区每月跌倒发生例数登记表

时间	跌倒 例数	每月住院患 者人日数	跌倒造成的伤害程度				
			无伤害	严重度1级 (轻度)	严重度2级 (中度)	严重度3 级 (重度)	死亡
1月							
2月							
3月							
.....							
合计							

XX年某医院每月跌倒发生率

发生月份	发生跌倒例数	实际占用总床日数	跌倒发生率/千床日
1月	6	63689	0.09
2月	2	75864	0.03
3月	3	81743	0.04
4月	8	78344	0.1
5月	3	80851	0.04
6月	4	76217	0.05
7月	7	78465	0.09
8月	4	75950	0.05
9月	6	68516	0.09
10月	7	68043	0.1
11月	7	68669	0.1
12月	5	73815	0.07
合计	62	890166	0.07

某医院XX年31例跌倒伤害患者造成的不同等级伤害比率

对患者造成的伤害程度	发生例数 (n)	构成比 (%)
1级	27	87.1
2级	3	9.68
3级	1	3.22
合计	31	100

跌倒不良事件上报

- § 通过信息系统自动提取相关资料
- § 通过资料进行归类整理：
原因、伤害级别、护理人员配置



✕例患者跌倒发生相关特征

相关特征	例数	百分比 (%)
年龄		
<60岁	18	29.03
60-69岁	11	17.74
70-79岁	11	17.74
≥80岁	22	35.48
跌倒史		
无	54	87.1
有	8	12.9
排泄改变		
失禁	10	16.13
紧迫或频繁的排泄	15	24.19
失禁且紧迫或频繁的排泄	20	32.26
使用高跌倒风险的药物		
使用一种高跌倒风险的药物	8	12.9
使用二种及以上高跌倒风险的药物	14	22.58
24小时内有手术镇静史	11	17.74

X例患者跌倒发生相关特征

患者携带的导管		
1根	5	8.06
2根	10	16.13
3根及以上	9	14.52
肢体活动障碍		
无	47	75.81
有	15	24.19
视力障碍		
无	60	96.77
有	2	3.23
意识障碍		
无	60	96.77
有	2	3.23
跌倒发生时间段		
8: 00-17:00	22	35.48
17:00-1:00	16	25.81
1:00-8:00	24	38.71



跌倒风险评定		
低度风险	6	9.68
中度风险	15	24.19
高度风险	41	66.12
跌倒地点		
洗手间	13	20.97
病床旁	27	43.55
房间内	12	19.35
病区办公场所	6	9.68
病区外的其他区域（医院各种检查、治疗部门、楼梯	4	6.45
跌倒造成的伤害		
无	31	50
1级	27	43.55
2级	3	4.84
3级	1	1.61
死亡	0	0
人力配置（当班人数）		
1人	24	38.71
2人	22	35.48
3人及以上	16	25.81

整改-系统工程

§ 问题一：针对临床工作

§ 原因：80岁以上老人，有跌倒史、排泄改变、使用高跌倒风险药物、携带护理导管、活动能力改变、视力障碍、肢体活动障碍等患者，发生跌倒的风险更大

§ 对策：及时评估、1-2小时巡视病房一次、必要时增加巡视的频率

§ 落实：护理人员

整改-系统工程

§ 问题二-护理人员配置

§ 原因：夜班只有1人值班，只能使护士疲于完成治疗及护理操作，无暇顾及及其他，安全隐患大；

§ 对策：增加夜班护理人员数量

§ 落实：护理部、医院

整改-系统工程

§ 问题三：环境

§ 原因：洗手间潮湿、床旁拥挤、床旁障碍物、办公室、走道地面潮湿、污渍等等

§ 对策：保持病房及走道通畅；保证病房足够的照明度；保持床单位与洗手间过道的通畅；及时处理病房内或走廊上的污渍，保持地面干燥；清洁地面时放警示标识

§ 落实：后勤

整改-系统工程

§ 问题四：针对患者、家属安全教育干预

§ 原因：环境不熟悉、安全意识不强、文化层次低、病人角色缺如等等

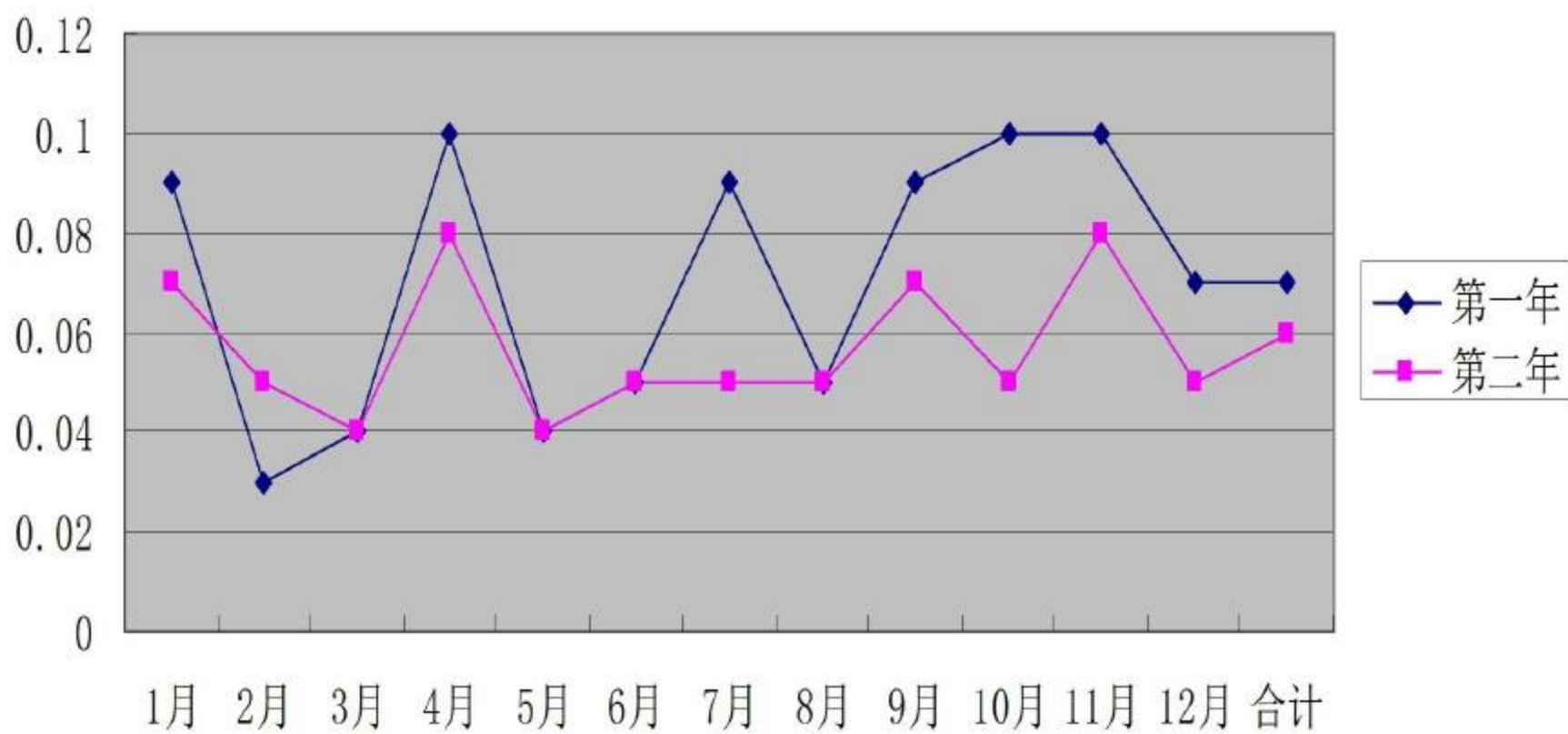
§ 对策：详细的入院宣教；跌倒风险及干预措施的宣教；鼓励患者及家属需要时寻求帮助；妥善放置呼叫器；保持床单位处于最低位置；防滑鞋；高危患者如厕时需要有人陪同

§ 落实：护理人员

结局-两年比较

	第一年			第二年		
发生月份	发生跌倒例数	住院患者人日数	跌倒发生率(‰)	发生跌倒例数	住院患者人日数	跌倒发生率(‰)
1月	6	63689	0.09	5	69436	0.07
2月	2	75864	0.03	2	43981	0.05
3月	3	81743	0.04	3	70285	0.04
4月	8	78344	0.1	6	72188	0.08
5月	3	80851	0.04	3	75422	0.04
6月	4	76217	0.05	4	75494	0.05
7月	7	78465	0.09	4	76975	0.05
8月	4	75950	0.05	4	75796	0.05
9月	6	68516	0.09	5	73844	0.07
10月	7	68043	0.1	4	76447	0.05
11月	7	68669	0.1	6	74417	0.08
12月	5	73815	0.07	4	76005	0.05
合计	62	890166	0.07	50	860290	0.06

前后两年跌倒发生率比较



案 例二

（通用案例）
（院内压疮发生率）

院内压疮发生率

通用指标

- § 指标名称：院内压疮发生率
- § 指标类型：结果指标
- § 指标意义：通过监控院内压疮发生率，可分析院内压疮发生的趋势、特征及其影响因素，通过采取针对性的压疮护理措施与管理，进一步减少院内压疮的发生，减少皮肤损伤对患者造成的直接和间接伤害。

相关概念

压疮：皮肤和皮下组织的局限性损伤，通常发生在骨隆突处，一般由压力或压力联合剪切力引起。

- § 医院获得性压疮（院内压疮）：是指患者在住院期间获得的压疮，即患者入院24小时后新发生的压疮，也包括社区
- § 获得性压疮患者在住院24小时后又发生了新部位的压疮。

院内压疮发生率：是指统计周期内住院患者压疮新发病例数与周期内住院患者总数的百分比。

压疮现患率：是指在某一特定时点住院患者中已经发生压疮的总人数（包括院内和社区获得性）与该时点住院患者总数的百分比。

为某一统计周期内住院患者新发压疮的病例数，如果患者从医院一个科室转入另一科室，或者在此统计周期内多次发生压疮，均作为1例计算，社区获得性压疮患者又发生了新部位的压疮也计算为1例。

$$\text{院内压疮发生率} = \frac{\text{同期住院患者压疮新发病例数}}{\text{统计周期内住院患者总数}} * 100\%$$

取该统计周期内住院患者总人数，可以为上一统计周期末在院患者数+新入院患者数，也可采用统计周期出院患者数+统计周期末在院患者数。

院内压疮现患率

某一特定时点住院患者压疮病例数

$$\text{院内压疮现患率} = \frac{\text{某一特定时点住院患者压疮病例数}}{\text{该时点住院患者总数}} * 100\%$$

该公式用于计算某一特定时点的压疮现患率，能较为全面反映压疮的存在情况，包括社区获得性及医院获得性的压疮，国内外均较多使用。压疮现患率常用于分析压疮流行趋势、流行特征，也可以来佐证临床压疮发生率的真实性，了解压疮现存情况，可反映护理管理质量。

以某院院内压疮发生率指标开展护理质量管理

§ 案例：某医院某年第四季度入院患者数为14500人，上一周期仍留在医院患者1500人，第四季度发生了24例压疮，因此得出本季度院内压疮发生率为0.15%。

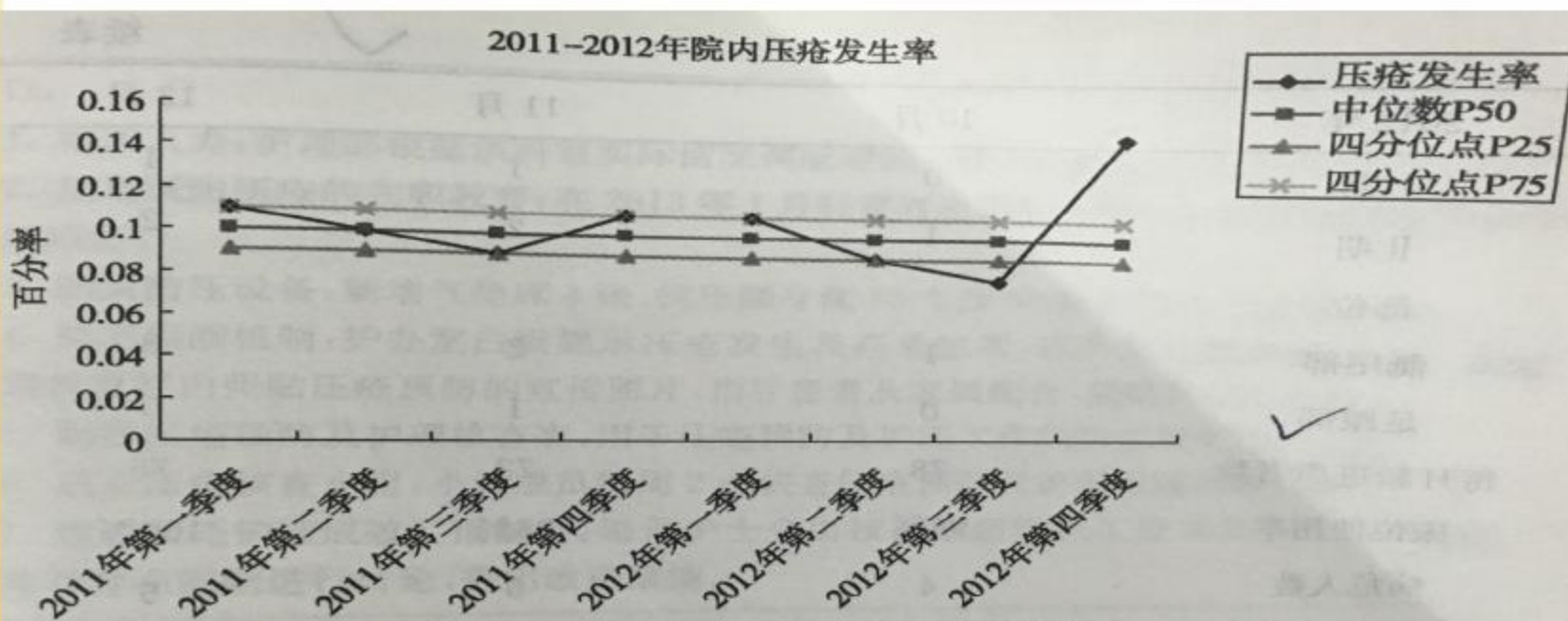


图 8-3 2011 年-2012 年全院压疮发生率

某年第四季度院内压疮发生分布及科室发生率情况

	老年 二科	ICU	神经 内科	神经 外科	骨科	老年 一科	...	全院总计
项目								
科室								
院内压疮病 例数	7	5	4	2	2	2	...	24
同期患者数	273	292	487	468	730	269	...	16000
院内压疮发 生率 (%)	2.56	1.71	0.82	0.43	0.27	0.74	...	0.15
上下四分位 (%)		1.0-1.8	0.6-1.0	0.3-0.85	0.2-0.7	0.5-0.95	...	0.09-0.11

某年老年医学科二病区四季度院内压疮发生相关数据

2012年	10月	11月	12月
例数（例）	1	3	3
期别			
I 期	0	1	1
II 期	1	2	2
部位			
足跟部	0	1	0
每月新进患者数	78	72	75
床位使用率	96%（90%）	98%（90%）	100%（90%）
病危人数	4	6	5
一级护理人数	51	58	54
护士人数	16人（病假1人，事假1人）	16人（病假2人）	16人（病假2人）
护患比	某年第三季度：0.33；第四季度：0.28		
护理时数	某年第三季度：3.18；第四季度：2.35		
科室状况	科室为新成立科室		

护理质量改进方案-计划

§ 目标：院部：0.15→0.12%；老年二科：
2.56 →1.12%

§ 现状把握：7例，年龄>65岁，占80%；
Braden评分<18分：100%；医源性制动：
67%；同期呼吸系统及脑血管疾病患者数明
显增加，床位使用率增加，病危及一级护理
患者人数增加，护理人员及数量减少。

护理质量改进方案-计划

§ 原因分析:

- § 1、季节原因，上季度床位使用率平均为90%，本季度床位使用率平均为98%，入住科室的老年危重患者数量增加；疾病种类变化，患者配合程度欠佳；医源性制动较多，卧床时间增加；老龄患者营养状况下降等，导致压疮发生例数增加。
- § 2、该科室为新成立病区，床位50张，护士16人，其中2名护士请假，护患比由上季度0.33下降至0.28；N2护士占62%，年轻护士较多；危重患者数量增加，患者日均护理时数由上季度的3.18小时下降至2.35小时。
- § 3、通过对全体护士进行压疮护理认知及能力评估，结果：皮肤评估正确率62%，压疮护理正确率56%，翻身体位正确率68%。
- § 4、科会讨论分析：皮肤评估不正确、皮肤保护不及时、翻身体位<30度较多、防压疮用具不足、交接班不全面、教育训练不足、缺乏定期核查。

护理质量改进方案-实施

- 1、增加人力：数量-3-4名；层级：N3；落实-护理部
- 2、加强培训：正确压疮评估方法、预防措施；落实：科室、护理部
- 3、更新防压疮设备：气垫床、抗压翻身枕、保护膜、抗压敷贴；
落实：院部
- 4、警示标识：护办室白板提示压疮发生及高危患者，床头悬挂翻身提示卡。在健康教育栏内张贴压疮预防的宣传图片，指导患者及家属配合，鼓励其积极参与。
落实：科室、院部
- 5、加强检查、督促：制定压疮预防核查表；落实：科室、院部
- 6、成立压疮管理小组：
落实-护理部
- 7、建立压疮护理成效汇报制度：每月护士会由核查小组组长汇报本月压疮管理情况，并对存在问题进行讨论，提出改进措施。

护理质量改进方案-检查

- § 第二年1月31日科室对全体护士进行压疮护理认知及能力评估：皮肤评估正确率100%，压疮护理正确率90%，翻身体位正确率95%。
- § 老年医学科二病区第二年第一季度院内压疮发生例数为2例，且均为 I 期；全院院内压疮发生率降至0.1%

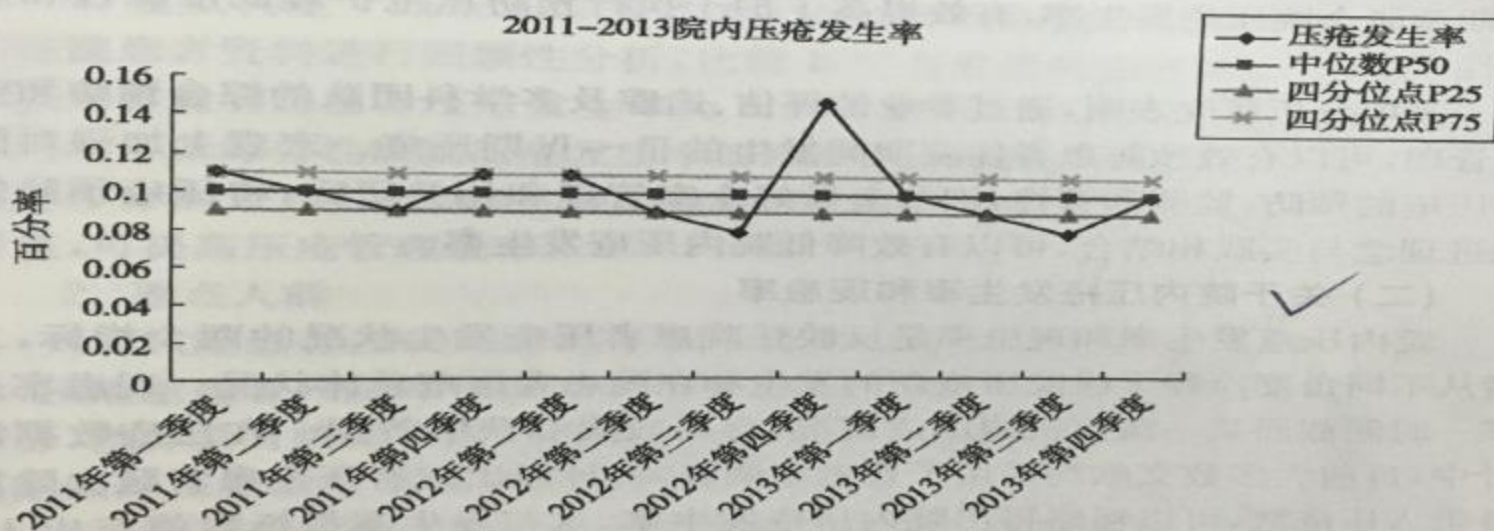


图 8-4 2011—2013 年全院院内压疮发生率情况

案 例 三

（专 科 案 例）
（非计划性拔管）

插管患者非计划性拔管发生率

- § 指标名称：非计划性拔管发生率
- § 指标类型：结果指标
- § 指标意义：是反映患者安全的重要指标，体现了护理质量的水平。通过对该指标进行监测，可以帮助管理者了解导管管理情况及其危险因素，提示管理者采取针对性的措施最大限度减少非计划性拔管的发生。

非计划性拔管发生率

定义

统计周期内，住院患者非计划性拔管的例数与同期住院患者某导管留置总日数的千分比

公式

$$\text{某导管UEX发生率} = \frac{\text{同期该导管UEX例次数}}{\text{统计周期内某导管的留置总日数}} \times 1000\%$$

变量 特别 说明

- 同一患者，某类导管多次发生UEX，则按发生频次计算拔管例数
- 某导管留置总日数 = 统计周期内住院患者每日0点，留置某类导管的总例数（手工）
- 住院患者留置某类导管长期医嘱跨越凌晨0点的次数

意义

- 与护理工作的投入及护理工作过程密切相关
- 通过监测，可以了解发生情况，分析相关因素，是否与护理不当和照护缺失有关，为制定改进策略提供依据

以ICU的气管插管UEX发生率指标进行 护理质量管理

§ 案例：某ICU，床位16张，配备护士40名，通过收集数据得出如下数据

§ 某ICU x 医院ICU x 年份1-3月份气管插管UEX发生率

月份	UEX发生率			UEX发生率	
	UEX例数	留置日数	（例数/留置日数）	置管例数	（例数/留置日数）
一月	5	143	35‰	45	11.1%
二月	4	138	29 ‰	47	8.5%
三月	5	168	29.8 ‰	50	10%

Silva等报道UEX发生率（6 ‰,4-12 ‰）/6.4%，3.8-9.6%；

葛想煜等报道UEX发生率（6.8 ‰,6.5-16 ‰）/8.7%，6.5-10.95%；

置管天数和**UEX**发生登记表

日期	某 年 1 月															
置管类别	胃管				尿管				气管插管				深静脉置管			
床号	带管	原有置管	新增置管	UE X	带管	原有置管	新增置管	UE X	带管	原有置管	新增置管	UE X	带管	原有置管	新增置管	UE X
1	是	√	√	√	是	√			是	√			是	√		
2	否				是	√		√	否				是	√		
2	是	√			否				否				否			
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
21	是	√														
合计	13	11	3	1	18	16	4	1	5	5	0	0	5	5	0	0



ICU置管管理汇总表

某年1月												
日期	胃管			尿管			气管插管			深静脉置管		
	日数	新增	UEX	日数	新增	UEX	日数	新增	UEX	日数	新增	UEX
1.1	13	3	1	18	4	1	5	0	0	5	0	0
1.2	13	1	0	20	3	0	7	2	0	3	1	0
1.3	14	2	1	21	1	0	8	2	1	4	2	0
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1.31	12	0	1	15	0	0	8	2	0	4	0	0
合计	375	53	3	519	83	1	205	57	3	167	43	0
备注	UEX3例，重置2例			UEX1例，重置1例			UEX3例，重置1例					

表10-6 某ICU气管插管UEX发生的临床特征

拔管特征	UEX发生例数	构成比 (%)
拔管方式		
自行拔管	10	71
非自行拔管	4	29
滑脱（转运途中）	1	7
翻身	1	7
口腔护理	1	7
管道牵拉	1	7
约束		
有	11	79
无	3	21
镇静		
否	10	71
是（Ramsay评分）	4	29
1分	3	22
2分	0	0
3分	1	7
4-6分	0	0

续表

拔管特征	UEX发生例数	构成比 (%)
发生时间段		
0:00am-8:00am	9	64
8:00am-4:00pm	2	14
4:00am-12:00MN	3	22
护理人员工作年限		
≤2年	7	50
3-5年	4	28
≥5年	3	22
护患比		
≤1:3	8	57
1:2-1:3	4	29
≥1:2	2	14

原因分析

§ 1、与护理环节相关因素

- (1) **约束**：约束拔管占79%，患者通过挪动头部或四肢从而将管道拔出，说明存在约束无效性问题；
- (2) **发生时间**：64%的患者发生在上午0:00-8:00，且9例中有7例发生在上午5:00-8:00，该时间段护士忙于晨间护理，往往不能在患者身边或巡视不到位导致拔管的发生；
- (3) **工作年龄**：50%的发生在2年以内的护士管理。这与年轻护士缺乏临床经验，对患者拔管风险认识不充分，未能采取有效防范措施有关；
- (4) **护患比**：57%发生在护患比 $\leq 1:3$ 情况下发生的，说明监护病房护士分管患者数量直接影响管道安全质量。

原因分析

§ 2、与医生环节相关因素

- (1) **镇静**：无镇静发生71%，镇静发生29%，说明镇静与拔管密切相关；镇静有3例拔管，镇静评分为1分，说明镇静不充分仍是拔管的危险因素。
- (2) **再插管率**：14例中有5例再插，9例安全拔管。说明拔管指征的掌握和评估存在问题；另外，有些医生不主张夜间脱机拔管也是拔管延迟的问题。

原因分析

§ 3、多部门协作相关因素

§ 14例UEX发生中，有1例是由急诊转入ICU，入室评估门齿距离15cm，已经脱出。可能原因，该插管仅1根胶布固定，且专业转运人员是1名在急诊科工作不足1年的新护士，路途中未能及时观察到导管脱出，这与经验能力不足有关。

整改措施

§ 规范约束

- 1) 正确评估
- 2) 培训正确约束方式
- 3) 协助患者变换体位时，注意防止拔管
- 4) 各项操作后检查约束情况
- 5) 将患者双手置于护士视野可及范围。



整改措施

§ 弹性排班

- § 1) 在现有基础上早晨增加一个护士人力，保证大夜班早晨时间段患者的俺去。
- § 2) 建立动态调整人力制度，常规12人每班有责任护士6名，设备班1名；当患者总人数超过15人，启用备班。遇到特殊应急或抢救，医院启动应急情况下人力调配制度，增加ICU护理人力。

整改措施

- § 培训：新入职、分层次、岗位资质
- § 合理镇静：有效评估，镇静控制在2分及以上
- § 医护合作制定留置管道的评估及拔管流程
- § 多部门协助



整改结果

§ 案例：某ICU，床位16张，配备护士40名，整改后得出如下数据

§ 某ICU x 医院ICU x 年份4-6月份气管插管UEX发生率

月份	UEX发生率			UEX发生率	
	UEX例数	留置日数	(例数/留置日数)	置管例数	(例数/留置日数)
四月	2	156	12.8‰	48	4.2%
五月	1	138	7.2 ‰	42	2.4%
六月	1	145	6.9 ‰	45	2.2%

本院1-3季度气管插管UEX发生率（留置日数）为29-35%

气管插管UEX发生率（置管例数）为9.9%

案 例 四

（专 科 案 例）

（产科敏感指标建立）

产科护理质量敏感性指标

指标名称	条目重要性认同度（百分比%）	计算公式合理性认同度（百分比%）	数据收集可操作性（百分比%）
服务性指标			
专业人员陪伴分娩比例	90.48	92.86	95.24
产妇满意度	97.62	92.86	95.24
新生儿健康指标			
母婴早期皮肤接触/早吸允比例	100	97.62	95.24
阴道分娩健康新生儿比例	97.62	97.62	97.62
住院期间母乳喂养比例	97.62	97.62	95.24
新生儿窒息率	97.62	97.62	100
新生儿重度窒息率	97.62	97.62	100
自然分娩新生儿产伤发生比例	97.62	97.62	97.62
24h内新生儿低血糖发生率	88.1	97.62	95.24

产科护理质量敏感性指标【2】

指标名称	条目重要性认同度 (百分比%)	计算公式合理性认同度 (百分比%)	数据收集可操作性 (百分比%)
产妇健康指标			
自然分娩会阴侧切比例	97.62	95.24	97.62
自然分娩III/IV度会阴撕裂伤发生比例	95.24	97.62	95.24
阴道分娩产后出血发生比例	97.62	97.62	95.24
阴道分娩会阴伤口感染发生比例	97.62	97.62	95.24
产妇及新生儿健康指标			
阴道试产中转剖宫产比例	85.71	92.86	90.48
意外分娩发生比例	88.1	95.24	95.24
人力资源指标			
助产士床护比	92.68	83.33	80.95

【2】祝志梅等 《产科护理质量敏感性指标的构建》中华护理杂志 2016年5月底51卷底5期

阴道分娩产后出血发生率

- § 指标名称：阴道分娩产后出血发生率
- § 指标定义：是指统计周期内产科阴道分娩产后出血产妇例数占该周期内产科阴道分娩产妇总例数的比例
- § 指标类型：结果指标
- § 指标意义：阴道分娩产后出血发生率反映了产科医疗护理安全状况及护理管理质量的水平。监测该指标，可使护理管理者了解阴道分娩产后出血的发生情况，采取有效护理干预措施，最大限度减少阴道分娩产后出血的发生确保产科安全。

阴道分娩产后出血发生率

§ 相关概念：

§ 产后出血：胎儿娩出后24小时内出血量超过500ml者，80%发生在产后2小时内

同一统计周期住院产科
阴道分娩产妇出血例数

内产科阴道分娩

同期阴道分娩产后出血例数，可以是月、
季度、年
*100%

阴道分娩产后出血发生率=

统计周期内阴道分娩总数

X年X病区阴道分娩产后出血发生率

时间	阴道分娩产后出血例数	阴道分娩总数	阴道分娩产后出血发生率（%）
1月			
2月			
3月			
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
合计			

预防阴道分娩产后出血核查

高危因素	产妇合并高血压、糖尿病、凝血功能障碍、前置胎盘、胎盘早剥、双胎妊娠、巨大儿.....
接生技术	第一产程潜伏期休息状态、活跃期体位改变状态
	产妇食用腹压及产程中的配合
	胎盘胎膜是否完整、产道有无裂伤、胎盘胎膜残留情况
	会阴切口情况
术后预防措施	产后2h有无30min按摩宫底一次，有无观察阴道及切口出血情况
	术后24h出血量有无详细认真记录、其准确性如何
	有无遵医嘱及时使用缩宫素
	早吸允、早接触情况
	无母乳喂养禁忌，有无按时准确吸允

预防阴道分娩产后出血核查

术后预防措施	膀胱充盈情况
	产后生命体征情况
健康教育	产妇情绪
	产妇对相关知识的掌握程度
	产妇家属对相关知识的掌握程度
	产妇及家属对出血量观察方法的掌握情况
.....	

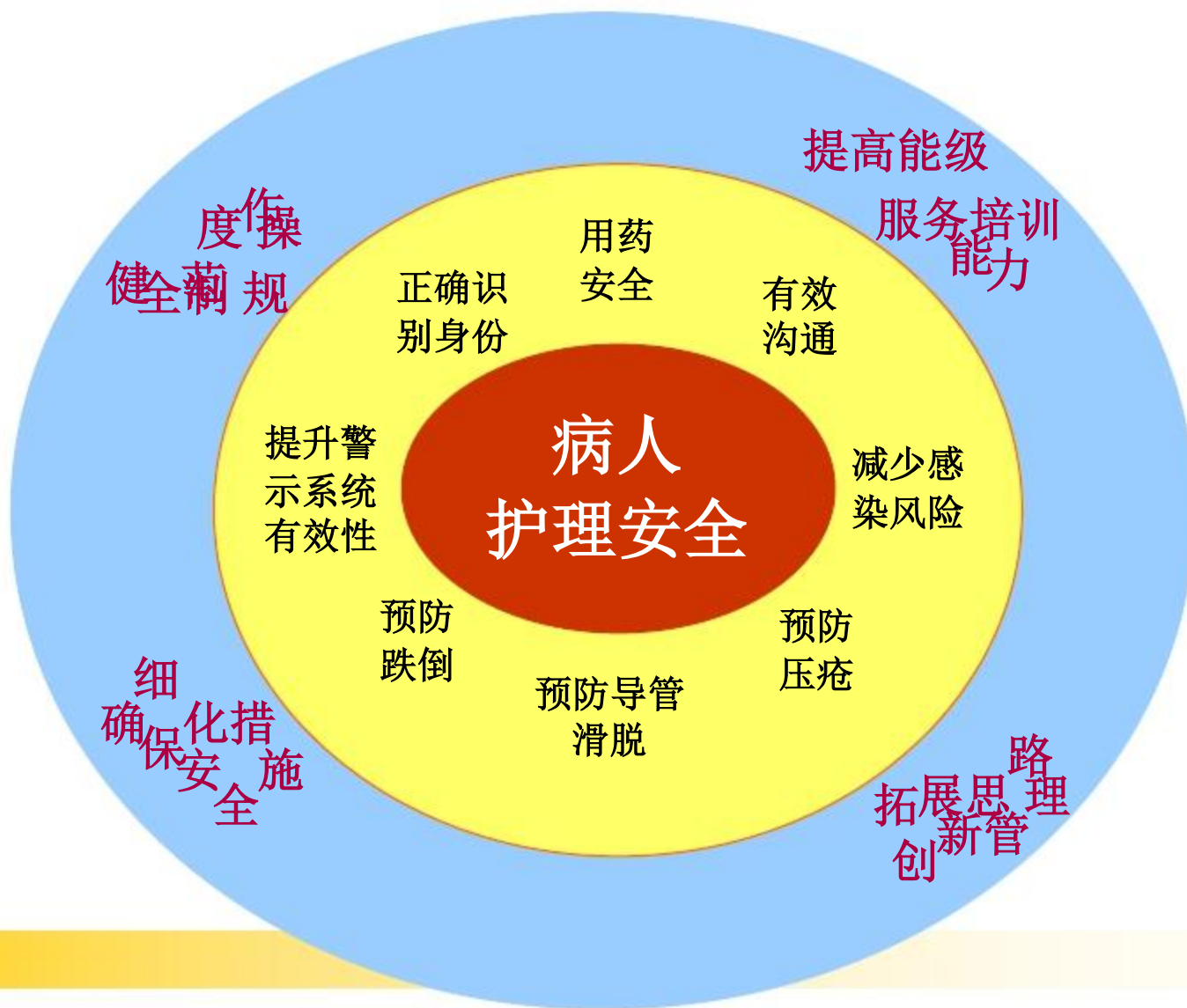


----- 制定专科护理目标

2016年产科护理品质管理监测计划说明书

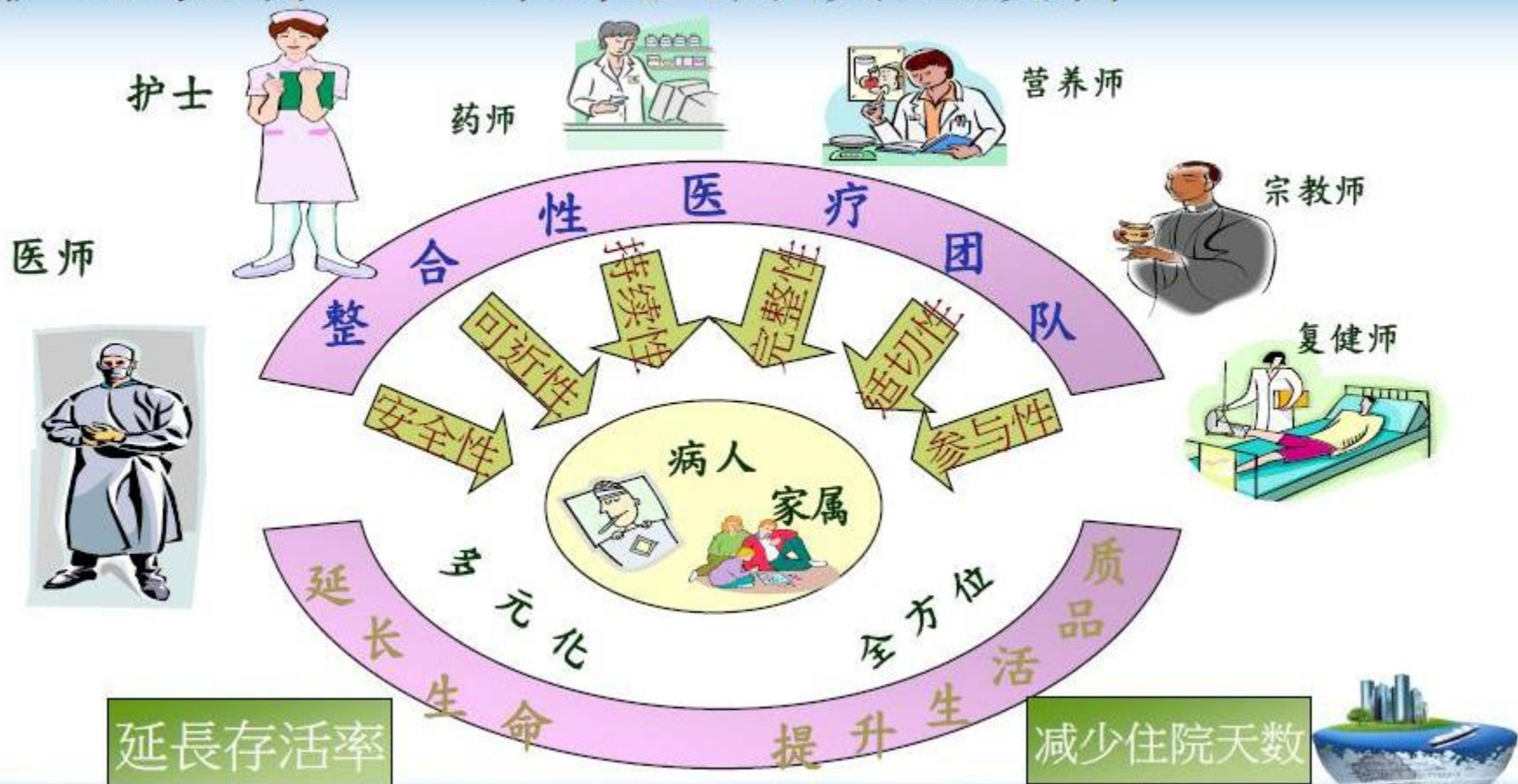
	指标项目	监测目的	监测标的	监测频率	进行方式	计分	目标值	2015年平均 值(基线值)
	新生儿产伤发生率	1、减少新生产伤发生	新生儿	每月	实地查看患者	统计周期新生儿产伤例数/同期新生儿总人数	? %	?
		2、规范接生流程,提高技术			查看护理记录			
	自然分娩会阴侧切比例	1、了解侧切发生率	1、产妇	每月	实地查看患者皮肤	统计周期自然分娩侧切例数/同期自然分娩例数	? %	?
		2、规范操作	2相关记录		查看护理记录			
		1、了解产妇满意度	1、产妇		第三方满意度调查			
		2、规范护理人员	2、满意度		第三方满意度调查			

专科护理质量决定了医院质量



建

护士驱动——未来医疗质量改善



议

LOGO

Thank You !

Add your company slogan

