

质控中心建设与指标管理

安徽省立医院 宋瑰琦

2016新版《医疗质量管理办法》

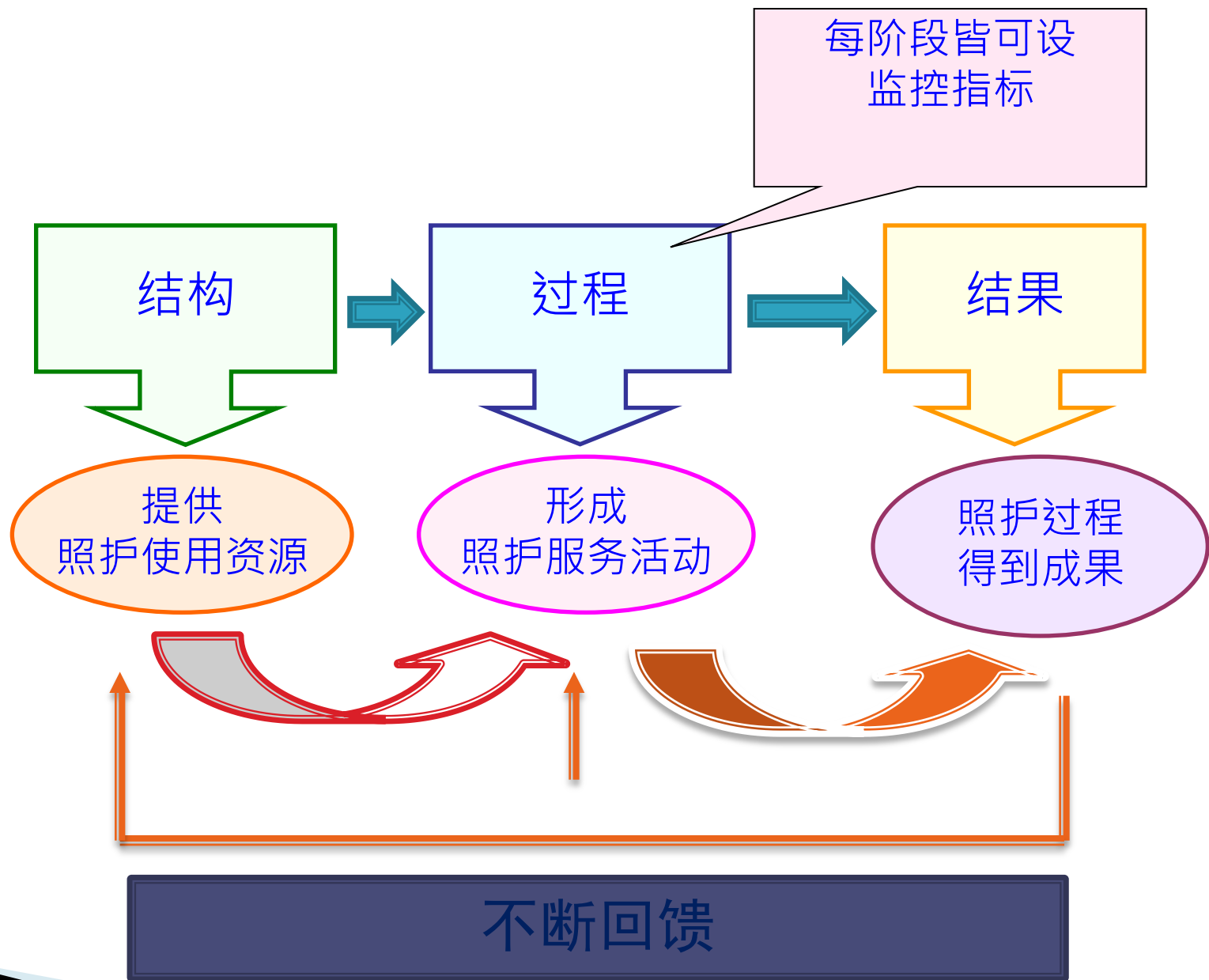
- ▶ 医疗质量是指在现有医疗技术水平及能力、条件下，医疗机构及其义务人员在临床诊断及治疗过程中，**按照职业道德及诊疗规范要求**，给予患者医疗照顾的**程度**。
- ▶ 按照医疗质量形成的规律和有关法律、法规要求，**运用现代科学管理方法**，对医疗服务要素、过程和结果进行管理与控制，以实现医疗质量系统改进、持续改进的过程

（一）医疗质量：指在现有医疗技术水平及能力、条件下，医疗机构及其医务人员在临床诊断及治疗过程中，按照职业道德及诊疗规范要求，给予患者医疗照顾的程度。 ↓

（二）医疗质量管理：指按照医疗质量形成的规律和有关法律、法规要求，运用现代科学管理方法，对医疗服务要素、过程和结果进行管理与控制，以实现医疗质量系统改进、持续改进的过程。 ↓

（三）医疗质量安全核心制度：指医疗机构及其医务人员在诊疗活动中应当严格遵守的相关制度，主要包括：首诊负责制度、三级查房制度、会诊制度、分级护理制度、值班和交接班制度、疑难病例讨论制度、急危重患者抢救制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、查对制度、手术安全核查制度、手术分级管理制度、新技术和新项目准入制度、危急值报告制度、病历管理制度、抗菌药物分级管理制度、临床用血审核制度、信息安全管理制度等。 ↓

（四）医疗质量管理工具：指为实现医疗质量管理目标和持续改进所采用的措施、方法和手段，如全面质量管理（TQC）、质量环（PDCA 循环）、品管圈（QCC）、疾病诊断相关组（DRGs）绩效评价、单病种管理、临床路径管理等。 ↓



第七条 国家卫生计生委建立国家医疗质量管理与控制体系，完善医疗质量控制与持续改进的制度和工作机制。 ↓

各级卫生计生行政部门组建或者指定各级、各专业医疗质量控制组织（以下称质控组织）落实医疗质量管理与控制的有关工作要求。 ↓

第八条 国家级各专业质控组织在国家卫生计生委指导下，负责制订全国统一的质控指标、标准和质量管理要求，收集、分析医疗质量数据，定期发布质控信息。 ↓

省级和有条件的地市级卫生计生行政部门组建相应级别、专业的质控组织，开展医疗质量管理与控制工作。 ↓

第十一条 医疗机构医疗质量管理委员会的主要职责是： ↓

（一）按照国家医疗质量管理的有关要求，制订本机构医疗管理制度并组织实施； ↓

（二）组织开展本机构医疗质量监测、预警、分析、考核、评估以及反馈工作，定期发布本机构质量管理信息； ↓

（三）制订本机构医疗质量持续改进计划、实施方案并组织实施； ↓

（四）制订本机构临床新技术引进和医疗技术临床应用管理相关工作制度并组织实施； ↓

（五）建立本机构医务人员医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范的培训制度，制订培训计划并监督实施； ↓

（六）落实省级以上卫生计生行政部门规定的其他内容。 ↓



优质医疗的六大目标

- **安全**: 避免造成伤害
- **有效**: 避免不足与滥用
- **病人为中心**: 响应病人的需求
- **及时**: 减少等候或延迟
- **效率**: 避免浪费
- **公平**: 提供同等质量的服务

全面性质量管理

态度

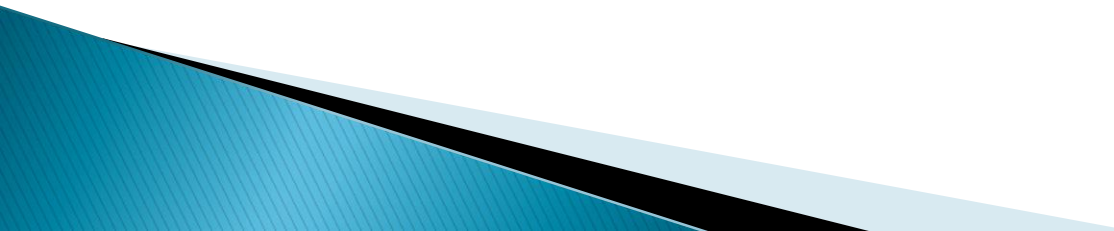
- 预防重于侦查
- 顾客为中心
- 首先做对事情
- 主管的使命
- 授能

+ 方法 + 工具 = TQM/CQI

- 流程改善
- 系统性的探讨
- 成组团队工作
- 减少变异

- 流程图
- 曲线图
- 散布图
- 特性要因图
- 柏拉图
- 控制图
- 直方图

我们在监测什么

- ▶ 我的质量指标没有帮助我筛查出我们想要的或者模糊不清那个问题？或你用他所筛查出来的问题并进行分析时，发现信息不能用
 - ▶ 总是觉得一些质控方法，视乎没有把形成质量过程的变量（影响因素），能客观、真实的拿到。
 - ▶ 查检到信息没有帮您以此做决策的证据。
- 

监测工具被关注

- 1) 指标是工具
- 2) 是探测仪
- 3) 是标杆
- 4) 一种筛查



合适敏感

护床比 **VS** 护患比?

护理安全合格**VS** 病人压疮

消毒合格率**VS** 导尿管感染发生率

哪一个更反应照护者照护程度，那个比较接近问题?

表1 安徽省医院护理管理督查 (医院自填表1)

医院名称		调研者										日期	
序号	检查项目	检查内容	2016年度护理工作状况										备注
1	床护比	全院开放床位数											
		床位使用率											
		有床位的病区护士和监护病房护士数											
2	护士离职率	当年离职人数											
		在职人数	年初在职人数:		年末在职人数:								
3	护士待遇与绩效	2014届专科学历护士工资	实发计:		扣款计:		提供工资单原件						
		2014届本科学历护士工资	实发计:		扣款计:								
		全院平均奖金											无法提取请注明
		护士平均奖金											
		小夜班费					小夜班时长:						
		大夜班费					大夜班时长:						
4	学历层级	不同学历护士人数	中专:		大专:								
			本科:		硕士研究生:								
5	职称层级	不同职称护士人数	护士:		护师:								
			主管护师:		副主任护师:								
			主任护师:										
6	护士年资	不同年资护士人数	<1		$1 \leq y < 2$								
			$2 \leq y < 5$		$5 \leq y < 10$								
			≥ 10										
7	现有专科护士总人数及待遇	科室	ICU	急诊	手术室	NICU	伤口造口	糖尿病	血液净化	骨科	肿瘤	其他	提供专科护士一览表每位专科护士的去向请注明 ①任其他科室护士长 ②调去其他科室请注明具体科室 ③离职或其他
		自2006年开始培训至2016年底培训数											
		目前在岗专科护士人数											

备注: 1. 以上数据均以当年1月1日至12月31日数为准, 由备查医院提供, 督导组核实数据, 带回护士分布表; 2. 工资栏看工资条是否按国家规定的工资项发放, 是否有10%护士津贴及护龄津贴; 2. 开放床位数: 为当年1月1日与12月31日开放床位数之和除以2.

表2 安徽省医院护理管理督查（医院自填表2，2016年数据）

医院名称				调研者			日期	
序号	项目		第一 季度	第二 季度	第三 季度	第四 季度	年度发 生率	
1	院内压疮发生率	一期压疮新发生人数（一期未进展或痊愈例数）						
		二期及以上压疮新发人数（含原一期进展到二期人数）						
		统计周期内住院患者总人数						
	医院压疮现患率	如有备察，请注明（带入/新发例数）自一期即开始计算						
		当日在院病人数						
2	住院患者跌倒发生率	同期住院患者跌倒发生例次数						
		住院患者总床日数						
3	ICU呼吸机相关性肺炎发生率	同期呼吸机相关肺炎感染例次数						
		统计周期内有创机械通气总日数						
4	ICU中心导管相关血流感染发生率	同期中心导管相关血流感染例次数						
		统计周期留置中心导管插管总日数						
5	ICU导尿管相关尿路感染发生率	同期留置导尿管患者中尿路感染例次数						
		统计周期内患者留置尿管总日数						
6	ICU(或有高危导管科室)非计划拔管发生率	气管插管	同期非计划性拔管例次数					
			同期该导管置管总例数					
			同期该置管留置总日数					
		鼻肠胃管	同期非计划性拔管例次数					
			同期该导管置管总例数					
			同期该置管留置总日数					
		中心静脉置管	同期非计划性拔管例次数					
			同期该导管置管总例数					
			同期该置管留置总日数					
		留置尿管	同期非计划性拔管例次数					
			同期该导管置管总例数					
			同期该置管留置总日数					

表1 安徽省医院护理管理督查（督察表1）

医院名称		调研者		日期		
序号	项目	内容	完成情况		备注	
			是	否		
1	护士的使用	实施APN排班				
		护士分层使用(重病人分管由高层级负责)				
2	病人风险评估及防范	自理能力评估				
		压疮风险评估				
		跌倒坠床风险评估				
		评估结果与病情相符				
		护理措施到位				
3	后勤保障	药品下送				
		标本送检				
		库房物品下送				
		仪器设备维修取送				
		病人外出陪检				
		CSSD集中供应				
		病人餐饮供应送到床边				
4	实际护患比（抽查内外2个科室和重症医学科、新生儿科3月30日的交班本和排班表）	心内科		骨科	ICU	新生儿科
		A班病人数/责任护士数				
		P班病人数/责任护士数				
		N班病人数/责任护士数				
5	优质护理实践	除常规输液治疗，针对专科病人的护理流程、规范等，请注明名称、实际实施资料				

表2 安徽省医院护理管理督查（督察表2）

医院名称		调研者			日期		备注
序号	项目	分项目	有	无	指标统计方法		
					分值	率	
1	护理过程质量指标	分级护理					
		护理文书书写					
		危重症护理质量					
		压疮安全核查					
		跌倒坠床安全核查					
		急救药械安全核查					
		身份识别核查					
		给药安全核查					
		交接班核查					
		转运交接安全核查					
		用药安全（存放）核查					
		输血安全质量核查					
2	特殊专科护理质量管理	手术室					
		重症医学					
		母婴保健					
		急诊急救					
		血液透析					
		新生儿					
		门诊					
3	质量管理的统计方法	手工统计					
		信息化（请核实出处准确性）					
4	护士定期考核	建立定期考核资料					
		对下级医院考核有管理（考核机构填写）					
5	不良事件上报	抽查2个科室2016年资料与护理部管理					

表3 新入职护士规范化培训（督察表3）

医院名称		调研者	日期		
序号	项目	子项目	有	无	备注
1	医院培训方案	目标			
		内容			
		时间			
		考核方法			
2	岗前培训	计划			
		实施记录（课件、时间、签到表）			
3	转科培训	轮转表			
		督查记录			
4	科室培训方案及计划	目标			
		内容			
		时间			
		考核方法 计划表			
5	科室培训实施记录	课件			
		签到记录			
6	培训方法	课堂讲授			
		小组讨论			
		临床查房			
		操作示教			
		情景模拟			
		个案护理			
7	科室培训考核	理论知识考核			
		实践能力考核			
8	规培期间待遇	待遇金额（元/月）			
		待遇来源			
9	建议:				

说明：项目1、2、3及8为检查护理部的内容

一、2015年我省护士月均收入（月均收入=工资+奖金+五险一金）

2、市（县）三级医院

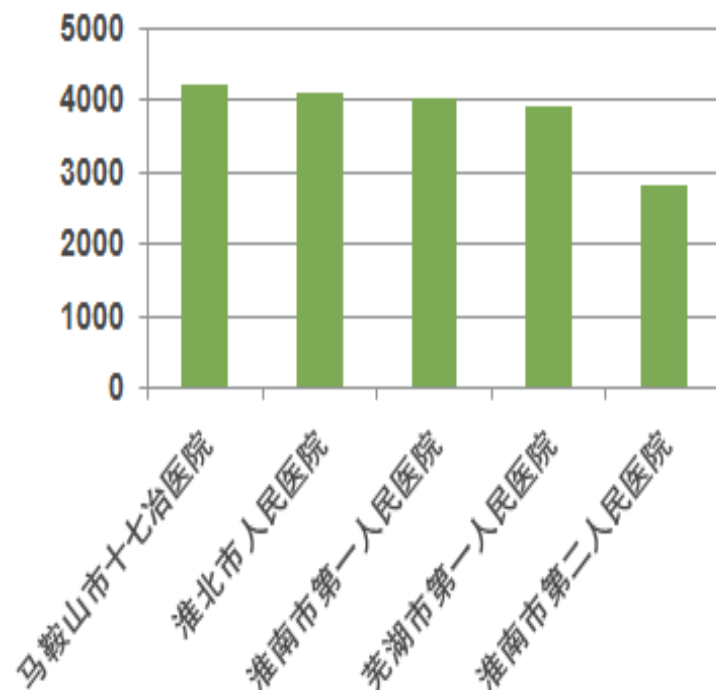


图4 护士月均收入（元）排名后5位的医院

3、市（县）二级医院

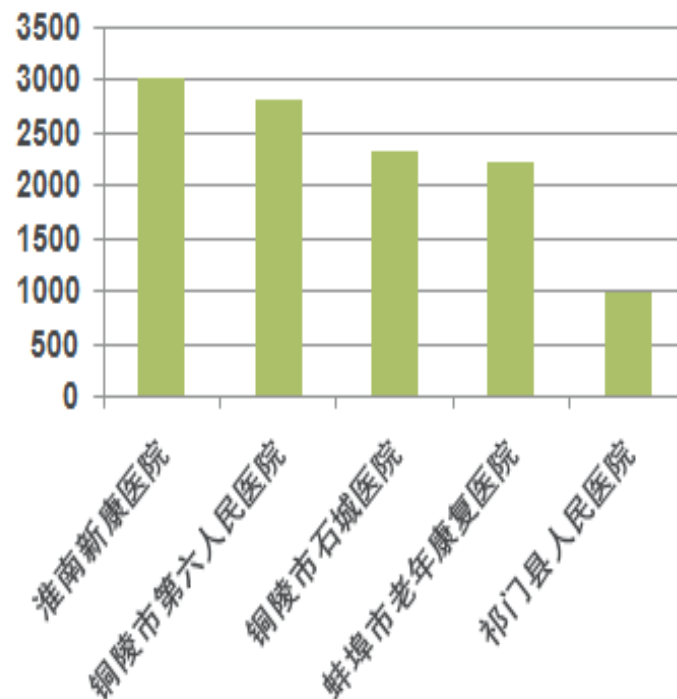
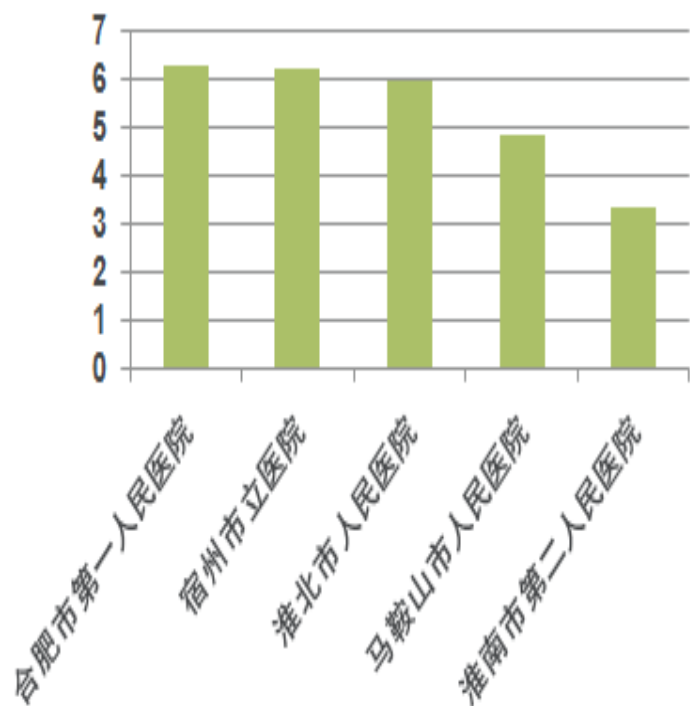


图6 护士月均收入（元）排名后5位的医院

二、2015年我省护士夜班费（元/小时）

2、省级县级医院



3、市（县）二级医院

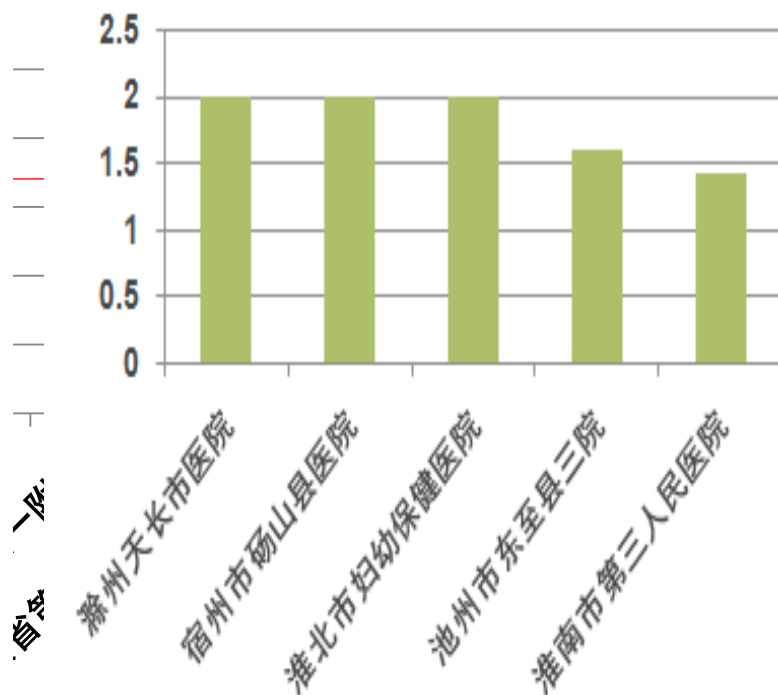


图9 护士夜班费（元/小时）排名后5位的医院

图11 护士夜班费（元/小时）排名后5位的医院

三、2015年我省护士离职率

2、市（县）三级医院

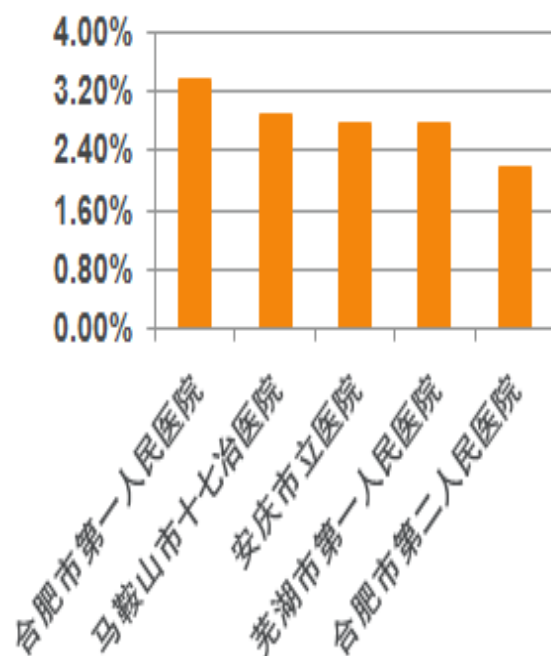


图13 离职率排名前5位的医院

3、市（县）二级医院

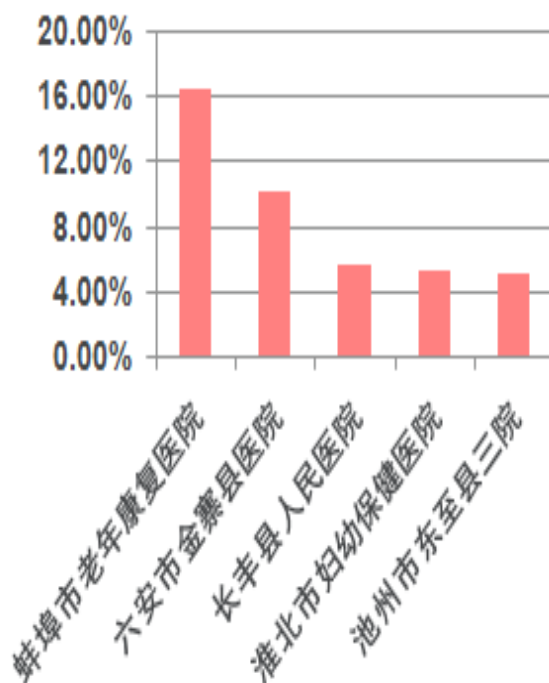


图14 离职率排名前5位的医院

4、民营医院

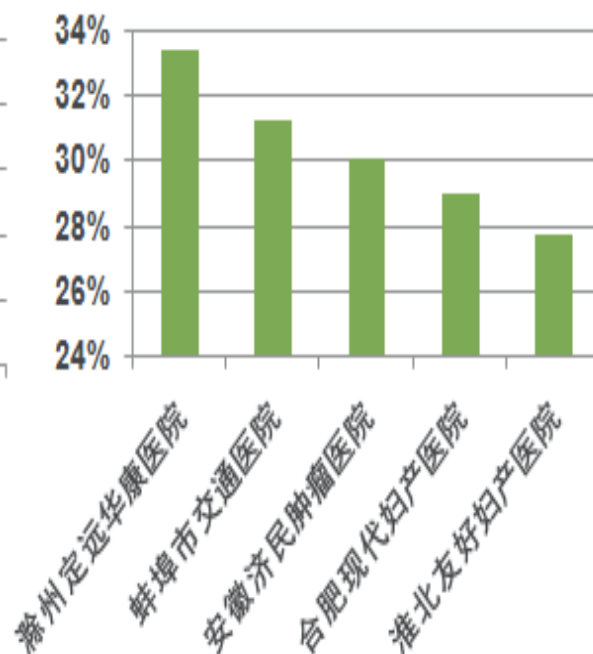


图15 离职率排名前5位的医院

四、2015年我省医院病人评估及风险防范实施情况（包括自理能力评估、

压疮风险评估 跌倒坠床风险评估 评估结果与病情相符 护理措施到位

2、市（县）级三级医院

3、市（县）级二级医院

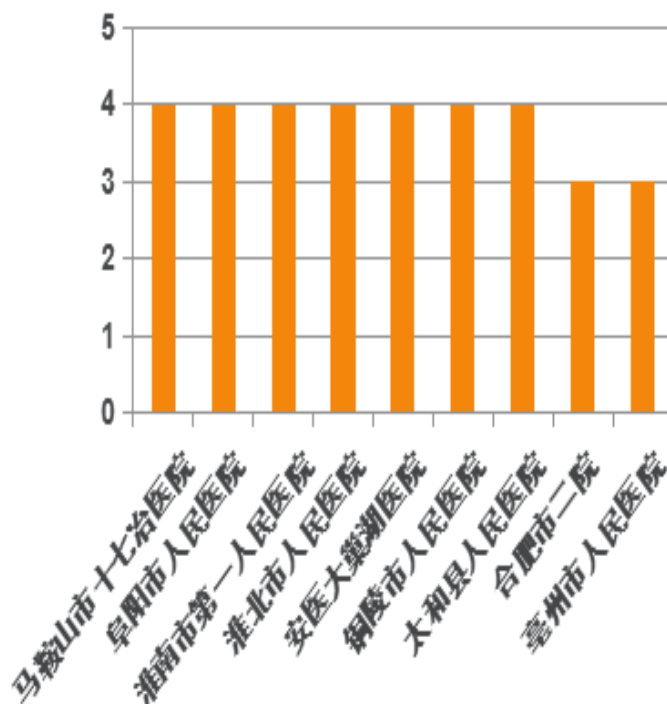


图21 病人评估及风险防范得分<5分的医院

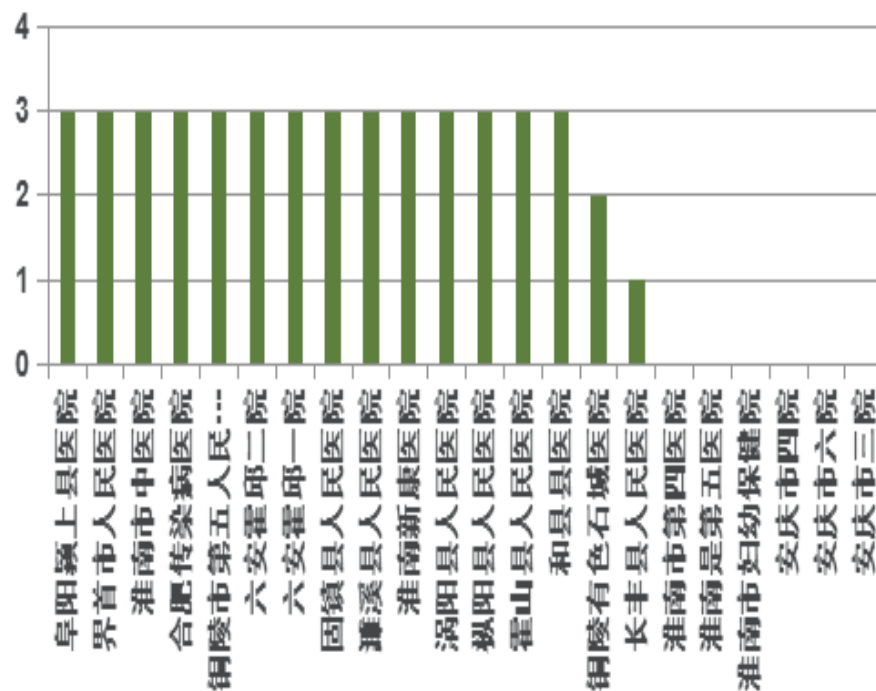


图22 病人评估及风险防范得分<4分的医院

五、2015年我省医院APN排班及护士分层次使用情况

1、省级三级医院

APN排班及护士分层次使用实行率均为**100%**。

2、市（县）级三级医院

未做到APN排班：蚌埠市三院

未做到护士分层次使用：淮南市第二医院及人民医院、安医大巢湖医院、亳州市人民医院、太和县人民医院

3、市（县）级二级医院

APN排班及护士分层次使用实行率分别为**82%**、**57%**。

六、2015年我省各医院后勤保障实施情况（包括药品下送、标本送

2、市（县）三级医院 3、市（县）二级医院

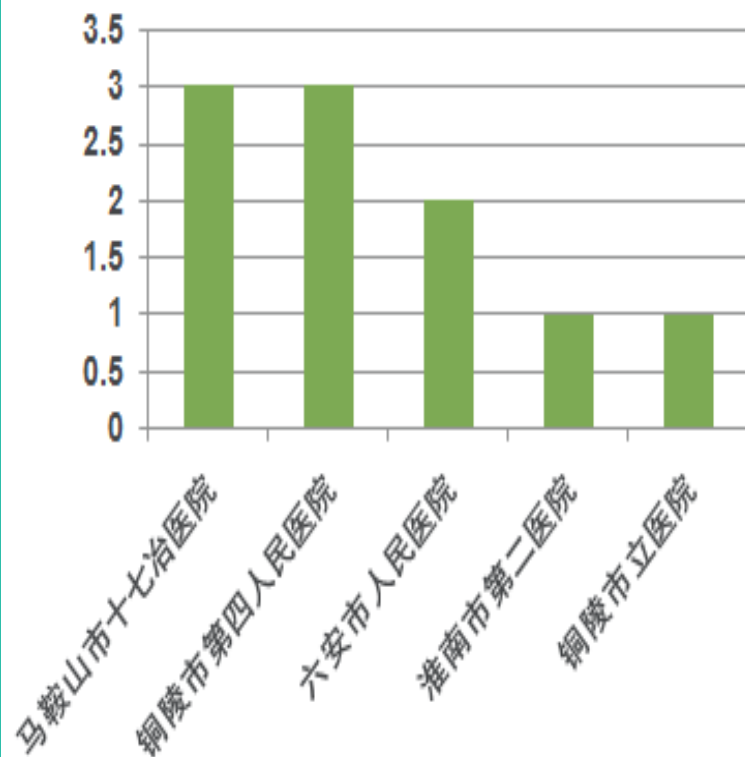


图17 后勤保障得分<4分的医院

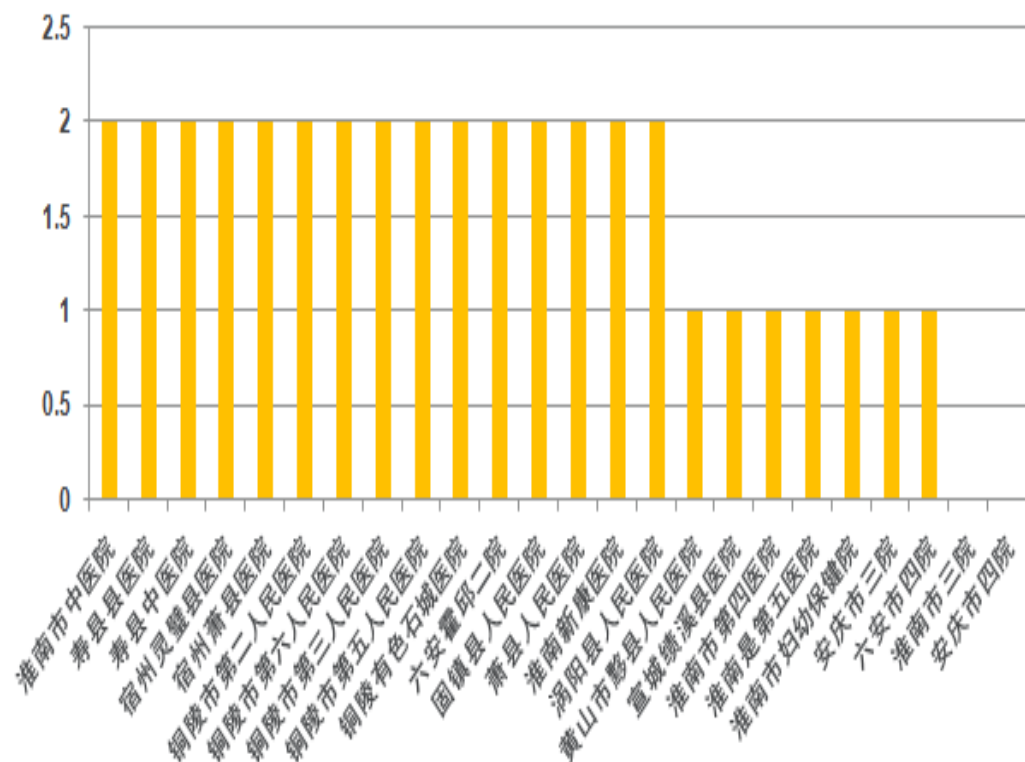


图19 后勤保障得分<3分的医院

二、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



内容要求

指标定义

- 定义
- 相关概念的
定义

指标意义

- 测量目的
- 测量对象
- 对护理质量
管理的意义

计算方法

- 计算公式及相应
的解释
- 数据及来源
- **涉及的变量**
- **数据来源**
- **采集数据的方式**

使用方法

- 使用方法概述
(提供参考阈值)
- 应用案例
- 收集过程
- 指导质量
改进

指标评述

- 数字背后的意义
- 指标关联分析



护患比

定义

- 统计周期内当班责任护士人数与其负责照护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

- 当班责任护士数：统计期间内 **在岗**、**直接** 看护患者的责任护士总人数

意义

- 引导管理者基于“护理服务需求”配置护理人力
- 还可以进一步计算班次护患比

- ▶ 某个班次“收治患者总数”
- ▶ $(\text{接班时在院患者数} + \text{该班时段内新入科患者数}) \times (\text{班次时长} \div 8)$
- ▶ 如：夜班（18:00-次日08:00）收治患者数
- ▶ 夜班接班时患者数为38，新入院1人，转入1人，转出1人，死亡1人，夜班收治患者数为 $(38 + 1 + 1) \times (14 \div 8) = 70$

责任护士数（标准工作时长：8小时）

- ▶ 1名责任护工作时间8小时，计算为1名责任护士（ $8 \div 8$ ）
- ▶ 1名护士白班工作时间为10小时，则计算为1.25名白班责任护士（ $10 \div 8 = 1.25$ ）
- ▶ 举例：夜班责任护士数：如果某病区夜班（18:00-次日08:00）有4名护士班次分别为：
 - ▶ ① 18:00-次日08:00， 时长14小时 ② 18:00-次日02:00 ， 时长6小时
 - ▶ ③ 02:00-次日08:00 时长6小时
 - ▶ ④ 18:00-23:00、05:00-08:00， 时长各为5小时和3小时
- ▶ $(14 + 6 + 6 + 5 + 3) / 8 = 34 / 8 = 4.25$

各科按班次(天)平均护患比统计 (数据完整的科室)

2016-11-1								11月2日	
病区	在编人员数	在岗人员数	核定床位数	班次	当班责任护士数	住院患者数	病区护患比	当班责任护士数	住院患者数
NWKBQ-脑外科病区(主17F)	31	28	53	大夜班	3	45	15.0	3	44
				小夜班	6.5	46	7.07	7.0	42
				白班	7.5	44	5.86	8.0	44
SJNKBQ-神经内科病区(主16F)	33	29	58	大夜班	3	57	19.0	3	57
				小夜班	4.5	57	12.66	4.5	57
				白班	5.5	52	9.45	5.5	51
XZWKBQ-心脏外科病区(主18F)	25	21	54	大夜班	3	35	11.66	3	36
				小夜班	5.0	35	7.0	5.5	36
				白班	5.0	34	6.8	5.5	33
XWKBQ-胸外科病区(主19F)	21	20	56	大夜班	3	52	17.33	2	52
				小夜班	4.5	52	11.55	5.5	52
				白班	4.5	49	10.88	5.5	45
JRBQ-保6F介入病区	11	8	26	大夜班	1	24	24.0	1	25
				小夜班	1	24	24.0	1	25
	10	8	26	白班	2	24	12.0	2	23
GSBQ4-干四病区(保13F)	13	13	42	大夜班	1	33	33.0	1	31
				小夜班	2.5	34	13.6	2.5	31
				白班	2.5	33	13.2	2.5	32
HXZYBQZ-南4F呼吸中医病区	32	28	83	大夜班	2	81	40.5	2	82
				小夜班	6.0	81	13.5	6.5	82
				白班	7.0	71	10.14	7.5	69
Q-普外科五病区(胆胰胃肠外科主10F)	22	21	53	大夜班	2	51	25.5	2	51
				小夜班	5.5	51	9.27	4.5	51
				白班	4.5	50	11.11	5.5	48

每住院患者每24小时平均护理时数

定义

- 平均每天每位患者所获得护理时数（小时）

公式

$$\frac{\text{同期在岗执业护士(有床位) 实际上班小时数}}{\text{统计周期内实际占用床日数}}$$

变量特别说明

- 护理时数：本院在岗执业护士的护理时数
- 有住院床位的科室的护士上班小时数

意义

- 反映患者获得的护理服务量

不同级别护士配置

定义

- 不同能力级别护士在本机构戒部门所有注册护士中所占的比率

公式

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

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
- 返聘护士计入各级别护士人数
- 年资：< 1年，1~2年，2~5年，5~10年，> 10年

意义

- 反映在医疗机构戒其部门中护士的人力资源结构配置情况
- 研究护士结构配置与护理质量和患者安全的关系
- 指导优化护士人力资源配置反映患者获得的护理服务量

护士离职率

定义

- 统计周期内，某医疗机构中护士离职人数与累计在职护士总数的比率

公式

- $$\frac{\text{同期护士离职人数}}{\text{统计周期末护士在职人数} + \text{统计周期内护士离职人数}} \times 100\%$$

变量特别说明

- 自愿离职
- 院内岗位调整：未变更注册者，则不计入离职

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

护士执业环境

定义

- 指促进和制约护理职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

住院患者跌倒发生率

定义

- 统计周期内住院患者跌倒发生例次数（包括造成或未造成伤害）与该周期内住院患者总人日数的比例（千分比）

公式1

- $$\frac{\text{同期住院患者中发生跌倒例次数}}{\text{统计周期内住院患者人日数}} \times 1000\%$$

公式2

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

变量特别说明

- 住院患者
- 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

- 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

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

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

变量特别说明

- 统计周期内，患者入院24小时后新发的压疮
- 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：应同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，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

非计划性拔管（ UEX ）发生率

定义

- 统计周期内，住院患者发生的某导管非计划拔管例次数占该周期内某导管留置总日数的比例，或是占该周期内导管置管总例数的比例

公式

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

变量特别说明

- 同一患者，某类导管多次发生UEX，则按频次计算拔管例数
- 住院患者留置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服务的过程密切相关
- 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

中心导管相关血流感染发生率

定义

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

公式

- $$\frac{\text{同期中心导管相关血流感染例次数}}{\text{统计周期内中心导管插管总日数}} \times 1000\%$$

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

意义

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

呼吸机相关性肺炎发生率

定义

- 统计周期内，使用呼吸机的住院患者，新发呼吸机相关肺炎的频率

公式

- $$\frac{\text{同期呼吸机相关肺炎发生例次数}}{\text{统计周期内有创机械通气总日数}} \times 1000\%$$

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，及时发现护理流程常规不足之处，制订、评价改善策略

导尿管相关尿路感染发生率

定义

- 患者留置导尿管后，或拔除导尿管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

$$\frac{\text{同期留置导尿管患者中尿路感染例次数}}{\text{统计周期内患者留置导尿管总日数}} \times 1000\%$$

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，及时发现护理流程常规不足之处，制订、评价改善策略

组织架构与质控管理如何各司其职？

➤成立护理质量管理委员会组织规划✓（多少层）

依据医院宗旨制定委员会及其任务与委员职责✓（任务清晰吗）

拟订目标、年度计划（来路—去向—可量化—可测量吗）✓

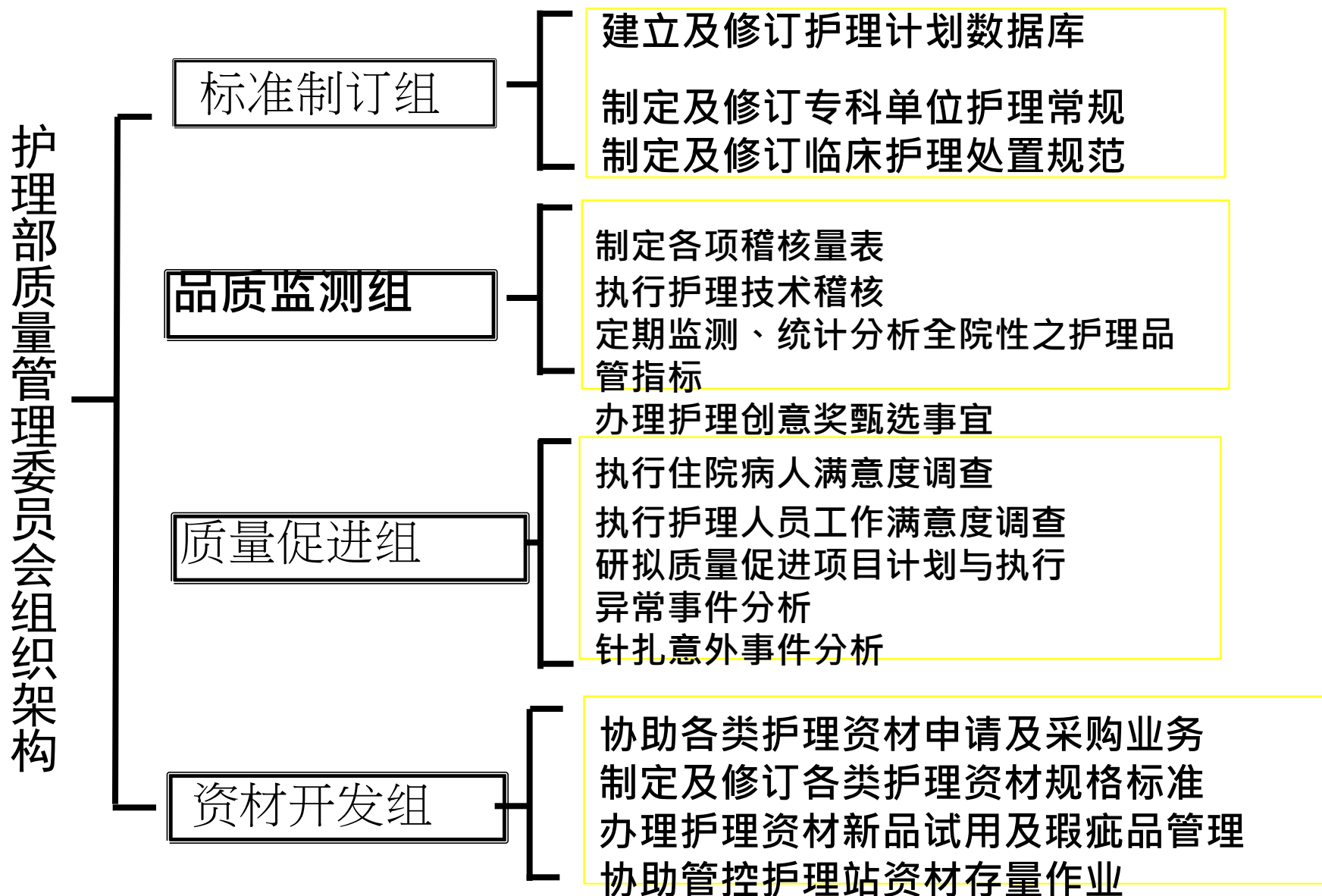
护理标准确立了？（实践标准—服务标准—技术标准）✓

设立监测办法（对应—合适吗）✓，确保病人得到正确、完整、个别化护理

追踪系统（制度和技術如信息）✓

奖惩制度、异常改善作业方式（什么奖—什么罚—遇到非常规情况如何处理）✓

护理部质量管理组织



回到基础面

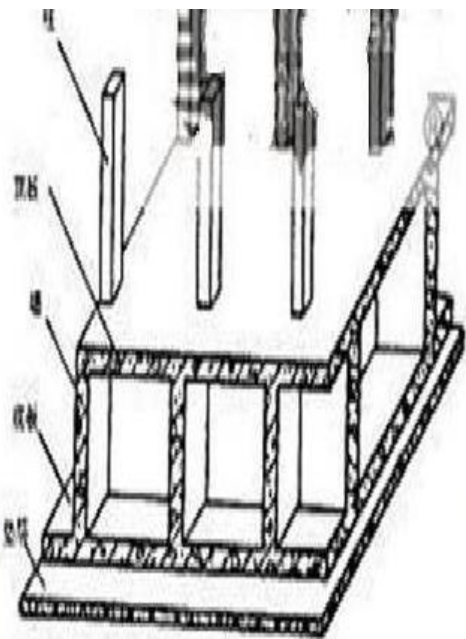
卡滋及古林(Katz&Green,1992)的质量管理模式包括三个领域（范围）

1. 临床：指接受照顾者——有关病人照护的问题
2. 专业：提供照护者——即专业人员或团队的问题
3. 行政：指管理照护者——组织系统性的问题

医疗质量的内涵不只是包括评价病人照护的结果，尚包括专业人员的工作表现、行政管理及成本控制等。

回到基础面

1. 行政：护理行政管理



● 护理人力配置与排班

● 疾病严重度分类

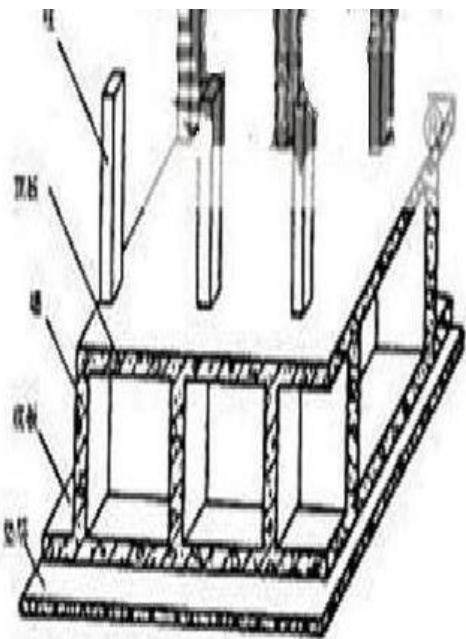
● 病人出入院护理指引

● 护理纪录规范

● 护理信息系统开发

● 人员聘用与留任

回到基础面



1.行政---人员素质

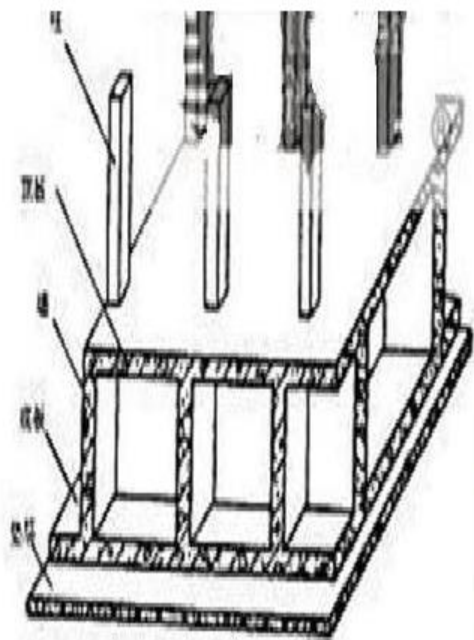
- 岗前训练
- 带教制度
- 临床晋升制度
- 临床规培训练
- 护理执业标准
- 员工考核



NLNQI

回到基础面

2.临床：指接受照顾者---有关病人照护的问题



- 给药
- 病人安全
- 皮肤护理
- 感染控制
- 疼痛控制
- 病人与家属护理指导
- 护理记录

回到基础面

JCAHO推荐质控十步骤

- 一、指定责任；
- 二、照护范围
- 三、照护之重要面；
- 四、制定指标
- 五、建立评价阈值
- 六、数据之收集、组织及分析
- 七、评值偏差情形
- 八、采取改善行动
- 九、评估活动之有效性
- 十、沟通相关讯息



PDCA循环第一步骤：PLAN

订定指标

各指标的分子、分母和计算公式，指标单位〔%、‰等〕，抽样的量、对象及频率，适当的管制图或其他统计分析、标杆或其他可比较的同侪数据库、负责人

注意事项：

- 抽样的件数是否足够：如意外事件都是件数少，一年一件的案例降到零不证明“有效改善”
- 收集数据的方法：尽量使用已有的资料
- 设计的衡量工具有办法认得出改善前后的差异是否有意义：可應用統計方法。

确认改善机会的途径



减少差距

■ 了解现况

- ☐ 指标监测系统
- ☐ 各类通报系统
- ☐ 满意度调查
- ☐ 病历审查
- ☐ 现场访视
- ☐ 直接观察
- ☐ 焦点团体

■ 了解期待

- 专业的期待
- 同业的水平
- 政策要求
- 运用
 - » 文献查证
 - » 实证医学
 - » 标杆学习
 - » 同侪指标比较

2、预防呼吸相关性肺炎核查表

科室：		日期：	
床号：		姓名：	
		住院号：	
人工气道建立方式	☐ 经口气管插管 ☐ 经鼻气管插管 ☐ 气管切开		
机械通气	☐ 是 ☐ 否		
每日镇静唤醒，评估撤机指针	☐ 是 ☐ 否		
手卫生执行到位	☐ 是 ☐ 否		
使用声门下可吸引的气管导管	☐ 是 ☐ 否		
声门下分泌物引流	☐ 是 ☐ 否		
有效的固定	☐ 是 ☐ 否		
气囊压力25-30cmH ₂ O	☐ 是 ☐ 否		

床头抬高 $\geq 30^{\circ}$	☐ 是	☐ 否
观察胃残余量Q4-6h	☐ 是	☐ 否
使用应激性溃疡预防药物	☐ 是	☐ 否
洗必泰口腔护理Q4-6h	☐ 是	☐ 否
密闭式吸痰	☐ 是	☐ 否
合适吸痰压力	☐ 是	☐ 否
吸痰装置每日更换	☐ 是	☐ 否
呼吸机回路每周更换	☐ 是	☐ 否
早期活动	☐ 是	☐ 否
医护人员定期培训教育	☐ 是	☐ 否





PDCA循环第二步骤：DO

施行细节

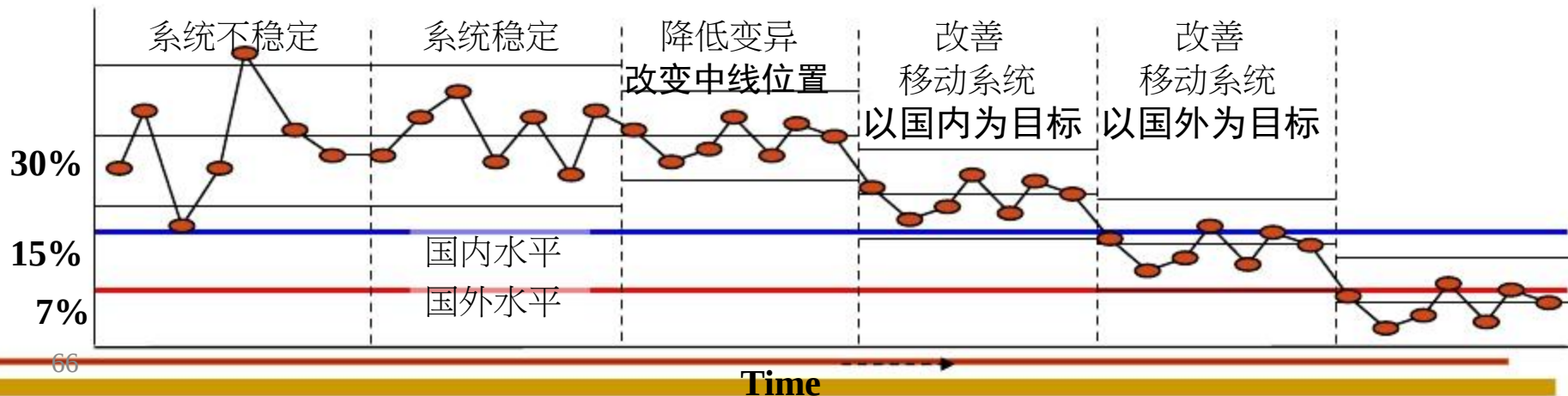
- 写清楚对策起止时间、负责人、指标细节〔抽样、发放等〕
- 每次循环写清上述资料
- 纪录施行时的问题点、相关情况等等

PDCA循环第三步骤：CHECK

检核及解析



- 使用适当的图示等表达规划的指标跟着时间的变化：趋势图或管制图。如果有，与规划的标竿或同业数据库比较
- 做定量及定性的分析：
 - **定量分析**：监测的指标随时间有何改变？往上呢？往下呢？都没变吗？这反应进步或退步？侦测的系统稳定吗，或者变异性大呢？变异性是否特别原因所引起的？与目标或标竿比起来如何？
 - **定性分析**：为什么这样〔需考虑所有相关原因〕？如何确认？有哪些促成因素？对整个作业有何影响？





PDCA循环第四步骤：ACTION

反省原计划、升级、再冲循环

- 参照CHECK的解析决定循环的状态：此对策到底要不要继续施行？
- 四选一：
 - 此次循环效果极大→解决主题问的问题→结案→转给SOP化
 - 此次循环效果极大→但尚未完全解决→继续原计划〔不改〕
 - 此次循环效果有，但不够→调整原计划，加强对策的效能
 - 此次循环无效→讨论调整原计划，或放弃〔终止〕此对策

管理过程是怎样的？

- 管理的一般过程通常都包括以下四个阶段：
 - 1) 基于目标制定计划；
 - 2) 按计划行动；
 - 3) 做行动过程的评估；
 - 4) 通过评估结果的反馈改善行动，保障工作目标的实现
- 可以看出，管理者有了“目标”，通常还需要“谋定而后动”。这是因为目标给管理者提供了宏观的、方向性的指引；但行动之前还需要针对具体的抓手。而“指标”就是这个抓手

2016年护理部质量结果指标(9项)

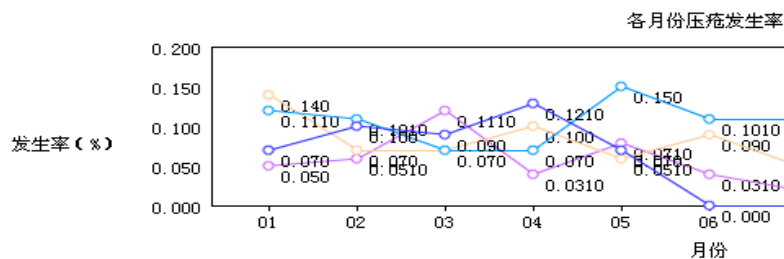
序号	项目	2015年均值	2016年目标值	备注
1	给药错误发生率 (%)	0.03%	0.028%	每月/护理部
2	住院患者压疮发生率 (%)	0.12%	0.11‰	每季度/护理部
3	高危患者压疮发生率 (%)	2.46%	2.34%	每月/护理部
4	住院患者跌倒/坠床发生率 (‰)	0.125‰	0.118‰	每月/护理部
5	高危患者跌倒/坠床发生率 (%)	2.29%	2.17%	每月/护理部
6	有伤害的跌倒/坠床发生率 (%)	52.70%	50%	每月/护理部
7	住院患者满意度 (%)	93.13%	94%	每月/护理部
8	出院患者满意度 (%)	94.59%	95%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

我院压疮目标管理

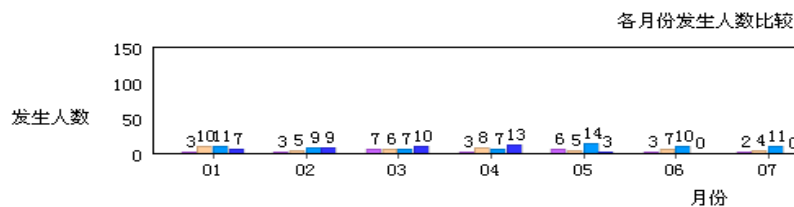
第1页 共1页



2013至2016年各月份压疮发生人数



每月各科压
疮发生人数



年份 月份	2013			2014			2015			2016		
	发生人数	住院患者例数	发生率(%)	发生人数	住院患者例数	发生率(%)	发生人数	住院患者例数	发生率(%)	发生人数	住院患者例数	发生率(%)
01	3	5637	0.05	10	7232	0.14	11	9064	0.12	7	9673	0.07
02	3	4975	0.06	5	7103	0.07	9	8199	0.11	9	9028	0.1
03	7	5935	0.12	6	8264	0.07	7	9736	0.07	10	10542	0.09
04	3	7944	0.04	8	8139	0.1	7	9547	0.07	13	9758	0.13
05	6	7809	0.08	5	7971	0.06	14	9491	0.15	3	4514	0.07
06	3	7574	0.04	7	7792	0.09	10	9368	0.11	0	0	0.0
07	2	8206	0.02	4	8453	0.05	11	10062	0.11	0	0	0.0
08	5	7662	0.07	4	8121	0.05	4	9542	0.04	0	0	0.0
09	1	7593	0.01	3	7655	0.04	7	9069	0.08	0	0	0.0
10	9	7626	0.12	4	7751	0.05	8	9400	0.09	0	0	0.0
11	5	7978	0.06	6	7643	0.08	9	9519	0.09	0	0	0.0
12	8	7584	0.11	5	7952	0.06	8	9718	0.08	0	0	0.0
合计	55	67326	0.08	67	71237	0.09	105	84941	0.12	42	33293	0.13

- ▶ 下一年度的年度计划的得出进行全院的分解
- ▶ 重点科室的阈值： 2013-2015年三年期间压疮发生全院最多前五位为ICU、老年科、心血管科、胸外科、血液科。

科室/病区	2013-2015年平均值	2016年全年目标值
	发生率(%)	发生率(%)
JJICUBQ-急救ICU病区(急8F)	1.05	1.03
GSBQ4-保17F干四病区	0.54	0.52
XWK-胸外科	0.36	0.30
XXGNKYBQ-南3F心血管内科一病区	0.14	0.12
XYKYBQ-血液科一病区(主11F东北)	0.13	0.11

----- 制定专科护理目标

2016年胸外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)
食管癌导管留置期间非计划拔管率	1、确保导管在位、通畅；	病人导管	每月	实地查看患者导管	监测期间食管癌留置导管的非计划拔管人次/同期食管癌该类留置导管累计总人次	2.80%	2.83%
	2、规范食管癌留置导管护理			查看护理记录			
术前检查项目序贯性错误率	1、正确执行术前检查流程与规范	1、病人	每月	现场访谈病人	监测期间术前检查序贯性错误人次/监测期间术前检查总人次	0.20%	0.27%
	2、降低上消化道造影与胸部CT检查、上消化道造影与腹部B超检查序贯性错误	2、预防序贯性错误相关记录资料		查看护理记录			
开胸手术患者二期压疮发生率	1、正确执行防压疮护理措施	1、病人	每月	实地查看患者皮肤	监测期间开胸患者发生压疮的人次/监测期间开胸患者累计总人次	0.36%	0.30%
	2、减少压疮发生	2、预防压疮相关记录资料		查看护理记录			
开胸患者术后有效咳痰率	1、正确执行防压疮护理措施	1、病人	每月	实地观察患者咳嗽、肺部呼吸音	监测期间有效咳嗽频次/监测期间开胸术后咳嗽总频次	9.50%	9.74%
	2、减少肺部感染发生	2、预防肺部感染相关记录资料		查看病例记录			

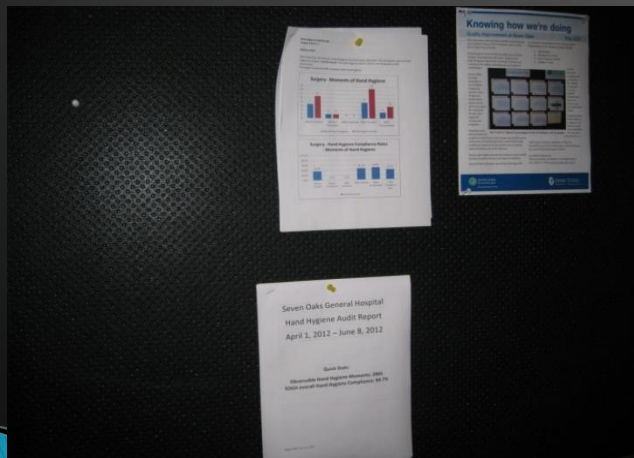
有效咳嗽与疼痛分值有关系吗？与获得性肺炎有关吗？

开胸手术后患者有效咳嗽数据收集表

手术日期	床号	住院号	姓名	年龄	文化程度	手术名称	班次	术日（麻醉清醒起）				术后第1天					术后第2天					术后并发症		
								无效咳嗽影响因素				有效次数	无效咳嗽影响因素				有效次数	无效咳嗽影响因素				有效次数	肺不张	肺感染
								无效次数	患者	医务	其它		无效次数	患者	医务	其它		无效次数	患者	医务	其它			
							8=3																	
							3=10																	
							10=8																	
							8=3																	
							3=10																	
							10=8																	
							8=3																	
							3=10																	
							10=8																	
							8=3																	
							3=10																	
							10=8																	
注：术后3天Q2H咳嗽，夜间延长间隔时间至4-6小时。一、有效咳嗽：咳嗽短促有力或单次咳痰量大于3ml；无效咳嗽：病人连续无力的咳嗽或不能咳出痰。																								
二、影响因素：（一）患者：1.疼痛，2.不知晓，3.咳嗽反射受抑制，4.喉返神经损伤，5.痰液粘稠，6.负性心理，7.其它（二）医务人员：1.宣教，2.协助，3.督导，4.护士层级，5.其它（三）其它：1.未雾化，2.无理疗，3.治疗单一，4.环境吵闹，																								
术后肺部并发症：：1.肺不张，2肺感染，3.																								

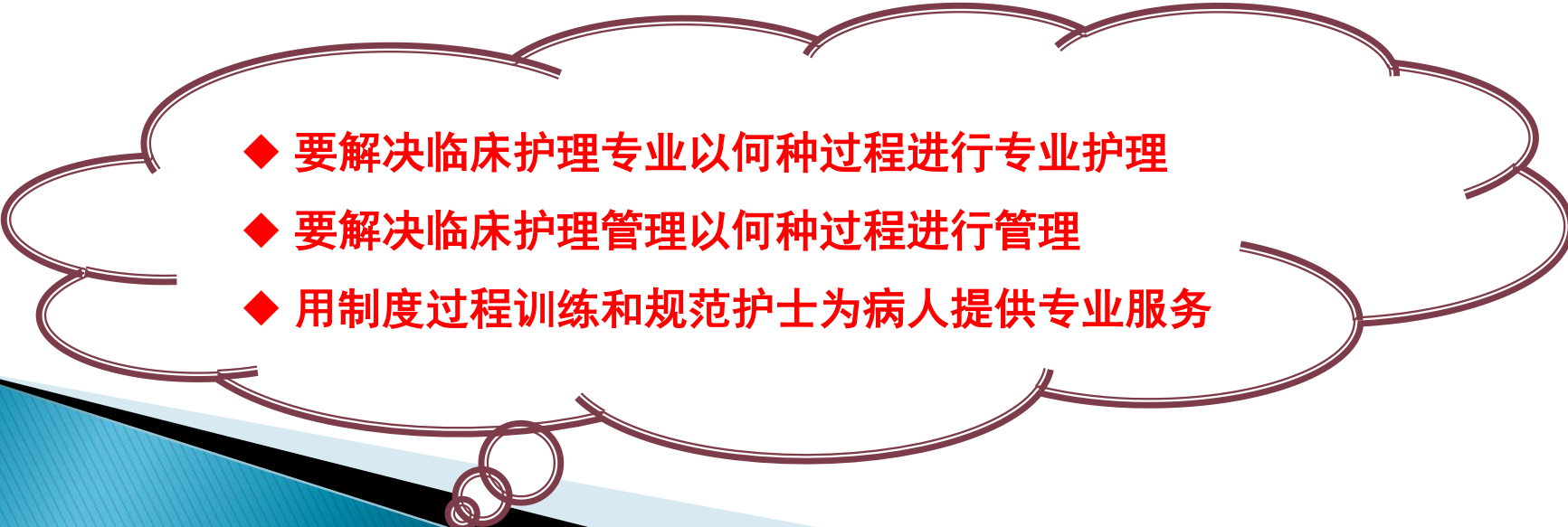
目标监测

- ▶ 日常监测管理
 - 中层管理者
 - 病区护士长
 - 护士自身
- ▶ 医院有一名质量管理人员，专门分析统计



反思

- 大数据时代（事实），护理专业的效能数据有吗？
- 护理专业的结果可以测量吗？
- 什么反映护理专业对病人有影响的价值指标？
- 如可以测量，计算机直接抓取——护理缺了什么？
- 临床护士在做什么？
- 临床护理专业服务的过程有标准吗？

- 
- ◆ 要解决临床护理专业以何种过程进行专业护理
 - ◆ 要解决临床护理管理以何种过程进行管理
 - ◆ 用制度过程训练和规范护士为病人提供专业服务

反思

现行的质量管理与控制是怎样的？

- 标准？
- 工具？
- 检查形式？
- 检查频次？
- 是控环境？还是控专业？
- 质量控制的循证依据？