



善用查检表 撬动护理质量新高度

杨朝霞

2019.2.15



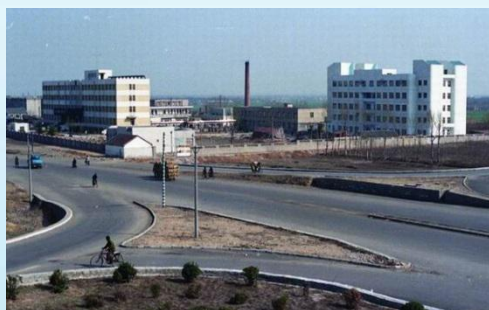


医院的基本情况

1974年楼德建院



1987年迁至泰安
医院全貌



1997年
1号楼建成使用



2002年
门诊医技楼建成使用



2013年8月
综合病房楼建成使用



2018年医院全貌



到目前为止，
医院占地面积：9.2万平方米；
建筑面积：11.5万平方米。





通过新一轮三甲复审



- 12月3日上午，复审专家组听取医院工作汇报。

- 12月5日专家组宣布：通过三甲现场复审。





汇报提纲

1

夯实三级质控，发挥监管职能

2

落实目标管理，科学规范质控

3

每年一个主题，提升护理品质

4

善用查检表单，撬动质量高度





公立医院绩效考核意见

国务院办公厅文件

国办发〔2019〕4号

国务院办公厅关于加强 三级公立医院绩效考核工作的意见

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委，各直属机构，
为进一步深化公立医院改革，推进现代医院管理制度建设，经国务院同意，现就加强三级公立医院绩效考核工作提出以下意见。

一、总体要求

（一）指导思想。

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中全会精神，实施健康中国战略，建立健全基本医疗卫生制度，加强和完善公立医院管理，坚持公益性，调动积极性，引导二级公立医院进一步落实功能定位，提高

山东省卫生健康委员会

省卫生健康委员会专业考核委员会 关于开展2018年度省属公立医院 绩效考核工作的通知

各有关单位：

根据省事业单位考核委员会《关于印发〈2018年度省属事业单位绩效考核实施方案〉的通知》（鲁事考委〔2019〕1号）要求，省卫生健康委员会成立省卫生健康委员会专业考核委员会（以下简称专业考核委员会），组织开展省属公立医院绩效考核工作。现将有关事项通知如下。

一、考核范围

纳入机构编制管理的17家省属公立医院和省卫生健康委员会直属9家公立医院（含菏泽医学专科学校附属医院、省中医药研究院附属医院，名单见附件1）。

二、指标体系

考核体系由定性指标、定量指标组成。党的建设指标实行定性考核，考核要点按照“好”“中”“差”三个等次确定结果。履行职责、创新创业、基础管理、服务社会满意度指标实行定量考核，按照百分制定量赋分。

我们思考：护理质量如何能达到国家考核标准





履行 职责	50	履行主要 职责	20	服务能力 (10分)	<p>1. 疑难病例占比 $\geq 30\%$ 得满分。低于 30% 的，与自身同期对比持平的，得 2 分；低于 20% 的，得 1.5 分；低于 10% 的，得 1 分；低于 5% 的，不得分。</p> <p>2. 门诊人次与出院人次比 = 年门诊人次 / 年出院人次 $\times 100\%$。以上年该院指标值为标杆，达到标杆即得 2 分。指标值每高于上年 5%，减 0.2 分；指标值每低于上年 5%，加 0.2 分。</p> <p>3. 优质护理病房比例 = 达标病房 / 全院开放病房 $\times 100\%$，达到 100%，得 2 分。达标每下降 1 个百分点扣分 0.1 分，扣完为止。</p> <p>4. 护床比 = 病区护士数 / 实际开放床位数。护床比 $\geq 0.6:1$ 得 2 分，$\geq 0.4:1 < 0.6:1$ 得 1.5 分，< 0.4 不得分。</p> <p>5. 医护比 = 在岗医师数 / 在岗护士数。医护比 $\leq 1:1.25$ 得 2 分，$< 1:1.07 \geq 1:1.25$ 得 1.5 分，$< 1:1.07$ 不得分。</p>
----------	----	------------	----	------------	---

履行 职责	50	履行主要 职责	20	质量控制 (护理、药事、院感) (10分)	<p>1. 护理文书书写合格率 = 周期内抽查的护理文书合格项目数 / 周期内护理文书项目总数 $\times 100\%$，$\geq 95\%$ 得 2 分，$\geq 90\% < 95\%$ 得 1 分。</p> <p>2. 身份识别规范执行率 = 周期内抽查的住院患者身份识别规范执行项目数 / 周期内抽查的住院患者身份识别执行项目总数 $\times 100\%$，$\geq 95\%$ 得 2 分，$\geq 90\% < 95\%$ 得 1 分。</p> <p>3. 住院抗菌药物使用率 = 出院患者使用抗菌药物总例数 / 出院人数 $\times 100\%$，住院抗菌药物使用率 $\leq 50\%$ 得 2 分，$> 50\% \leq 60\%$ 得 1 分，$> 60\% \leq 65\%$ 扣 1 分，$> 65\%$ 扣 2 分。</p> <p>4. 抗菌药物使用强度 = 抗菌药物消耗量 (累计 DDD 数) $\times 100$ / 同期收治患者人天数，抗菌药物使用强度 ≤ 38 得 2 分，$> 38 \leq 40$ 得 1 分，$> 40 \leq 45$ 扣 1 分，> 45 扣 2 分。</p> <p>5. 医院感染发病率 = 医院感染新发病例数 / 同期住院患者总数 $\times 100\%$，医院感染率 $\leq 10\%$，得 2 分，否则不得分。</p>
----------	----	------------	----	-----------------------	---

考核指标中有定量、定性指标，而定量指标更具有可比性。





一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	指标说明
四、满意度评价	(十三) 患者满意度	53. 门诊患者满意度▲	定量	计算方法:门诊患者满意度调查得分。 指标来源:国家卫生健康委。
		54. 住院患者满意度▲	定量	计算方法:住院患者满意度调查得分。 指标来源:国家卫生健康委。
	(十四) 医务人员满意度	55. 医务人员满意度▲	定量	计算方法:医务人员满意度调查得分。 指标来源:国家卫生健康委。

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	指标说明
	(九) 人员结构	45. 麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比▲	定量	计算方法:医院注册的麻醉、儿科、重症、病理、中医在岗医师数/全院同期医师总数。 指标来源:国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统。
		46. 医护比▲	定量	计算方法:医院注册医师总数/全院同期注册护士总数。 指标来源:国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统。
	47. 医院接受其他医院(尤其是对口支援医院、医联体内医院)进修并返回原医院独立工作人数占比	定量	计算方法:医院接受其他医院(尤其是对口支援医院、医联体内医院)进修半年及以上并返回原医院独立工作人数/医院同期招收进修总人数×100%。 指标来源:医院填报。	

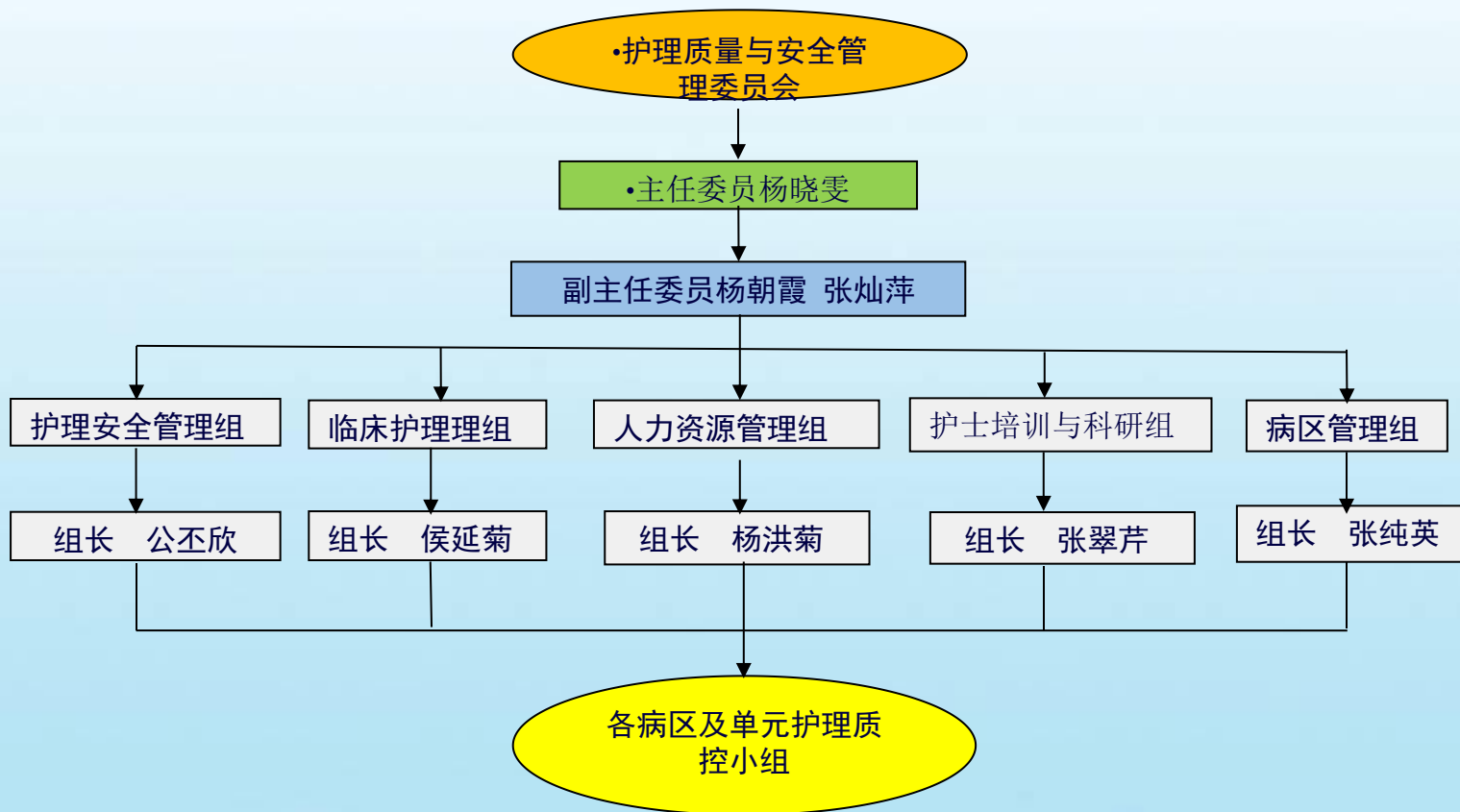
国家的考核指标来源更加多样:有医院填报、病案首页、财务报表、国家系统数据等,更加重视日常积累。





1

夯实三级质控，发挥监管职能





1

夯实三级质控，发挥监管职能

泰山医学院附属医院文件

泰医附院发〔2013〕73号

关于调整护理质量与安全管理委员会的通知

各科室、各部门：

为进一步加强护理质量管理，提高护理服务水平，结合医院实际工作需要及人员变动情况，经研究决定现将我院护理质量与安全委员会人员调整如下：

主任委员：杨晓雯

副主任委员：杨朝霞 张灿萍

委员：杨晓雯 房振胜 赵云霞 韩传平 李雪丽
耿涛 田月 杨朝霞 张灿萍 杨洪菊
公丕欣 张翠芹 侯延菊 张纯英

护理质量与安全管理委员会办公室设在护理部，具体负责委员会的日常工作。

附件：1. 护理质量与安全管理委员会工作职责
2. 各工作小组人员名单

泰山医学院附属医院

2013年9月30日

- 1 -

泰山医学院附属医院文件

泰医附院发〔2017〕30号

泰山医学院附属医院

关于调整护理质量与安全管理委员会的通知

各科室、各部门：

为进一步加强护理质量管理，提高护理服务水平，根据医院实际工作需要，经研究决定，现将我院护理质量与安全委员会人员调整如下：

主任委员：杨晓雯

副主任委员：杨朝霞 张灿萍

委员：（按姓氏笔画排序）

于洁 马宝荣 亓冬梅 公丕欣 牛铭云 王兰平 王靖
王立兰 田月 许翠霞 许圣菊 张纯英 张翠芹 李和楼
李文华 李洪香 李超 杨洪菊 房振胜 侯延菊 姜慧
姜桂玲 赵云霞 晋红梅 秦秀香 耿涛 韩传平

护理质量与安全管理委员会下设办公室。办公室设在护理部，负责委员会的日常工作。

- 1 -

► 分别于2013年、2017年动态调整护理质量与安全管理委员会。



1

夯实三级质控，发挥监管职能

第一次会议
相关部门协调



• 药事培训



后勤管理科协调会



• 监护仪、除颤仪培训



标本采集相关培训



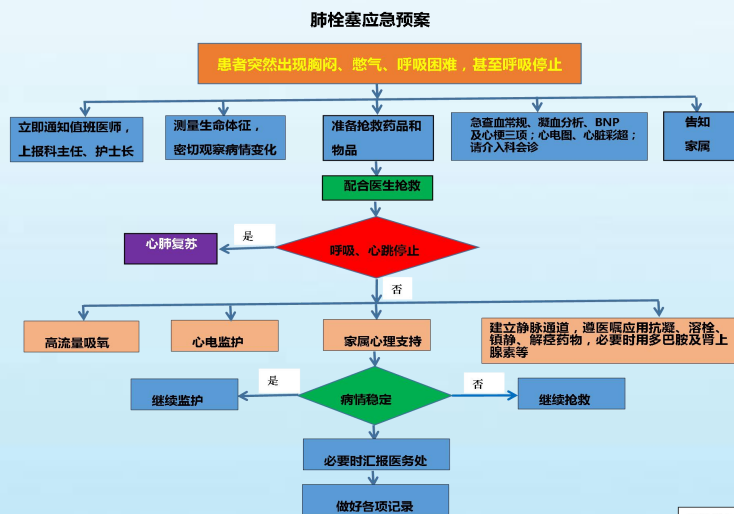


1

夯实三级质控，发挥监管职能

第二次会议
落实

科室	VTE上报例数			住院期间 VTE发生率
	院内	院外	季度出院 患者(人)	
监护病房	5	4	203	2.46%
神经外科	7	2	341	2.05%
骨科	6	4	587	1.02%
消化内科	3	2	396	0.75%
肿瘤科	3	3	1271	0.23%
心内科	2	5	1265	0.15%
神经内科	1	4	983	0.10%
合计	28	30	12544	0.22%



医护需要沟通的问题

- 高危患者病程中缺少预防记录
- 对于VTE的筛查重视度不足，筛查方法缺乏流程
- 肺栓塞病例缺乏医护共同讨论分析

6月份：间歇性充气压力泵的使用

8月份：VTE护理过程中的细节解读

《医院内VTE防治与管理建议》部分解读
VTE药物治疗（李同飞）

10月份：世界血栓日活动（大厅义诊）

基础预防中的细节解读（微信平台）
健康教育处方、宣教手册（患者版）



质量管理委员会决议

泰山医学院附属医院

护理质量与安全管理委员会 2018 年第二次会议决议

护理质量与安全管理委员会 2018 年第二次会议于 2018 年 11 月 7 日在综合病房楼小会议室召开。到会专家共 23 人，其中护理质量与安全管理委员会成员应到 30 人，实到 23 人，邀请专家 0 人，列席会议护士长 39 人。到会人数符合会议要求。

经专家审议、讨论、表决等过程，形成了以下决议：

一、审议并通过了上半年开展 VTE 防控工作总结。

二、审议并通过了《护理制度》、《内科护理常规》、《外科护理常规》、《护理技术规范与并发症防范》的修订。

三、审议并通过了我院护理专科学组职责及发展规划。

四、审议并通过了推广使用《责任护士与夜班护士 SBAR 标准沟通索引》。

五、审议并通过了《护理组参加月质量分析会护理方面汇报提纲》。

六、审议并通过了 2018 年上半年不良事件，提出了一些改进流程，实现流程再造。





1

夯实三级质控，发挥监管职能

护士长及质控员参加科室月质量分析会议 对于护理方面问题汇报提纲

时间：

汇报人：

- 一、本月质量质控次数，监管后指标达标情况，专科指标名称和达标情况。
- 二、本月上报的不良事件数量及类型，护理不良事件讨论结果，医护共同改进的措施。
- 三、患者风险评估和结果数据：

___月风险评估和结果数据				
项目名称	高风险人数	发生例数		备注
跌倒				
项目名称	高危人数	发生例数		备注
压疮				
项目名称	高危、极高危人数	发生例数		备注
VTE				
项目名称	带管人数	高风险人数	发生例数	备注
非计划性拔管			1	
项目名称	>3分疼痛人数	发生例数	备注	(部分科室可选)
疼痛				

- 四、科室满意度和出院患者回访情况：

护士长参加科室月质控会议汇报提纲





1

夯实三级质控，发挥监管职能

2018年病区一级质控明白纸

- 一、一级质控执行标准：
共有6个一级项目，36个二级项目；
二、一级质控检查表及查检频次：
共有18个查检表；

一级项目	二级项目	查检表	查检频次
人力资源管理	护士资质、护士资质管理、护士排班与调配、职称护士培训、护士分层培训、重症护士培训、急救培训	人力资源管理查检表	1次/3个月
	环境管理、病区安全、初诊会诊设备、抢救室管理、药台管理	环境与安全查检表 初诊会诊设备查检表 抢救室查检表 药台查检表	1次/1个月 1次/1个月 1次/1个月 1次/1个月
临床护理服务	病房秩序	VTE查检表 引流装置管理查检表 感染管理查检表	1次/1个月 1次/1个月 1次/3个月
	护理措施落实、用药核对、医嘱或输液管理	护理措施落实查检表	1次/1个月
	人文关怀、健康教育护理文书、核对医嘱、执行医嘱、医嘱管理	医嘱记录查检表 核对医嘱查检表	1次/3个月 1次/1个月
	输血管理、重点环节交接、危急值及不良事件管理	输血管理查检表 重点环节交接查检表 危急值及不良事件查检表	1次/1个月 1次/1个月 1次/3个月
质量管理	跌倒管理、压疮管理	跌倒管理查检表 压疮管理查检表	1次/3个月 1次/3个月
	消毒隔离	消毒隔离查检表	1次/3个月

- 三、要求：
1. 护士长作为病区护理质量责任人，除做好病区日常巡查外，护士长每月制定科室护理质量检查表，每周2-3次开展护理质量2-3个开展各项质控活动

2018年二级质控明白纸

按照大型医院巡查专家建议，进一步明晰二级质控责任与权限，护理部组织护士长进行充分讨论，对二级质控工作进行改造，现汇报如下：

- 一、二级质控方式：
各质量与安全管理小组按照分管项目及项目表，每周一级质控落实项目及二级质控落实项目表进行质控。
二、检查频次：
每月15日开处，有护士长级各质控小组组长及护士长对全院各病区护士长巡查进行全覆盖，28日召开质控会，30日对问题进行分析，汇报质控。
三、检查要求：
1. 护士长每月15日将检查表用检查表支持，按照要求，分质控项目信息项目，问题汇报护士长级组长，由其整理第二级。
2. 二级质控组长按照质控项目，按照对护士长条件一级质控落实及质控使用的频率。
3. 二级质控以发现问题为主，不与绩效挂钩。

护理部
2017年12月

2018年护理部三级质控明白纸

- 一、质控执行标准：
共有6个一级项目，41个二级项目；
二、三级质控检查表及查检频次：共有18个查检表；

一级项目	二级项目	查检表	检查频次
护理质量管理	结构体及质量管理、计划落实、规章制度建设、护士长行政管理、人员管理绩效考核	护士长工作质量查检表	1次/6个月
	人力资源管理	人力资源管理查检表	1次/6个月
病区管理	环境管理、病区安全	环境与安全查检表	1次/3个月
	初诊会诊设备	初诊会诊设备查检表	1次/3个月
	抢救室管理	抢救室查检表	1次/3个月
	药台管理	药台查检表	1次/3个月
	病房秩序	VTE查检表 引流装置管理查检表 感染管理查检表	1次/3个月 1次/3个月 1次/3个月
	护理措施落实、用药核对、医嘱或输液管理	护理措施落实查检表	1次/3个月
护理安全管理	人文关怀、健康教育、护理文书、核对医嘱、执行医嘱、医嘱管理	医嘱记录查检表	1次/3个月
	输血管理	输血管理查检表	1次/3个月
	重点环节交接	重点环节交接查检表	1次/3个月
	危急值及不良事件管理	危急值及不良事件查检表	1次/6个月
质量管理	跌倒管理、压疮管理	跌倒管理查检表 压疮管理查检表	1次/6个月 1次/6个月
	消毒隔离	消毒隔离查检表	1次/3个月

- 三、护理部检查要求：
1. 护理部每月5日将质控计划制定每月检查表格，按照检查频次列表。

一级质控

二级质控

三级质控





1

夯实三级质控，发挥监管职能

泰山医学院附属医院

2018年护理部三级质控计划

项目 \ 月份	第一等级			第二等级			第三等级			第四等级		
	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二
护士长二级质控	√	√	√	√	√	张如萍	√	√	√	√	√	张如萍
人力资源质控	√	张素丽	√	√	√	√	√	张素丽	√	√	√	√
环境与安全质控	√	张如萍	√	√	张如萍	√	√	张如萍	√	√	张如萍	√
医疗设备质控	张素丽	√	√	张素丽	√	√	张素丽	√	√	张素丽	√	√
院感质控	√	张素丽	√	√	张素丽	√	√	张素丽	√	√	张素丽	√
膳食质控	张素丽	√	√	张素丽	√	√	张素丽	√	√	张素丽	√	√
培训考核、继续教育、满意度	√	√	公磊欣	√	√	公磊欣	√	√	公磊欣	√	√	公磊欣
VIE质控	公磊欣	√	√	公磊欣	√	√	公磊欣	√	√	公磊欣	√	√
引流管护理质控	公磊欣	√	√	公磊欣	√	√	公磊欣	√	√	公磊欣	√	√
感染质控	√	√	张素丽	√	√	张素丽	√	√	张素丽	√	√	张素丽
宣教与文书质控	√	√	张素丽	√	√	张素丽	√	√	张素丽	√	√	张素丽
医疗护理质控	张如萍	√	√	张如萍	√	√	张如萍	√	√	张如萍	√	√
输血质控	√	√	张如萍	√	√	张如萍	√	√	张如萍	√	√	张如萍
重点环节交接质控	√	√	公磊欣	√	√	公磊欣	√	√	公磊欣	√	√	公磊欣
危急值及不良事件	√	张如萍	√	√	√	√	√	张如萍	√	√	√	√
跌倒质控	√	√	√	√	张如萍	√	√	√	√	√	张如萍	√
压疮质控	√	√	√	√	张素丽	√	√	√	√	√	张素丽	√
消毒隔离质控	√	公磊欣	√	√	公磊欣	√	√	公磊欣	√	√	公磊欣	√

备注：每周二、四进行集中检查。



2

落实目标管理，科学规范质控

泰山医学院附属医院

2018年护理部目标管理方案

一、总体目标

按照医院2018年工程计划的总体思路，坚持“以病人为中心”的服务宗旨，借鉴国内外医院管理经验，在2017年目标管理的基础上，结合实际情况，修订2018年护理质量监测指标计划及相关定义，不断提高护理质量，改善服务态度。

二、护理部三级质控目标具体监测指标及目标值

序号	项目	目标	监测频次
1	急救药品管理	1.急救药品完好率100%	每周监测一次
2	护理文书管理	1.病历书写合格率95% 2.医嘱执行准确率95%	每周监测一次
3	临床护理管理	1.压疮高危患者护理措施落实率95% 2.跌倒高风险患者护理措施落实率95% 3.VTE 预防患者护理措施落实率90% 4.导管相关感染患者护理措施落实率95% 5.疼痛患者护理措施落实率95% 6.住院患者护理措施落实率95% (含病情观察和给药管理) 7.住院患者跌倒发生率0.1% 8.推行中护理文书合格率90% 9.住院患者满意度95%	每月监测一次
4	人力资源管理	1.护理人员配置率100%	每月监测一次
5	质量管理管理	1.规章制度落实合格率100%	每周监测一次
6	敏感指标	1.患者跌倒发生率0.10% 2.跌倒后受伤率0.1% 3.坠床发生率0.1% 4.给药错误0-4次/班 5.输血错误数为0 6.住院患者24小时内死亡率为0	每周监测一次

敏感指标6项

日常监测指标14项

2018年内科护理质量监测指标及说明

序号	护理质量检查指标	指标定义	计算公式
1.	住院患者跌倒发生率	指住院患者在医疗机构内任何场所，未预见性的发生非故意性的初始位置更低的地方。	单位时间内有记录的住院患者跌倒发生人次/单位时间内住院时间超过24小时的患者总床日数*100%
2.	住院患者管路脱落率	指临床患者发生非计划性管路脱落的事件。	同期院内管路脱落例数/同期患者总床日数*100%
3.	心电图报警装置完好率	心电图报警装置按照心电图流程进行设置完好。	同期心电图报警装置完好项目数/统计周期内心电图报警装置的项目总数*100%
4.	低分子肝素皮下注射合格率	低分子肝素皮下注射合格率指低分子肝素皮下注射时不出硬结、不出血、无渗和疼痛。	同期低分子肝素皮下注射合格项目数/统计周期内低分子肝素皮下注射的总项目数*100%
5.	胸椎骨折患者跌倒预防合格率	胸椎骨折患者跌倒预防合格率指胸椎骨折患者跌倒预防措施落实到位。	同期胸椎骨折患者跌倒预防合格项目数/统计周期内胸椎骨折患者跌倒预防的总项目数*100%
6.	食管胃镜检查术前准备合格率	食管胃镜检查术前准备合格率指食管胃镜检查术前准备措施落实到位。	同期食管胃镜检查术前准备合格项目数/统计周期内食管胃镜检查术前准备的总项目数*100%
7.	住院新生儿肺炎发生率	新生儿肺炎又称新生儿肺炎，其临床表现与原有感染灶的细菌血培养阳性密切相关，严重时可累及肺、水疱、糜烂。	同期住院新生儿肺炎例数/统计周期内住院患儿总数*100%
8.	住院患儿口腔感染率	患儿口腔感染指念珠菌感染引起的口腔黏膜的炎症，表现为口腔黏膜、舌面出现白色膜状分泌物，不易拭去，擦拭后可有渗血。	同期住院患儿口腔感染例数/统计周期内住院患儿总数*100%
9.	静脉输液管路首次成功率高	静脉输液管路首次成功率指静脉输液管路首次成功插管的成功率。	同期首次成功插管例数/统计周期内静脉输液管路插管例数*100%
10.	原标本留取合格率	原标本留取合格率指原标本留取的时间、方式、容器等正确。	同期原标本留取合格数/统计周期内原标本留取总数*100%
11.	首次化疗患者PICC置管率高	首次化疗患者PICC置管率指首次住院并行静脉化疗患者的PICC置管置管情况。	同期首次静脉化疗植入PICC导管的患者数/统计周期内所有首次静脉化疗的患者总数*100%

全院专科指标66项





2

落实目标管理，科学规范质控

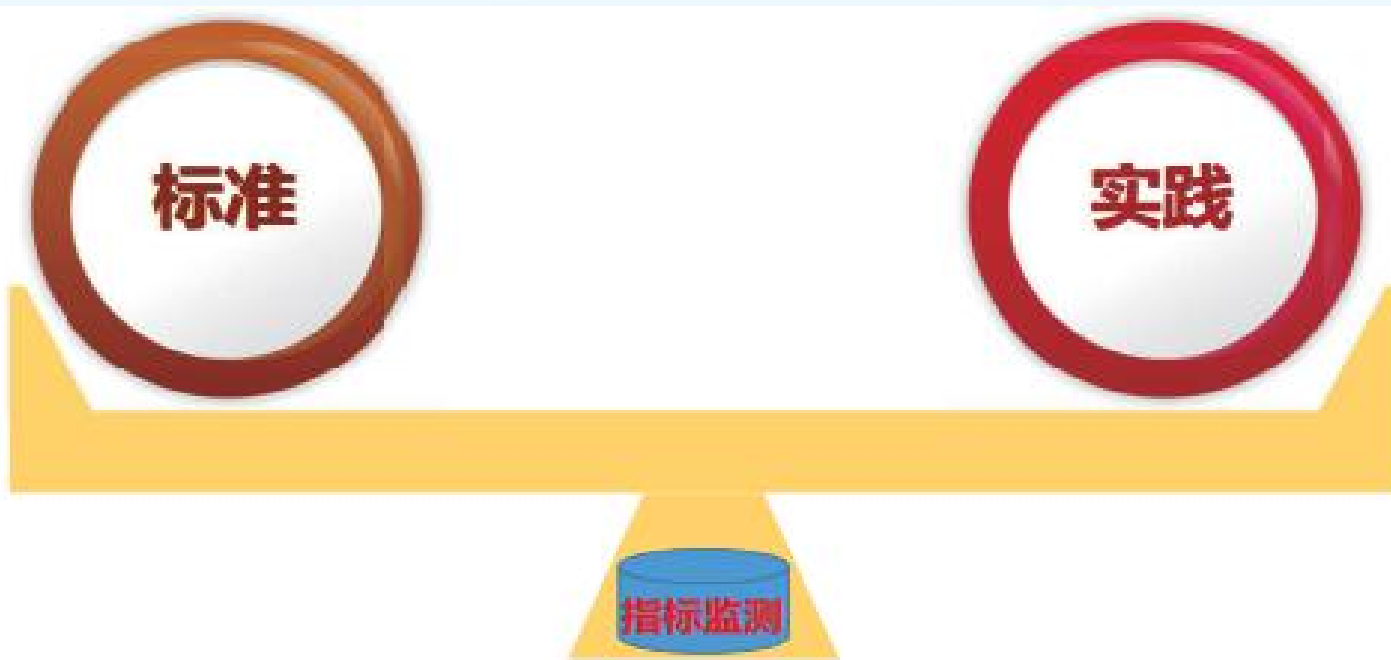


**51个病区 and 护理单元
签订了目标管理责任书**



2

落实目标管理，科学规范质控



指标监测是标准到实践的**平衡石**



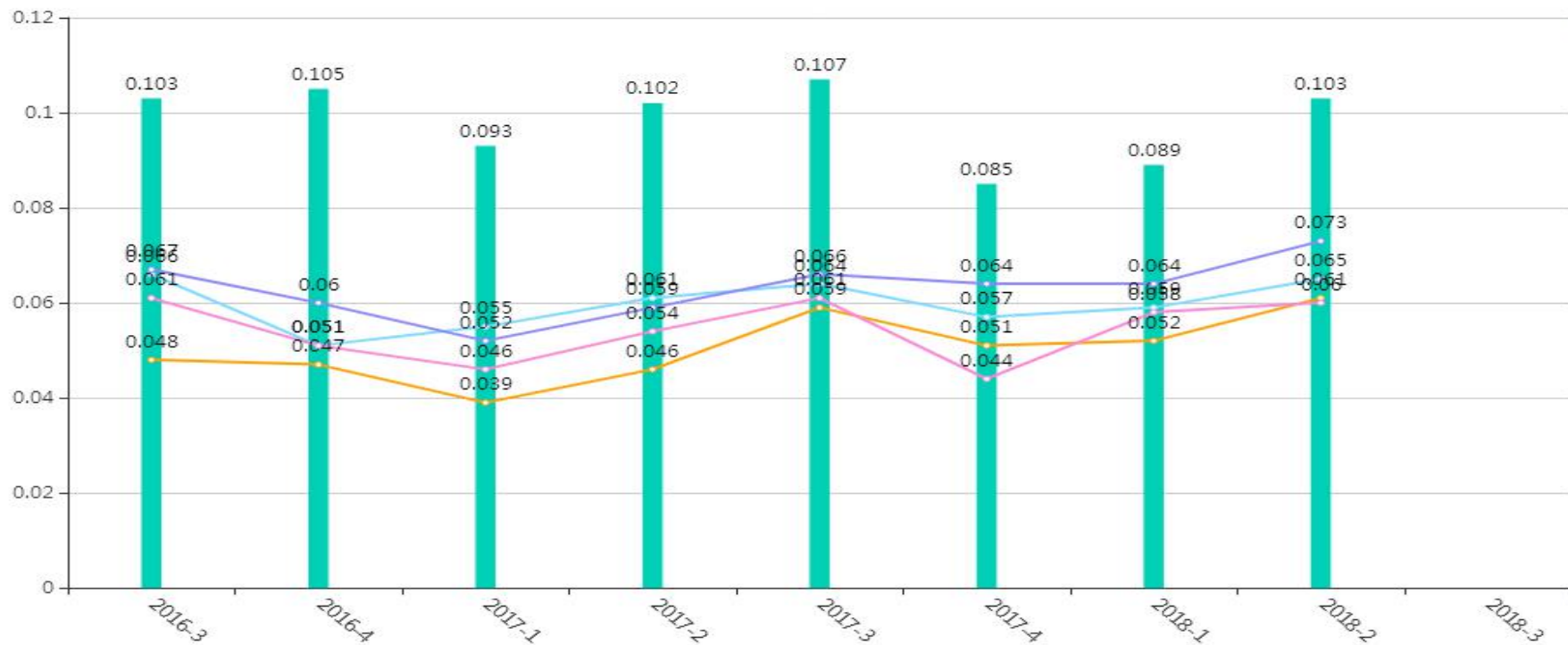


2

落实目标管理，科学规范质控

跌倒发生率对比图

○ 全国平均值 ○ 全国中位数 ○ 山东省平均值 ○ 山东省中位数 ■ 泰山医学院附属医院



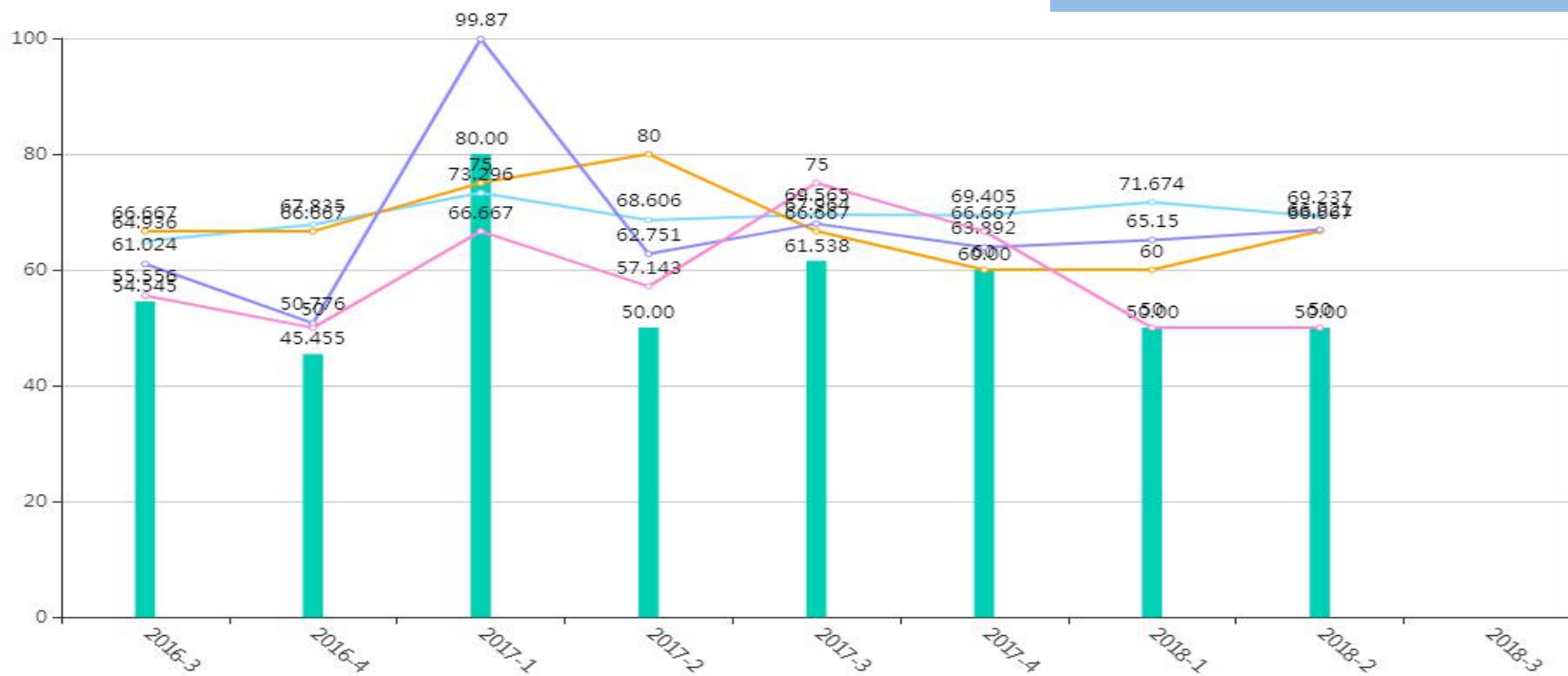


2

落实目标管理，科学规范质控

跌倒伤害率对比图

○ 全国平均值 ○ 全国中位数 ○ 山东省平均值 ○ 山东省中位数 ■ 泰山医学院附属医院



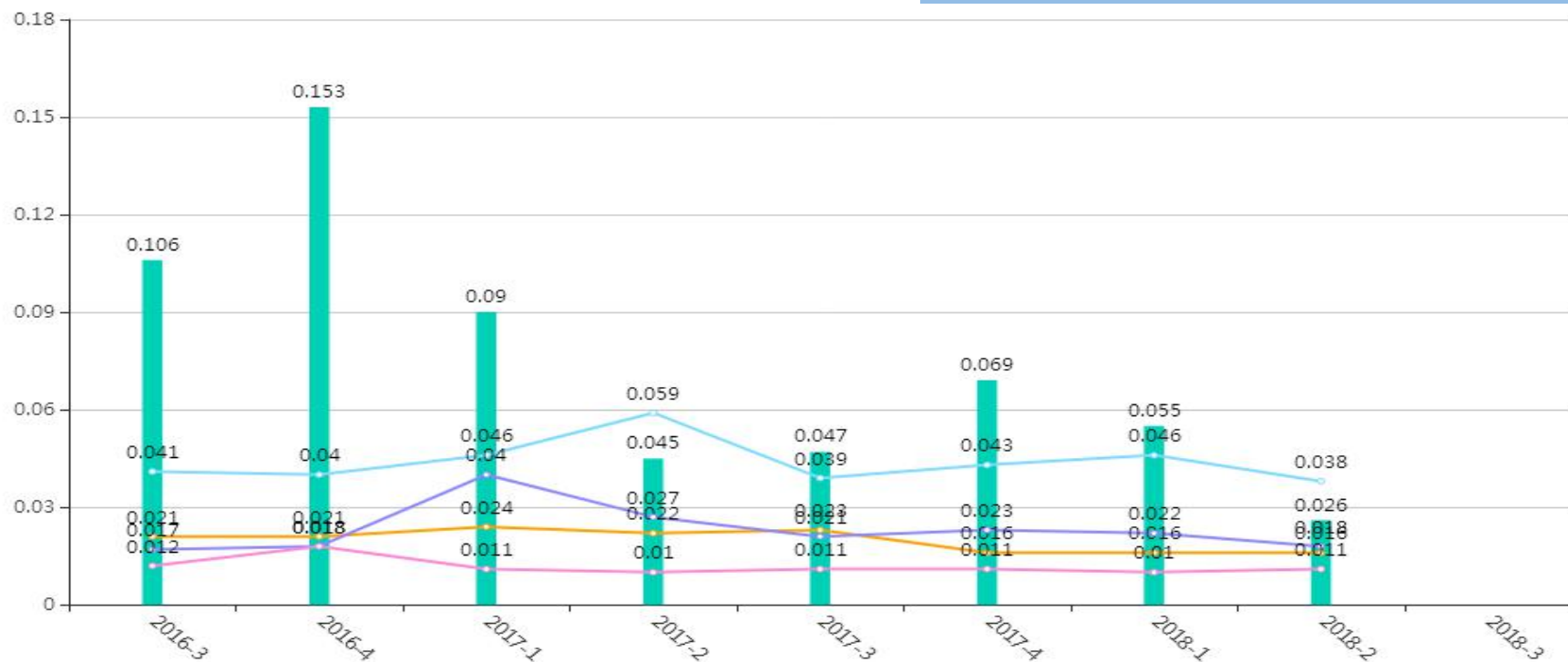


2

落实目标管理，科学规范质控

○ 全国平均值 ○ 全国中位数 ○ 山东省平均值 ○ 山东省中位数 ■ 泰山医学院附属医院

院内压疮发生率对比图



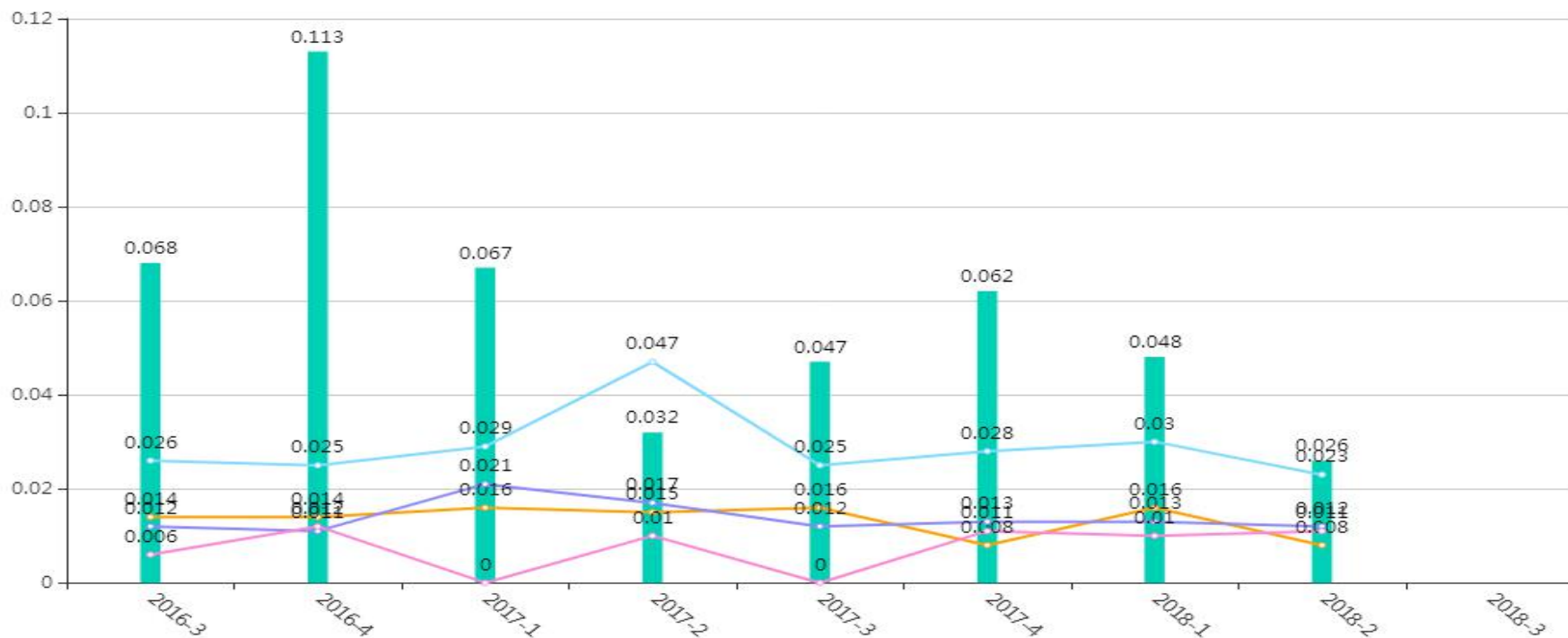


2

落实目标管理，科学规范质控

○ 全国平均值 ○ 全国中位数 ○ 山东省平均值 ○ 山东省中位数 ■ 泰山医学院附属医院

二期以上压疮发生率对比图

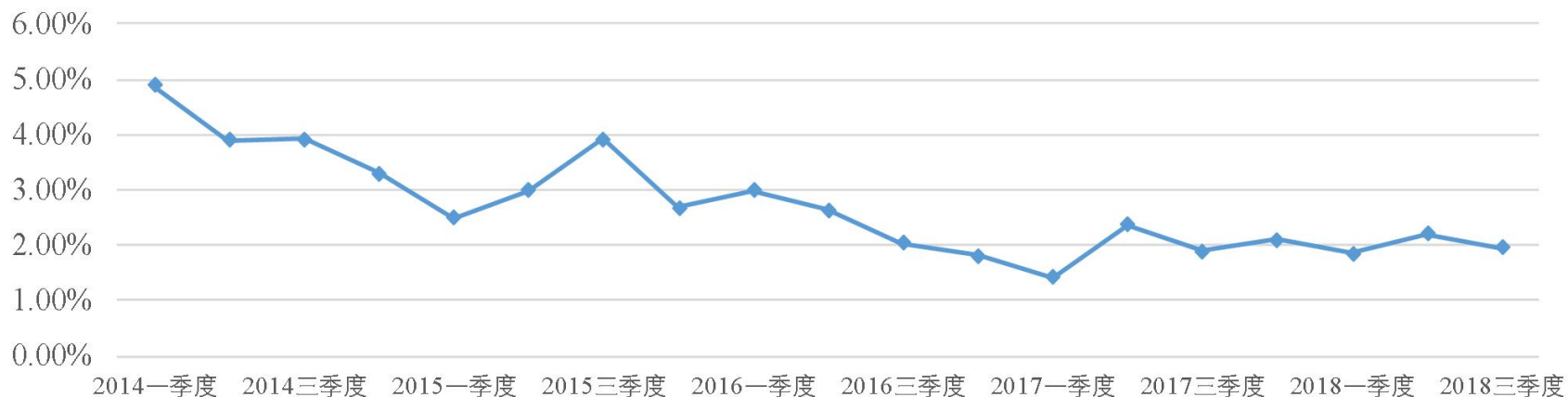




2

落实目标管理，科学规范质控

2014-2018终末文书缺陷率趋势图



长期监管项目





目标值：非计划拔管 $\leq 0.5\%$

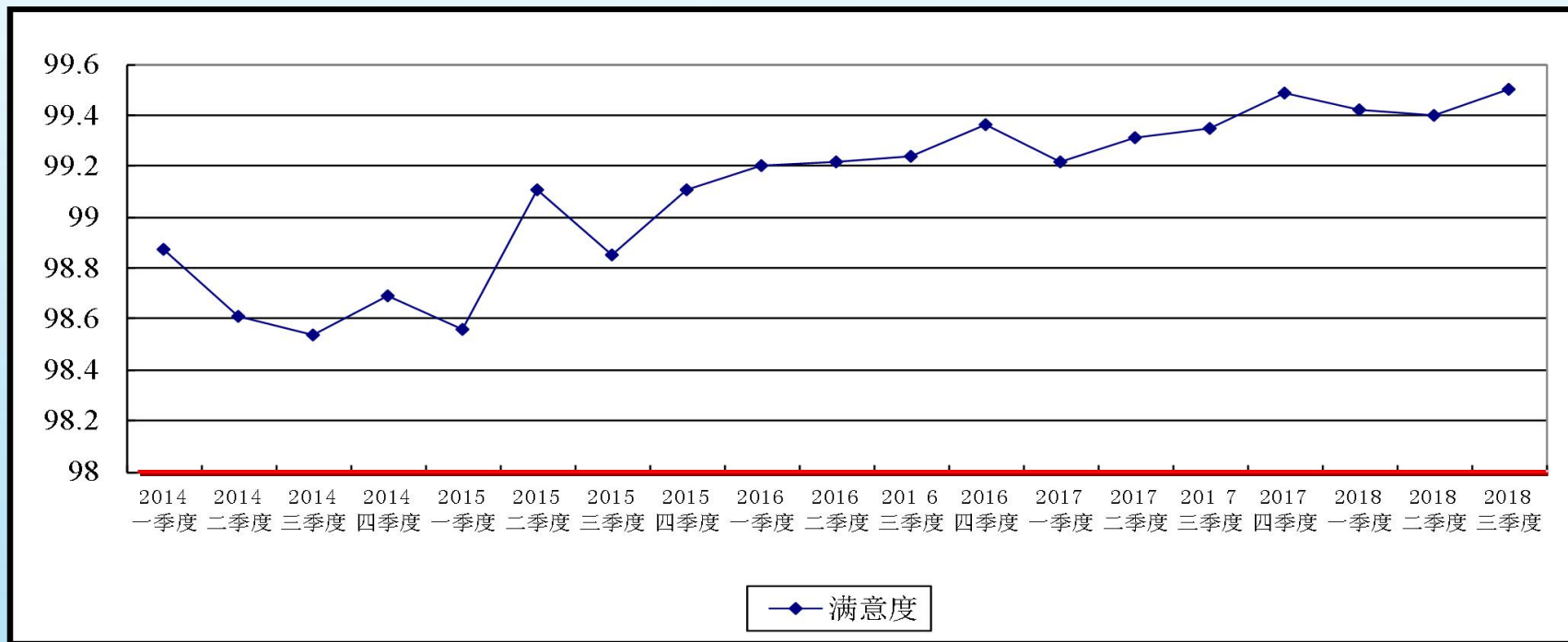
2017-2018年非计划拔管发生率趋势图

临床护理组纳入PDCA
管理进行整改





目标值：出院病人满意度 $\geq 98\%$





2014-2018年季度电话回访反馈问题频次趋势图





3

每年一个主题，提升护理品质

·2019指标

·2018查检

·2017风险

·2016安全

·2015精细





3

每年一个主题，提升护理品质

·2015精细

·2016安全

·2017风险

·2018查检

泰山医学院附属医院

护理服务精细化管理实施方案

为进一步提高我院护理服务和护理质量管理水平,在我院完成三甲评审的基础上,着眼长远的战略规划,不断提高我院护理的管理水平和核心竞争力,结合我院护理工作实际,特制定本方案。

一、指导思想和目标

指导思想:以“科学发展观”为指导,以“创建区域内最具核心竞争力的现代化医院”为目标,以全面提升执行力、提高效率和效益、最大限度降低成本为出发点,围绕我院中心工作,运用科学的管理工具和方法,把“精、细、实、严”落实到护理管理工作的每个环节,不断提高我院整体护理管理水平和核心竞争力,有效促进我院护理工作的可持续发展。

目标要求:以“精”为目标,以“细”为手段,用6-12个月的时间,把精细化护理理念贯彻到我院护理管理的整个过程,以“精细化的流程,精细化的控制”,实现我院护理管理从经验型到科学型、从粗放型到精细化的转变。实现我院护理发展思路明晰化、工作流程科学化,使护理人员执行力、自律性及护理服务质量、病人满意度大幅提高。

二、活动内容

实施精细化管理,是针对我院当前护理工作现状,解决管理中存在的问题,最大限度降低成本,提高护理管理水平的重要举措。以抓好关键环节、重点细节为着力点,以改善病人就医感受为抓手,全面提升我院护理管理水平和服务质量,确保护理工作精确、高效、协同、可持续发展。

1、精细化管理的核心理念、突破口和基本方法

精细化管理的核心理念:精、准、细、严。精是做精、做好,精益求精;准是准确、准时、准确无误;细是流程细化、管理细化,重视细节;严是严格执行制度、流程、标准,严格控制偏差。

精细化管理的突破口:完善流程及标准、提高护士的执行力,即通过精细化管理,使流程、标准执行到位。

精细化管理的基本方法:细化、量化、流程化、标准化、数据化、协同化。

2、精细化管理的主要内容

一是制定护理精细化管理实施方案。计划于3月15日前,制定护理精细化

1

主班护士接新入院病人工作流程与标准

流程	责任人	标准说明
接到电话通知 ↓	主班护士	详细询问病人情况,确定性别,是危重病人还是一般病人。

急诊监护室新住院病人服务流程与标准

流程	责任人	标准说明
接待病人 ↓	责任护士 导医/医护人员	1.1 接诊护士通知监护室护士,确认床位并告知所需抢救用品 1.2 导医备好转运工具,护送病人至监护室(注:重病人由医生和导医共同护送) 1.3 监护室责任护士与导医/医生一起把病人安全移到床上并交接病情、阳性体征、所做检查、抽血、用药

全院护士长工作流程与标准

流程	责任人	标准说明
检查夜班工作 ↓	护士长 主班	7:40 到病区,巡视病房,检查夜班工作完成质量(包括病区环境、护理风险防范措施的实施、晨间护理、护理记录、医疗废物的处理、基础护理是否到位等)。查看护理交班报告、手术交接单书写情况及手术准备情况,空调、灯是否按时关掉,主班接班后再次检查夜班工作是否有漏项,并及时反馈与夜班值班人员,及时修整。
晨会交班 ↓	护士长、医生、护士	参加科室晨会,认真听取夜班医生、护士交班内容,对护士交班进行点评,与科主任做好工作沟通,梳理前一日工作情况、存在问题及整改点。安排今日护理工作重点,按照能级分配分管病人。
床边交班 ↓	护士长 夜班护士 责任护士	与夜班护士、责任护士共同床边交班,督导交班质量,了解护理工作完成情况,对责任护士的护理工作给予指导,保证护理质量。
查看病房 ↓	护士长	重点查看病房环境卫生、设施、空调、消防、仪器设备、顶灯、卫生间节能等情况,保证病房安静、整洁、安全、室内空气新鲜;查看医务人员手卫生执行情况,及时给与指导。
参与临床工作 ↓	护士长	有计划地对各班次护士的工作情况进行督导,必要时(疑难、危重、大手术)亲自参与临床工作,保证病人治疗护理工作的质量。抽查护士的工作规范以及岗位职责履行情况,培训年轻护士的床边综合能力,及时传授总结工作中的方法和技巧,修正不良护理习惯。
督导低年资护士 ↓	护士长	有计划地督导低年资护士工作,指导其查对制度、分级护理制度、交接班制度等核心制度的落实工作。
督导重点病人 ↓	护士长	对病区内的重点病人,如病危、病重、VIP存在纠纷隐患、子女照顾有困难及对治疗期望值过高患者等给予督导,并认真做好沟通工作,解决护理工作难点,保证护理质量。解答患者的疑问。对难度较大的操作及时协助处理。

➤ 2015年以“精细”为主题,制定《护理服务精细化管理方案》,全面落实34项精细化工作流程,为患者提供全程、专业、优质的护理服务。



3

每年一个主题，提升护理品质

·2015精细

·2016安全

·2017风险

·2018查检

序号	黄色警示事件类型
序号	红色警示事件类型
1	未执行查对制度
2	未按分级护理要求巡视病房
3	病房床号标识混乱, 一览牌、床头卡、病历、治疗单、腕带信息 (床号、姓名、住院号) 不一致, 未做到一一对应
4	输血未双人床边核对
5	药品及无菌物品过期
6	非抢救时段, 护士执行口头医嘱及电话医嘱 (含采集血标本)
7	未注册护士独自处理医嘱、执行医嘱、书写护理记录单并单独签字
8	抽吸小壶药、肌注药或其他方式用药的注射器未标明床号、姓名、药名、剂量及用法
9	各种急救药品、设备未处于完好备用状态 (如呼吸机、吸痰器、简易呼吸器、除颤仪、心电监护仪、心电图机、移动应急灯)
10	提前书写护理记录单, 将未观察、未评估、未实施的护理内容书写在护理记录单上

➤ 2016年以“安全”为主题，制定了《护理安全积分制管理办法》为护理安全保驾护航。



3

每年一个主题，提升护理品质

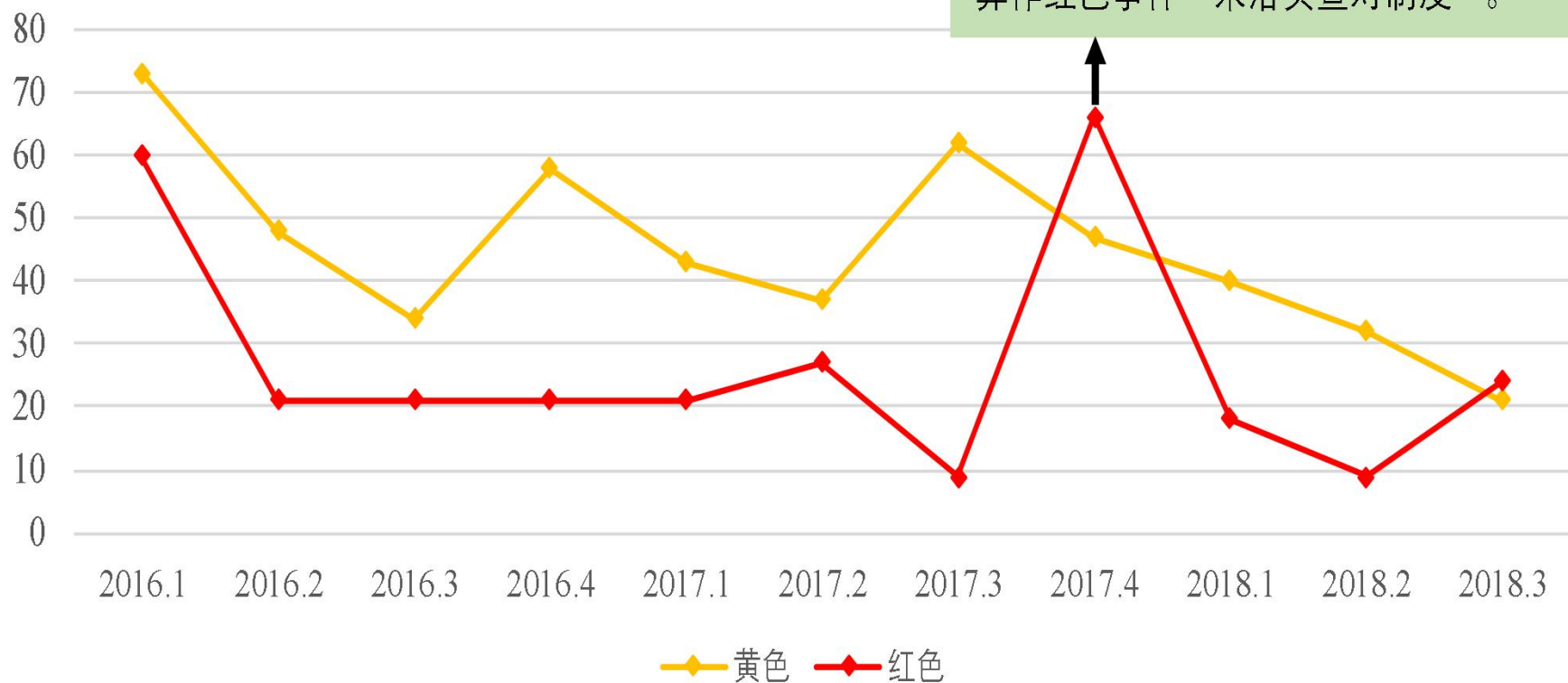
·2015精细

·2016安全

·2017风险

·2018查检

2016-2018年红黄事件趋势图





3

每年一个主题，提升护理品质

·2015精细 ·2016安全 ·2017风险 ·2018查检

十二、住院患者跌倒防范、报告及伤情认定制度

编号：ZH-003（统一编号）
责任部门：护理部
制定时间：2013年8月

十三、压疮风险评估、报告与管理办法

编号：ZH-003（统一编号）
责任部门：护理部
制定时间：2007年9月
修订时间：第一次修订2013年8月
第二次修订2016年7月

根据山东省护理质量控制中心修订的《住院患者压疮风险评估与护理指导意见》规定及相关法律法规的规定，结合我院实际，制定本规定。

一、压疮评估

（一）评估流程

患者入院、手术或病情变化—进行Braden压疮危险因素评分—填写风险评估记录单—采取预防措施。

（二）评估频次

首次评估：患者入院后2小时内完成评估，如遇急诊手术等特殊情形，术后及时完成评估；再次评估：评估极高危者每48小时评估1次，高危及中高危者每周评估2次，低危者每周评估1次。患者发生病情变化时应随时评估。

二、评分办法

按照Braden危险因素评估表评估：总分23分，评分在15-18分提示轻度危险；评分在13-14分提示中度危险；评分在10-12分提示高度危险；≤9分为极高危。其中强迫体位患者自动列入压疮高危。18分作为预测有压疮发生危险的诊断界值，应根据不同的危险程度采取适当的预防措施。

三、预期压疮的界定

基本条件：强迫体位如骨盆骨折、高位截瘫、生命体征不稳定、心力衰竭等病情严重、医嘱严格限制翻身。同时存在必备条件中大小便失禁、高度水肿、极度消瘦3项中的1项或几项可申报预期压疮。附加条件：年龄≥70岁；白蛋白<30g/L；Braden评分<9分。

四、压疮上报与督导

责任护士评估发现压疮（含院外压疮）报告护士长/压疮小组成员；（1）填

十四、住院患者非计划性拔管风险管理制

编号：ZH-003（统一编号）
责任部门：护理部

十六、住院患者疼痛评估制度

编号：ZH-003（统一编号）
责任部门：护理部

制定时间：2016年7月

根据山东省护理质量控制中心修订的《住院患者疼痛评估与护理指导意见》规定及相关法律法规的规定，结合我院实际，制定本规定。

一、评估原则

护理人员应当尊重患者有得到合适的疼痛评价和止痛的权利，应遵循患者的主诉是诊断患者有无疼痛及疼痛程度的主要依据的评估原则，全面、动态的评估患者疼痛的发作、治疗效果及转归，并进行实时记录。

（一）应选择合适的评估工具进行简易评估。

（二）根据患者疼痛程度、镇痛措施实施情况，进行综合评估。

（三）评估应贯穿治疗的全过程。

二、评估工具选择

评估工具分为疼痛程度自评工具和疼痛程度他评工具，自评工具推荐使用数字评分（NRS）、口述分级（VRS）、改良面部表情疼痛评估（FPS-R）、视觉模拟评分法（VAS）。他评工具推荐使用成人疼痛行为评估量表或小儿疼痛行为评估量表。

（一）疼痛程度评估首选自评工具

1.NRS（数字疼痛分级法）：可用于理解数字并能表达疼痛的患者，将疼痛程度用0-10共11个数字表示，0表示无疼痛，10表示最剧烈的疼痛；0-10之间，数字越大，疼痛程度越重，由患者根据其疼痛程度选择相应的数字。NRS简单实用，易于记录，在临床和科研中使用较为广泛；

2.VRS（口述分级评分法）：可用于理解文字并能表达疼痛的患者，根据患者对疼痛的表达，将疼痛程度分为无痛、轻度疼痛、中度疼痛、重度疼痛。轻度疼痛：有疼痛但可忍受，生活正常，不影响睡眠；中度疼痛：疼痛明显，不能忍受，要求服用镇痛药物，影响睡眠；重度疼痛：疼痛剧烈，不能忍受，需用镇痛

十五、住院患者VTE风险评估制度

编号：ZH-003（统一编号）
责任部门：护理部

制定时间：2016年11月

根据山东省护理质量控制中心修订的《住院患者VTE风险评估与护理指导意见》规定及相关法律法规的规定，结合我院实际，制定本规定。

一、评估工具及风险分级

采用2005版Caprini风险评估量表进行评估，低危1分，中危2分，高危3~4分，超高危≥5分。其中，如存在5分高危因素，直接定为超高危，无需再进一步评估。

二、评估与记录

（一）评估时机

1. 新入院患者2小时内完成评估与记录，入院行急诊手术患者返回后完成评估，遇抢救等情况可延长至6小时内完成记录。

2. 低风险患者每周评估一次。

3. 中度风险患者至少每周评估2次。

4. 高风险及以上患者每日评估。

5. 患者出现病情变化，如手术、发烧、病情恶化、卧床、腹泻脱水、下肢水肿等随时评估。

6. 出院时评估。

（二）记录

护士进行风险评估后将评估分数记录于评估栏内，填写日期、时间及签名。

三、预防护理措施

（一）警示标识：评估高危或极高危患者在床边放置VTE高风险警示标识。

（二）环境：保持病室安静、整洁，空气清新，使患者保持良好的精神状态。

➤ 2017年以“风险”为主题，按照山东省质控中心的指导意见，制定《护理风险评估及管理制





指导意见

住院患者压疮风险评估与护理指导意见

住院患者跌倒风险评估与护理指导意见

住院患者非计划拔管风险评估与护理指导意见

住院患者VET风险评估与护理指导意见

住院患者疼痛评估与护理指导意见



十五、住院患者VTE风险评估制度

编号：HL-043

责任部门：护理部

制定时间：2016年11月

根据山东省护理质量控制中心修订的《住院患者 VTE 风险评估与护理指导意见》规定及相关法律法规的规定，结合我院实际，制定本规定。

一、评估工具及风险分级

采用 2005 版 Caprini 风险评估量表进行评估，低危 1 分，中危 2 分，高危 3~4 分，超高危 ≥ 5 分。其中，如存在 5 分项危险因素，直接定为超高危，无需再进行进一步评估。

二、评估与记录

（一）评估时机

1. 新入院患者2小时内完成评估与记录，入院行急症手术患者返回后完成评估，遇抢救等情况可延长至6小时内完成记录。
2. 低、无风险患者每周评估一次。
3. 中度风险患者至少每周评估 2 次。
4. 高风险及以上患者每日评估。
5. 患者出现病情变化，如手术、分娩、病情恶化、卧床、腹泻脱水、下肢水肿等随时评估。
6. 出院时评估。



应知应会

VTE 预防和管理应知应会 (医、护、技人员知晓)

一、定义：

1. **静脉血栓栓塞症** 是指血液在静脉内不正常的凝结，使血管完全或不完全阻塞，属静脉回流障碍性疾病。**VTE 包括深静脉血栓形成 (DVT) 和肺动脉血栓栓塞症 (PTE)**，两者相互关联，是 VTE 在不同部位和不同阶段的两种临床表现形式。

2. **深静脉血栓形成 (DVT)** 血液在深静脉内不正常凝结引起的静脉回流障碍性疾病，可发生于全身各部位，多见于下肢深静脉。

3. **肺动脉血栓栓塞症 (PTE)** 指来自静脉系统或右心的血栓阻塞肺动脉主干或其分支导致的肺循环和呼吸功能障碍，是导致住院患者死亡的重要原因之一。

二、我院使用的评估工具及危险程度分级：

1. 我院使用 2005 版 **Caprini 风险评估量表**，应用于所有住院患者。

2. **危险程度分级**：按总得分情况分为：低危 0-1 分，中危 2 分，
高危 3~4 分，极高危 ≥ 5 分。其中，如存在 **5 分项危险因素**：**包括脑卒中 (1 个月内)、急性脊髓损伤 (1 个月内)、择期下肢关节置换**





3

每年一个主题，提升护理品质

·2015精细 ·2016安全 ·2017风险 ·2018查检

18项三级质控查检表

1. 护理人力资源--三级质控查检表
2. 病区环境管理-三级质控查检表
3. 物品、仪器设备管理--三级质控查检表...
4. 抢救车管理--三级质控查检表
5. 药品管理--三级质控查检表2017.12.18...
6. 病情观察与措施落实--三级质控查检表
7. VTE--三级质控查检表
8. 导管护理-三级级质控查检表10.30
9. 疼痛护理--三级质控查检表
10. 宣教与文书--三级质控查检表
11. 用药查对--三级质控查检表
12. 输血专项--三级质控查检表
13. 交接--三级质控查检表.
14. 危急值、不良事件--三级质控查检表
15. 压疮--三级质控查检表
16. 跌倒--三级质控查检表
17. 消毒隔离--三级质控查检表
18. 护士长工作检查--三级质控查检表

17项一级质控查检表

1. 人力资源--一级质控查检表
2. 病区环境管理-一级质控查检表
3. 物品、仪器设备管理一级质控查检表
4. 抢救车管理一级质控查检表
5. 药品管理--一级质控查检表
6. 病情观察与措施落实--一级质控查检表
7. VTE风险一级质控查检表
8. 引流管护理-一级质控查检表
9. 疼痛护理--一级质控查检表
10. 宣教与文书--一级质控查检表
11. 用药查对--一级质控查检表
12. 输血专项--一级质控查检表
13. 重点环节交接--一级质控查检表
14. 危急值--一级质控查检表
15. 压疮专项--一级质控查检表
16. 跌倒专项--一级质控查检表
17. 消毒隔离--一级质控查检表

➤ 2018年以“查检”为主题，按照6个一级项目、41个二级项目形成了一级质控查检表17项，三级质控查检表18项，抓住了质量管控重点，提高了质控效率，达到护理质控同质化。



4

善用查检表单，撬动质量高度

泰山医学院附属医院
护理精益质控---VTE 评估专项---三级质控查检表

中

日期	科室	质控标准 患者姓名	护士 知晓 工具和 方法	评估正确			悬挂 高危 标识	高危 录入 电脑	报告 医生	预防 措施 告知	措施落实正确							护理管理		有预 防病 程记 录				
				评分 正确	频次 正确	签名 规范					基础			物理		药物	知晓 上报 流程	有案 例分 析						
											饮食 指导	早期 活动	按摩 腓肠 肌	踝泵 运动	抬高 患肢	遵医 嘱弹 力袜			遵医 嘱压 力泵		遵医 嘱抗 凝药			





4

善用查检表单，撬动质量高度

泰山医学院附属医院
护理精益质控---临床护理服务（VTE 专项）---一级质控查检表

质控者：张凤芝

日期	质控标准 患者信息姓名	护士知晓 工具方法	评估正确			悬挂 高危标识	高危录入 电脑	报告 医生	告知 预防措施	措施落实								护士长 签字
			评分 正确	频次 正确	签名 规范					基础				物理				
										饮食 指导	早期 活动	按摩 腓肠肌	踝泵 运动	抬高 患肢	遵医嘱 弹力袜	遵医嘱 压力泵	遵医嘱 抗凝药	
2018.8.2	C5 梁子楠	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
--	C6 张玉兰	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
8.3	C6 李玉兰	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
--	C6 李玉兰	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
8.7	C6 李玉兰	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
--	C6 刘会芝	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
8.10	C1 王永军	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
	C3 张兆民	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
8.14	C6 张兆民	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
	C5 张兆民	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
8.15	C3 赵焯英	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
	C3 王庆文	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
8.29	C9 李可密	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
	C6 闫树鸟	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
9.28	C6 初通雷	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
	C6 薛其礼	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于晓飞
合计	查检评估正确项目数	32-4=28			住院患者VTE风险评估正确率	$\frac{28}{32} \times 100\% = 87.5\%$			查检措施落实正确项目数	193-4=189				护理措施落实正确率	$\frac{189}{193} \times 100\% = 97.93\%$			
	查检评估项目总数	16 x 2 = 32							查检措施项目总数	15 x 16 = 240 - 47 = 193								

备注：1. 查检时，正确在相应位置打“✓”，错误或未落实在相应位置打“×”。每周查检至少2次，每次2个病人。
2. 目标：住院患者VTE风险评估正确率（≥95%）=查检评估正确项目数/查检评估项目总数 x 100%。评估项目包含“评分正确和频次正确”共计2项。
3. 目标：住院患者VTE护理措施落实率（≥90%）=查检措施落实正确项目数/查检措施项目总数 x 100%。“护士知晓工具和方法”项不计算在内，共计15项。

2017年10月修订





4

善用查检表单，撬动质量高度

泰山医学院附属医院
护理精益质控...临床护理服务（病情观察与措施落实）... 一级质控查检表 1

张凤云

日期	患者信息			病情观察				措施落实														护士长质控	
								一般护理							围术期护理								
								熟知危重患者护理常规及抢救制度	知晓患者病情八知道	各项评估及时准确	敷料干燥无渗血	按级别巡视患者	床边交接全面突出重点	治疗护理规范到位	护理标识与求相符	尊重人信仰做好心理护理	基础护理“六四无”	卧位符合要求	管道护理符合要求	规范正确使用仪器	家属参与护理工作		术前相关检查宣教
2018-9-5	C1 刘XX	I	△	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于XX
9-6	C2 张XX	I	△	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于XX
9-11	C3 李XX	I	△	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于XX
9-12	C4 赵XX	I	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于XX
9-15	C5 胡XX	I	△	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于XX
9-17	C6 孙XX	I	△	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于XX
9-20	C7 王XX	I	△	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于XX
9-21	C8 高XX	I	△	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于XX
9-25	C9 高XX	I	△	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于XX
9-26	C10 朱XX	I	△	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于XX
	G1 张XX	I	△	✓	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	于XX
住院患者护理措施落实正确项目								196 - 6 = 190							住院患者护理措施落实正确率							190 / 196 * 100% = 96.94%	
住院患者护理措施落实质控项目								11 * 20 = 220 - 40 = 180															

备注：1. 按标准执行正确划“√”，未落实或错误划“×”，并将发现问题的时间和内容记录在反面。每周抽查2~3名病人，每月质控10名人次。
2. 目标：住院患者护理措施落实正确率≥95%。 住院患者护理措施落实正确率=住院患者护理措施落实正确项目/住院患者护理措施落实质控项目*100%

2018年7月修订

➤ 一级质控日常查检落实。



4

善用查检表单，撬动质量高度

泰山医学院附属医院
护理精益质控—环境与安全—三级质控查检表

日期	质控标准 科室	环境管理						病区安全								有护士长质控签字	
		病区环境 符合标准、 整洁无异味	病室无 物品不 全整洁 规范	员工生活 物品分类 放置、标 识清楚	正确使 用与处 理工作 用品	医疗物品 分类放置 标识清楚 数量适宜	病人 管理 规范 有序	有急救 箱、安全 用药等安 全标识	开水间设置 规范、有 警示标识、 地面无积水	消防设备 完好、使 用规范	病区内禁 烟、禁烟 标识清楚 使用电话	消防设备 符合管理 要求、入 人知晓	安全通道 畅通、指 示标识灯 完好	药品管 理规范	贵重 仪器 保管		病室保 护符合 要求
8.15	ICU	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	ICU	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	ICU	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	ICU	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
8.15	ICU	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
8.15	ICU	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	ICU	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8.16	ICU	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	ICU	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8.17	ICU	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	ICU	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	ICU	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	ICU	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

2017年10月

► 三级质控日常指标查检落实。



4

善用查检表单，撬动质量高度

泰山医学院附属医院

护理精益质控---专科指标（低分子肝素皮下注射）---一级质控查检表

质控者：王美珍

日期	护士信息			患者信息				注射部位	注射时间	药物名称			注射剂量	疼痛		皮下瘀血		硬结		出血		过敏		护士长签字	
	姓名	层级	床号	姓名	住院号	性别	年龄			诊断	低钙	低钠		依诺	是	否	是	否	是	否	是	否	是		否
2018 9.3	王美珍	N ₁	C9	李梅	43281	女	83	Am2	15:00	8:40	✓			5000iu	✓		✓		✓		✓		✓	于晓燕	
	邵洁	N ₁	C5	刘安全	433209	男	84	Am2	9:00	8:30	✓			5000iu	✓		✓		✓		✓		✓	于晓燕	
	..	N ₁	C6	杨志长	453435	男	65	糖尿病	9:00	9:40	✓			5000iu	✓		✓		✓		✓		✓	于晓燕	
	徐洁	N ₀	C1	刘梅叶	432733	女	74	Am2	16:00	9:00	✓			5000iu	✓		✓		✓		✓		✓	于晓燕	
2018 9.6	张红	N ₁	C1	王淑芳	397476	女	75	Am2	8:00	8:45	✓			5000iu	✓		✓		✓		✓		✓	于晓燕	
	王淑芳	N ₂	C4	陈桂芳	440481	女	73	Am2	16:00	8:30	✓			5000iu	✓		✓		✓		✓		✓	于晓燕	
	杨志长	N ₁	C8	席霞	384960	女	49	Am2	1:00	8:40	✓			5000iu	✓	✓	✓		✓		✓		✓	于晓燕	
	..	N ₁	C9	白晓芳	453968	女	67	Am2	16:00	9:00	✓			5000iu	✓		✓		✓		✓		✓	于晓燕	
2018 9.18	吕萍	N ₂	C9	李书梅	343613	女	63	Am2	16:00	9:00	✓			5000iu	✓		✓		✓		✓		✓	于晓燕	
2018 9.26	李雨江	CV3	C5	姬金灵	354957	女	73	Am2	10:00	8:30	✓			5000iu	✓		✓		✓		✓		✓	于晓燕	
	李书梅	N ₁	C7	白晓芳	453968	女	67	Am2	3:00	8:35	✓			5000iu	✓		✓		✓		✓		✓	于晓燕	
	C9	杨传友	453005	男	54	Am2	16:00	8:40	✓			5000iu	✓		✓		✓		✓		✓	于晓燕	
合计	低分子肝素皮下注射合格项目数				57				低分子肝素皮下注射合格率				95%												
	低分子肝素皮下注射的总项目数				60																				

备注：1. 查检时，发生项目在相应位置打“√”，未发生项目在相应位置打“×”。每月质控4次，每季度质控12次。

2. 定义：低分子肝素皮下注射合格是指低分子肝素皮下注射后不出现皮下出血、硬结和疼痛。

3. 目标：低分子肝素皮下注射合格率（≥95%）=低分子肝素皮下注射合格项目数/低分子肝素皮下注射总项目数×100%。评估项目包含“疼痛、皮下瘀血、硬结、出血、过敏”共计5项。



4

善用查检表单，撬动质量高度

泰山医学院附属医院

护理精益质控—专科指标（护理急救配合）—一级质控查检表

质控者：ZAV

日期	护士信息		患者信息							抢救现场混乱		重复性工作		人力未充分利用		忽视其他患者		对患者造成心理压力		医嘱处理不及时		护士长签字
	姓名	层级	床号	姓名	住院号	性别	年龄	诊断	抢救时间	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否	
2018 9.4	邵苏	N ₁	C4	张川华	453619	男	52岁	Am2	17:06		✓		✓		✓		✓		✓		✓	于XX
	刘立录	N ₂	C4	张川华	453619	男	52岁	Am2	--		✓		✓		✓		✓		✓		✓	于XX
9.4	徐成	N ₀	C4	张川华	453619	男	52岁	Am2-PC2转科	18:35		✓		✓		✓		✓		✓		✓	于XX
	王美玲	N ₁	C4	张川华	453619	男	52岁	Am2-PC2转科	--		✓		✓		✓		✓		✓		✓	于XX
9.9	董婧婧	N ₁	C9	田德俭	453869	男	82岁	Am2	6:59		✓		✓		✓		✓		✓		✓	于XX
	晁辉	N ₂	C9	田德俭	453869	男	82岁	Am2	--		✓		✓		✓		✓		✓		✓	于XX
9.10	张正	N ₁	C10	李树香	343613	女	61岁	Am2	14:53		✓		✓		✓		✓		✓		✓	于XX
	刘超	N ₁	C10	李树香	343613	女	61岁	Am2	--		✓		✓		✓		✓		✓		✓	于XX
9.21	阮淑娟	N ₂	C5	姬廷美	454957	女	73岁	Am2	23:15		✓		✓		✓		✓		✓		✓	于XX
	邵苏	N ₁	C5	姬廷美	454957	女	73岁	Am2	--		✓		✓		✓		✓		✓		✓	于XX
9.25	阮淑娟	N ₂	C8	朱辉新	453195	男	59岁	Am2	11:50		✓		✓		✓		✓		✓		✓	于XX
	邵苏	N ₁	C8	朱辉新	453195	男	59岁	Am2	--		✓		✓		✓		✓		✓		✓	于XX
合计				抢救现场护士急救配合正确项目数					92				护士急救配合实效率				$\frac{92}{96} \times 100\% = 95\%$					
				抢救现场护士急救配合的总项目数					96													

- 备注：1. 查检时，正确在相应位置打“√”，错误或未落实在相应位置打“×”。每月质控4次，每季度质控12次，例数较少时，随时抽查所有抢救患者。
2. 定义：护士急救配合实效率是指抢救现场不出现混乱、无重复性的工作、人力充分利用、未忽视其他患者、对其他患者没有造成心理影响、医嘱处理及时。
3. 目标：护士急救配合实效率（≥95%）=抢救现场护士急救配合正确项目/抢救现场护士急救配合的总项目 × 100%。评估项目包含“抢救现场混乱、重复性工作、人力未充分利用、忽视其他患者、对患者造成心理压力、医嘱处理不及时”共计6项。

➤ 专科指标查检落实。



4

善用查检表单，撬动质量高度

➤ 查检出问题，纳入PDCA管理 —— 案例 1

提高用药查对流程执行正确率

- ◆ 2017年第四季度，护理部按照新修订的《护理安全管理（查对流程）三级质控查检表》进行专项质控。该季度用药查对流程执行正确率97.11%，高于目标值95%。初步运行查检表，计算方法欠合理，2018年第一季度调整计算方法该季度用药查对流程执行正确率89.16%。分析原因，纳入PDCA管理。





4

善用查检表单，撬动质量高度

➤ 查检出问题，纳入PDCA管理 —— 案例 1

提高用药查对流程执行正确率

原因分析:

1. 工作忙、中途易被打断
2. 护士急于完成工作，存在侥幸心理。
3. 患者/家属不配合时护士担心引起反感
4. 实习生查对落实不到位

对策实施:

1. 护理部强调三次查对必须做到，“一反问二参与三读出”，被打断后要从第一步重新开始。
2. 要求护士长随机跟踪护士操作，每月对所有护士至少查检一次。未做到的护士连续查检 3 个病人。对执行力差的护士增加查检次数，直至形成习惯。
3. 解除护士的顾虑，取得患者或家属的配合。让护士明确在执行护理操作时，不能感觉不好意思。建议护士事先和患者及家属解释清楚，去的患者及家属的理解与配合。
4. 护士长加强对科内实习护生操作时的查对方法培训，带教老师也要加强对学生操作的督导。

总结内容:

1. 连续监测 4 个季度。2018 年第三季度查对流程执行正确率 96.15%，达目标值。一次核查与二次核查为 2018 年第四季度查检 80% 的问题，继续纳入下一个 PDCA 循环管理。

效果监测:

季度	指标监测数据				
	2017 四季度	2018 一季度	2018 二季度	2018 三季度	2018 四季度
分子	874	131	62	160	150
分母	900	147	66	168	156
监测值	97.11%	89.16%	93.94%	95.24%	96.15%





措施：护士参与的安全调查

护理操作第三次核查未读出患者姓名原因分析

本次调查的问卷设计涉及护士自身、工作环境、患者/家属、护士长及质控员等方面的因素，共列举了 16 个原因。由全院护士评选出原因的重要程度。借助“问卷星”软件收发问卷，共收回问卷 625 份，按照全院临床护士 819 位，回收率为 76.31%。

通过计算每个问题中，认为“重要”“非常重要”的例数占所有例数的百分比，筛选出问题集中点。最高率为 64.64%（第 12 题），最低率为 32.32%（第 16 题），具体结果见图 1。

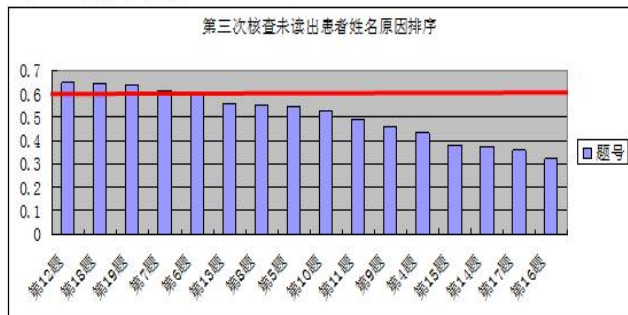


图 1 护理操作第三次核查未读出患者姓名原因排序

由图 1 可以看出，率在 60% 以上的题目由高到低依次为：

第 12 题：患者/家属不配合，护士担心引起反感。

第 18 题：工作忙。

第 19 题：中途易被打断。

第 7 题：护士急于完成工作。

第 6 题：护士存在侥幸心理。

制定对策：

1. 解除护士的顾虑，取得患者或家属的配合。应该让护士明确，护士在执行护理操作时，是以职业人的身份进行操作，不允许有差错发生。有些情况下，可能护士为了体现热情服务，不好意思按流程办事，如反问患者姓名，读患者姓名。但操作归操作，建议护士事先和患者及家属解释清楚，这是必须要做的，是为了患者的安全负责才执行的这些流程，所以希望他们配合我们。

2. 针对工作忙这个问题，应该认识到，熟能生巧这个道理。忙是客观存在，但不应是借口。流程熟练了，就自然而然成为习惯了。护士时常反思一下，自己工作中，是哪些事情占用了自己大量的时间，能不能将自己常用的行为与语言替换成与正规相吻合的形式。

3. 中途易被打断，但为了为患者负责，为自己负责，应严格执行。

4. 针对护士急于完成工作这一问题，本质是如何权衡工作速度与工作质量的关系。速度是应该有，但不应以降低质量为代价，一次 A 与 B 的错误，会换来惨痛的代价。所以如何“稳中求胜”才是最重要的。

5. 针对护士存在侥幸心理这一问题，应强调“慎独”精神，做好自我约束。患者安全就是自己安全。





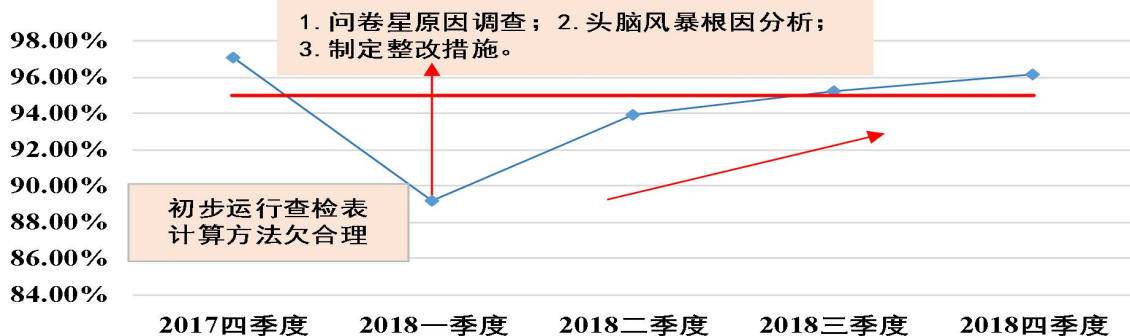
4

善用查检表单，撬动质量高度

➤ 查检出问题，纳入PDCA管理 —— 案例 1

提高用药查对流程执行正确率

2017四季度-2018三季度用药查对流程执行正确率



- ◆ 连续监测4个季度。2018年第四季度查对流程执行正确率96.15%，达目标值。



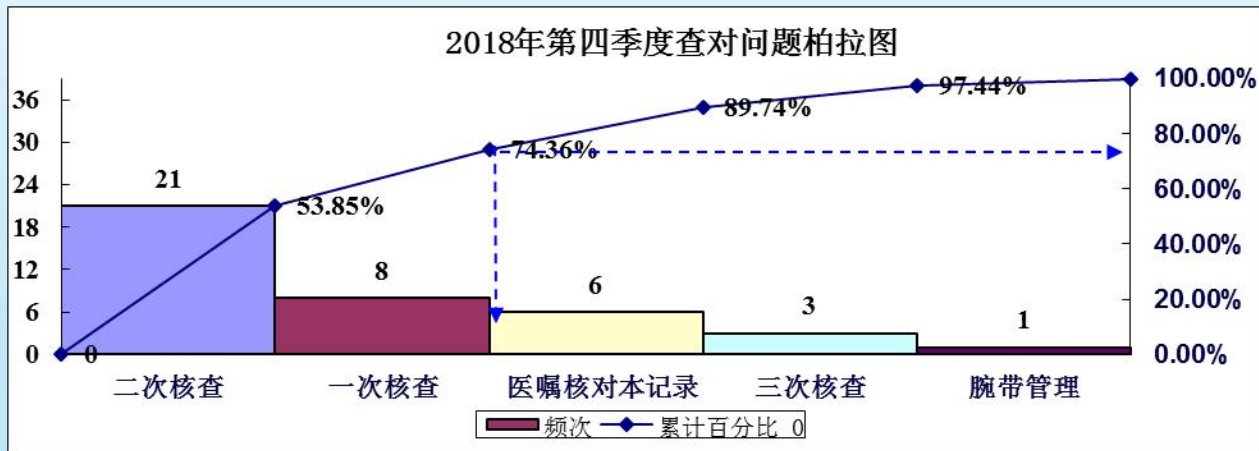


4

善用查检表单，撬动质量高度

➤ 查检出问题，纳入PDCA管理 —— 案例 1

提高用药查对流程执行正确率



◆ 一次核查与二次核查为2018年第四季度查检80%的问题，继续纳入下一个PDCA循环管理。





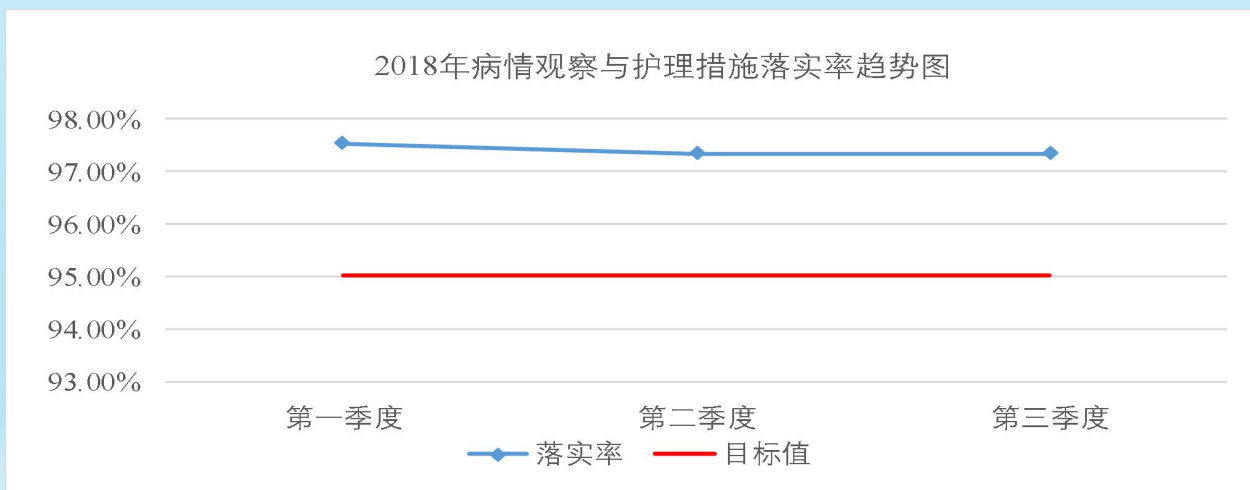
4

善用查检表单，撬动质量高度

➤ 查检出问题，纳入PDCA管理 —— 案例 2

提高病情观察与护理措施落实率

- ◆ 监测病情观察与护理措施落实率均在97%以上，虽然已达目标值95%，但是作为护理质量重点监管项目，护理部继续对质控存在的问题进行分类分析，提出改进措施



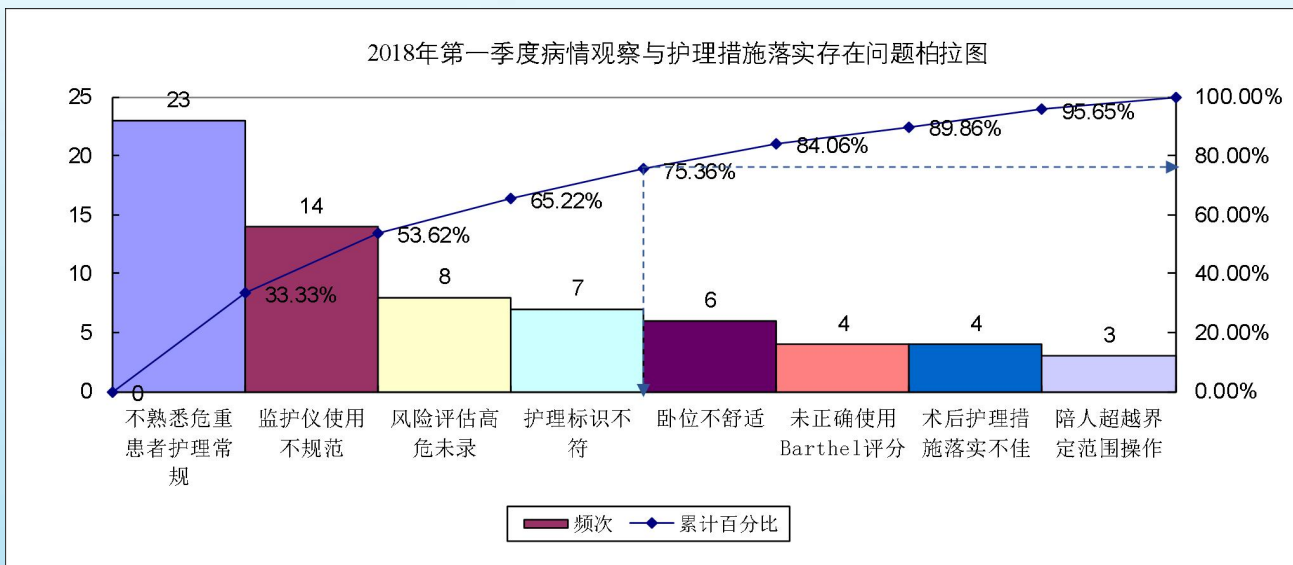


4

善用查检表单，撬动质量高度

➤ 查检出问题，纳入PDCA管理 —— 案例 2

提高病情观察与护理措施落实率



- ◆ 2018年第一季度质控病情观察与护理措施落实存在问题69例次，80%的问题为不熟悉危重患者护理常规、监护仪使用不规范、风险评估高危未录入、护理标识不符，纳入PDCA管理。



4

善用查检表单，撬动质量高度

查检出问题，纳入PDCA管理 —— 案例 2

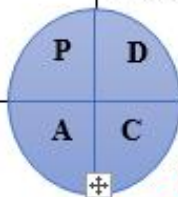
提高病情观察与护理措施落实率

原因分析：

1. 护理常规培训不到位。
2. 护士心理素质差，应对提问能力差。
3. 监护仪报警参数设定要求不明确。
4. 护士未重视风险评估高危录入电脑的工作。
5. 护士未掌握各类导管标识使用要求

对策实施：

1. 科室加强专科护理常规培训，尤其是危重患者护理常规。
2. 护士长在晨会提问护士近期常见病的护理常规，提高护士回答问题的能力。
3. 护士长例会统一监护仪参数调节要求。
4. 护士长追踪风险评估高危录入电脑的原因，责任到人，督导落实。
5. 护士长汇集科室用到的各类护理标识，统一培训使用方法。



总结内容：

1. 第一季度制定整改措施，第二季度监测问题数不减反增。第三季度强化督导整改措施落实，修订《心电监护技术操作规范》。第四季度继续监测心电监护使用情况，纳入下一个 PDCA 循环。

效果监测：

指标监测数据			
季度	第一季度	第二季度	第三季度
问题频次	69	123	89



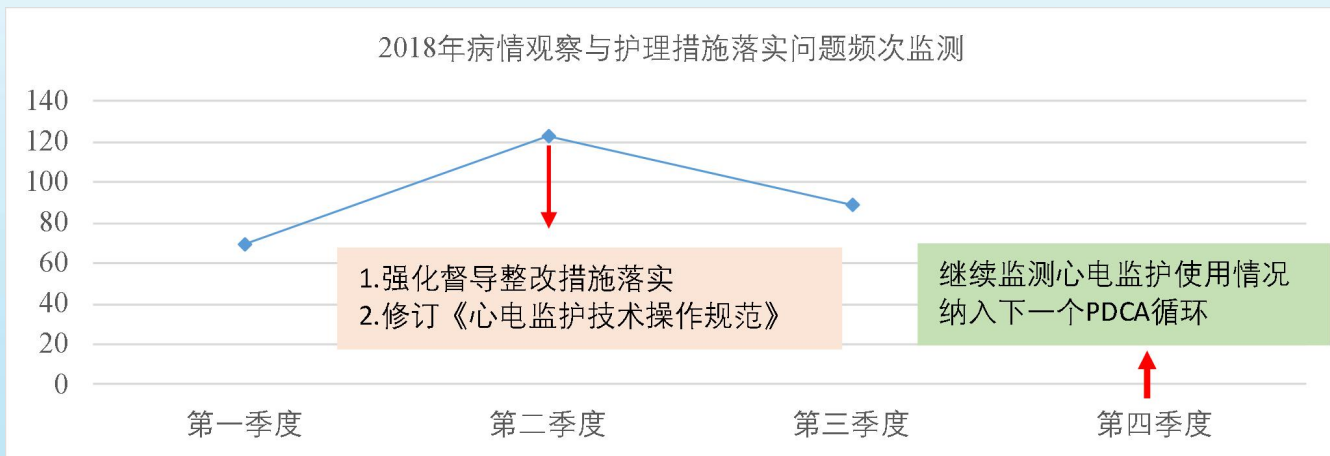


4

善用查检表单，撬动质量高度

➤ 查检出问题，纳入PDCA管理 —— 案例 2

提高病情观察与护理措施落实率



- ◆ 第一季度制定整改措施，第二季度监测问题数不减反增，强化督导整改措施落实，修订《心电监护技术操作规范》，第三季度问题频次明显降低。

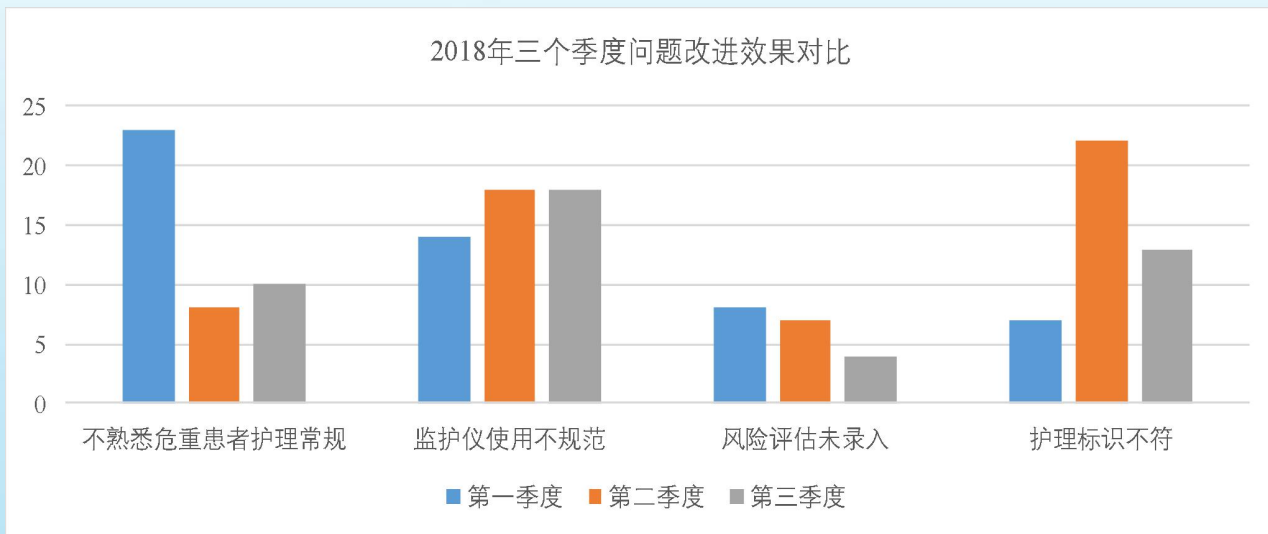


4

善用查检表单，撬动质量高度

➤ 查检出问题，纳入PDCA管理 —— 案例 2

提高病情观察与护理措施落实率



- ◆ 第三季度问题频次虽明显降低，但监护仪使用不规范整改不明显，故第四季度继续监测心电监护使用情况，纳入下一个PDCA循环。





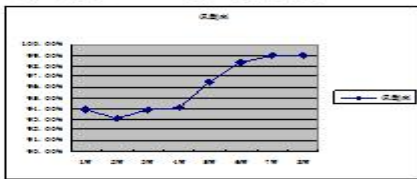
4

善用查检表单，撬动质量高度

➤ 专科指标 PDCA 管理

➤ 提高患儿腕带佩戴率

指标名称	指标定义	
提高腕带持续佩戴率	分子	某一段时间内住院患儿持续佩戴腕带人数
	分母	同期住院患儿总人数
	结果	住院患儿腕带持续佩戴率
<p>原因分析：1. 医护人员：入院宣教不到位，未向患儿及家属详细介绍腕带的重要性；医生查房从未核对腕带；护士认为已核对床头牌和姓名，没必要核对腕带；过度自信，认为和患者很熟悉，没必要核对腕带；责任心不强，无核对意识；对腕带的认识度不够；为患儿进行留置针穿刺时解下腕带忘记戴上。2. 患儿及家属：不了解腕带的重要性；患儿皮肤娇嫩，出汗后容易粘连，佩戴不舒服；佩戴不方便，尤其是洗澡的时候；戴和不戴一样，医生护士没人管；患儿顽皮，自己撕断，自己哭闹，拒绝佩戴。3. 腕带材质太硬，不透气导致患儿过敏，摘下来无法再戴上。</p>		
<p>制定对策：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 加强医护人员的安全教育，组织科内医护人员学习《患者十大安全目标》、《患者身份识别制度》、《查对制度》、《腕带管理办法》。 2. 加强患者的安全教育，加强入院宣教中关于腕带重要性的宣教，做到时时宣教。 3. 进一步规范腕带佩戴的方法。 <p>制定住院患儿腕带持续佩戴率目标为 97.93%。</p>		
<p>对策实施：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新入院病人入科后，主班护士与患儿家长核对无误后立即给予佩戴腕带，根据患儿年龄大小，选择合适的佩戴方法。 2. 住院期间因各种原因摘下腕带时，责任护士及时发现，并选择合适的佩戴方法重新予以佩戴。 3. 佩戴腕带前向患者或家属讲解佩戴腕带的重要性及意义。 4. 医护人员在进行诊疗活动前、中、后都要核对腕带信息，如在操作前发现患者腕带丢失或佩戴不规范，暂停诊疗活动，立即纠正。 		
<p>总结内容：</p> <p>通过对“提高住院患儿腕带持续佩戴率”这一问题的质量改进，通过加强对患者的宣教和腕带佩戴情况的监管，提高了医护人员对使用腕带的认识，增强了医护人员的安全意识，降低了护理安全风险，保护患者安全。通过规范入院宣教，提高了患儿及家长对腕带相关知识的了解，帮助患者树立正确的观念，增强患者自我保护的意识。同时，也提高了患者对护理活动的信任感。以后将针对“患儿住院期间因为各种原因摘下未及时再戴上”这一问题进入下一质量改进循环。</p>		
<p>效果监测：</p> <p>追踪落实改进：通过对策实施，腕带持续佩戴率由第一周的 93.87% 上升至第八周的 99.02%。</p>		



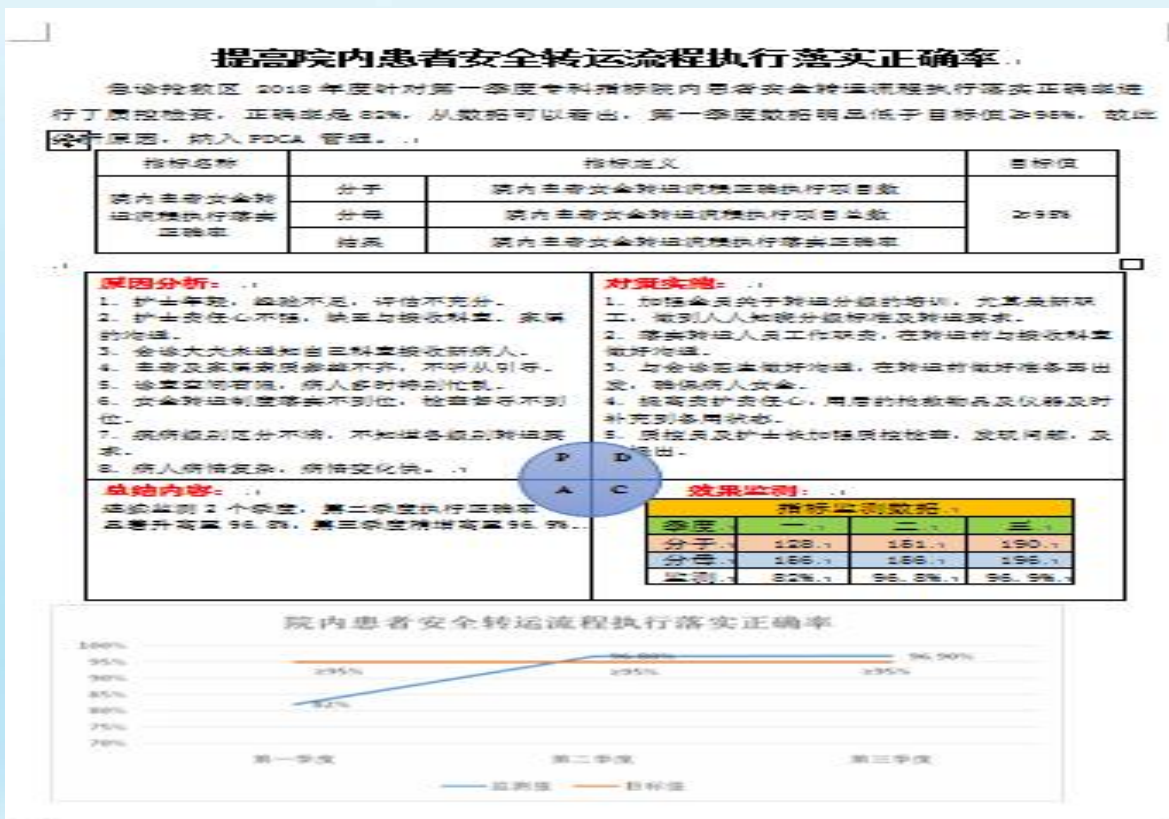


4

善用查检表单，撬动质量高度

➤ 专科指标 PDCA 管理

➤ 提高急诊患者安全转运正确率





继往开来，再创辉煌！

·未来，值得期待.....

继续创新工作举措

“做行业典范、铸一流名院”