



# 等级医院评审准备 与质量提升经验分享

重庆医科大学附属第一医院 徐玲

2016年7月28日





# 一、现场评审评价发现的问题梳理





|   |   |   |
|---|---|---|
| 3. 1. 2. 1在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄两项等项目核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作（★）             | A | 查对方法正确，诊疗活动中查对制度落实，持续改进有成效              |
| 3. 1. 4. 1使用“腕带”作为识别患者身份的标识，重点是重症监护病房、新生儿科（室），手术室、急诊室等部门，以及意识不清、语言交流障碍的患者等        | A | 正确使用“腕带”识别患者身份标识，持续改进有成效                |
| 4. 12. 5. 1由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，开展质量与安全管理                                  | A | 运用管理工具开展质量与安全管理，有完整的质量与安全管理资料，体现持续改进有成效 |
| 2. 7. 1. 1贯彻落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首”诉负责制”设立或指定，专门部门统一接受 处理、患者和医务人员投诉 及，时处理并答复投诉人（★） | A | 持续改进有成效                                 |
| 2. 6. 1. 1患者或其近亲属、授权委托人对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利。医院有相关制度保证医务人员履行告知义务（★）          | A | 持续改进有成效                                 |

评审员判定不达标理由：  
1. 无数据支撑，未用管理工具进行分析  
2. 无至少6个月的证明资料

约60条标准的A款标准都是“持续改进有成效”





|  |   |  |
|--|---|--|
| 2. 8. 6. 1落实创建“平安医院”九点要求，有措施，构建和谐医患关系 优化医疗、执业环境有成效                                 | B | 相关负责人对创建“平安医院”主要内容的知晓率<br>≥90%                 |
| 3. 9. 1. 1有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与工作流程（★）   | C | 医务人员对不良事件报告制度的知晓率 100%                         |
|  | B | 全院员工对不良事件报告制度的知晓率 100%                         |
| 4. 5. 7. 3根据《病历书写基本规范》，对住院病历质量实施监控与评价  | C | 将病历书写基本规范作为医师岗前培训的基本内容之一，<br>医师知晓率100%         |
| 6. 1. 2. 2医院开展法律法规教育，有教育评价   | B | 员工对岗位相关的常用法律法规知晓率≥90%                          |
|  | A | 员工对岗位相关的常用法律法规知晓率100%                          |
| 6. 1. 5. 1制定完整的医院管理规章制度、岗位职责和诊疗规范。定期对职工进行培训与教育，提高职工认真履行本岗位职责及执行相关规章制度自觉性。          | C | 各部门和全体员工熟悉本部门、本岗位相关的规章制度、<br>岗位职责和履职要求，知晓率≥80% |
|  | B | 各部门和员工对相关规章制度和岗位职责知晓率≥90%                      |
| 6. 2. 1. 2医院应对重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项（三重一大）须经集体讨论，集体决策并按管理权限和规定报批与公示，由职工监督（★） | B | 多种渠道和方式公开“三重一大”信息，职工知晓率<br>≥80%                |

**32条36款标准对知晓率提出了明确要求**





## 评审员判定不达标理由

1. 医院职工对医院的重要信息、医院文化理念、平安医院创建等内容了解不够，被提问的员工不能说出平安医院九条中的三条
2. 被询问员工不知道职工投诉流程和方法
3. 全院员工对不良事件报告制度的知晓率达不到100%
4. 提问医务人员，不知晓其岗位职责
5. 相关人员对职业防护和职业暴露处置知晓率未达到100%
6. 输血科和临床医务人员对输血相关制度知晓率达不到100%





|  |   |   |
|--|---|---|
| 1. 1. 1. 1医院的功能 任务和定位、明确，保持适度规模，符合卫生行政部门规定三级医院设置标准 | B | 平均住院日≤12 天  |
| 4. 5. 7. 4对各临床科室出院患者平均住院日有明确的要求（★）                 | C | 对各临床科室出院患者平均住院日有明确的要求                               |
|  |   | 有解决影响缩短平均住院日的各个瓶颈环节等候时间的措施（如患者预约评审、院内会诊、评审结果、术前准备等） |
|  |   | 应用“临床路径”缩短患者平均住院日                                   |
|  | B | 相关管理人员与医师均知晓缩短平均住院日的要求，并落实各项措施                      |
|  | A | 平均住院日达到控制目标   |

- 评审员判定不达标理由：
- 1. 医院患者平均住院日与标准要求有差距
  - 2. 医院多个病种的患者出院当天再住院率均较高，医院平均住院日等质量指标的真实性成疑
  - 3. 部分医务人员（包括科主任）不知道本科室平均住院日要求
  - 4. 缩短平均住院日的各项措施落实不够





|   |
|---|
| 1.4.1.1遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，承担突发公共事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作       |
| 1.4.2.1建立健全医院应急管理组织和应急指挥系统 负，责医院应急管理工作（★）                         |
| 1.4.3.1开展灾害脆弱性分析，明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略（★）                          |
| 1.4.3.2编制各类应急预案（★）  |
| 1.4.4.1开展全员应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力                       |
| 1.4.4.2医院有停电事件的应急对策   |
| 1.4.5.1制订应急物资和设备储备计划 且有严格的管理，制度及审批程序 有适量，应急物资储备有对应，急物资设备短缺的紧急供应渠道 |

## 评审员判定不达标理由

### 1. 科室无规范的紧急预案

1. 部分部门无紧急预案，并无法体现持续完善应急预案

2. 应急预案可操作性不强，应急队伍中已经调离本院的没有及时更新人员

2. 科室未开展应急演练（至少1年1次，需脚本、签到、照片、总结分析）

4. 应急预案演练达不到要求。医院“应急大型医疗急救演练”规模极小，仅仅相当于“总住院开会+心肺复苏示范”，缺乏多部门整体协调，多科室联合救援，现场统一指挥的内容，不能达到演练目的

5. ICU等危重患者抢救场所没有配备除颤仪设备，医护人员对喉镜、除颤仪等操作不熟练





|  |   |   |
|--|---|---|
| 6. 4. 1. 2医院有人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案。                                     | B | 人才梯队合理，满足医院持续发展需要   |
| 6. 4. 1. 3卫生专业技术人员配置及其结构适应医院规模任务的需要  | A | 人力资源配置满足医疗工作需要，与实际开放床位规模相一致                                       |
| 6. 4. 1. 4专业技术人员具备相应岗位的任职资格  | A | 有岗位任职资格落实情况监管，无未经注册开展执业或跨专业、超范围执业                                 |
| 6. 4. 2. 1卫生专业技术人员资质的认定与聘用   | C | 职能部门为每位卫生专业技术人员建立个人技术考评档案，并存有个人的资质文件（经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件） |
|  | B | 科室有卫生专业技术人员履职考核记录与评价  |
| 5. 2. 1. 4有全院护理人员的人员名册、薪酬、享有福利待遇、参加社会保险等信息，落实同工同酬。薪酬向临床一线和关键岗位倾斜，体现多劳多得，优绩优酬 | C | 有保障护理人员实行同工同酬，并享有相同的福利待遇和社会保险（医疗、养老、失业保险）的制度                      |
|  | B | 落实不同用工形式的护理人员同工同酬、享有同等福利待遇、社会保险等待遇                                |





## 评审员判定不达标理由：

1. 人员配置不合理
2. 部分人员无资质（电梯、高压锅、保卫等）
3. 个别人员超范围执业
4. 主管部门对相关人员资质无监管评价
5. 未严格执行聘用护理人员的资质、岗位技术能力及要求
6. 未体现同工同酬
7. 未对每位卫生专业技术人员建立技术考评档案
8. 无法体现职能部门对卫生专业技术人员履职情况监管，进行授权后的追踪与成效评价，作为个人考核、聘用依据
9. 未佩戴员工牌





|   |   |  |
|---|---|--|
| 6. 2. 2. 2依据医院组织架构，制定全院性工作制度和流程，明确各部门职能划分，体现分层管理。各部门据此制定内部工作制度和流程 | C | 有全院性工作制度和流程，各部门职能划分明确                          |
|   |   | 有各部门工作制度和流程                                    |
|   |   | 能依据组织架构和职能调整，及时更新                              |
|   | B | 医院对各部门工作制度和流程统一审核、调整、发布                        |
|   |   | 有多种渠道（如编印成册、上网等）方便员工查阅                         |
|   | A | 管理人员对本部门、本岗位工作制度、工作流程和岗位职责知晓率100%，并自觉落实执行，成效良好 |

## 评审员判定不达标理由：

1. 对制度的制定、审核、批准、发布、修订、作废等未体现统一流程
2. 医院规章制度制定、修订不规范，未注明制度制定或修订时间，无制度生效日期
3. 制度用语不规范（如“毒麻药品”，应为“麻醉药品”）
4. 有些制度已修订，而前一版未废止，出现制度名称相同，内容不同的情况
5. 新修订的制度临床不知晓，仍采用原制度
6. 没有及时修订制度
7. 职能部门对某些规章制度执行的监管不力
8. 有关危机值的管理制度与科室提供的不一致
9. 部分制度存在“两张皮”现象，无法操作与落实，制度要求和实际情况不同





|  |   |  |
|--|---|--|
| 1. 2. 2. 1按照规范开展住院医师规范化培训工作，做到制度、师资与经费落实，做好培训基地建设  | B | 定期征求参加培训的住院医师及输送单位对住院医师规范化培训工作的意见和建议                           |
|  | A | 根据定期总结和征求意见，持续改进住院医师规范化培训                                      |
| 1. 4. 4. 1开展全员应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力     | C | 医院有安全知识及应急技能培训及考核计划，定期对各级各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训，组织考核 |
| 2. 4. 1. 1完善患者入院、出院、转科服务管理工作制度和标准，改进服务流程，方便患者      | B | 有对员工进行服务流程培训的相关制度并执行，当服务流程变更时对相关人员进行再培训                        |
| 2. 7. 4. 1对员工进行纠纷防范及处理的专门培训，有记录                    | C | 对员工进行纠纷防范及处理的专门培训，有完整相关资料（每年至少一次）                              |
| 2. 8. 6. 1落实创建“平安医院”九点要求，有措施，构建和谐医患关系 优化医疗、执业环境有成效 | C | 开展相关的培训与教育   |
| 5. 2. 5. 1有护理人员在岗继续教育培训和考评                         | A | 制度完善、内容详实，效果明显   |
| 5. 2. 5. 2落实专科护理培训要求，培养专科护理人才                      | B | 有培训效果的追踪和评价机制  |
|  | A | 根据评价结果，持续改进培训工作，效果良好   |

203条标准提出培训要求





## 评审员判定不达标理由：

1. 无培训效果评价
2. 不能提供培训统计资料
3. 专职技术人员培训时间不足
4. “三基”培训覆盖率小于100%
5. 继续教育达标率<90%
6. 未定期征求参加培训的住院医师及输送单位对住院医师规范化培训工作意见
7. 未根据定期总结和征求意见，持续改进住院医师规范化培训（未采用PDCA 的培训方式）





|                   |   |                                      |
|-------------------|---|--------------------------------------|
| 6. 8. 7. 3加强危险品管理 | C | 有危险品安全管理部门、制度和人员岗位职责                 |
|                   |   | 作业人员熟悉岗位职责和管理要求，经过相应培训，取得相应资质        |
|                   |   | 有完整的危险品采购、使用、消耗等登记资料，账物相符            |
|                   |   | 有相应的危险品安全事件处置预案，相关人员熟悉预案及处置程序        |
|                   | B | 加强危险品监管，重点为易燃、易爆和有毒有害物品和放射源等危险品和危险设施 |
|                   |   | 定期进行巡查，专人负责，有相关记录                    |
|                   | A | 主管部门有根据监管情况进行整改的措施并得到落实              |

评审员判定不达标理由：

- 1. 无危险品安全管理部门、制度和人员岗位职责
- 2. 全院危险品未统一管理，无汇总管理目录
- 3. 无化学危险品安全数据表，清单制定不科学
- 4. 危险品无相关管理制度，标识不规范
- 5. 无完整危险品采购、使用、消耗等登记资料，账物相符（无规范出入库记录及领用记录，无领用、使用登记记录）
- 6. 无危险品专库，科室管理不规范
- 7. 急诊手术室存放95%酒精500毫升和75%酒精500毫升30瓶
- 8. 应急储备库存放2桶柴油未贴标识，没有储存使用的登记
- 9. 《危险化学品储存批准证书》未按规定进行年检（自2004年起至今）





|                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| 6.8.7.1消防安全管理。（★） | C | 有消防安全管理制度、教育制度和应急预案   |
|                   |   | 有消防安全管理部门，有消防安全管理措施和管理人员岗位职责                                      |
|                   |   | 消防安全教育纳入新员工培训考核内容，定期（至少每年一次）进行全院职工的消防安全教育                         |
|                   |   | 每月至少组织一次消防安全评审，同时根据消防安全要求，开展年度评审、季节性评审、专项评审等，有完整的评审记录             |
|                   |   | 消防通道通畅，防火器材（灭火器、消防栓）完好，防火区域隔离符合规范要求                               |
|                   |   | 加强消防安全重点部门、重要部位防范与监管，有监管记录  |
|                   | B | 定期（至少每年一次）进行特殊部门的消防演练   |
|                   |   | 全院职工熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能，知晓报警、初起火灾的扑救方法，会使用灭火器材，能自救、互救和逃生，按照预案疏散病人 |
|                   |   | 科室消防安全职责管理落实到人，每班人员有火灾时的应急分工                                      |
|                   | A | 医院所有部门和建筑均符合消防安全要求  |







## 评审员判定不达标理由：

1. 部分科室无应急灯
2. 多个消防门不能自动闭合
3. 建筑消防设施年检及维保记录不全
4. 部分人员不会回答消防灭火知识（消防器材使用）
5. 医院多处逃生标示指向不规范
6. 旧楼未设置烟感、喷淋等自动消防设备设施





|   |
|---|
| 6.9.1.1建立医学装备管理部门   |
| 6.9.2.1建立医学装备管理组织技术队伍，人员配置合理  |
| 6.9.2.2制定相关工作制度、职责和工作流程   |
| 6.9.3.1制定常规与大型医学装备配置方案  |
| 6.9.3.2有大型医用设备成本效益、临床使用效果、质量等分析   |
| 6.9.4.1加强医学装备安全有效管理，对医疗器械临床使用安全控制与风险管理有明确的工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告制度 |
| 6.9.4.2放射与放疗等装备相关机房环境安全符合要求   |
| 6.9.4.3加强特殊装备技术安全管理   |
| 6.9.4.4加强计量设备监测管理   |
| 6.9.5.1建立医疗仪器设备使用人员操作培训和考核制度，职能部门加强监管，提供咨询服务与技术指导                       |
| 6.9.6.1建立保障装备的管理制度与规范   |
| 6.9.6.2用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态(★)                                     |
| 6.9.6.3建立全院保障装备应急调配机制   |
| 6.9.7.1加强医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械管理                                      |
| 6.9.8.1成立科室医学装备质量与安全管理的团队   |
| 6.9.8.2有明确的质量与安全指标，科室能开展定期评价活动，解读评价结果，有持续改进效果的记录                        |





## 评审员判定不达标理由：

1. 外来器械直接入手术室，监管部门不知道
2. 无适宜的装备维修场地
5. 主管部门未建立医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告分析、评估、反馈机制，未根据风险程度，发布风险预警，暂停或终止高风险器械的使用
6. 医院物资委员会没有履行职责
7. 一次性耗材采购未按照医院制订的采购流程进行规范招标来采购
8. 医学装备质量与安全指标体系欠系统、明确
9. 没有详细的大型医疗设备预防性维修保养、巡检记录及标识仪器
10. 未规范设置台帐，未达到信息化管理、帐物相符的要求





|   |   |  |
|---|---|--|
| 4.1.2.1 有医院质量与安全管理委员会及各质量相关委员会，人员构成合理，职责明确  | C | 院长作为医院质量与安全管理第一责任人，统一领导和协调各相关委员会工作   |
|   |   | 各相关委员会包括：医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会等 |
|   |   | 各委员会有明确的职责与人员组成  |
|   |   | 有人体器官移植资质的医院，应设立独立的人体器官移植技术临床应用与伦理委员会  |
|   | B | 有由院长担任主任委员的医院质量与安全管理委员会，统一领导和协调各相关委员会工作  |
|   |   | 各委员会人员构成合理，能履行职责，确保发挥委员会功能   |
|   | A | 在医院质量与安全管理委员会统领下，各相关委员会运行良好，在质量与安全管理及持续改进中发挥作用                                 |
| 4.1.2.2 医院质量与安全管理委员会及各质量相关委员会能在质量与安全管理中发挥作用 | C | 各委员会定期召开相关质量与安全会议，每年不少于 2 次，有记录  |
|   |   | 各相关委员会定期向医院质量与安全管理委员会做工作汇报，为医院制定年度质量与安全管理目标及计划，提供决策支持                          |
|   | B | 依据医院总体质量与安全管理目标，研讨本领域内质量相关问题，提出改进方案，推动与督导全院或相关领域的质量与安全工作                       |
|   | A | 各委员会分工协作，共同推进医院质量与安全管理及持续改进，效果明显   |





## 评审员判定不达标理由:

1. 委员会未发挥作用，其职责未严格履行
2. 委员会相应的工作制度、会议制度不完善，开会会议记录签到，会议决议等均不够规范，会议无主题，缺乏持续改进内容
3. 许多委员会人数均高达70余人，不能保证委员会开会时的人数、效能以及形成决议的有效性
4. 委员会运行良好佐证资料不全
5. 委员会活动的内容缺乏和实际工作结合，对存在的问题缺乏分析与整改的追踪，不能实现质量的持续改进，对临床的工作缺乏指导





- |  |
|--|
| 4. 1. 1. 3科主任是科室质量与安全管理第一责任人，负责组织落实质量与安全管理及持续改进相关任务                |
| 4. 2. 5. 2科室质量与安全管理小组成员，具有相关质量管理技能，开展质量管理工作                        |
| 4. 5. 7. 1由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，负责本科室医疗质量和安全管理               |
| 4. 6. 8. 1由科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理小组，并有开展工作的记录                    |
| 4. 9. 5. 1由科主任、护士长与具备资质的人员组成的质量与安全管理小组，负责医疗质量和安全管理                 |
| 4. 13. 5. 1有质量与安全管理小组或专人负责科室质量与安全管理                                |
| 4. 15. 8. 1由科主任和具备资质的人员组成的质量与安全管理小组负责质量与安全管理                       |
| 4. 16. 7. 1由科主任与具备资质的质量控制人员组成质量与安全管理小组，制定质量与安全管理计划和质量控制指标，开展质量管理工作 |
| 4. 18. 5. 1有科室质量与安全管理小组，能够用质量管理工具，开展质量与安全管理，持续改进科室医疗质量             |
| 4. 23. 5. 1科室有质量管理小组或专人负责质量管理，开展质量与安全管理                            |
| 4. 24. 6. 1有科室质量与安全管理小组并履行职责                                       |





## 评审员判定不达标理由：

1. 抽查三个科室质量与安全改进措施不足，使用“成立质控小组、加强检查力度、追根溯源”之类流于形式的措辞，无具体措施
2. 部分科室未对质量与安全指标进行资料收集和分析
3. 科室对职能部门的检查存在的问题缺乏整改，未建立院科两级的有效及长效质量管理机制
4. 科室质量管理成员不具备质量管理技能，应用质量管理工具开展工作的水平普遍不足，培训不到位
5. 部分科室质量管理定期开展系统自查不够





|  |   |   |
|--|---|---|
| 4. 8. 3. 2有急诊留观患者管理制度与流程，控制留观时间原则上不超过72小时  | A | 主管职能部门对急诊留观制度有监管评价，对存在问题有持续改进措施并得到落实，无超过72小时留观病人          |
| 4. 19. 1. 2依据输血管理的法律、法规和临床输血技术规范制定输血管理文件   | B | 职能部门进行督导评审，对存在问题进行追踪与改进成效评价，有记录                           |
| 4. 19. 4. 3建立输血标本采集流程，执行输血前核对制度（★）   | A | 职能部门按照制度和流程落实监督评审，对存在的问题与缺陷追踪评价，有改进成效                     |
| 4. 22. 6. 1医院对透析器复用有管理制度和流程，患者知情同意有明确的规定   | A | 医院感染管理与职能部门对问题与缺陷进行追踪，持续改进有成效                             |
| 4. 26. 4. 1特殊评审室设计及空间区域划分应符合特殊评审需求，保证评审质量。并能将有害光、射线、磁场限制在评审患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质 | B | 职能部门及医院感染管理部门要注重对规章制度和 workflows 落实情况的监督评审，对存在问题与缺陷提出整改措施 |
|  | A | 职能部门对措施落实情况进行追踪与成效评价，有记录                                  |

- 评审员判定不达标理由：
- 1. 职能部门监管不够
  - 2. 无职能部门追踪记录
  - 3. 改进成效不明显
  - 4. 无相关监管记录

近100条标准B或A款要求：职能部门进行督导检查，对存在问题进行追踪与改进成效评价，有记录





4. 6. 1. 1有手术医师资格分级授权管理制度与规范性文件

4. 6. 1. 2有定期手术医师能力评价与再授权的机制

4. 6. 2. 1有患者病情评估与术前讨论制度

4. 6. 2. 2根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，制订手术治疗计划或方案

4. 6. 3. 1在患者手术前履行知情同意

4. 6. 5. 1有手术预防性抗菌药物临床应用的制度

4. 6. 6. 1按照《病历书写基本规范》完成手术记录与术后首次病程记录

4. 6. 6. 2手术离体组织必须做病理学评审，明确术后诊断，并记录

4. 6. 7. 1制订患者术后医疗、护理和其他服务计划

4. 6. 7. 2手术后并发症的风险评估和预防措施到位

4. 6. 8. 2医院对手术科室有明确的质量与安全指标，医院与科室能定期评价，有能够显示持续改进效果的记录（★）

4. 6. 8. 3有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系（★）

4. 7. 4. 1执行手术安全核查，麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现





## 评审员判定不达标理由：

1. 手术医师手术权限与资格缺少动态管理，无再评估再授权
2. 抽取病历发现手术主刀医师无具体姓名，仅写“外院医师”
3. 部分科室存在用术前小结代替术前讨论的现象
4. 未做到为每位手术患者制订手术治疗计划或方案
5. 抽查一例心脏介入手术发现：手术者签字不是主刀
6. 手术离体组织送检率未达到100%
7. 部分医护人员对手术后并发症掌握不全面
8. 预防使用抗菌药物不规范
9. 主刀医师在术后24小时内完成手术记录
10. 手术前高值耗材使用与说明不够
11. 手术风险评估不全，术后多日无签名





|                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
| 3. 3. 1. 1有手术患者术前准备的相关管理制度 | C | 择期手术患者在完成各项术前评审、病情和风险评估以及履行知情同意手续后方可下达手术医嘱                                       |
| 4. 6. 3. 1在患者手术前履行知情同意     | C | 手术前谈话由手术医师进行，知情同意结果记录于病历之中   |
|                            |   | 手术前应向患者或近亲属、授权委托人充分说明手术指征、手术风险与利弊、高值耗材的使用与选择、可能的并发症及其他可供选择的诊疗方法等，并签署知情同意书        |
|                            |   | 肿瘤手术应以病理诊断为决定手术方式的依据。根据术中冰冻病理诊断结果需要调整手术方式的，在手术前要向患者、近亲属、授权委托人充分说明，征得患方同意并签署知情同意书 |
|                            |   | 手术前应向患者、近亲属、授权委托人充分说明使用血与血制品的必要性，使用的风险和利弊及其他可选择方法等                               |
|                            |   | 对术前履行知情同意有明确的时限要求，并记录  |
|                            |   | 知情同意书应由手术医师先签署，然后由患者或近家属、授权委托人签署   |
|                            |   | 对临床科室手术医师进行相关教育与培训   |
|                            | B | 针对患者采取通俗易懂的方式，确保知情同意的效果  |
|                            |   | 主管部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施  |
|                            | A | 患者及近亲属、授权委托人对知情同意内容充分理解  |
| 知情同意书签署规范，内容完整，合格率100%     |   |  |

23条标准涉及知情同意





## 评审员判定不达标理由：

1. 诊疗告知时未提供多种诊疗方案
2. 知情同意书无医师签署栏
3. 部分告知情况在病历中体现不够充分
4. 知情同意书内容未差异化设置，未体现个体化特点
5. 糖尿病病人使用激素无病情告知，手术出现重大并发症未发现病情告知，手术方案术中更改未对家属告知，高值耗材、药品使用无告知
6. 知情同意书签署签名存在不规范、漏项和身份和姓名不符的现象
7. 知情同意签名未明确与患者关系





|  |   |   |
|--|---|---|
| 4. 15. 3. 3护士抄（转）录用药医嘱及执行给药医嘱应遵守操作规程，必须经过核对，确保准确无误 | C | 经过资格认定及相关培训的护理人员方可执行给药医嘱  |
|  |   | 用药医嘱抄（转）录须经核对，确保准确无误，并有转抄者签名                                    |
|  |   | 有防范给药差错的措施，护士根据处方或医嘱给药时须对药品名称、用法用量、给药途径、药品效期、外观质量等进行核对与评审，并签字确认 |
|  |   | 护士在给药前后应当观察患者用药过程中的反应，发生异常应与医师沟通                                |
| 3. 2. 1. 1按规定开具完整的医嘱或处方                            | C | 有开具医嘱相关制度与规范  |
|  |   | 医务人员对模糊不清、有疑问的医嘱，有明确的澄清流程。                                      |
|  | B | 职能部门对上述工作进行督导、评审、总结、反馈，有改进措施                                    |
|  | A | 医嘱、处方合格率 $\geq 95\%$  |
| 3. 2. 2. 1有紧急情况下下达口头医嘱的相关制度与流程                     | C | 有紧急抢救情况下使用口头医嘱的相关制度与流程  |
|  |   | 下达口头医嘱应及时补记   |

## 评审员判定不达标理由：

1. 医嘱合格率没有 $\geq 95\%$
2. 口头医嘱规范执行不够
3. 长期医嘱没有执行时间、临时医嘱下达时间和执行时间一致，且下医嘱者与执行者均为一人现象较普遍，不能体现真实的执行时间
4. 职能部门对医嘱、口头医嘱执行情况无监管记录





|   |   |   |
|---|---|---|
| 1. 3. 4. 1建立院前急救与院内急诊“绿色通道”，有效衔接的工作流程                         | C | 医院急诊护士与“120”急救人员、病房间有严格的交接制度、规范患者转接及工作记录  |
| 4. 8. 2. 1落实首诊负责制，与挂钩合作的基层医疗机构建立急诊、急救转接服务制度                   | C | 转送急危重症患者均有完善的病情与资料交接，保障患者得到连贯抢救   |
| 3. 1. 3. 1完善关键流程（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间流程）的患者识别措施，健全转科交接登记制度 | C | 患者转科交接时执行身份识别制度和流程，尤其急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间的转接<br>对重点患者，如产妇、新生儿、手术、ICU、急诊、无名、儿童、意识不清、语言交流障碍、镇静期间患者的身份识别和交接流程有明确的制度规定 |
|   | B | 科室有转科交接登记   |

## 评审员判定不达标理由：

1. ICU与病房直接按交接记录不全
2. 科室转科交接登记有漏项，核对内容未完全到位
3. 交接记录不能显示同时间同地点





|  |   |  |
|--|---|--|
| 2. 4. 4. 1加强出院患者健康教育和随访预约管理，提高患者健康知识水平和出院后医疗、护理及康复措施的知晓度 | C | 有出院患者随访、预约管理相关制度并落实                              |
|  | B | 患者或近亲属能知晓和理解出院后医疗、护理和康复措施<br>开展多种形式的随访，不断提高随访率   |
| 4. 5. 6. 1医院对患者的出院指导与随访有明的制度与要求                          | C | 有对出院指导与随访工作管理相关制度和要求<br>建立与完善住院患者出院后的随访与指导流程，并落实 |
|  |   | 对随访工作落实情况有记录，保证患者诊疗连续性                           |
|  | B | 主管部门对出院指导及随访工作落实情况有总结及评价，有改进措施                   |
|  |   | 对随访工作有追踪，持续改进有成效                                 |
|  | A | 首次随访由治疗患者的副主任医师及以上医师负责                           |

评审员判定不达标理由：

1. 无科室随访制度
2. 部分患者或近亲属不能掌握和理解出院后有关医疗、护理和康复的关键措施
3. 出院患者随访记录不完全
4. 无随访率统计资料
5. 首次随访由护士完成





4. 6. 6. 1按照《病历书写基本规范》完成手术记录与术后首次病程记录

4. 5. 7. 3根据《病历书写基本规范》，对住院病历质量实施监控与评价

4. 5. 6. 3出院患者有出院小结，主要内容记录完整，与住院病历记录内容保持一致

4. 23. 3. 1对住院患者实施营养评估，接受营养会诊，提供营养支持方案，按照《病历书写基本规范（试行）》的要求进行记录

4. 27. 2. 1按规定为门诊、急诊、住院患者写书病历记录

4. 27. 2. 2为每一位门诊、急诊患者建立就诊记录或急诊留观病历

4. 27. 2. 4住院病案首页应有主管医师签字，应列出患者所有与本次诊疗相关的诊断与手术、操作名称

4. 27. 2. 5病程记录及时、完整、准确，符合卫生部《病历书写基本规范》

4. 27. 4. 1有《病历书写基本规范》的实施文件，发至每一位医师

4. 27. 4. 2有病历质量控制与评价组织





## 评审员判定不达标理由：

1. 急诊抢救登记不完善，病历资料不能保证完整
2. 手术风险评估不全，术后多日无签名
3. 手术记录和病程记录合格率未达100%
4. 手术记录和病程记录不完整
5. 营养病历、高压氧病历由营养科和高压氧科的病历是由部门自行保管，未提供给临床医护人员作为病人治疗和康复的参考
6. 医疗文书质量尚不尽人意，许多特检申请单填写不全，影响诊断，急诊申请没有时间，只有日期
7. 病历书写中上级医师签字不及时的问题比较普遍(手术后八天手术记录，术前讨论，知情同意，安全核查等未签名)





## 跌倒、坠床、压疮评估

3.7.1.1对患者进行风险评估 主，动向高危患者告知跌倒、坠床风险，采取有效措施防止意外事件的发生

3.7.2.1有患者跌倒 坠床等意外、事件报告制度 处置预案、与工作流程

3.8.1.1有压疮风险评估与报告制度,有压疮诊疗及护理,规范

### 评审员判定不达标理由:

1. 65岁以上老人跌倒、坠床评估流程不准确
2. 90%的患者评估存在跌倒风险，说明医院的跌倒评估有问题，使得对重点病人的预防不足
3. 抽查ICU风险患者，未做坠床风险评估
4. 压疮病人的管理尚未做到既重评估又重治疗，入院诊断有压疮的病例出院仍有压疮
5. 存在非预期压疮事件





|  |
|--|
| 4. 15. 1. 1医院设立药事管理与药物治疗学委员会，健全药事管理体系                                  |
| 4. 15. 1. 2有药事管理工作制度   |
| 4. 15. 1. 3根据医院功能任务及规模，配备药学专业技术人员，岗位职责明确                               |
| 4. 15. 2. 1有药品采购供应管理制度与流程，有适宜的药品储备                                     |
| .....  |
| 4. 15. 5. 1抗菌药物管理有适当的组织，并制定章程，明确职责，对抗菌药物的不合理使用有评审、干预和改进措施（★）           |
| 4. 15. 5. 2根据《指导原则》结合本院实际情况制定“抗菌药物临床应用和管理实施细则”和“抗菌药物分级管理制度”，并评审落实情况（★） |
| 4. 15. 5. 3落实各类手术（特别是Ⅰ类清洁切口）预防性应用抗菌药物的有关规定（★）                          |
| 4. 15. 5. 4加强抗菌药物购用管理（★）   |
| 4. 15. 6. 1实施药品不良反应和用药错误报告制度，建立有效的药害事件调查、处理程序（★）                       |
| 4. 15. 6. 2有完善的突发事件药事管理应急预案，药学人员可熟练执行（★）                               |
| .....  |
| 4. 15. 8. 2对药剂科有明确的质量与安全控制指标，科室能开展定期评价活动，解读评价结果，持续改进药事管理工作             |





## 评审员判定不达标理由：

1. 门诊精麻药柜没有双人双锁，超基数配置麻醉药品
2. 医生工作站分别试开毒麻药品杜冷丁5支和2支，高危药品15%氯化钾分别是10支均能保存成功
3. 病房基数药没有专人管理
4. 对各病区口服药基数药效期、剩余药品未实行批号管理，处理过期药品和剩余口服麻醉药品管理不到位
5. 医护人员不知道高危药品是哪些、为什么是高危药品，不知道医院的高危药品目录
6. 对使用高危药品的患者没有特殊的说明，听似看似药品没有标识，精麻药管理不规范，没有实行双人双锁管理
7. 部分处方开具没有使用通用名
8. 对有青霉素过敏病史的患者，没有进行床头标识





|   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| 3.4.1.1按照手卫生规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施 | C | 根据《医务人员手卫生规范》有手部卫生管理相关制度和实施规范         |
|   |   | 手卫生设备和设施配置有效、齐全、使用便捷                  |
|   | B | 职能部门有对手卫生设备和手卫生依从性进行督导、评审、总结、反馈，有改进措施 |
| 3.4.2.1医务人员在临床诊疗活动中应严格遵循手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等）      | A | 医院全员手卫生依从性 $\geq 95\%$                |
|   | C | 对医务人员提供手卫生培训                          |
|   |   | 有手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等）的宣教、图示     |
|   |   | 手术室、新生儿室等重点科室，医务人员手卫生正确率达 100%        |
|   | B | 职能部门有对规范洗手进行督导、评审、总结、反馈，有改进措施         |
|   |   | 医务人员洗手正确率 $\geq 90\%$                 |
|   | A | 不断提高洗手正确率，洗手正确率 $\geq 95\%$           |

## 评审员判定不达标理由：

1. 手卫生设施种类、数量、安置的位置不符合要求
2. 部分科室手卫生设施欠完善
3. 营养食堂工作人员洗手不规范，把消毒液当成洗手液
4. 医、护、技、工的普遍存在洗手依从性低、洗手方法不规范现象，抽查中速干手消毒剂使用方法不对、时间不够，洗手正确率未达到90%





|                                |   |                                   |
|--------------------------------|---|-----------------------------------|
| 4. 21. 5. 1环境保护及工作人员职业健康防护符合规定 | C | 放射诊疗工作人员按照有关规定佩戴个人剂量计             |
|                                |   | 定期组织对放射诊疗工作场所、设备和人员进行放射防护检测、监测和评审 |
|                                |   | 定期对相关人员进行健康评审，有健康档案               |
| 4. 18. 4. 2有受检者和工作人员防护措施       | C | 有完整的放射防护器材与个人防护用品，保障医患防护需要        |
|                                |   | 有受检者的防护措施，对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护       |
|                                |   | 影像科人员按照规定佩戴个人放射剂量计                |
| 4. 25. 5. 2有患者与工作人员放射防护制度      | A | 有完整的放射人员放射防护档案与健康档案               |
|                                | C | 有患者与工作人员放射防护制度并落实                 |
|                                |   | 有相关工作人员放射防护培训并有证书                 |
|                                |   | 工作人员佩戴个人放射剂量计                     |

评审员判定不达标理由：

1. 职业防护落实不到位
2. 达不到所有医务人员防护用品符合国家规定
3. 放射科、心血管介入室铅衣未编号，没有监管记录，个别技术员未配备个人照射剂量卡
4. 健康档案不全
5. 铅衣数量不足



# 医疗废物处理



|                                  |   |   |
|----------------------------------|---|---|
| 6.8.4.1建立健全医疗废物和污水处理管理规章制度和岗位职责。 | C | 有医疗废物和污水处理管理规章制度和岗位职责                   |
|                                  |   | 污水处理系统符合相关法律法规的要求                       |
|                                  |   | 有专人负责医疗废物和污水处理工作，上岗前经过相关知识培训合格          |
|                                  | B | 主管部门对制度与岗位职责落实情况有监管评价和记录                |
| 4.10.3.2按照《医疗废物管理条例》要求，规范处理医疗废物。 | A | 有根据监管情况的改进措施并得到落实                       |
|                                  | C | 按照《医疗废物管理条例》要求制定医院医疗废物（包括污水处理）管理制度与处理规范 |
|                                  |   | 各类医疗废物、污水处理符合相关规范                       |
|                                  |   | 对相关人员进行培训，医疗废物、污水处理人员知晓相关规定并能严格遵照执行     |
|                                  | B | 主管部门履行监管，对落实情况进行监督评审                    |
|                                  | A | 医疗废物、污水处理符合规范，监测合格，资料完整，通过环保部门评估        |

## 评审员判定不达标理由：

1. 医疗废物处理欠规范，医疗废物分类存在问题
2. 医疗废弃物交接记录未以重量单位计量，以箱计量，有风险
3. 医疗废物未封闭运送（手术室为单通道）
4. 医用、生活垃圾桶设置不规范，医用垃圾桶里混放有生活垃圾
5. 医疗垃圾的存放、收取及运送流程不规范，管理层（院感科和总务科）监管不力，不重视





## 二、医院评审准备经验分享





- 确定组织构架：明确责任（院、处、科）、分工与协作
- 加强建章立制：规章制度（流程）、岗位职责、操作规范、预案
- 科学规划进度（院、科两级）
- 实施全员培训：专项培训（院、科）、多层次与多形式培训
- 落实执行督查：全员参与执行、院内外专家督查





理念一致、步调一致、功能协调、统一指挥、资源共享、标准化

要求 —— 从全局视角出发，对项目的各个层次、要素进行统筹考虑

院长要当好“总设计师”





## 组织架构：

院领导 （分工 合作）

评审办 （敬业 清醒 魄力）

各职能处室 （处、科长 资料员）

临床医技科室 （科主任 专职人员）





## 标准分解：

初步分解—— 按照章节条款及职能分工

再度细分—— 职能分工不明确及存在疑问

精准分解—— 职能部门及临床科室（横向及纵向）

明确牵头处室、协助处室及牵头人、责任人





## 标准解读：

起码要求 ---- 反复阅读

基本要求 ---- 结合法规、规章制度理解

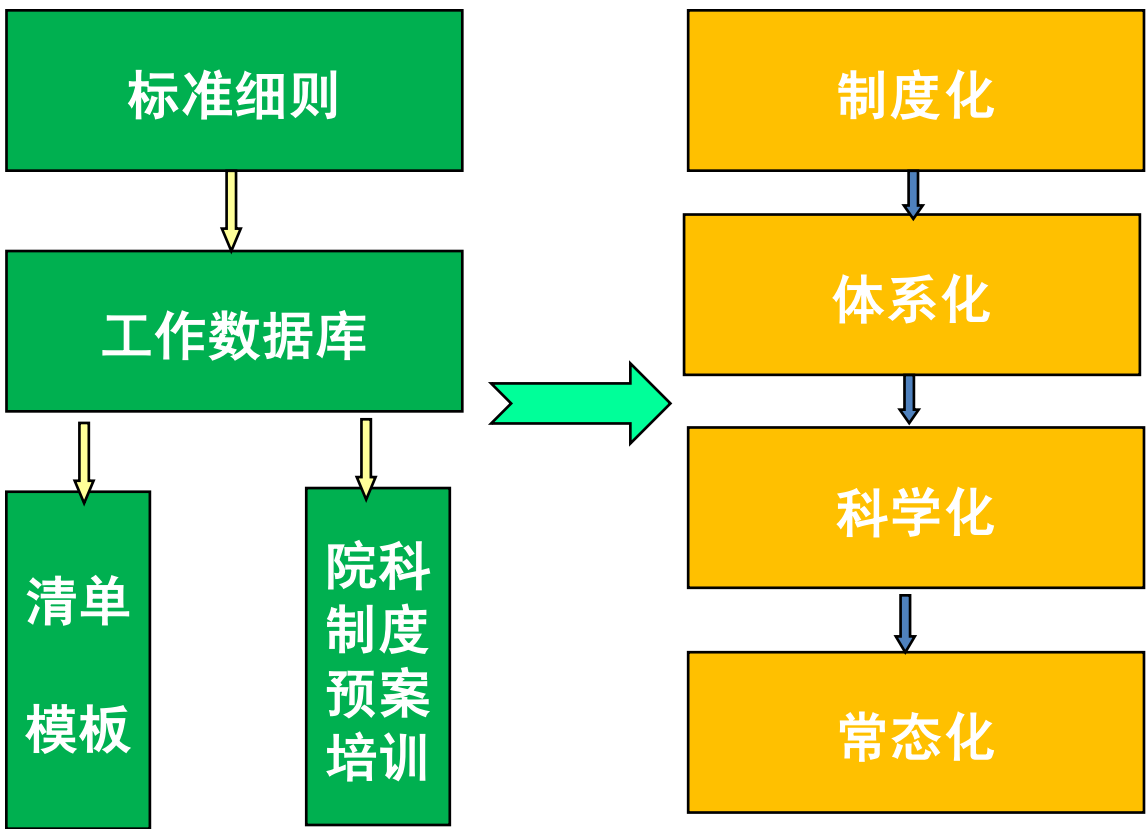
最高要求 ---- 准确理解标准内涵



# 评审准备 一标准分解是手段



## 精读标准、细化方案



| 章       | 节   | 条      | 款   | 评审要点  | 牵头处室 | 协同处室 | 负责内容       | 工作要求  |
|---------|-----|--------|---|---|------|------|------------|---|
| 第一章至第四章 | 第四章 | 四、应急管理 | 1. 4. 3 明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。 | 【C】组织有关人员到医院面临的各种潜在危害加以识别，进行风险评估和分类排序，明确应对的重点。【B】符合“C”，并有灾害易损性分析报告，对突发事件可能造成的影响以及医院的承受能力进行系统分析，提出加强医院应急管理的措施。【A】符合“B”，并定期进行灾害易损性分析，对应对的重点进行调查，对相应预案进行修订，并开展再培训与教育。  | 医务处  | 教务处  | C、A、B      | 1. 就本部门相关潜在危害加以识别，进行风险评估和分类排序，明确应对的重点，并报送至医务处；<br>2. 参与集体讨论，进行意见汇总，形成灾害易损性分析报告，对突发事件可能造成的影响以及医院的承受能力进行系统分析，提出加强医院应急管理的措施；<br>3. 定期进行灾害易损性分析，对应对的重点进行调查，对相应预案进行修订，并开展再培训与教育。 |
| 第一章至第四章 | 第四章 | 四、应急管理 | 1. 4. 3 明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。 | 【C】1. 根据灾害易损性分析的结果制订各种专项预案，明确应对不同突发事件的标准操作程序；<br>2. 制订医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案，明确在应急状态下各个部门的职责和各级各类人员的职责以及应急响应行动的程序；<br>3. 有节假日及夜间应急响应工作预案，配备充分的应急处理资源，包括人员、应急物资、应急通讯工具等。<br>【B】符合“C”，并有节假日及夜间应急响应工作预案，配备充分的应急处理资源，包括人员、应急物资、应急通讯工具等。 | 医务处  | 教务处  | C1、C2、C3、A | 1. 根据灾害易损性分析的结果制订各种专项预案，明确应对不同突发事件的标准操作程序；<br>2. 制订医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案，明确在应急状态下各个部门的职责和各级各类人员的职责以及应急响应行动的程序；<br>3. 有节假日及夜间应急响应工作预案，配备充分的应急处理资源，包括人员、应急物资、应急通讯工具等。          |

| 院长工作清单  | 临床科主任落实医疗工作清单   |
|---|---|
| 1. 制定落实年度及中长期医院建设与发展规划<br>2. 组织人员及时更新，修订医院规章制度和岗位职责<br>3. 组织召开医院质量与安全管理委员会（每年至少2次），制定并落实年度医院质量与安全管理目标及计划<br>4. 组织召开医院质量与安全管理委员会（每年至少4次）<br>5. 组织召开抗感染药物管理小组会议（每年至少4次）<br>6. 组织召开临床路径管理委员会（每年2次）<br>7. 组织召开应急领导小组工作会议（每年至少1次）<br>8. 组织医院信息系统培训（每年至少1次）<br>9. 组织召开信息化建设专题会议（每年至少1次）<br>10. 定期行政查房<br>11. 组织行政管理培训，管理人员至少掌握2项质量管理改进方法及技术工具<br>12. 定期召开科代会或工会委员会扩大会议，通过“三重一大”事项 | 一、成立科室医疗质量与安全管理工作小组<br>二、落实科室医疗质量与安全管理工作<br>三、落实16条核心医疗管理制度<br>1. 首诊负责制<br>2. 三级医师查房制度<br>3. 会诊制度<br>4. 疑难危重病例讨论制度<br>5. 危重患者抢救制度<br>6. 手术分级管理制度<br>7. 术前讨论制度<br>8. 手术安全核查与风险评估制度<br>9. 值班、交接班制度<br>10. 死亡病例讨论制度<br>11. 查对制度<br>12. 转科（转院）制度<br>13. 技术准入制度<br>14. 病历书写基本规范及管理制度<br>15. 临床用血申请管理制度<br>16. 分级护理管理制度 |





## 计划制定：

时间安排      （医院、科室）

内容安排      （文件    培训）

要      求      科学化    +    合理化（可操作）

关      键      清单      模板





## 院长工作清单

- 1、制定落实年度及中长期医院建设与发展规划
- 2、医院规章制度和岗位职责定期修订，及时更新
- 3、制定年度医院质量与安全管理目标及计划
- 4、医院质量与安全管理委员会，每年至少 2 次
- 5、医疗质量与安全管理委员会，每季度 1 次
- 6、抗菌药物管理小组会议，每年至少 4 次
- 7、临床路径管理委员会，每年 2 次
- 9、应急领导工作小组会议，每年至少一次
- 10、组织院级系统防灾训练，每年至少一次
- 11、召开信息化建设专题会议，每年至少 1 次
- 12、定期行政查房
- 13、组织管理干部接受全面质量管理培训与教育，至少掌握 1~2 项质量管理改进方法及质量管理常用技术工具
- 14、定期向职代会或全体员工述职

## 临床科主任落实医疗工作清单

### 一、成立科室医疗质量与安全管理小组

各项工作落实责任人（详见医疗质量与安全专项管理本）

### 二、落实科室 8 个台帐本相关工作

建议每项指定责任人（按使用说明及时完成）

- 1 科室质控会议记录本（至少每月 1 次）
- 2 医疗质量与安全专项管理本
- 3 交（接）班记录本（每日填写）
- 4 死亡病例讨论记录本（死亡后 1 周内）
- 5 疑难病例讨论记录本（每周至少 1 次）
- 6 危急值登记本（随时接报即处理填写）
- 7 医院感染管理手册（每月按要求完成，全年填写 1 本）
- 8 超长住院（30 天）病例讨论记录本（适时记录）

### 三、落实 16 条核心医疗管理制度

- |                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 1 首诊负责制度        | 9 值班、交班制度        |
| 2 三级医师查房制度      | 10 死亡病例讨论制度      |
| 3 会诊制度          | 11 查对制度          |
| 4 疑难危重病例讨论制度    | 12 转科（转院）制度      |
| 5 危重患者抢救制度      | 13 技术准入制度        |
| 6 手术分级管理制度      | 14 病历书写基本规范及管理制度 |
| 7 术前讨论制度        | 15 临床用血申请管理制度    |
| 8 手术安全核查与风险评估制度 | 16 分级护理管理制度      |





## 建立标准、有序文档管理

- 加强培训，达成共识
- 文档排序标准化
- 文件装订标准化
- 建立快速查询目录
  - 盒装资料
  - 交叉管理工作制度及管理文档（如：医师、护士管理文件分散在多个部门）





## 1. 许可证

医院执业许可证：核实诊疗科目，校验情况

大型设备配置许可证

放射诊疗许可证等

2. 核实各类中心、研究所是否获得省级卫生行政部门批准

3. 人员花名册；床医比例、床护比例、科室高级职称人数、急诊科、重症医学科、手术室等医护人员数

4. 三重一大：基建、大型设备购置论证、干部任免、大额资金使用；决策过程资料；院长办公会（党政联席会）、职代会相关议题资料





### 5. 医疗安全管理

统一投诉管理部门、制度、流程、登记处理资料、总结、分析与改进

音像及书面档案资料

员工投诉渠道及处理

各种法律法规培训及典型案例教育（每年2次）

不良事件：归口上报、统计、分析与处理

### 6. 人力资源管理：制度、设置、聘用、考核、规划、技术档案、岗前培训、

职业安全保护、健康档案





## 摘 要

本季自 2014 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間共收案通報件數 16,604 件，新增 81 家醫療院所加入，累計參與機構家數達 5,775 家。本季通報家數共 329 家，通報率為 5.7%（本季通報家數/參與總家數），如不計診所及衛生所，機構通報率為 46.5% (329/707)。通報管道經機構通報 16,573 件、個人通報 31 件。通報方式以家數為例，經線上通報共 191 家、軟體上傳共 101 家、資料庫匯入共 43 家；以件數為例，經資料庫匯入共 7,703 件、軟體上傳共 6,154 件、線上通報共 2,747 件。因此，本季通報家數以線上通報方式最多（佔 57.9%），通報件數則以資料庫匯入最多（佔 46.4%）。

系統接受通報事件包括藥物事件 5,695 件、跌倒事件 4,481 件、手術事件 285 件、輸血事件 119 件、醫療照護事件 377 件、公共意外 212 件、治安事件 483 件、管路事件 2,499 件、院內不預期心跳停止事件 135 件、麻醉事件 6 件、傷害行為事件 1,139 件、檢查檢驗病理切片事件 964 件及其他類事件 209 件。就發生機構別包括醫院 14,505 件、精神科醫院 1,560 件、護理之家 378 件、精神復健機構 105 件、養護機構 5 件、診所 10 件、其他機構（含未填）41 件。因此，本季通報事件是以藥物事件最多（佔 34.3%），跌倒事件其次（佔 27.0%），第三為管路

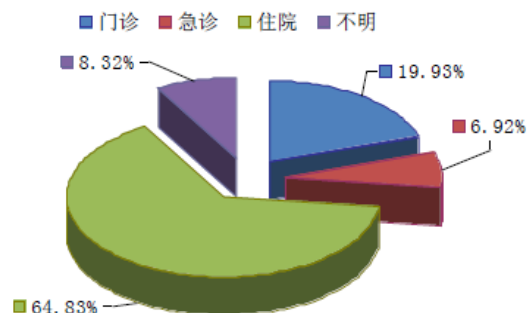




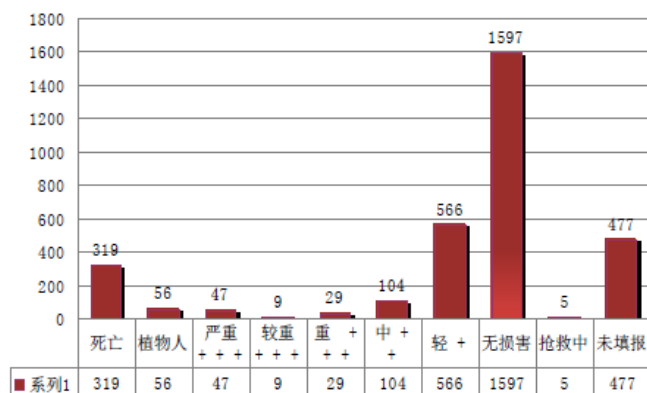
## ➤ CHA医疗安全（不良）事件报告系统统计数据

据2007-2009年CHA医疗安全（不良）事件报告统计，参加“医疗安全（不良）事件”报告的1083所医院中，共报告不良事件3209例。

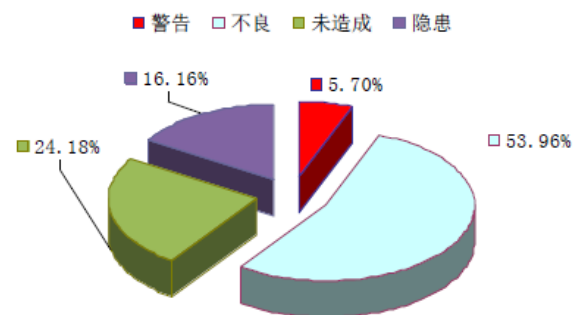
诊疗类别



造成病人损害轻重程度



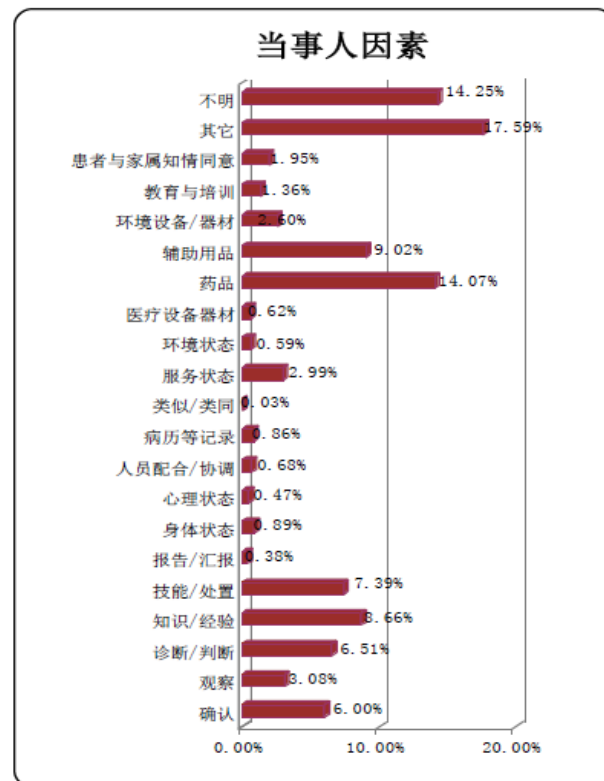
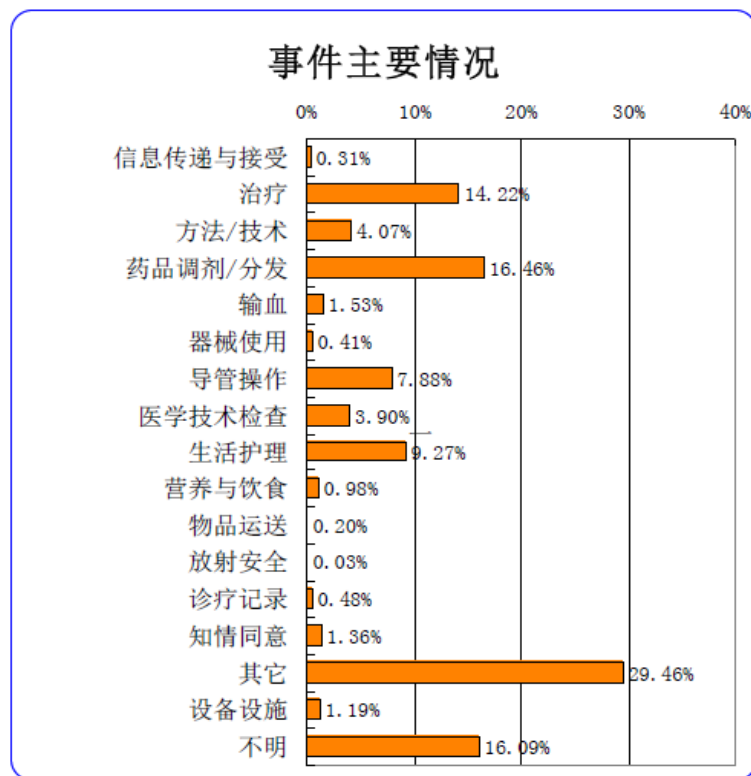
事件级别







## ➤ CHA报告系统中关于事件原因的分析







### 7.准入与授权管理

人员资质（急诊、手术、ICU、值班、病理等） 准入

高风险操作：腔镜、麻醉、介入操作人员授权、管理

手术分级管理、手术医师分级管理

医疗技术分类与准入

药物授权管理：抗菌药物、激素类药物、血液制品、麻醉药品等

8.应急管理：组织架构、**灾害脆弱性分析**；队伍、设备设施、物资；

各类应急预案、培训、演练等



# HVA评估结果



| 维度       | 风险事件                       | 可能性<br>(分) | 损失严重性 (分) |      |      | 防范工作完备 情况(分) |      |      | 相关<br>风险值<br>(%) | 排名 |
|----------|----------------------------|------------|-----------|------|------|--------------|------|------|------------------|----|
|          |                            |            | 人员伤亡      | 财产损失 | 服务影响 | 应急准备         | 内部响应 | 外部响应 |                  |    |
| 自然灾害类事故  | 台风                         | 1.78       | 1.63      | 1.73 | 1.82 | 1.94         | 1.88 | 1.85 | 36               | 4  |
|          | 龙卷风                        | 0.69       | 1.28      | 1.42 | 1.40 | 1.34         | 1.33 | 1.31 | 10               | 45 |
|          | 强雷暴                        | 1.81       | 1.68      | 1.64 | 1.86 | 1.91         | 1.86 | 1.80 | 36               | 4  |
|          | 降雪                         | 0.17       | 0.37      | 0.47 | 0.45 | 0.56         | 0.56 | 0.58 | 1                | 47 |
|          | 暴风雪                        | 0.15       | 0.52      | 0.51 | 0.57 | 0.59         | 0.56 | 0.60 | 1                | 47 |
|          | 冰雹                         | 0.77       | 1.13      | 1.13 | 1.07 | 1.50         | 1.44 | 1.39 | 11               | 44 |
|          | 地震                         | 0.83       | 1.83      | 1.96 | 1.82 | 1.62         | 1.58 | 1.56 | 16               | 36 |
|          | 海啸                         | 0.40       | 1.15      | 1.06 | 1.04 | 1.06         | 0.93 | 1.01 | 5                | 46 |
|          | 极端温度(超高温或超低温)              | 1.98       | 1.63      | 1.43 | 1.47 | 1.81         | 1.76 | 1.80 | 36               | 4  |
|          | 干旱                         | 1.26       | 1.09      | 1.12 | 1.16 | 1.65         | 1.56 | 1.57 | 19               | 31 |
|          | 洪水                         | 1.18       | 1.56      | 1.62 | 1.63 | 1.66         | 1.52 | 1.52 | 21               | 27 |
|          | 火山喷发                       | 0.08       | 0.67      | 0.64 | 0.63 | 0.65         | 0.59 | 0.57 | 1                | 47 |
|          | 流行病暴发                      | 2.02       | 2.25      | 1.84 | 2.08 | 1.68         | 1.65 | 1.64 | 42               | 2  |
|          | 技术类事故                      |            |           |      |      |              |      |      |                  |    |
| 技术类事故    | 电力故障                       | 1.91       | 1.34      | 1.41 | 2.06 | 1.54         | 1.58 | 1.60 | 34               | 7  |
|          | 发电机故障                      | 1.59       | 1.25      | 1.41 | 1.88 | 1.59         | 1.61 | 1.63 | 28               | 12 |
|          | 交通瘫痪                       | 1.27       | 1.17      | 1.25 | 1.73 | 1.82         | 1.76 | 1.66 | 22               | 20 |
|          | 燃料短缺                       | 1.00       | 0.96      | 1.08 | 1.63 | 1.60         | 1.61 | 1.54 | 16               | 36 |
|          | 天然气故障                      | 1.09       | 1.03      | 1.19 | 1.44 | 1.67         | 1.62 | 1.58 | 17               | 35 |
|          | 供水故障                       | 1.60       | 1.16      | 1.34 | 1.89 | 1.86         | 1.75 | 1.70 | 29               | 10 |
|          | 污水处理系统故障                   | 1.32       | 1.03      | 1.26 | 1.59 | 1.76         | 1.70 | 1.61 | 22               | 20 |
|          | 蒸汽故障                       | 1.24       | 1.13      | 1.28 | 1.47 | 1.70         | 1.68 | 1.56 | 20               | 29 |
|          | 火警警报系统故障                   | 1.40       | 2.08      | 2.21 | 1.96 | 1.80         | 1.76 | 1.62 | 30               | 9  |
|          | 通讯故障                       | 1.30       | 1.07      | 1.30 | 1.78 | 1.71         | 1.67 | 1.63 | 22               | 20 |
|          | 备用气体故障                     | 1.22       | 1.74      | 1.64 | 1.96 | 1.70         | 1.60 | 1.57 | 23               | 18 |
|          | 信息系统故障                     | 1.43       | 1.09      | 1.33 | 1.83 | 1.71         | 1.72 | 1.68 | 25               | 16 |
|          | 内部火灾                       | 1.46       | 2.39      | 2.34 | 2.35 | 1.67         | 1.63 | 1.54 | 32               | 8  |
|          | 内部水灾                       | 1.05       | 1.54      | 1.77 | 1.85 | 1.66         | 1.56 | 1.48 | 19               | 31 |
| 人员类伤害事故  | 内部危险品暴露或泄漏                 | 1.28       | 2.10      | 2.01 | 2.05 | 1.85         | 1.67 | 1.63 | 27               | 13 |
|          | 供应短缺                       | 1.33       | 1.15      | 1.16 | 1.58 | 1.75         | 1.65 | 1.59 | 22               | 20 |
|          | 结构建筑物性损坏                   | 1.28       | 1.80      | 2.03 | 2.00 | 1.98         | 1.91 | 1.75 | 27               | 13 |
|          | 大规模伤害事件(外伤)                | 1.13       | 1.95      | 1.93 | 2.00 | 1.81         | 1.72 | 1.71 | 23               | 18 |
|          | 大规模伤害事件(医疗/感染)             | 1.34       | 2.13      | 2.20 | 2.21 | 1.85         | 1.75 | 1.77 | 29               | 10 |
|          | 恐怖袭击                       | 0.71       | 1.75      | 1.90 | 1.93 | 1.77         | 1.68 | 1.53 | 14               | 41 |
|          | VIP客户情况                    | 1.39       | 1.07      | 1.08 | 1.28 | 1.51         | 1.47 | 1.46 | 20               | 29 |
|          | 婴儿诱拐                       | 1.21       | 1.73      | 1.58 | 1.76 | 1.61         | 1.58 | 1.60 | 22               | 20 |
|          | 劫持人质情况                     | 0.87       | 1.67      | 1.36 | 1.90 | 1.87         | 1.67 | 1.57 | 16               | 36 |
|          | 医闹                         | 2.30       | 2.08      | 2.10 | 2.44 | 1.74         | 1.74 | 1.73 | 50               | 1  |
|          | 罢工行动                       | 1.00       | 1.29      | 1.51 | 1.94 | 1.79         | 1.64 | 1.67 | 18               | 34 |
|          | 司法鉴定或医疗诉讼事件                | 1.98       | 1.43      | 1.79 | 1.93 | 1.70         | 1.74 | 1.75 | 38               | 3  |
|          | 爆炸物威胁                      | 0.93       | 1.93      | 1.89 | 1.93 | 1.86         | 0.74 | 1.76 | 19               | 31 |
|          | 危险品类伤害事故                   |            |           |      |      |              |      |      |                  |    |
| 危险品类伤害事故 | 大规模危险品伤亡事件(历史事件<br>及5名受害者) | 0.75       | 1.75      | 1.71 | 1.80 | 1.60         | 1.49 | 1.41 | 13               | 43 |
|          | 小规模危险品伤害事件(从历史事<br>件)      | 1.08       | 1.86      | 1.80 | 1.79 | 1.71         | 1.65 | 1.65 | 21               | 27 |
|          | 社会上化学品暴漏                   | 1.22       | 2.06      | 1.88 | 2.00 | 1.77         | 1.74 | 1.65 | 25               | 16 |
|          | 中小规模内部泄漏                   | 1.13       | 1.81      | 1.69 | 1.75 | 1.78         | 1.69 | 1.69 | 22               | 20 |
|          | 大规模内部泄露                    | 0.83       | 1.93      | 1.86 | 1.98 | 1.70         | 1.61 | 1.62 | 16               | 36 |
|          | 恐怖袭击(化学性质)                 | 0.74       | 1.92      | 1.79 | 1.85 | 1.62         | 1.58 | 1.59 | 14               | 41 |
|          | 内部放射性物质暴露                  | 1.24       | 2.06      | 1.93 | 2.06 | 1.79         | 1.76 | 1.80 | 26               | 15 |
|          | 外部放射性物质暴露                  | 1.04       | 2.02      | 1.87 | 1.99 | 1.90         | 1.80 | 1.78 | 22               | 20 |
|          | 恐怖袭击(放射性)                  | 0.76       | 1.93      | 1.77 | 1.93 | 1.77         | 1.63 | 1.6  | 15               | 40 |



## 建章立制、完善制度体系

- 《医院工作制度汇编（医疗护理分册）》
- 《医院工作制度汇编（医院管理分册）》
- 《医院应急预案汇编》
- 《岗位职责汇编》
- 《诊疗指南与操作规范》
- 科级制度及预案汇编







题    目：首诊负责制度

文件号：重医一院制度—LC—01

生效日期：2006-03-09

版本号：02

修改日期：2013-06-05

页    码：1/1

## 首诊负责制度

一、首先接诊患者的科室为首诊科室，接诊医师为首诊医师。

二、首诊医师须及时接诊患者，认真问诊、亲自查体、进行必要的检查，作出初步诊断与处理，并及时书写门（急）诊病历。

三、急诊患者、急诊留观患者、急诊抢救患者均有完整的符合规范的病历记录，体现急诊诊疗全过程。

四、首诊医师对需要紧急抢救的患者，必须先行抢救，同时向上级医师汇报，并不得因强调挂号、交费等手续延误抢救时机。坚决杜绝科室间、医师间推诿患者。

五、复合伤或涉及多科室的危重患者抢救，在未明确收治科室之前，首诊科室必须负责诊治，所有的相关科室须执行危重患者抢救制度，协同抢救，并不得推诿，更不得擅自离去。

六、首诊医师遇重大突发事件等紧急情况不能独立处理时，在积极抢救同时应向本科主任、急诊科主任、医务处或院总值班汇报，以利迅速调集、协调和指挥各有关科室医护人员参与救治。

七、诊断为非本科疾患，需及时转至相应科室诊疗。

八、受邀科室的会诊医师应具有会诊资质，及时会诊、提出诊疗意见并记录，同时，应向邀请科室医师交班。当医师会诊意见不一致时，须分别请示本科上级医师或科主任，若双方仍不能达成一致意见，由首诊医师负责上报医务处或院总值班协调解决。

九、凡在接诊、诊治、抢救患者过程中未执行上述规定，追究当事人和所在科室的责任。





- ✓ 手术医师分级手术资质
- ✓ 高风险操作（介入、麻醉、腔镜）卫生技术人员资质
- ✓ 急诊及重症医学有创诊疗技术及相关人员资质
- ✓ 病理科医师、技术人员资质
- ✓ 特殊资质：麻醉科超声引导技术、麻醉恢复室医师资质；超声消融手术医师资质；呼吸治疗师资质
- ✓ 产科助产士手术分级与资质
- ✓ 组长医师及总住院医师

- ✓ 床旁检验设备（便携式血糖仪、血气分析）检测人员资质
- ✓ 检验、放射、超声等大型设备人员资质
- ✓ 专家门诊及专病门诊
- ✓ 研究生和进修医师工作资质
- ✓ 康复治疗系列仪器操作人员资质



# 我院做法——科室资料盒准备清单



|    |      |               |  |   |
|----|------|---------------|--|---|
| 11 | 应急管理 | 2010—<br>2013 | <p>1、医院制度、预案和脆弱性分析（附件1）</p> <p>2、科级制度及预案（如果科级制度及预案汇编含有相关内容则只需建立目录索引，如果未涵盖则需全文打印装盒）</p> <p>3、科室应急培训资料（培训应包括国家和重庆市相关应急法律法规、预案，院级和各科室预案，急救知识、技能和能力，院感，医疗设备故障和应急替代，消防，后勤保障等）</p> <p>（1）科室培训计划</p> <p>（2）培训相关记录</p> <p>4、应急演练资料（演练应包括科室相关主要预案，如：患者急救应急、消防应急等）</p> <p>（1）科室演练计划</p> <p>（2）演练脚本（突发事件紧急医学救援演练脚本为例，见附件2）</p> <p>（3）演练现场记录（文字、影像记录）</p> <p>（4）总结分析（包括优点和缺点，体现持续改进，附件3）</p> | <p>附件1.<br/>医务处提供索引</p> <p>附件2.<br/>由医务处制定模板</p> <p>附件3.<br/>由医务处制定模板</p> |
|----|------|---------------|--|---|





## 健全员工培训体系

### 培训方式

- 现场教学
- 院科两级培训
- 网络培训

### 培训内容

- 规章制度
- 专业技能
- 消防安全
- 合理用药
- 医院文化与战略
- .....

### 培训类别

- 岗前培训
- 在职培训
- 继续教育
- 暑期干部培训
- 住院医师规范化培训

### 培训人员

- 在职职工
- 中层干部
- 新进人员
- 四生



# 院级培训



重庆医科大学附属第一医院各类培训计划表

| 填报处室:  |   |           |    |              |      | 填报日期   |
|--|---|-----------|----|--------------|------|--------|
| 培训项目名称   | 三甲条款  | 培训项目属性    | 学时 | 主讲人          | 培训时间 | 培训对象   |
| 各科室、部门每年至少组织一次系统的防灾训练                            | 1. 4. 4. 1C2                                  | 应急培训      |    | 全院各处科室       |      | 全院     |
| 放射事故应急预案演练                                       | 4. 18. 4. 3C2                                 | 应急培训      |    | 医务处、放射科      |      | 全院     |
| 门诊制度及流程培训（预约诊疗、门诊管理、危重患者优先处理）                    | 2. 1. 2. 1C5<br>2. 2. 1. 1C2<br>2. 2. 1. 1B3  | 门急诊服务管理培训 |    | 医务处（门诊部办公室）  |      | 全院医务人员 |
| 门诊突发事件预警及处理培训                                    | 2. 2. 3. 2B2                                  | 应急培训      |    | 医务处（门诊部办公室）  |      | 门诊相关工作 |
| 急诊医护人员技能培训                                       | 2. 3. 1. 2B                                   | 门急诊服务管理培训 |    | 医务处（门诊部办公室）  |      | 急诊医护人员 |
| 急诊流程培训（含重点病种）                                    | 2. 3. 2. 1★C4<br>2. 3. 2. 2★C3                | 质量管理培训    |    | 医务处（门诊部办公室）  |      | 全院医务人员 |
| 急诊制度培训   | 2. 3. 2. 1★C2 C4                              | 质量管理培训    |    | 医务处（门诊部办公室）  |      | 全院医务人员 |
| 应急医疗救援预案、制度、岗位职责培训                               | 2. 3. 3. 1C3                                  | 应急培训      |    | 医务处          |      | 医疗救援应  |
| 服务流程培训（留观、入院、出院、转科、转院服务流程、科室没有空床或医疗设施有限时的流程培训）   | 2. 4. 1. 1B1<br>2. 4. 3. 1C4                  | 服务管理培训    |    | 医务处、护理部      |      | 全院职工   |
| 出院患者健康教育相关制度培训                                   | 2. 4. 4. 1C1                                  | 服务管理培训    |    | 医务处、护理部      |      | 全院医务人员 |
| 出院患者随访、预约管理相关制度培训                                | 2. 4. 4. 1C2                                  | 服务管理培训    |    | 医务处、护理部      |      | 全院医务人员 |
| 基本医疗保障管理相关制度和相应保障措施培训                            | 2. 5. 1. 1C4                                  | 医保管理培训    |    | 医务处（医疗保险办公室） |      | 全院职工   |
| 维护患者合法权益（包括合法权益的内容如：隐私权、不同信仰等；维护技巧如：知情同意以及告知等）培训 | 2. 6. 1. 1★C3<br>2. 6. 3. 1C1<br>2. 6. 5. 1C3 | 安全管理培训    |    | 医务处（医患关系办公室） |      | 全院医务人员 |





# 评审准备—具体实施是关键

## 院级针对全院职工统一培训、科级培训进一步强化

### ◆ 专题培训

- 《标准》解读
- 现场评审方法讲解
- OA系统培训与在线考试
- 质量管理工具应用与PDCA案例分享

### ◆ 多层次培训

- 院级培训
- 职能部门培训
- 临床医技科室培训
- 科间协调会



管理工具培训



全院医师培训



全院护士培训



行政人员培训



护工保洁人员培训



# 评审准备——具体实施是关键



## 院级专家督查

- ◆ 多层次督导
  - 运用系统追踪及个案追踪
  - 院级专家分组自查及反馈
  - 专家检查问题梳理归类（外院及本院）
  - 注重病案首页数据分析，找出检查聚焦点
- ◆ 督导检查问题反馈及整改专题会



院外专家检查



院外专家检查



院内自查专家培训



院内专家自查



自查问题反馈





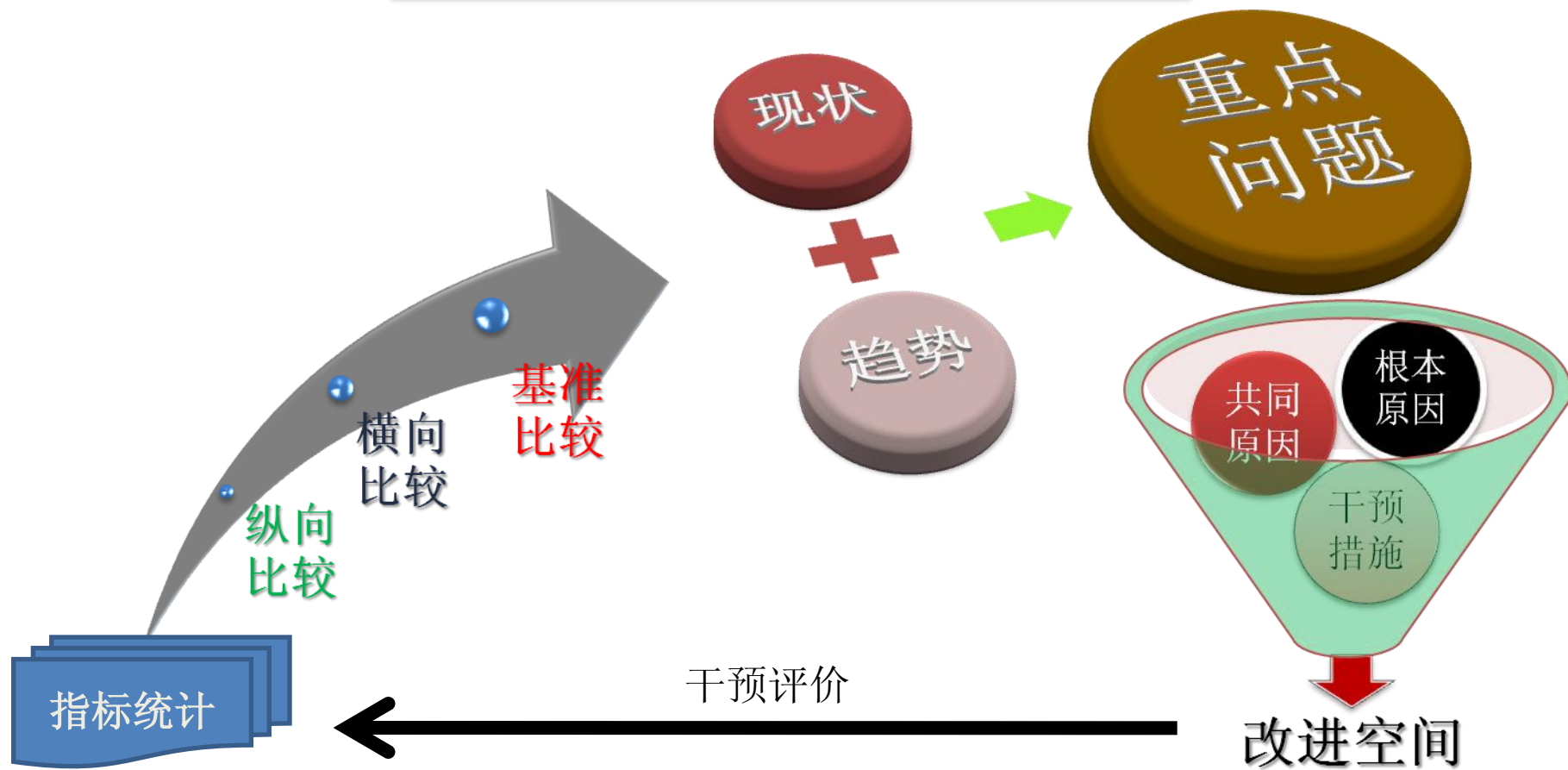
### 三、医院质量持续改进





# 一、医疗质量与安全管理实施

## 医疗质量管理模式







➤ 规章制度与流程

核心制度、医疗风险管理、患者安全目标

➤ 临床诊疗指南与技术操作规范

➤ 医疗质量管理和持续改进实施方案

• 考核标准、考核办法、质量指标

• 关键环节及重点部门管理标准与措施

} 符合本院实际

——定期修订更新、院科两级培训





- 医疗质量控制、安全管理信息数据库
  - 抗菌药物和其他药品
  - 血液和血制品
  - 围手术期管理与手术分级管理
  - 各类手术、介入操作与麻醉操作及并发症
  - 医院感染管理
  - 病历质量管理
  - 急危重症管理
  - 医疗护理缺陷与纠纷
  - 患者满意度
  - 医疗技术项目操作人员的技能及资质数据库
- }合理使用



.....





- 首诊负责制度
- 三级医师查房制度
- 会诊制度
- 疑难病例讨论制度
- 危重患者抢救制度
- 危急值报告制度
- 术前讨论制度
- 手术分级管理制度
- 手术安全核查制度
- 查对制度
- 分级护理制度
- 值班和交接班制度
- 病历书写与管理制度
- 抗菌药物管理制度
- 临床用血审核制度
- 死亡病例讨论制度





## ➤ 各专业常见病、多发病

- ✓ 糖尿病
- ✓ 慢性阻塞性肺疾病
- ✓ 感染性休克

• • • • •

## ➤ 各专业常见技术操作

- ✓ 胸腔穿刺与胸腔闭式引流术
- ✓ 气管内插管术
- ✓ 腹腔穿刺术

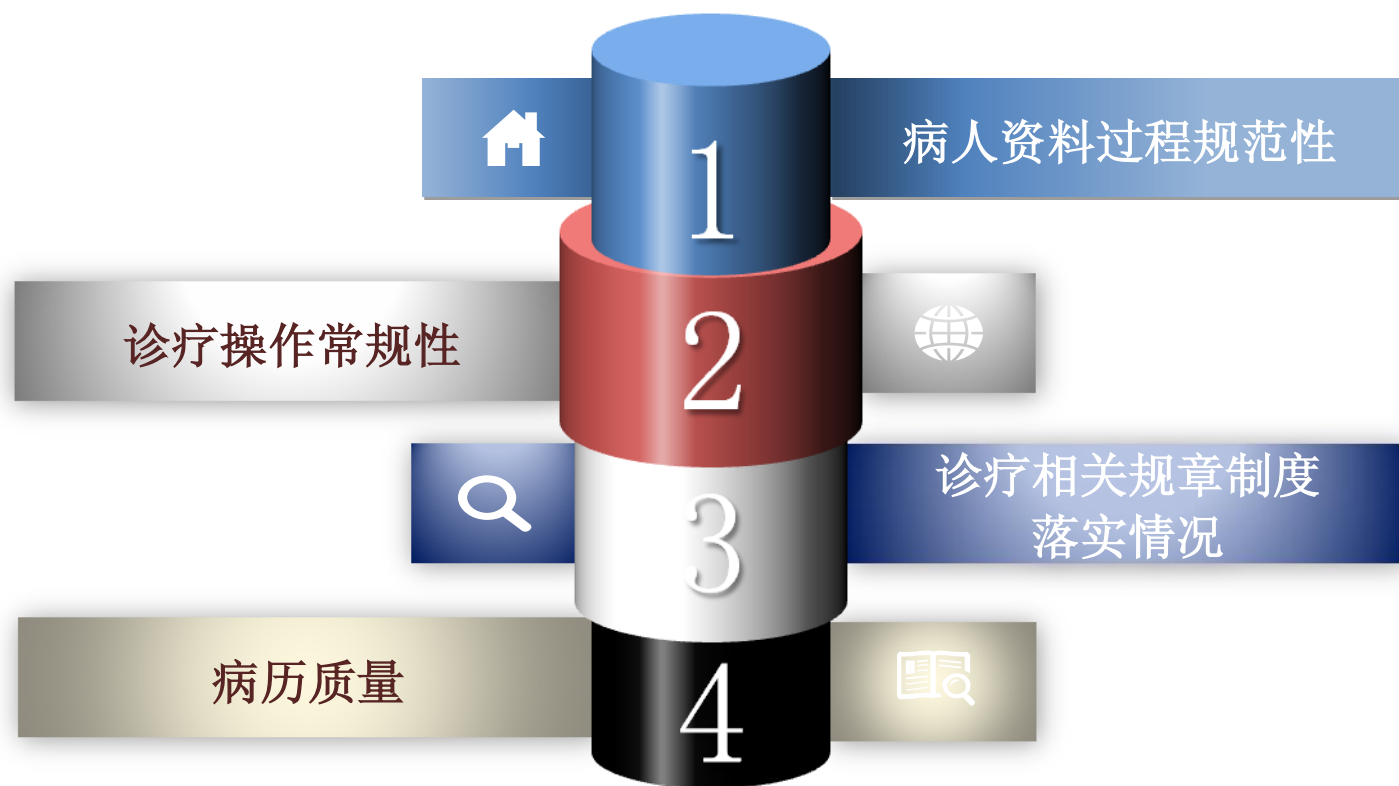
.....

——规范诊疗行为









——反映诊疗过程顺利性、协调性、干预行为的合理性、标准化





01

重返率  
(再住院  
与再手术)

02

死亡率  
(住院死  
亡与术后  
死亡)

03

安全指标  
(并发症  
与患者安  
全)

04

治疗质量  
效率指标

——反映医疗干预的影响结果





## 医务人员资格授权管理

- ✓ 手术医师分级手术资质
- ✓ 高风险操作（介入、麻醉、腔镜）卫生技术人员资质
- ✓ 急诊及重症医学有创诊疗技术及相关人员资质
- ✓ 病理科医师、技术人员资质
- ✓ 特殊资质：麻醉科超声引导技术、麻醉恢复室医师资质；超声消融手术医师资质；呼吸治疗师资质
- ✓ 产科助产士手术分级与资质

- ✓ 床旁检验设备（便携式血糖仪、血气分析）检测人员资质
- ✓ 检验、放射、超声等大型设备人员资质
- ✓ 专家门诊及专病门诊
- ✓ 研究生和进修医师工作资质
- ✓ 康复治疗系列仪器操作人员资质





## 重点部门

- 手术室（麻醉恢复室）
- 重症医学科
- 新生儿室
- 内镜室
- 导管室
- 产房
- 血液透析室
- 急诊医学科

## 关键环节

- 急危重患者管理
- 急诊绿色通道管理
- 围手术期管理
- 输血与药物管理
- 有创诊疗操作管理
- 患者安全目标





## 薄弱环节

- 节假日及夜间值班
- 低年资工作人员（新进人员、规培人员）
- 进修生、研究生、实习医生
- 特殊情况：紧急抢救、突发公共卫生事件等





## 技术准入及动态管理

- 技术准入
  - ✓ 一类技术目录与准入：医院
  - ✓ 二类技术准入：市卫生计生委委托机构
  - ✓ 三类技术准入：国家卫生计生委委托机构
- 新技术、新项目伦理审核
- 动态（追踪）管理：重点是高风险技术项目

——技术管理档案





- 病历质量（运行、终末）检查标准
- 重点科室、关键环节、薄弱环节检查标准
- 医技科室检查标准
- 急诊重点病种管理流程
- 住院超30天患者
- .....





# 医疗制度落实情况检查



|                  |                                       |
|------------------|---------------------------------------|
| 疑难、危重病人、死亡病例讨论制度 | 未按规定完成每月一次的疑难病例讨论                     |
|                  | 未按规定完成死亡病例讨论（7天内，尸检病例病例报告返回后7天内）      |
|                  | 讨论记录不规范（病人信息不全）                       |
|                  | 讨论记录不规范（参加人员记录不具体）                    |
|                  | 讨论记录不规范（无三级医师的单独发言记录）                 |
|                  | 讨论记录不规范（疑难病例讨论无讨论总结意见）                |
|                  | 讨论记录不规范（死亡病例讨论无经验教训总结）                |
|                  | 讨论记录不规范（无记录者或主持人签名）                   |
| 人员资质             | 科室人员资质档案不可查询                          |
|                  | 高风险技术操作人员无资质                          |
|                  | 有创操作人员无资质                             |
| 非计划再次手术          | 无法提供非计划再次手术登记本                        |
|                  | 未按规定完成全科讨论                            |
|                  | 未按规定每月定期统计分析原因                        |
|                  | 未按规定提出改进措施                            |
|                  | 未按规定上报讨论分析情况                          |
|                  | 登记本登记项目不全                             |
| 住院超30天患者管理       | 无法提供住院超30天患者全科讨论记录本                   |
|                  | 住院超30天患者无全科讨论记录（对照病案科提供名单）            |
|                  | 讨论记录不规范（无原因分析及整改措施）                   |
|                  | 讨论记录不规范（无具体发言人记录）                     |
|                  | 讨论记录不规范（无主持人及详细参加讨论人员姓名）              |
|                  | 讨论记录不规范（字迹潦草无法辨认）                     |
|                  | 讨论记录不规范（无记录者或主持人签字）                   |
| 出院患者随访           | 无随访记录本                                |
|                  | 随访记录不完善（缺详细的随访方式）                     |
|                  | 随访记录不完善（无医师随访记录）                      |
|                  | 随访记录不完善（病人信息不全：出院时间、姓名、性别、年龄、住院号、诊断等） |
|                  | 随访记录不完善（随访情况不详）                       |
|                  | 随访记录不完善（缺随访者签名）                       |

2015年运行质量考核表（二）——外科系统

| 医疗制度部分 |  |                            | 运行病历部分 |   |   |
|--------|--|----------------------------|--------|---|---|
| 项目内容   | 制度要求   | 考核细则                       | 项目内容   | 制度要求                                    | 考核细则  |
| 科室质控管理 | 科主任每月定期举行1次全科医疗质量评价与安全控制会议，要按照质控本要求的内容进行统计、分析、查找原因、提出整改措施。 | 未举行科室质控会                   | 术前小结   | 所有手术必须完成术前小结（急诊手术应在首次病程录中记录相关内容）。       | 缺术前小结                                       |
|        |  | 未能现场提供检查（提供补查有记录）          |        |   | 记录缺项（简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项等） |
|        |  | 未能现场提供检查（未提供补查）            |        |   | 无主刀术前查看病人记录                                 |
|        |  | 未及时记录质控会议内容                |        |   | 主刀术前查看病人记录无主刀签字（术前完成）                       |
|        |  | 记录潦草、未按要求书写记录（问题内容通报）      |        |   | 无记录者或上级医师签字                                 |
|        |  | 记录潦草、未按要求书写记录（问题内容讨论及原因分析） | 手术审批   | 所有手术均须完成术前审批。经管医师或以上医师客观填写，逐级医师审批并亲笔签字。 | 未在术前完成手术审批（包括缺审批书、审批者未签字、未填写主刀）             |
|        |  | 记录潦草、未按要求书写记录（问题内容整改意见）    |        |   | 内容填写不全（病人基本情况、诊断、简要病史）                      |
|        |  | 记录潦草、未按要求书写记录（上月问题整改成效）    |        |   | 内容填写不全（术前检查内容）                              |
|        |  | 缺记录人/主持人签字                 |        |   | 内容填写不全（手术风险估计及预防措施）                         |
|        |  | 质量与安全小组成员未全体参加             |        |   | 内容填写不全（参加手术人员填写不全）                          |
|        |  | 无质量与安全、医疗制度的培训学习计划         |        |   | 内容填写不全（填写时间、填表人）                            |
|        |  | 无质量与安全、医疗制度的培训学习记录         |        |   | 主刀与手术记录或手术护理记录不一致，且无病程说明原因                  |





# 专项检查

- 手术首台开台时间
- 手术安全核查
- 手术风险评估
- 围手术期管理
- 特殊药品管理
- 在岗情况及执业资格
- 会诊时限、资质及内涵
- .....





# 关注卫生行政部门相关规范



国家卫生计生委医政医管局

网站首页

首页

机构设置

公文

工作动态

您当前的位置：首页 >> 动态

字体大小：□□□□ □打印页

## 《麻醉等6个专业质控指标（2015年版）的通知》解读

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会 2015-04-10

近期，国家卫生计生委办公厅印发了麻醉、重症医学、急诊、临床检验、病理、医院感染6个专业质控指标（2015年版），现对有关要点解读如下：

### 一、起草背景和必要性

加强医疗质量管理与控制，保证医疗质量和医疗安全是医疗管理的永恒主题。质控工作的根本目的，是促进我国医疗服务的规范化、标准化、同质化，缩小地区之间、不同医疗机构之间的医疗质量差距。随着我国医疗卫生事业的发展 and 医药卫生体制改革的不断深化，进一步加强医疗质量管理与控制，对当前公立医院改革措施的落实和医改目标的实现具有重要的现实意义。

近年来，国家卫生计生委陆续建立了部分专业国家级医疗质量控制中心，积极推动质控工作进程。各省省级医疗质量控制中心建设工作也在不断推进，专业人员队伍不断壮大。医疗质量控制指标是开展医疗质量管理与控制工作的重要工具。但是，由于国内各专业尚无统一的质控指标，同一专业或同一种诊疗手段各地区、各医疗机构之间无法横向比较，也无法真实了解全国质量工作的基线水平及开展情况，因此，尽快制定统一的、符合我国国情的各专业医疗质量控制指标，十分必要也十分迫切。

### 二、起草经过

为了进一步加强医疗质量管理与控制，完善医疗质量管理与控制体系建设，我局组织各专业国家级质控中心，起草了相关专业医疗质量控制指标。考虑到麻醉、重症医学、急诊、临床检验、病理、医院感染6个专业是平台学科，其质量管理的规范化程度对其他专科的医疗质量有重要作用，我们首先遴选这6个专科，制定其主要的质控指标。在起草过程中，各专业国家级质控中心广泛征求专家意见，结合国际公认的相关标准，立足我国国情，坚持科学、灵活、实用、独立、可行的指标确立原则，充分利用群体决策、聚类分析等指标筛选方法，兼顾结构质量、环节质量和终末质量。质控指标初稿完成后，在全国行业内反复征求意见，并进行了修改完善，最终形成了麻醉等6个专业医疗质量控制指标（2015年版），先期予以发布。

### 三、主要内容

麻醉、重症医学、急诊、临床检验、病理、医院感染6个专业质控指标（2015年版）



国家卫生计生委医政医管局

网站首页

首页

机构设置

政策法规

通知公告

工作动态

征求意见

其他

您当前的位置：首页 >> 通知公告

字体大小：□□□□ □打印页面

## 国家卫生计生委办公厅关于印发麻醉等6个专业质控指标（2015年版）的通知

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会 2015-04-13

国卫办医函〔2015〕252号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局：

为进一步加强医疗质量管理，规范临床诊疗行为，促进医疗服务的标准化、同质化，我委组织麻醉、重症医学、急诊、临床检验、病理、医院感染6个专业国家级质控中心，制定了相关专业的质控指标（可从国家卫生计生委网站医政医管子站下载）。现印发给你们，供各级卫生计生行政部门、质控中心和医疗机构在医疗质量管理控制工作中使用。

各省省级卫生计生行政部门要加强对辖区内质控中心和医疗机构的培训指导，加强指标应用、信息收集和反馈工作。指标应用过程中有关情况和问题及时报我委医政医管局。

联系人：医政医管局 李亚、马旭东

电 话：010-68791875、68791876

传 真：010-68792067

邮 箱：medicalquality@163.com

附件：1.麻醉专业医疗质量控制指标（2015年版）.docx

2.重症医学专业医疗质量控制指标（2015年版）.docx

3.急诊专业医疗质量控制指标（2015年版）.docx

4.临床检验专业医疗质量控制指标（2015年版）.docx

5.病理专业医疗质量控制指标（2015年版）.docx

6.医院感染管理质量控制指标（2015年版）.docx

国家卫生计生委办公厅

2015年3月31日

仁爱 敬业 严谨 创新





## 二、设备质量保障

### 医疗设备风险评估

风险标准分为5类：临床功能、有形风险、问题避免概率、医疗安全/不良事件记录、制造商/监管部门的要求

高风险级别设备：呼吸机、麻醉机、除颤仪、高频电刀、血透机、CT、DSA

中风险级别设备：心电监护仪、心电图机、超声诊断仪、输液泵、婴儿培养箱等

低风险级别设备：风险评价总分小于等于8分

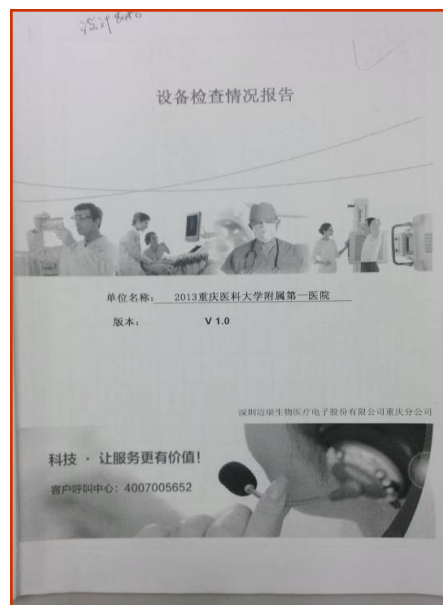
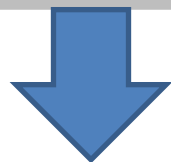
### 医疗设备预防性维护和性能检测

高风险设备PM 6个月

中风险设备PM 12个月

低风险设备PM 24个月





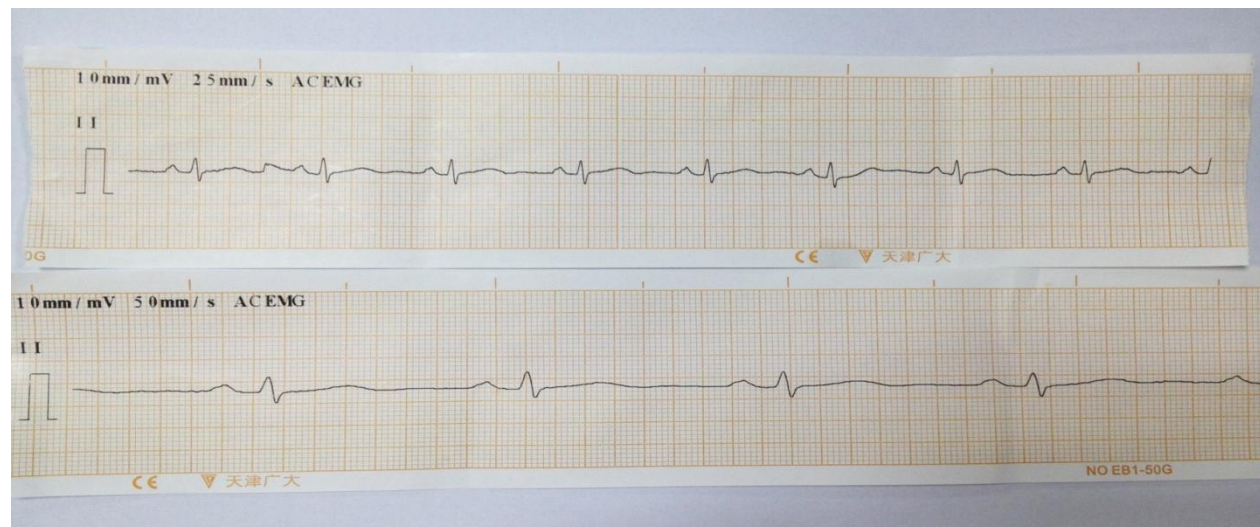
制定维护计划  
建立维护档案



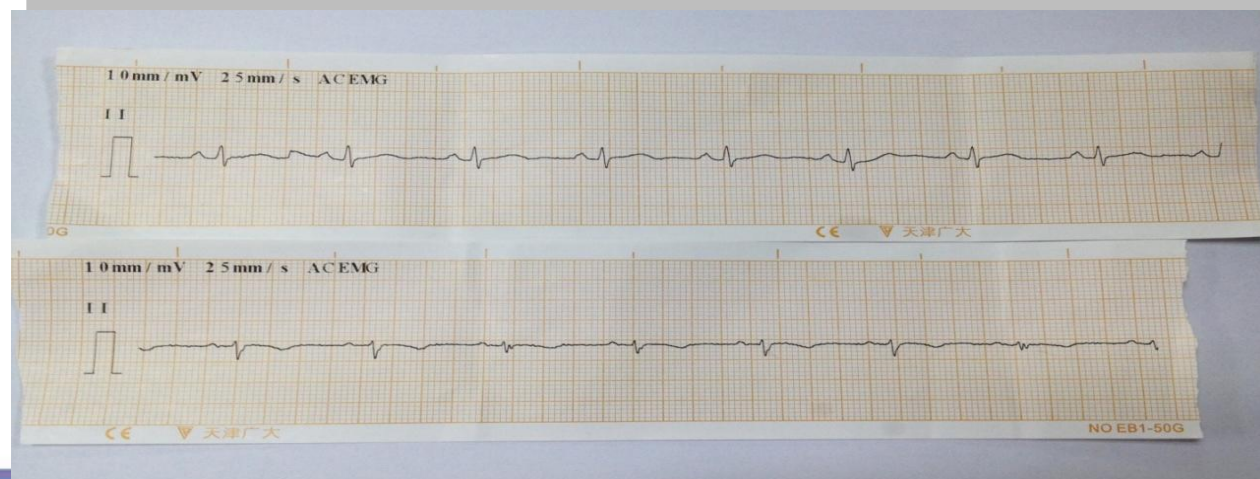
定期检查与评价

仁爱 敬业 严谨 创新





alibaba.com.cn





(质量的保证)

■ 每台血糖仪检测结果至少每6个月与生化方法检测结果进行一次比对

**比对标本要求** (怎样准备标本)

比对样本量50例，浓度覆盖如下表

| 样本数 | 葡萄糖浓度范围 (mmol/L)       |
|-----|------------------------|
| 2   | $< 2.8$                |
| 8   | $\geq 2.8$ 且 $< 4.2$   |
| 10  | $\geq 4.2$ 且 $< 6.7$   |
|     | $\geq 6.7$ 且 $< 11.1$  |
|     | $\geq 11.1$ 且 $< 16.6$ |
|     | $\geq 16.6$ 且 $< 22.2$ |
|     | $\geq 22.2$            |

严谨 精准 高效 创新

## 比对操作步

选择好用于血糖比对的病人，先按常规操作进行**指血糖测定**；同时抽取**静脉血糖管**混匀后30分钟内送检验科作生化法血浆葡萄糖测试

## 合格性判断

■指血糖结果与生化法测试结果相对误差小于 $\pm 20\%$ 判为符合（结果可接受）

■比对的50例样本中，有80%样本判断为符合时，本次比对为合格





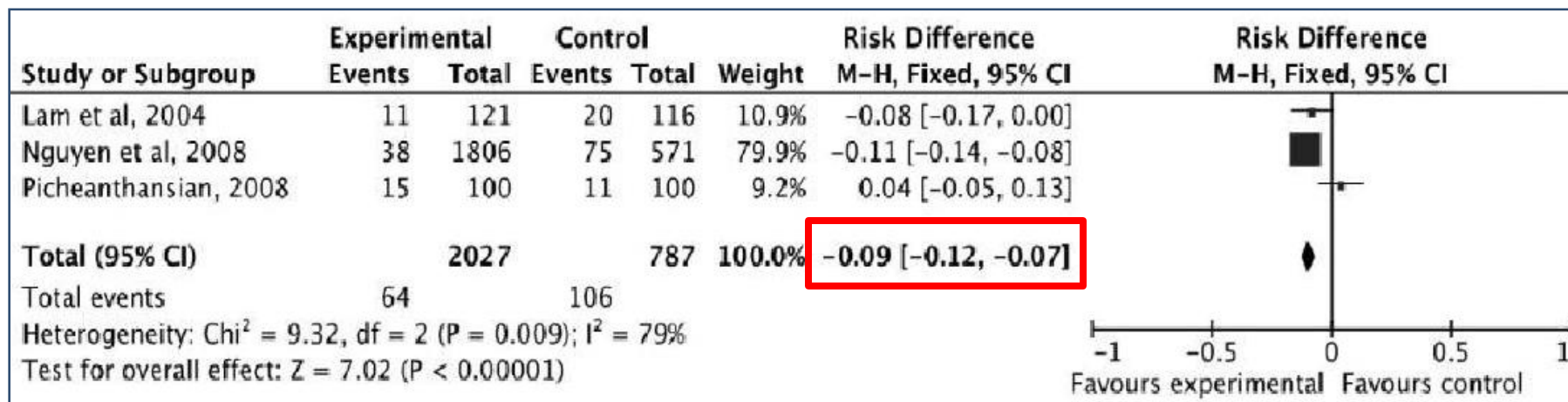
## 运用PDCA循环法 提高医务人员手卫生依从性





## ➤ 手卫生的重要性

- ◆ 以手卫生为主的干预措施降低医院感染发生率效果最强 (median effect 49%)
- ◆ 手卫生干预行动降低医院感染发生率 (RD = -0.09)



※参考: Murni I et al. Prevention of nosocomial infections in developing countries, a systematic review[J]. Paediatr Int Child Health. 2013, 33(2): 61-78.





### ➤ 手卫生依从性监测的重要性

- ◆ **国际指南推荐：**《WHO—医疗活动中手卫生指南（2009年）》推荐采用**直接观察法（金标准）**进行医务人员**手卫生依从性监测**。
- ◆ **国内行政要求：****手卫生依从性监测结果**是国家卫计委《**医院感染管理质量控制指标（2015年版）**》体系中的一员。





### ➤ 提高手卫生依从性水平的必要性

#### ◆ 国家层面的行政要求：

- 《三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》A级标准：  
医务人员手卫生依从性**不断提高**，达到**95%以上**。
- 《手卫生专项工作指导方案（2015-2018）》：医务人员手卫生依从率**≥60%**、重点部门依从率**≥75%**是量化指标。





## ➤ 选题过程

——循证研究、主题评价、共同参与

主题评价表

| 主题评价题目          | 重要性 | 必要性 | 迫切性 | 可行性 | 总分 | 顺序 | 选定 |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 降低院感漏报率         | 10  | 8   | 4   | 12  | 34 | 3  |    |
| 提高MDR感染防控措施的执行率 | 14  | 14  | 12  | 10  | 50 | 2  |    |
| 提高医务人员手卫生依从性    | 20  | 18  | 18  | 18  | 74 | 1  | ★  |
| 降低VAP发生率        | 14  | 14  | 10  | 12  | 50 | 2  |    |





## ➤ 主题：提高我院医务人员手卫生依从性

◆ **名词定义**：医务人员在手卫生五个时刻进行手卫生、与手卫生规范一致的行为。

◆ **监测方法**：直接观察法（手卫生依从性暗访调查）

◆ **衡量指标**：

$$\text{医务人员手卫生依从率} = \frac{\sum \text{受调查的医务人员实际实施手卫生次数}}{\sum \text{同期调查中应实施手卫生次数}} \times 100\%$$



# 计划拟定 (Plan)



计划进度表

| 时间<br>步骤 | 2015年5月 |     |     |     | 2015年6月 |     |     |     | 2015年7月 |     |     |     |     | 2015年8月 |   |   |     | 2015年9月 |     |     |     |   | 参加者                  |
|----------|---------|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|---------|---|---|-----|---------|-----|-----|-----|---|----------------------|
|          | 1       | 2   | 3   | 4   | 1       | 2   | 3   | 4   | 1       | 2   | 3   | 4   | 5   | 1       | 2 | 3 | 4   | 1       | 2   | 3   | 4   | 5 |                      |
| 现状把握     | ---     | --- | --- |     |         |     |     |     |         |     |     |     |     |         |   |   |     |         |     |     |     |   | 医院感染管理科              |
| 目标设定     |         |     |     | --- | ---     | --- |     |     |         |     |     |     |     |         |   |   |     |         |     |     |     |   | 医院感染管理科<br>临床科室院感监督员 |
| 原因分析     |         |     |     | --- | ---     | --- |     |     |         |     |     |     |     |         |   |   |     |         |     |     |     |   | 医院感染管理科              |
| 对策拟定     |         |     |     |     |         | --- | --- |     |         |     |     |     |     |         |   |   |     |         |     |     |     |   | 医院感染管理科<br>医务处、护理部   |
| 实施改进     |         |     |     |     |         |     |     | --- | ---     | --- | --- | --- | --- |         |   |   |     |         |     |     |     |   | 医院感染管理科、人事处<br>临床科室  |
| 效果确认     |         |     |     |     |         |     |     |     |         |     |     |     |     |         |   |   | --- | ---     | --- |     |     |   | 医院感染管理科              |
| 标准化      |         |     |     |     |         |     |     |     |         |     |     |     |     |         |   |   |     | ---     | --- |     |     |   | 医院感染管理科              |
| 检讨改进     |         |     |     |     |         |     |     |     |         |     |     |     |     |         |   |   |     |         |     | --- | --- |   | 医院感染管理科              |
| 开始下一循环   |         |     |     |     |         |     |     |     |         |     |     |     |     |         |   |   |     |         |     |     |     |   | 医院感染管理科等管理部门<br>临床科室 |





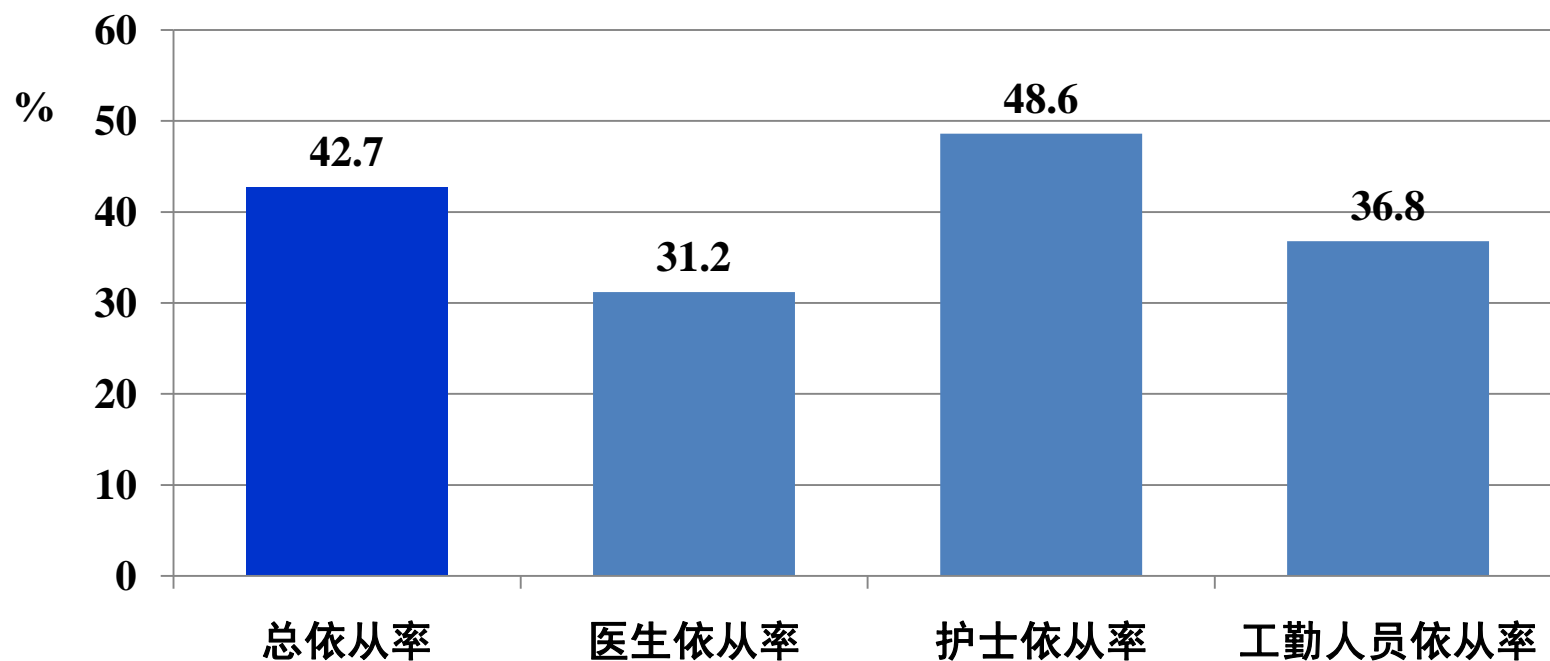
## ➤ 手卫生依从性管理现状

- ◆ **管理形式：**有督查、无监测
- ◆ **反馈方法：**督查结果以个体反馈为主，缺乏整体水平的反馈
- ◆ **管理效果：**
  - 督查结果不能准确反映管理效果
  - 督查反馈没有发现手卫生依从性的明显改善





## ➤ 手卫生依从性水平



2015年5月我院医务人员手卫生依从性抽样调查结果





## ➤ 手卫生干预措施的预期效果

### ◆ 文献研究：手卫生干预效果—手卫生依从性提高率

| Study                    | Comparison                       | Baseline (intercept) |                  | Coefficient (SE)<br>for baseline trend | Coefficient (SE)<br>for change in trend | Coefficient (SE)<br>for change in level | Mean (95% CI)* %<br>change in compliance |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------|------------------|--|---|---|--|
|                          |                                  | % compliance         | Coefficient (SE) |  |   |   |  |
| Lee <sup>48</sup>        |                                  |                      |                  |  |   |   |  |
| Hospital 4               | No intervention v WHO-5          | 44.6                 | −0.215 (0.30)    | −0.081 (0.10)                          | 0.130 (0.10)                            | 0.606 (0.26)                            | 29.9 (3.5 to 56.4)                       |
| Chou <sup>40†</sup>      | No intervention v WHO-5+INC+GOAL | 54.9                 | 0.198 (0.03)     | −0.039 (0.00)                          | 0.151 (0.01)                            | 0.453 (0.17)                            | 56.4 (53.1 to 59.8)                      |
| Marra <sup>50</sup>      | No intervention v WHO-5          | 45.7                 | −0.173 (0.07)    | 0.020 (0.06)                           | 0.063 (0.03)                            | 0.218 (0.06)                            | 11.5 (3.4 to 19.6)                       |
| Helms <sup>30</sup>      | No intervention v WHO-5          | 91.3                 | 2.350 (0.42)     | −0.297 (0.18)                          | 0.354 (0.19)                            | 0.706 (0.33)                            | 35.9 (−5.8 to 77.7)                      |
| Kirkland <sup>29</sup>   | No intervention v WHO-5          | 51.3                 | 0.052 (0.14)     | −0.097 (0.04)                          | 0.111 (0.04)                            | 4.443 (1.03)                            | 83.3 (77.0 to 89.6)                      |
| Al-Tawfiq <sup>28</sup>  | No intervention v WHO-5+GOAL     | 41.3                 | −0.350 (0.09)    | −0.014 (0.02)                          | 0.081 (0.07)                            | 2.328 (0.21)                            | 49.9 (42.8 to 57.0)                      |
| Dubbert <sup>60</sup>    | No intervention v EDU+FED        | 69.5                 | 0.822 (0.34)     | 0.636 (0.39)                           | 2.908 (1.57)                            | −0.753 (0.75)                           | 0.7 (−10.0 to 11.4)                      |
| Armellino <sup>38†</sup> | No intervention v FED+GOAL       | 7.6                  | −2.493 (0.15)    | −0.088 (0.133)                         | 0.849 (0.235)                           | 3.046 (0.68)                            | 45.4 (38.5 to 52.3)                      |
| Armellino <sup>37†</sup> | No intervention v FED+GOAL       | 29.0                 | −0.895 (0.04)    | 0.122 (0.10)                           | −0.109 (0.08)                           | 2.267 (0.14)                            | 74.9 (65.5 to 84.4)                      |
| Salmon <sup>54‡</sup>    | No intervention v EDU            | 42.7                 | −0.295 (0.17)    | 0.003 (0.02)                           | 0.021 (0.02)                            | 0.485 (0.22)                            | 17.9 (−0.3 to 36.2)                      |

※参考：Luangasanatip N et al. Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: systematic review and network meta-analysis[J]. BMJ. 2015, 28: 351.





➤ 目标：我院医务人员手卫生依从率  $\geq 48.0\%$

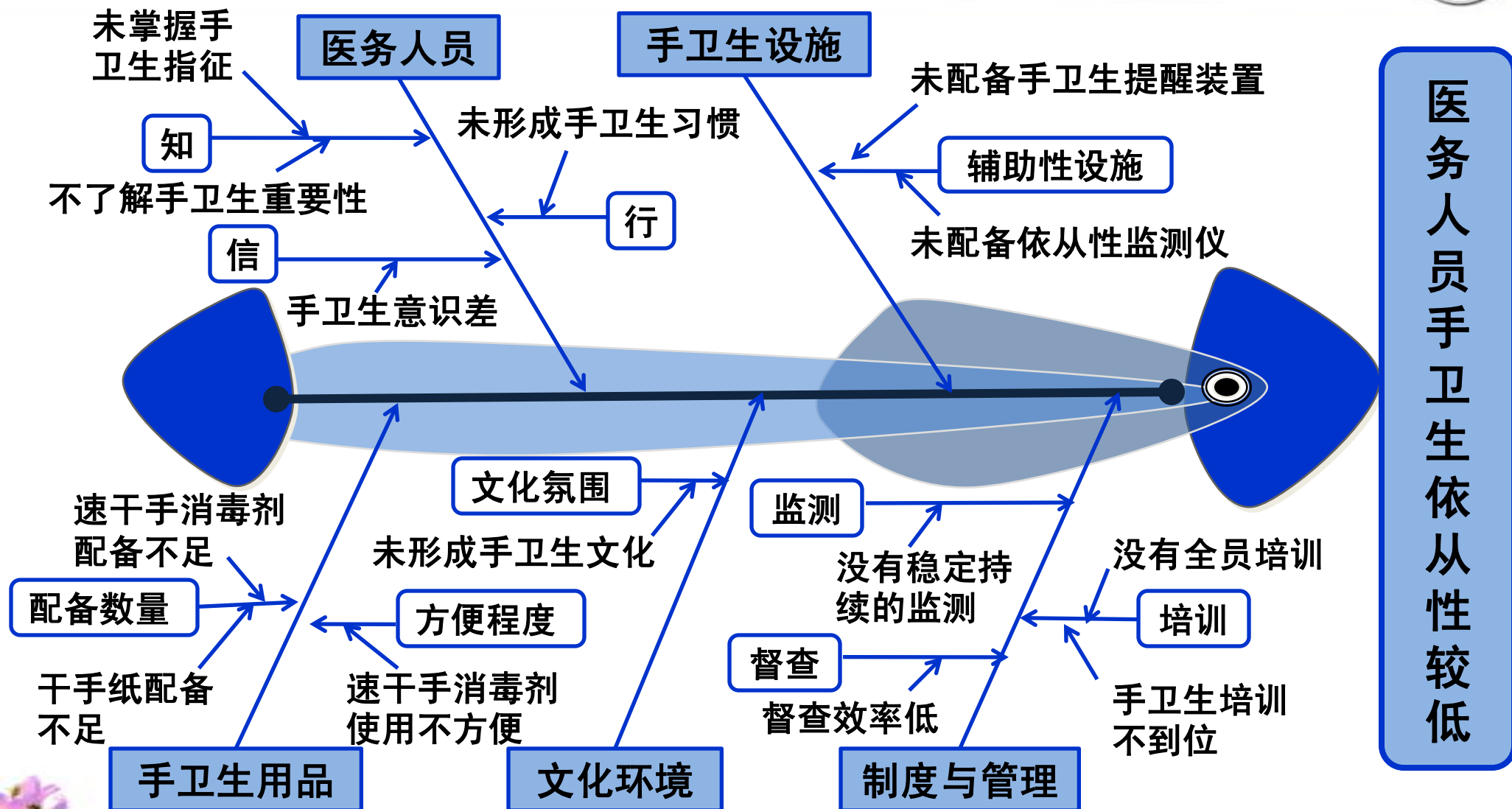
◆ 计算方式： $42.7\% \times (1 + 12.5\%) = 48.0\%$

◆ 提高率 (12.5%) 设定依据：

- 《手卫生专项工作指导方案（2015-2018）》年度工作目标
- 手卫生干预效果的文献研究结果



# 原因分析 (Plan)





## ➤ 问卷调查：

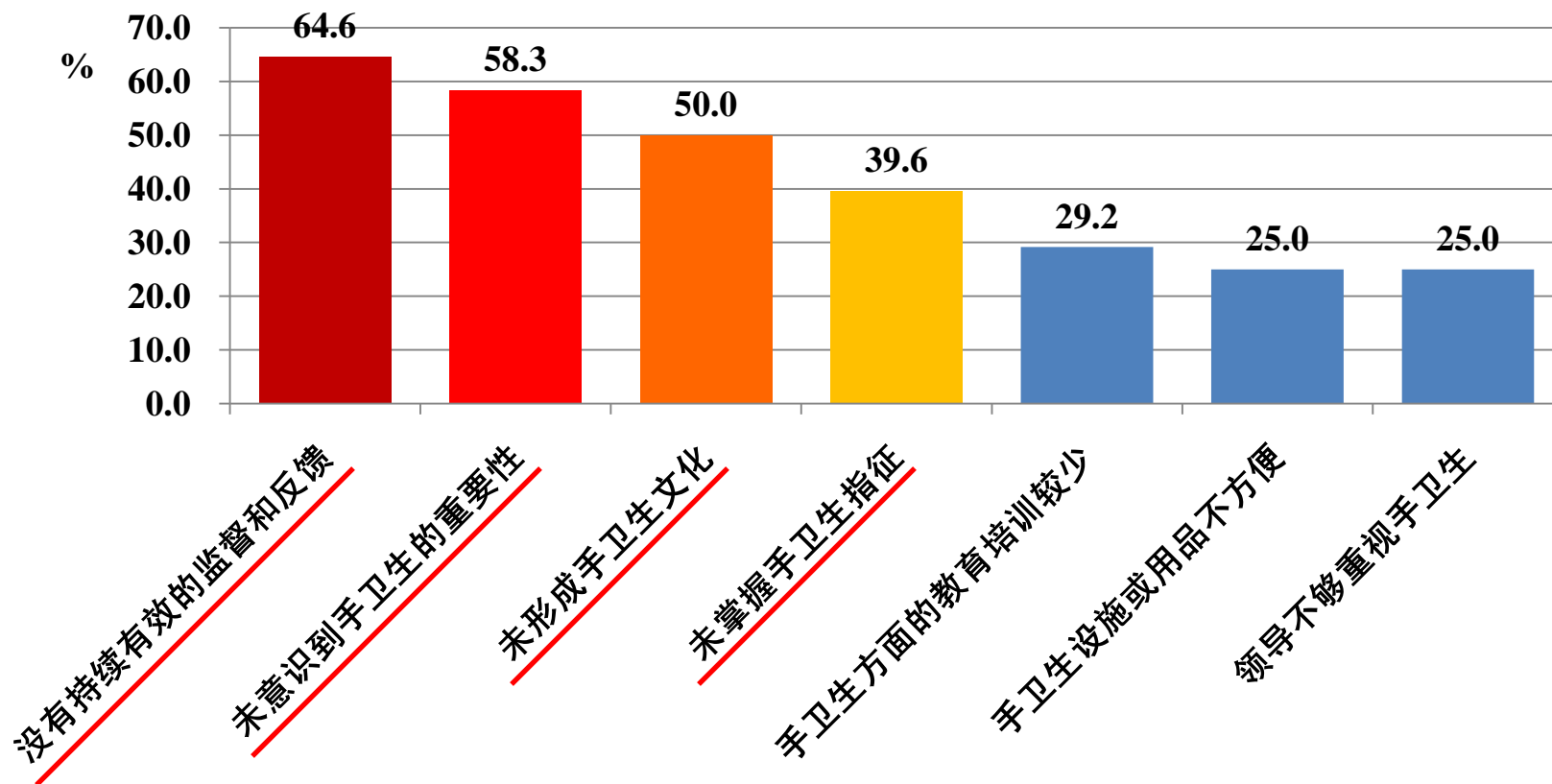
- ◆ 调查对象：院感监督员  
（医生和护士）
- ◆ 样本含量：48人
- ◆ 调查内容：
  - 手卫生依从性不高的原因
  - 有效的手卫生改进措施







## ➤ 调查结果：手卫生依从性较低的原因

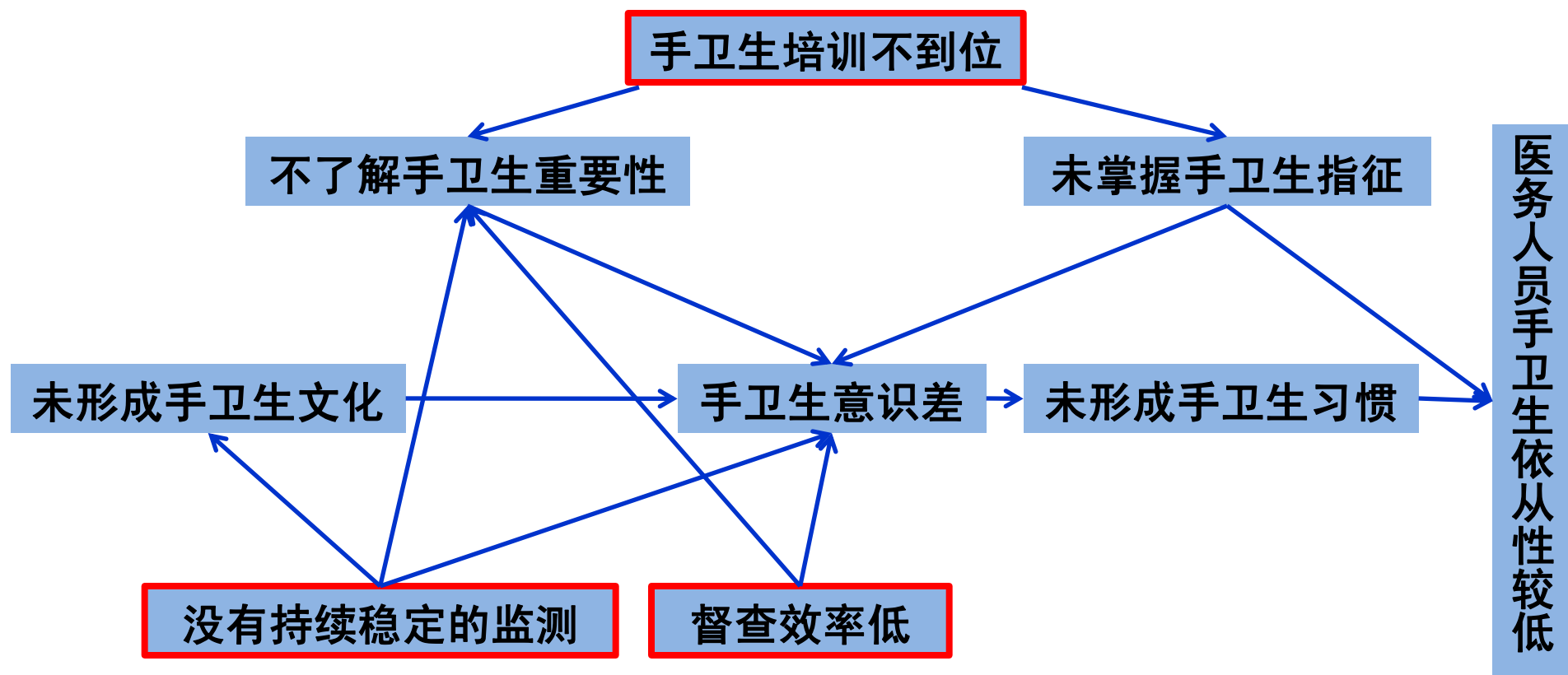


手卫生问卷调查结果显示的手卫生依从性较低原因





## ➤ 行为理论分析：确定策略可针对的主因



手卫生依从性较低的主要影响因素关联图



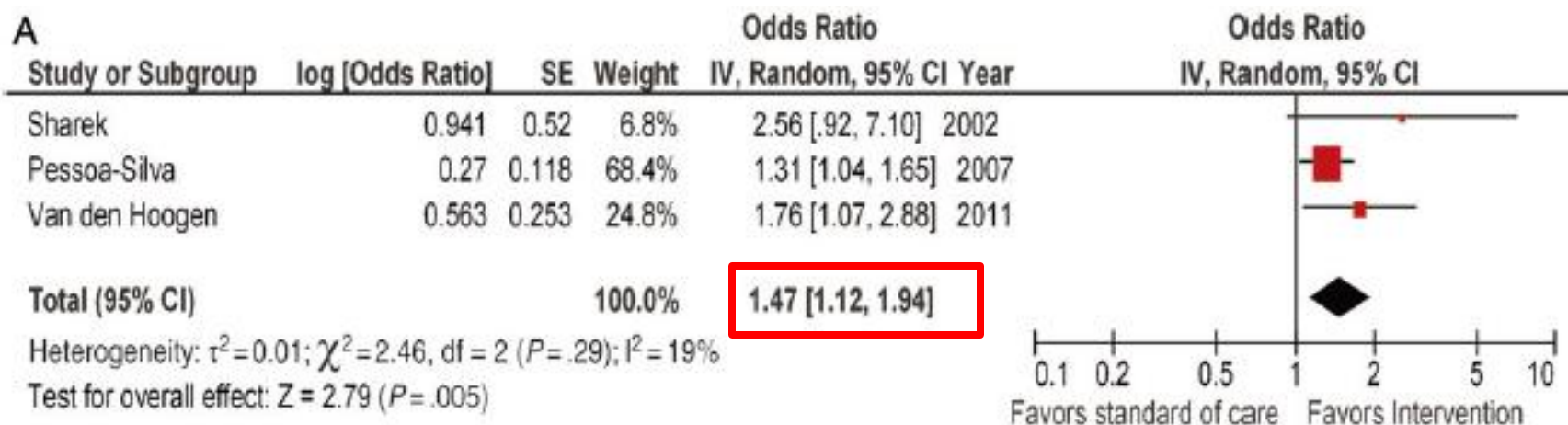
# 对策拟定 (*Plan*)



## ➤ 文献研究：手卫生依从性改进策略

### ◆ WHO提出的五项干预措施（WHO-5）有效：

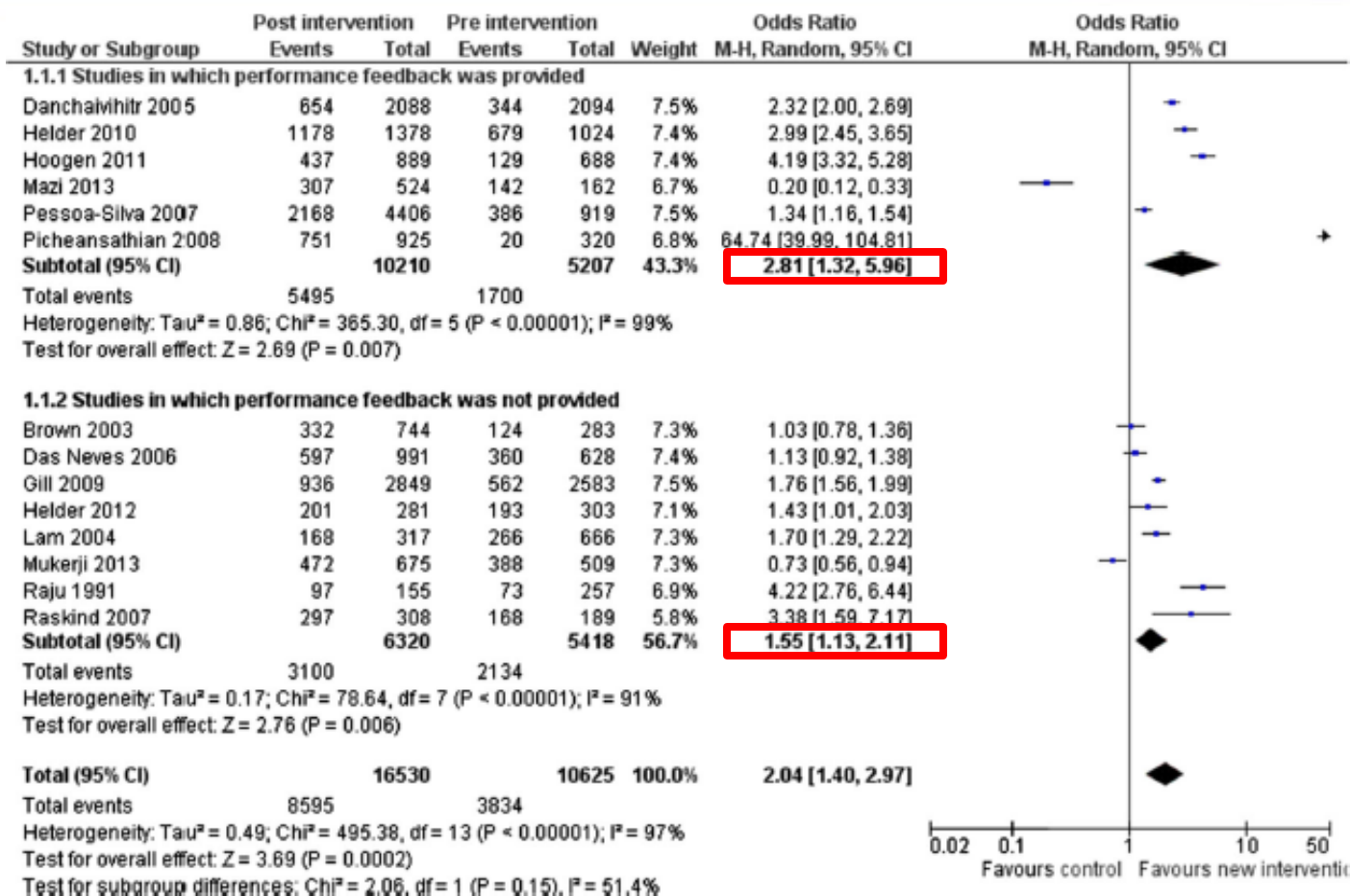
WHO-5：系统改变(system change)、教育(education)、监测反馈(feedback)、提示(reminders)、机构安全文化(institutional safety climate)



※参考：Schweizer ML, et al. Searching for an optimal hand hygiene bundle: a meta-analysis[J]. Clin Infect Dis. 2014, 58(2):248-59.



# 对策拟定 (Plan)



◆ 监测反馈  
对提高手卫  
生依从性的  
作用明显

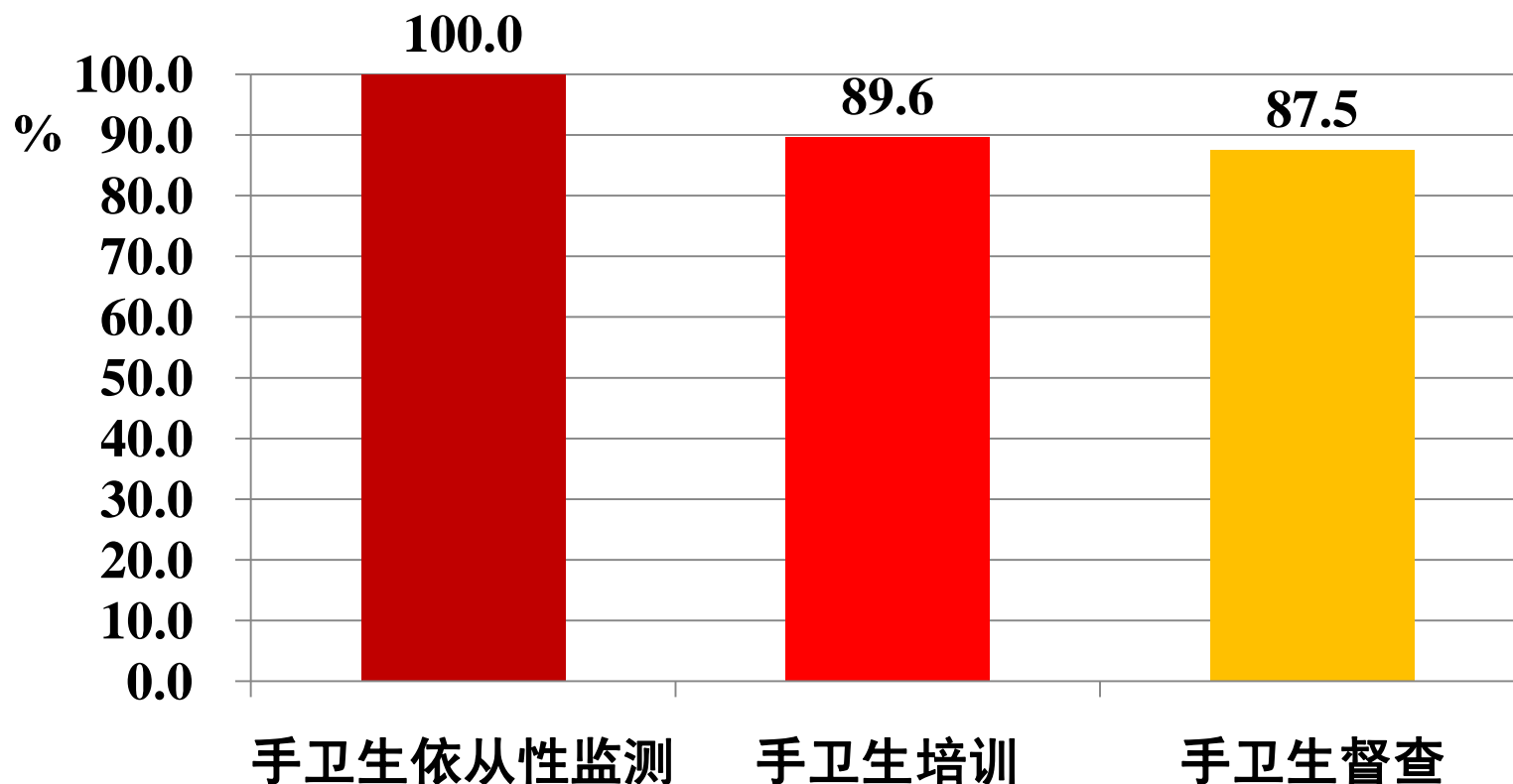
※参考: Ofek Shlomai N et al. Efficacy of interventions to improve hand hygiene compliance in neonatal units: a systematic review and meta-analysis[J]. 2015 ;34(5):887-97.



# 对策拟定 (*Plan*)



## ➤ 问卷调查结果：有效的手卫生改进措施



手卫生问卷调查结果显示的有效手卫生改进措施



# 对策拟定 (Plan)



对策拟定5W1H表

| What         | Why                                   | How                                   | Who               | When       | Where              |
|--------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|------------|--------------------|
| 问题           | 主要原因                                  | 对策拟定                                  | 责任部门              | 实施时间       | 实施地点               |
| 医务人员手卫生依从性较低 | 1. 手卫生培训不到位（导致医务人员不了解手卫生重要性、未掌握手卫生指征） | 1. 分层全员培训：以强调手卫生重要性为重点                | 医院感染管理科<br>全院临床科室 | 2015.07    | 5号楼A栋606<br>全院临床科室 |
|              |                                       | 2. 分层全员培训：以解读手卫生指征为重点                 | 医院感染管理科<br>全院临床科室 | 2015.07    | 5号楼A栋606<br>全院临床科室 |
|              | 2. 手卫生督查效率低                           | 月督查主题有计划、突出重点                         | 医院感染管理科           | 2015.07~09 | 全院临床科室             |
|              | 3. 没有持续、稳定的手卫生依从性监测                   | 1. 拟定手卫生行动计划，执行第三方调查模式的、持续稳定的手卫生依从性监测 | 医务处<br>医院感染管理科    | 2015.07~09 | 全院临床科室             |
|              |                                       | 2. 改变个体反馈方法，探索整体水平反馈的合理机制             | 医务处<br>医院感染管理科    | 2015.07~09 | 医院感染管理科            |
|              |                                       |                                       |                   |            |                    |



## ➤ 对策一 手卫生行动计划之分层全员培训



院感监督员培训：以WHO全球患者安全联盟的**手卫生指征培训视频**为工具



## ➤ 对策一 手卫生行动计划之分层全员培训



临床科室医务人员培训现场



# 实施改进 (Do)



## ➤ 对策二 手卫生督查主题项目计划

ICU 手卫生设施督查表

科室: ICU

督查项目

洗手池及相关用品

洗手池配备洗手液

洗手池配备速干手消毒剂

洗手池配备生活垃圾桶

洗手池配备洗手液、并无杂物

洗手池配备速干手消毒剂

洗手池配备速干手消毒剂

洗手池配备速干手消毒剂

各临床科室医务人员手卫生全员培训情况督查

| 科室/病房    | 《医院感染管理手册》上是否有记录 (有: √, 无: ×) | 签到表 (有: √, 无: ×) | 课件 (有: √, 无: ×) | 现场照片 (有: √, 无: ×) | 备注 |
|----------|-------------------------------|------------------|-----------------|-------------------|----|
| ICU (1)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (2)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (3)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (4)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (5)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (6)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (7)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (8)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (9)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (10) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (11) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (12) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (13) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (14) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (15) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (16) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (17) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (18) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (19) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (20) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |



重庆医科大学附属医院

科室: ICU

督查项目

洗手池及相关用品

洗手池配备洗手液

洗手池配备速干手消毒剂

洗手池配备生活垃圾桶

洗手池配备洗手液、并无杂物

洗手池配备速干手消毒剂

洗手池配备速干手消毒剂

洗手池配备速干手消毒剂

各临床科室医务人员手卫生全员培训情况督查

| 科室/病房    | 《医院感染管理手册》上是否有记录 (有: √, 无: ×) | 签到表 (有: √, 无: ×) | 课件 (有: √, 无: ×) | 现场照片 (有: √, 无: ×) | 备注 |
|----------|-------------------------------|------------------|-----------------|-------------------|----|
| ICU (1)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (2)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (3)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (4)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (5)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (6)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (7)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (8)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (9)  | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (10) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (11) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (12) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (13) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (14) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (15) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (16) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (17) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (18) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (19) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |
| ICU (20) | √                             | √                | √               | √                 | 李强 |

手卫生督查主题项目计划实施的督查资料和现场照片



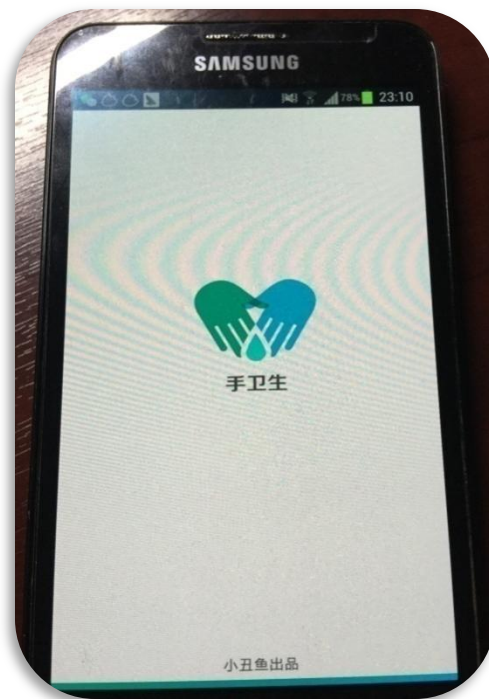
## ➤ 对策三 手卫生行动计划之建立第三方调查模式的依从性监测



手卫生依从性暗访调查员培训



### ➤ 对策三 手卫生行动计划之建立第三方调查模式的依从性监测



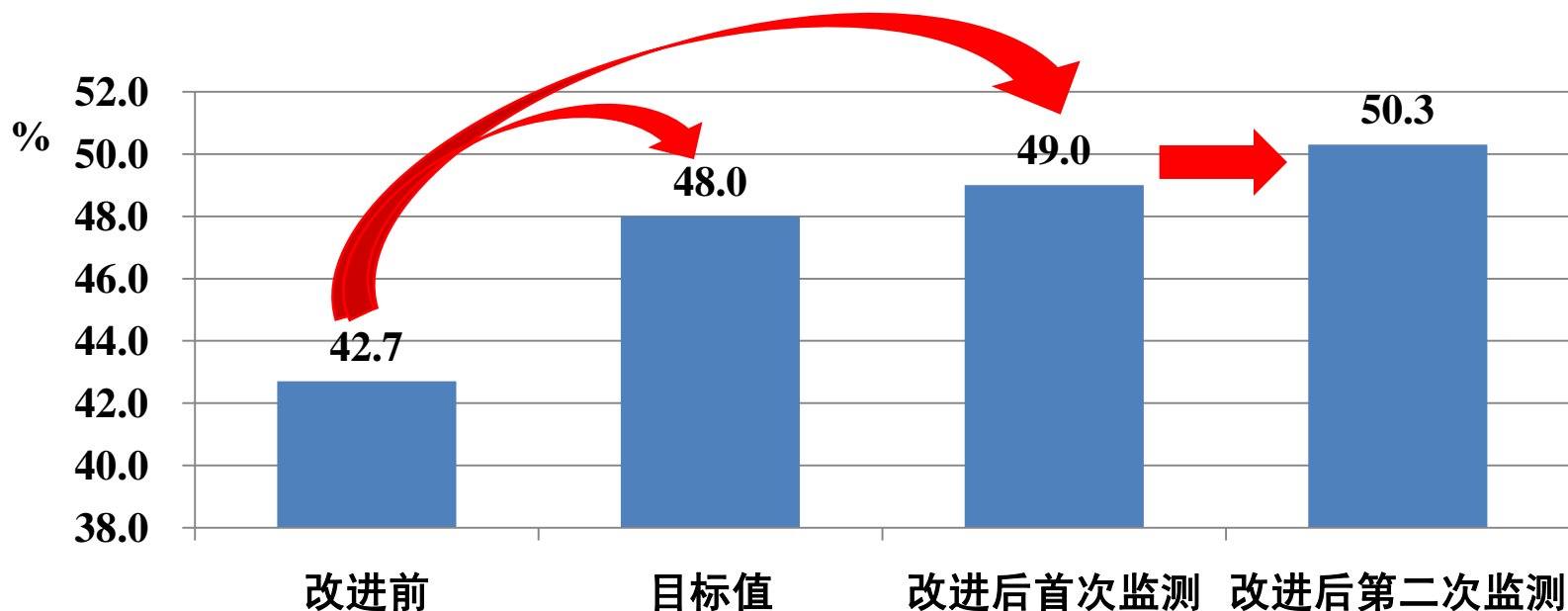
采用**手卫生APP**进行手卫生依从性暗访调查，并直接导出数据





## ➤ 手卫生依从率提高:

$$\begin{aligned}\text{目标达标率} &= (\text{改进后}-\text{改进前}) \div (\text{目标值}-\text{改进前}) \\ &= (49.0\%-42.7\%) \div (48.0\%-42.7\%) = 119\%\end{aligned}$$

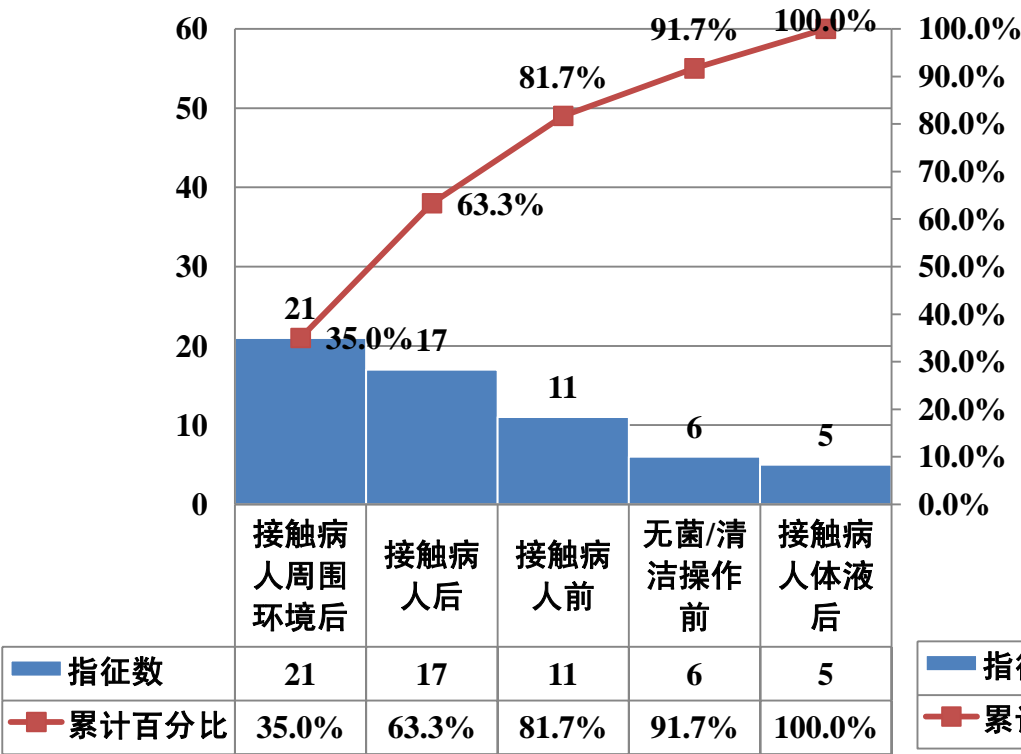


改进前后的医务人员手卫生依从率

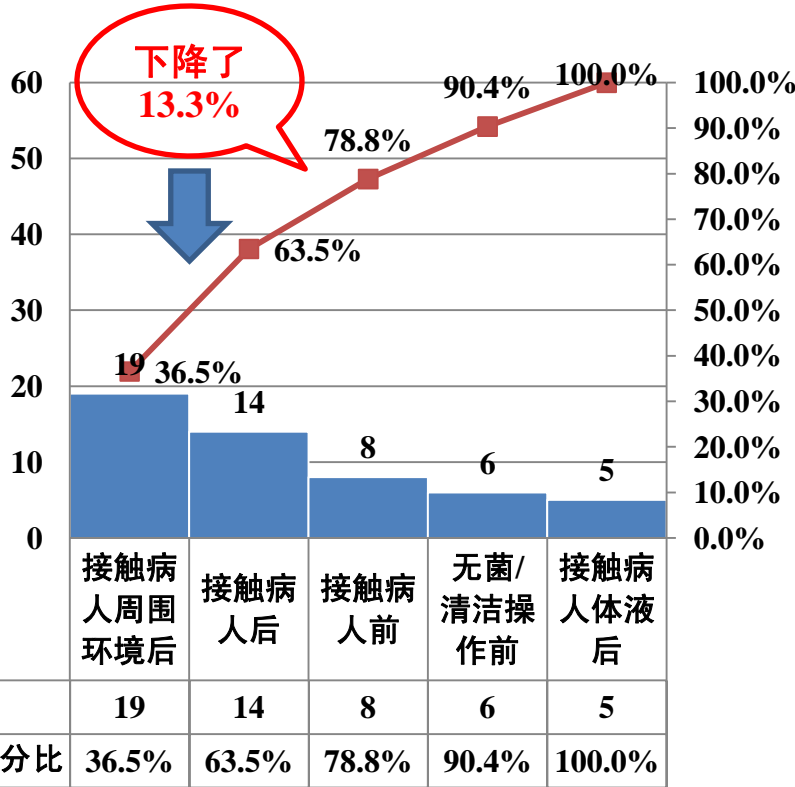




➤ 改进前后的柏拉图比较:



改进前



改进后



# 效果确认 (Check)



## ➤ 制度改进

题 目：手卫生管理制度

文件号：重医一院制度—GR—06

页 码：2/8

五、强化医务人员手卫生知识与技能

实行院科两级手卫生知晓情况督查。

1、院级督查：医院感染管理科定期对医务人员进行手卫生知晓情况督查，总结、反馈督查结果，采取干预措施，持续改进；

2、科内自查：全院各临床（医技）科室每月对科内医务人员进行手卫生知晓情况检查，总结检查结果，采取干预措施，持续改进。

六、提高医务人员手卫生依从性

1、实行院科两级手卫生依从性督查

（1）院级督查：医院感染管理科定期对医务人员进行手卫生依从性暗访调查，总结、反馈调查结果，采取干预措施，持续改进；

（2）科内自查：全院各临床科室每月对科内医务人员进行手卫生依从性暗访调查，总结调查结果，采取干预措施，持续改进。

2、实行手卫生用品消耗量自查

（1）设备处应向医院感染管理科提供全院各临床科室手卫生用品领用量数据，医院感染管理科参照领用量数据，综合评估手卫生持续改进情况；

（2）科内自查：全院各临床科室每月记录科内手卫生用品消耗量，有针对性地采取干预措施，持续改进。

科室名称：医院感染管理科

资料内容：手卫生管理制度修订稿

六、提高医务人员手卫生依从性

（一）手卫生依从性监测

1、拟定全院医务人员手卫生依从性监测计划。

2、按计划向人事处或护理部申请招募志愿者组建手卫生依从性暗访调查员队伍。

3、对手卫生依从性暗访调查员进行培训和考核。

4、手卫生依从性暗访调查员对全院临床科室展开调查，并总结数据。

5、医院感染管理科分析数据并反馈临床科室，进一步采取干预措施促进临床科室改进。

（二）实行院科两级手卫生依从性督查

1、院级督查：医院感染管理科按照《手卫生督查主题项目计划流程》，对医务人员进行手卫生依从性暗访督查，总结、反馈督查结果，采取干预措施，持续改进。

2、科室自查：全院各临床科室每月对科内医务人员进行手卫生依从性暗访调查，总结调查结果，采取干预措施，持续改进。

改进前

改进后

仁爱 敬业 严谨 创新



调查时间: 调查者:

[illegible]

科室/病房: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 观察者编号: \_\_\_\_\_  
开始/结束时间: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 观察持续时间: \_\_\_\_\_ 观察者: \_\_\_\_\_

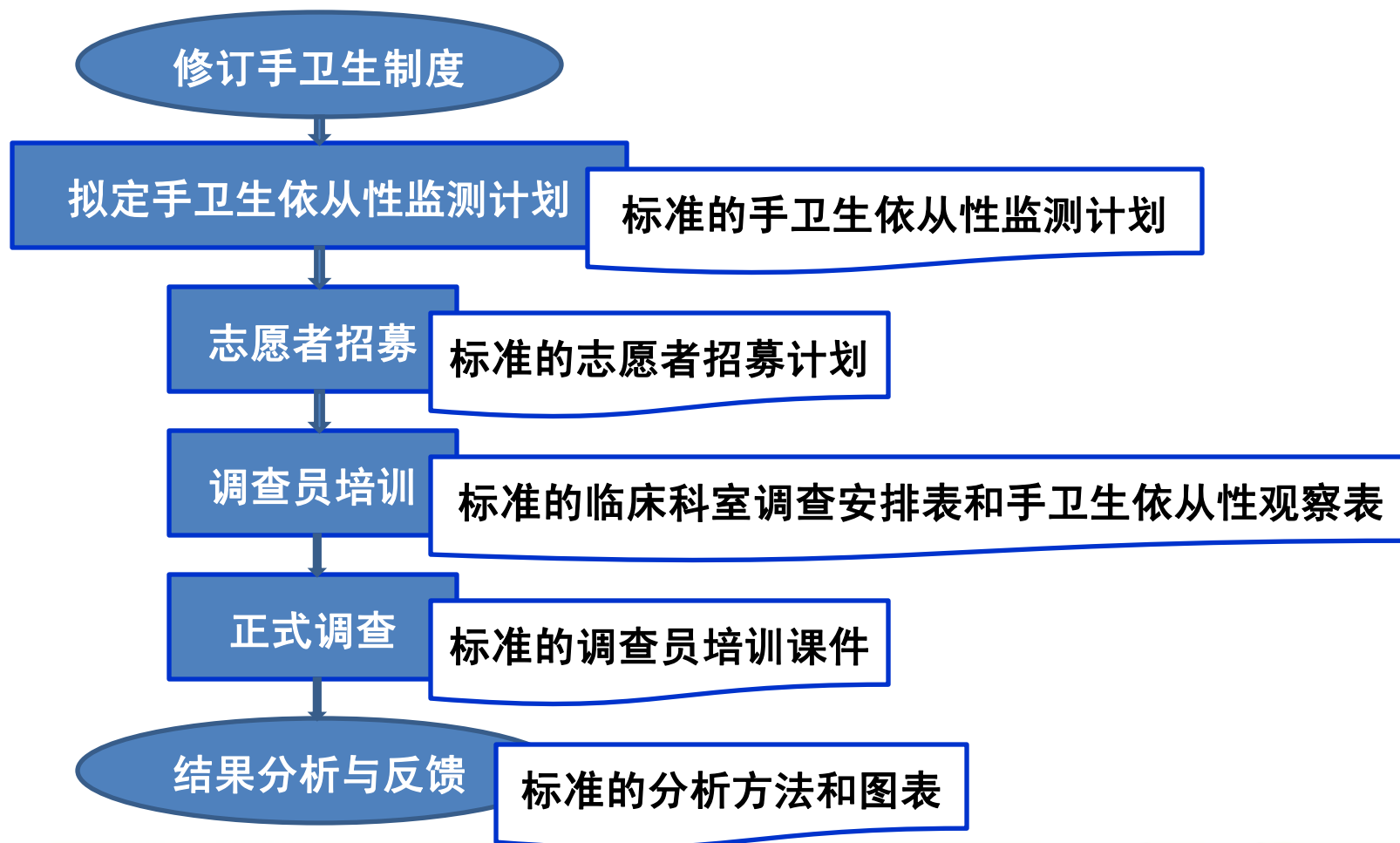
| 专业类： |  |   |  | 专业类： |  |   |  | 专业类： |  |   |  |
|------|--|---|--|------|--|---|--|------|--|---|--|
| 时机   | 手卫生指征  | 手卫生措施   | 手卫生是否正确  | 时机   | 手卫生指征  | 手卫生措施   | 手卫生是否正确  | 时机   | 手卫生指征  | 手卫生措施   | 手卫生是否正确  |
| 1    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 | 1    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 | 1    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
| 2    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 | 2    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 | 2    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
| 3    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 | 3    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 | 3    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
| 4    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 | 4    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 | 4    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |
| 5    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 | 5    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 | 5    | <input type="checkbox"/> 接触病人前<br><input type="checkbox"/> 无菌操作前<br><input type="checkbox"/> 接触体液后<br><input type="checkbox"/> 接触病人后<br><input type="checkbox"/> 接触环境后 | <input type="checkbox"/> 擦手<br><input type="checkbox"/> 洗手<br><input type="radio"/> 未采取<br>○ 手套 | <input type="radio"/> 是<br><input type="radio"/> 否 |

## 改进后





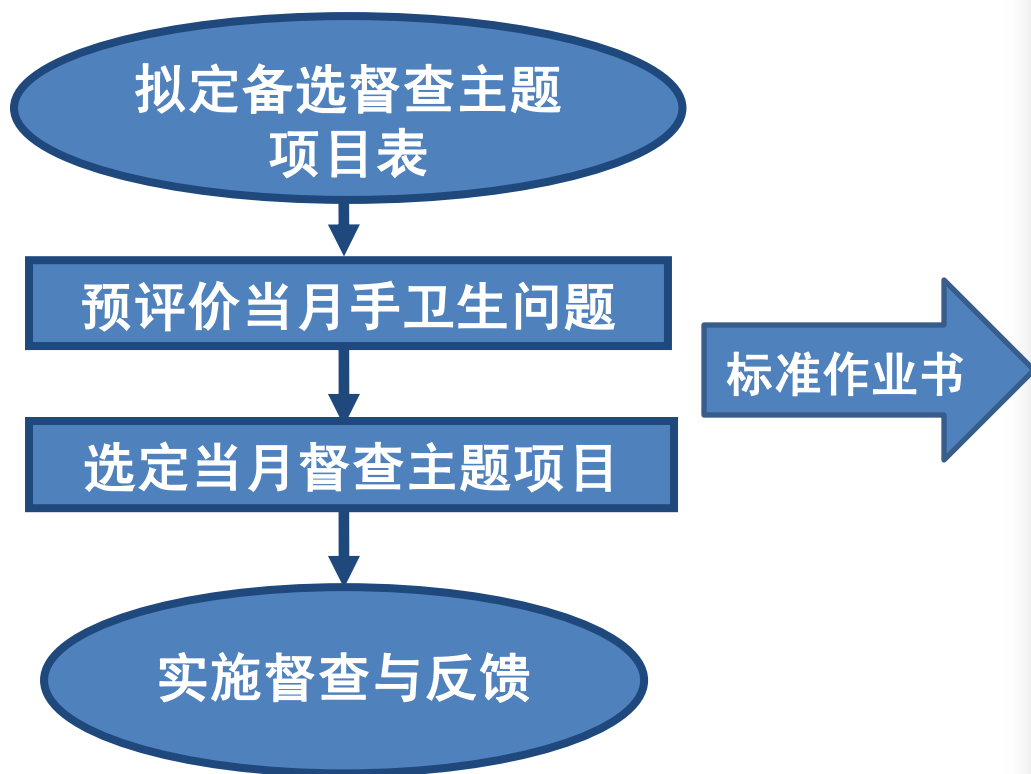
## ➤ 标准化：手卫生依从性监测体系







## ➤ 标准化：手卫生督查主题项目计划流程



|  |                    |                          |
|--|--------------------|--------------------------|
| 类别：<br><input type="checkbox"/> 流程改善<br><input type="checkbox"/> 提升质量<br><input checked="" type="checkbox"/> 行政管理<br><input type="checkbox"/> 临床路径                               | 作业名称：手卫生督查主题项目计划流程 | 编号：sws01<br>主管部门：医院感染管理科 |
| <p>一、目的<br/>提高院级手卫生督查效率，促进医务人员手卫生依从性提高。</p> <p>二、适用范围<br/>医院感染管理科手卫生督查组</p> <p>三、说明<br/>作业程序（流程图）<br/>手卫生督查主题项目计划流程图</p> <p>四、附则<br/>(一) 实施日期<br/>2015年7月20日<br/>(二) 修订依据（无）</p> |                    |                          |
| 修订次数：—   | 核定                 | 周泓羽                      |
| 修订日期：—   | 审核                 | 袁喆                       |
| 制订日期：2015-7-20   | 主办人                | 周泓羽                      |





## ➤ 分析检讨

PDCA实施过程存在问题列表

| PDCA步骤 | 存在问题               |
|--------|--------------------|
| 计划拟定   | 领导层开发不够            |
| 对策拟定   |                    |
| 实施改进   | 手卫生氛围欠缺<br>反馈机制未阐明 |
| 效果确认   | 长期效果待确认            |

※ 制表者：周泓羽，制表时间：2015年9月28日





## ➤ 选定下一期主题：提升手卫生依从性反馈效果

下一期主题评价表

| 主题评价题目                | 重要性 | 必要性 | 迫切性 | 可行性 | 总分 | 顺序 | 选定 |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 提高临床科室负责人在手卫生管理中的参与程度 | 16  | 16  | 12  | 10  | 38 | 3  |    |
| 提升手卫生依从性反馈效果          | 20  | 20  | 18  | 18  | 76 | 1  | ★  |
| 提高医务人员对手卫生文化的认知       | 12  | 12  | 8   | 14  | 46 | 2  |    |



A close-up, low-angle shot of a sandy surface, likely a beach. Several footprints are visible, receding into the distance. The sand is a warm, golden-brown color, and the lighting creates soft shadows, emphasizing the texture of the sand and the shape of the footprints. The overall mood is contemplative and inspiring.

千里之行，始于足下

不是结束，是开始