

PDCA 循环在创建二甲医院中的应用

幸建红¹, 冯国绪¹, 钟小勤² (1. 重庆市万州区第五人民医院二甲创建办 404000;
2. 三峡中心医院三甲复评办, 重庆 404000)

【关键词】 医院评审; PDCA 循环; 医疗质量; 改进

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 17. 069 文献标志码: C 文章编号: 1672-9455(2014)17-2489-03

国家卫计委(原卫生部)于 2012 年颁布了《二级综合医院评审标准(2012 年版)》,其中的编制说明指出:评审工作将强调由技术评价,向“以患者为中心”的医院系统性评价目标转换;由过去强调医院人财物等硬件条件达标,转向对医院内涵建设的评价^[1]。由此可见,新一轮医院评审工作的“质量、安全、服务、管理、绩效”主题非常鲜明。万州区第五人民医院于 2008 年 8 月开始国家二级甲等综合医院(简称二甲医院)创建工作,并在新的评审标准颁布后,将 PDCA 循环应用于各项质量管理工作,实现了医院管理和医疗质量的持续改进,并于 2013 年 9 月成功创建国家二级甲等综合医院。现将 PDCA 循环在万州区第五人民医院的具体运作模式及效果分析如下。

1 PDCA 循环及应用背景

PDCA 循环即按照计划(Plan)、执行(Do)、检查(Check)和处理(Action)的顺序进行质量管理,并且将各步骤按序进行不间断循环的科学程序^[2]。在《二级综合医院评审标准实施细则(2012 年版)》中,PDCA 循环被纳入了评审要求^[3]。因此,在实际工作中,应做到不断发现问题、持续改进问题,将医疗质量的提高视作渐进的过程,不可能一蹴而就。PDCA 循环是全面质量管理应遵循的原理,适用于医院评审所涉及的医院质量、服务、安全、管理等方面的持续改进^[4]。

2 PDCA 循环在二甲医院创建中的具体运用

2.1 制订计划,确立目标

2.1.1 成立二甲医院创建领导组织机构,层层落实责任 成立以院长为组长,分管领导为副组长的二甲医院创建领导小组,下设二甲医院创建办公室(简称创建办)和 5 个达标工作小组(医疗、医技、护理院感、财务后勤、管理)。二甲医院创建领导小组和达标工作小组各成员职责明确,分工具体,保障各项创建工作有部署、有执行、有追踪评价、有整改落实^[5]。

2.1.2 制订创建工作计划,按时间表开展工作 创建办将创建工作按主次、缓急分成多个阶段,分阶段对达标工作作出全面部署,并针对不同时期的工作重点制订详细的周计划、月计划。各职能科室负责创建工作的指导、检查,临床科室严格落实创建工作各项计划。

2.1.3 积极宣传,创建深入人心 医院召开以创建二甲医院为主题的职工大会,组织学习标准、细则,并与各科室主任签订二甲医院达标责任书。举办创建二甲医院专题演讲、知识竞赛,各职能科室开展岗位练兵、技能培训等活动,通过宣传栏、标语、院刊、院歌、简报、《三峡都市报》、电视新闻等方式与途径,对二甲医院创建活动进行大量宣传,营造了良好的工作氛围。职工充分认识到创建工作的必要性,具有较高的积极性,

围绕本职工作认真学习标准条款,严格落实标准要求,积极收集文档资料。在评审前的半年时间内,全院职工每日加班 1 h,学习二甲医院评审标准、完善文件资料、学习制度与流程,练习技能操作。

2.2 执行计划,向目标冲刺

2.2.1 消化标准,完善制度,强化落实 根据二甲医院评审标准,医院修订、新增各类制度、职责、预案,形成 2013 年版《制度职责》、《应急预案》、《法律法规汇编》;编印《应知应会》、《应急预案》、《工作手册》等小型图书 8 种。通过各项规章制度、流程预案及操作规范的编印和修订,实现了工作有指南、管理有抓手、考评有依据。医务科、护理部等职能部门反复进行应知应会内容的培训,各达标小组分别对本组职工进行相应内容的考核。经过培训和考核,医务人员的医疗行为更规范,对制度职责的知晓更全面。

2.2.2 参观学习,提高认识 创建二甲医院期间,由院长带队,多次组织职能、临床科室主任到周边地区已通过二甲医院评审的医院参观、学习,通过交流,学到了先进经验,启发了创建思路,对评审标准有了更深入的理解。

2.3 加强检查,查找问题

2.3.1 现场督查,重在解决实际问题 院领导每周参加全院行政大查房,简单问题现场解决,疑难问题提交领导小组会议讨论;创建领导小组每周召开专题工作会议,对职能科室提交的涉及医院管理、医疗安全、院感控制、药剂管理、后勤保障及消防安全等方面的问题进行认真分析,共同制订解决方案;创建办加大督查工作的力度,增加检查频次,督促各科室及时完成达标整改任务。

2.3.2 精读标准,重在充实薄弱环节 创建办在仔细研读标准的基础上,查找医院执行较差的薄弱环节,责成各职能科室按照标准的要求逐条完善。

例如,在医疗安全不良事件管理方面,2013 年 2 月前由于医院未执行“无责”报告制度,临床医务人员担心受惩罚和顾忌暴露自身存在的问题,很少有人主动报告,不良事件基本均在纠纷或投诉发生后,职能科室才能知晓。针对这一现象,医务科建立了不良事件院内网络上报模块,加快了材料上报与处理的速度;完善了“无责”上报机制,实行保密性、自愿性、非惩罚性原则,落实了激励经费,对不良事件及时上报且未造成后果的当事人,给予一定奖励,对不良事件未上报而事后暴露的当事人,加大惩处力度^[6-7]。2013 年 1~9 月,医务人员主动上报医疗安全不良事件 44 起,较 2012 年同期增加 50%。每起不良事件上报后,医务科、护理部等职能科室均及时组织专家进

行事件原因分析,落实整改措施,将不良事件的处理情况向临床科室进行反馈。因此,不良事件产生的不利影响降到最低,同样的错误在其他科室也得以避免,医疗差错和纠纷发生率呈下降趋势。

再如危急值报告管理方面,医务科先后组织临床、医技科主任、专家对检验、影像、功能检查科室的危急值报告范围、报告时间、报告流程及处置流程进行数次修订,并对医务人员进行了相关制度、报告标准、报告流程的培训。医务科不定期抽查医技科室危急值报告的及时性、准确性和临床医师处理的及时性、正确性。经过连续 4 个月的强化监督,医务人员能自觉执行相关制度,危急值报告率和及时处置率均达 100%,未发生由于危急值处理不及时、不正确而引发的医疗安全事件。

又如,按照评审标准的要求,医务科新增了手术分级管理制度,明确了各级医师手术权限,并下发具体手术分级目录供临床医师查询、执行。此项措施改变了过去手术权限审批全凭科主任主观意见,无章可循、无据可依的状况。

2.3.3 严格自评,重在攻克难点 2013 年 3 月,医院组织管理、医疗、护理院感、医技、财务后勤等 5 个达标小组,按照评审标准的要求,对创建工作进行严格、细致的初步自评,内容涵盖:医院管理、服务能力、患者安全、医疗质量、护理质量等多个方面。根据各小组自评报告中提出的问题,医院针对性地加强了医疗护理质量关键环节、重点人群、重要部门的管理。

规范了临床用血管理,对用量、审批权限、审批流程进行了调整,保障了输血安全。修订了紧急用血预案,简化了审批、取用流程,保障了患者的安全。

加强了抗菌药物购用管理,修订了抗菌药物分级管理制度,明确了各级医师抗菌药物使用品种权限。以患者病种及病情为依据,分别制订了各临床科室抗菌药物使用比例,并实施严格的惩罚措施,使抗菌药物的使用情况逐渐达到评审标准的要求。

加大了麻醉药品管理力度,药房执行基数定量管理制度,严格审核处方后方可发放,每日清点、查对药品数量,每周补充基数。各病区严格执行空瓶回收、废药液双人核对后流水冲洗、不得存放麻醉药品等管理制度。经过医务科和药剂科多次检查、整顿,药房和各病区逐渐规范了麻醉药品管理。

医务科全程跟踪了 10 例急诊患者,对急诊绿色通道中各环节的服务时限、患者诊疗与预后、患者家属满意度等方面进行了调研分析,及时修订了急诊绿色通道管理制度,优化了急诊服务流程^[8]。在急诊患者检查单、发药单上加盖“急诊绿色通道”印章,严格执行“先诊疗、后付费”原则,并建立了急诊患者检查、转运支持系统。通过实施以上措施,急诊患者完成常规检查需要的时间从 1 h 缩减至 30 min,患者满意度提高,保障了患者的安全。

患者入院时均要求佩戴腕带,但由于以农村患者居多,文化程度较低,腕带佩戴率一直较低。护理部通过对患者进行心理问卷调查,发现有 85% 的患者担心药物使用错误。因此,护理部通过查找病例,发现 1 例失语患者因未佩戴腕带导致输错药物的不良事件案例,要求护士在患者入院宣教以该患者为例进行举例说明,使患者认识到佩戴腕带的重要性。经过 1 个月的宣传教育,住院患者腕带佩戴率由原来的 60% 提高至 96%。

2.4 处理问题,持续改进提高

2.4.1 分析原因,切实整改 各达标小组采用找问题、下达整改、追踪整改、持续改进的 PDCA 工作模式,根据日常检查的具体情况,落实整改意见的追踪检查。创建办定期对各达标小组进行督导检查,将难以杜绝的问题进行集中分析,并分为科室和医院两个层面。医院层面的问题由医院协调各职能部门通过修订制度、完善机制、再造流程、改造硬件、购买设备等方式解决。科室层面的问题由相关职能部门协助临床科室分析原因、制订解决方案,科室执行具体方案,并在执行中根据情况修正方案。

2.4.2 评价成效,再提高 2013 年 8 月是评审冲刺的最后阶段,医院成立院内专家组,以临床个案追踪的形式,对各项制度、标准、流程、预案的执行情况进行了复检,发现问题后及时整改^[9]。如住院患者抗菌药物使用率、微生物检查送检率整改达标后,又出现上升的趋势,因此医院加大了对医师的监督、教育、处罚力度。通过采用扣发超过抗菌药物管理指标的医师部分绩效工资,对个别连续 2 个月超标的医师发出了次月停止处方权的警告,分管院长请超标科主任进行诫勉谈话等措施,使抗菌药物使用率和微生物检查送检率始终保持在标准范围内。

院内专家检查发现部分医务人员对常见应急预案和操作技能掌握欠佳,故医院再次组织强化培训。在各病区实战演练各种预案,包括火灾应急预案、停电停水应急预案、网络瘫痪应急预案、生命支持类设备紧急调配预案等,直至每位工作人员均熟练掌握预案的实施步骤。关于心肺复苏术操作,要求全院职工通过科室自我训练、医务科及护理部演习观摩及专家考核,熟练掌握相应的操作方法与步骤。

3 结 论

将 PDCA 循环应用于二甲医院创建工作,通过不断的循环,及时发现、解决问题。在周而复始的改进、评价中,各职能部门的管理思路更加清晰,管理制度更趋于合理、有效,医院质量管理体系日渐完善,各项质量管理工作逐步显现成效。

二甲医院创建成功不是终点,而是更新、更高的起点。将 PDCA 循环作为新起点的加速器,以医院评审标准作为检验医院管理和服务质量的工具书,将有助于医院加强日常管理、持续改进医疗质量、保障患者生命安全,从而引领医院持续、健康地发展^[10]。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 二级综合医院评审标准(2012 年版)编制说明[Z]. 北京:中华人民共和国卫生部,2012.
- [2] 李明宝,高华斌,黄杰,等. PDCA 循环在医院等级评审中的应用浅析[J]. 中国医疗保险,2012,6(23):55-56.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 二级综合医院评审标准实施细则(2012 年版)[Z]. 北京:中华人民共和国卫生部,2012.
- [4] 王海和,柯贤柱,陈先祥. 三级医院评审准备中如何运用 PDCA[J]. 中国卫生质量管理,2013,20(2):45-46.
- [5] 李斌,丁碧岚,石祥宇,等. PDCA 循环在等级医院评审中的应用[J]. 江苏卫生事业管理,2012,23(6):30-31.
- [6] 张怡,李柯. 医疗安全不良事件内部报告系统设计与实现

- [J]. 中国数字医学, 2012, 8(3): 58-59.
- [7] 叶宁, 谭光明, 罗先琼, 等. 保护机制在主动报告医疗不良事件管理中的探讨[J]. 中国卫生质量管理, 2012, 19(6): 35-38.
- [8] 王佳. 开通急诊绿色通道效果评价[J]. 全科护理, 2012, 10(1): 195-196.
- [9] 吴源泉, 杨和银, 布祖热艾力, 等. 追踪方法学在等级医院

评审中医疗管理的应用实践研究[J]. 新疆医学, 2013, 43(2): 129-130.

- [10] 游建林. 掌握 PDCA 循环理论 引领医院健康发展[J]. 健康大视野, 2012, 20(11): 290.

(收稿日期: 2014-01-10 修回日期: 2014-04-17)

心脏介入治疗护理风险因素与管理策略研究

曾军梅(海南省农垦总医院介入诊疗科, 海口 570311)

【关键词】 心内科; 介入治疗; 护理风险; 管理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 17. 070 文献标志码: C 文章编号: 1672-9455(2014)17-2491-02

心脏介入治疗具有并发症突然发作的特点, 因此患者猝死率较高, 容易引发医疗纠纷^[1]。特别是安装起搏器和冠脉介入治疗患者, 更易出现起搏器电极移位、冠脉内亚急性血栓形成、突发恶性心律失常、血管迷走神经反射等情况^[2]。心脏介入治疗极为复杂, 风险较一般手术高, 且接受介入治疗的患者往往病情较重。因此, 在临床护理管理中, 需要根据手术技术的复杂性和患者病情的危重性制订相应的护理措施, 从而有效减少护理风险。

1 心脏介入治疗护理风险

1.1 患者因素导致的护理风险

1.1.1 患者不能严格遵守医嘱、护嘱 少数患者不能较好地遵守医院相关规章制度, 对自身病情了解程度不够, 不能按时服药, 无法严格执行医嘱、护嘱, 导致护理难度加大, 同时导致继发风险增加。

1.1.2 患者及其家属对疾病治愈的期望过高 接受心脏介入治疗的患者病情通常较为严重, 而且往往希望在短时间内取得较好的治疗效果。当介入治疗的疗效达不到患者及其家属的期望水平, 或者在术后出现病情变化, 极易引发医患矛盾和冲突。

1.1.3 患者不良心理因素 心脏疾病本身具有较高的复杂性和治疗风险性, 因此患者对极易对疾病及手术产生恐惧心理。而存在不良心理因素的患者往往缺乏自我保护能力, 容易出现摔伤、自杀、坠床等情况, 给护理工作带来了难度, 增大了护理风险^[3]。

1.2 护理人员引发的风险

1.2.1 缺乏预见风险的能力 部分护理人员受传统医疗观念影响较重, 对医嘱执行不够灵活, 同时缺乏对护理风险的预见性, 对患者的观察不够主动, 缺乏对护理风险的主动防范意识。

1.2.2 技术水平及应急能力不足 接受心脏介入治疗的患者, 其病情容易突然变化, 而低年资护士缺乏对突发病情的应对能力。此外, 如果对心内科常见病及多发病的病情变化预见不足, 也极易导致无法给予患者及时、有效的处理^[4]。

1.2.3 护理文书书写不规范 护理文书是对护理工作全面、真实的记录, 也是可用于司法鉴定的重要依据, 对于医护人员合法权利的保护具有极其重要的作用^[5]。少数护理人员工作责任心不强, 在书写护理文书时存有侥幸心理, 自我保护意识

不强。具体包括: (1) 护理文书中的入院记录不够完整、准确。如患者在入院前曾多次晕厥史且均原因不明, 但未在入院记录中进对其进行相应的记录。(2) 护理记录与医疗记录不一致。如护理人员将经皮冠状动脉介入治疗术(PCI)后患者排便状况记录为正常, 但医生却记录为存在黑便。(3) 护理文书欠缺真实性。如患者在住院期间未经医务人员允许擅自外出, 而护理记录中却无相应的说明。(4) 护理记录不完整和不连贯。如患者进行心脏介入治疗前的记录以及介入治疗后的记录不完整; 患者在治疗过程中出现了相关的并发症, 然而医生记录与护理记录的内容却不一致; 仅对患者病情变化进行了记录, 没有记录相应的干预措施实施过程及效果。(5) 护理记录的时间缺乏准确性。通常情况下, 接受心脏介入治疗的患者发病快, 因此入院时间、开始抢救时间、病情出现变化时间以及医嘱执行时间等均应准确记录^[6]。少数护理人员对关键时间点的重要性缺乏认识, 未能进行及时、准确的记录, 极易导致护理文书在时间记录方面的不准确性。

1.3 心脏介入治疗后的风险

1.3.1 不能严格遵守操作原则 少数护理人员缺乏工作责任心, 认真程度不够, 对“三查”“七对”执行不够严格, 导致护理工作出错。例如不同静脉滴注液体需要采用不同的滴速, 特殊药品则有可能导致心率和血压改变, 如静脉滴注硝酸酯类药物可导致血压降低和心率加快^[7]。再如使用血小板抑制剂药物替罗非班时, 需静脉注射泵注入, 但护理人员对注射泵的泵速设置不当。

1.3.2 不能严格履行告知义务 少数护理人员在治疗前、后不能及时告知患者心脏介入治疗的不良反应和护理措施, 使患者对介入治疗缺乏正确的理解。此时, 极易出现护患间的误解, 甚至导致患者出现严重的并发症。

2 护理管理对策

2.1 加强法律知识的学习, 注重依法管理 要求护理人员认真学习《医务人员道德规范及实施办法》、《医疗事故处理条例》等有关法律知识, 吸取典型案例的教训, 使护理人员做到知法、懂法。与此同时, 护理人员应在日常工作中对自己的行为严格要求, 做到尽职尽责。

2.2 重视安全质量教育, 要求以德管理 要求护理人员注重自身素质的提高, 严格遵守职业道德规范, 树立“安全第一, 质