

2018年第三季度持续质量改进会议议程

会议时间： 2018.12.19 13:30-17:00

会议地点： 4号楼 11楼

会议主席： 庄一渝副院长

评委： 王亚娟科护士长、杨丽黎科护士长、朱陈萍科护士长、秦建芬科护士长、周丽萍护士长、虞雪琴护士长、黄美丽护士长、金金花护士长、沈丽华护士长、金冬爱护士长、徐玉兰老师

参加人员： 全体护士长、护士代表

协调员： 潘红英副主任、徐玉兰、程丽丽、朱双爱

质量改进项目汇报

汇报先后排列	时间	楼层	项目名称	汇报人
1	13:30-13:40	607E	降低产后尿储留发生率	蒋 萧
2	13:45-13:55	615E	提高医务人员洗手依从性	董丹鸿
3	14:00-14:10	611E	降低精神科患者外走风险率	杨丹红
4	14:15-14:25	血透室	提高门诊透析患者透析期间容量管理达标率	方 芳
5	14:30-14:40	609W	护理精细化管理在降低神经外科跌倒发生率的运用	余慧琳
6	14:45-14:55	1-4F	约束具规范化管理	梁 寅
7	15:00-15:10	入院准备中心	优化肾内科收治流程 有效缩短平均住院日	褚帆帆
8	15:15-15:25	613E	提高雾化药物处置的效率和安全性	郑巧燕
9	15:30-15:40	全院项目	血糖仪质控规范	姚慧岚
10	15:45-15:55	2-8F	基于磁性需求的普外科护理单元日常降噪	王娅娅
11	16:00-16:10	OR	降低器械 flash 使用率	陈栋园
12	16:15-16:25	620W	提高下沙院区外科术前准备完善率	卢丽娥
13	16:30-16:40	610E	降低间歇导尿感染率	曹丽平
14	16:45-16:55	放射科	优化放射科导管室术前准备流程	金浙夏

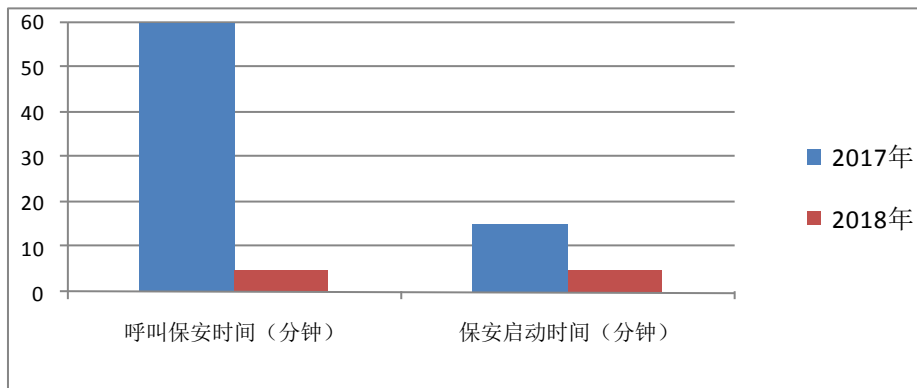
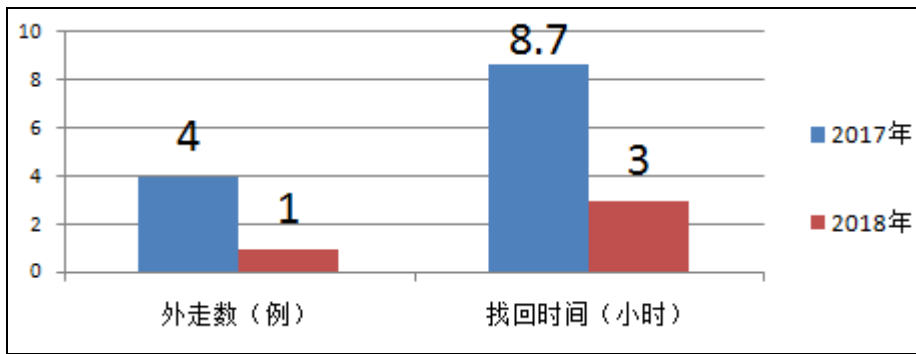
科室	产科
项目名称	降低平产后尿潴留发生率
CQI 小组	组长：蒋萧 协调员：胡林华 组员：产科医生张留杭、B 超科吴垚、康复科吴方超、宋抗抗、陈国霞、祁小英、洪楚雯、王建美、丁娜、倪依莎
时间	2018.3-2018.9
现状	产后尿潴留是指自然分娩产妇在产后 6 小时以上不能自动排尿或排尿甚少，残余尿量>100ml。常见于初产妇，是产后常见的并发症。目前国内正常产后尿潴留的发生率约为 12%，而产钳助产者的发生率可达 25%-30%。国外产后尿潴留发生率为 1.7%-17.9%。我院平产后尿潴留发生率平均为 14.1%，发生率较高。
措施	<ol style="list-style-type: none"> 1、护士每小时督促并协助临产产妇产下床排尿，减少产程中导尿次数 2、医护人员正确观察产程及指导孕妇正确使用腹压，产程中避免不必要的阴道检查 3、加强宣教及具体措施： <ol style="list-style-type: none"> 1) 平产后 2 小时内向产妇及家属宣教第一次解小便相关注意事项。 2) 产房与病房交接时按 SBAR 把尿潴留高危者（如产程时间长、产钳助产、深度裂伤、会阴水肿、产前尿潴留产妇等）列入交班重点内容之一。 3) 病房护士完成交接班后 5-10 分钟以 Teach-back 模式向产妇及家属进行宣教。 4) 平产当天必须把产妇排尿情况纳入交接班内容。 4、产妇返回病房时由助产士评估产妇会阴是否水肿，并通知医生，及时给予 50% 硫酸镁纱布湿敷或使用会阴冷敷垫。硫酸镁湿敷起到消肿作用，减轻产妇的疼痛感，有利于尿液排出。 5、产妇回到病房后悬挂促排尿提示牌，护士每小时观察膀胱充盈情况督促其下床排尿，提高产妇尽早下床排尿的依从性，直至其自主排尿。 6、排尿后进行膀胱残余尿量的检测，直至膀胱残余尿量小于 100ml。
结果	<ol style="list-style-type: none"> 1、8 月份尿潴留发生率为 10.2%。 9 月份尿潴留发生率为 9.8%。 2、护理人员对平产后第一次解小便的关注度及宣教率达到 98.5%。
进一步改进计划	<ol style="list-style-type: none"> 1、继续实施措施，降低产前尿潴留发生率及导尿次数，降低产程中医护人员对于阴道的扩张。 2、医护人员对于产后第一次解小便的宣教率 100%。

科室	615E																
项目名称	提高医护人员洗手依从性																
CQI 小组	组 长：董丹鸿 协调员：韦美皓 组 员：王瑜，吴巧玉（薛小慧），戈承梅，叶咏梅，吴芳芳，沈蕊 顾 问：周彩萍																
时间	2018-3 至 2018-10																
现状	<div data-bbox="331 622 1206 1099" data-label="Figure"> <p>医护人员洗手依从性趋势图</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>季度</th> <th>护士洗手依从性</th> <th>医生洗手依从性</th> <th>目标值</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017年第三季度</td> <td>58.33%</td> <td>70%</td> <td>85%</td> </tr> <tr> <td>2017年第四季度</td> <td>90.91%</td> <td>21.74%</td> <td>85%</td> </tr> <tr> <td>2018年第一季度</td> <td>45.00%</td> <td>22.22%</td> <td>85%</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>1. 医护人员洗手依从性低，并且变化幅度大</p>	季度	护士洗手依从性	医生洗手依从性	目标值	2017年第三季度	58.33%	70%	85%	2017年第四季度	90.91%	21.74%	85%	2018年第一季度	45.00%	22.22%	85%
季度	护士洗手依从性	医生洗手依从性	目标值														
2017年第三季度	58.33%	70%	85%														
2017年第四季度	90.91%	21.74%	85%														
2018年第一季度	45.00%	22.22%	85%														
措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医护交流会及科会时培训医生及护士的手卫生知识，提高洗手意识 2. 增加自查洗手依从性的频率，不定时抽查 3. 在医护微信群及每月科会时反馈洗手自查的结果并反思 4. 晨间查房时护士长及领班带头洗手，医护同事间互相提醒 5. 全民参与洗手依从性的自查 																
结果	洗手依从性达 85%以上																
进一步改进计划	<ol style="list-style-type: none"> 1. 持续监测医护人员洗手依从性，尤其时医生的洗手依从性 2. 加强对新调入医护人员的手卫生培训及监测 																

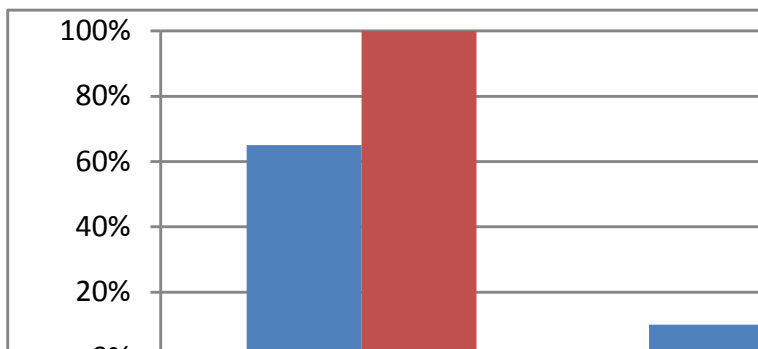
科室	611E 精神卫生科																								
项目名称	降低精神科患者外走发生率																								
CQI 小组	组长：杨丹红 协调员：杨科华 秘书：沈晓靖 护士：廖晓静 严丽娜 沈群燕 吕杏慧 颜忠梅 医生：姚家树 护工阿姨：蒋阿姨 徐阿姨 保卫科：黄勇 张小龙																								
时间	2018 年 4 月----2018 年 10 月																								
现状	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="368 745 868 1084"> <p style="text-align: center;">2017年发生外走例数：4例</p> <table border="1"> <caption>2017年发生外走例数</caption> <thead> <tr> <th>诊断</th> <th>例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>痴呆</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>双相情感障碍</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>精神分裂症</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox="887 757 1437 1084"> <p style="text-align: center;">呼叫保安时间及保安启动时间（分钟）</p> <table border="1"> <caption>呼叫保安时间及保安启动时间</caption> <thead> <tr> <th>项目</th> <th>时间 (分钟)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>呼叫保安时间</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>保安启动时间</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div> <p style="text-align: center;">从发现患者外走到找回所花时间：平均 8.7 小时</p> <div data-bbox="336 1178 1461 1565"> <p style="text-align: center;">寻找时间（小时）</p> <table border="1"> <caption>寻找时间</caption> <thead> <tr> <th>诊断</th> <th>寻找时间 (小时)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>双相情感障碍</td> <td>16.7</td> </tr> <tr> <td>精神分裂症1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>精神分裂症2</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>痴呆</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> </div>	诊断	例数	痴呆	1	双相情感障碍	1	精神分裂症	2	项目	时间 (分钟)	呼叫保安时间	60	保安启动时间	15	诊断	寻找时间 (小时)	双相情感障碍	16.7	精神分裂症1	4	精神分裂症2	10	痴呆	4
诊断	例数																								
痴呆	1																								
双相情感障碍	1																								
精神分裂症	2																								
项目	时间 (分钟)																								
呼叫保安时间	60																								
保安启动时间	15																								
诊断	寻找时间 (小时)																								
双相情感障碍	16.7																								
精神分裂症1	4																								
精神分裂症2	10																								
痴呆	4																								
措施	<ol style="list-style-type: none"> 1、改进制度：患者外走后应急流程、患者外走后各人员安排、严格执行精神科特级护理和入住重症病房制度； 2、医护培训，与保卫科联合演练； 3、物业人员培训； 4、定期照料者沙龙活动； 5、病号服、防走失手环、定位器使用。 																								

结果

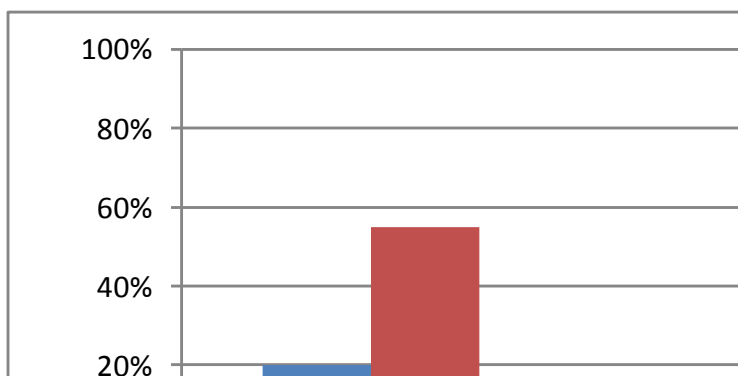
质量改进前后对比



黄色手环佩戴率



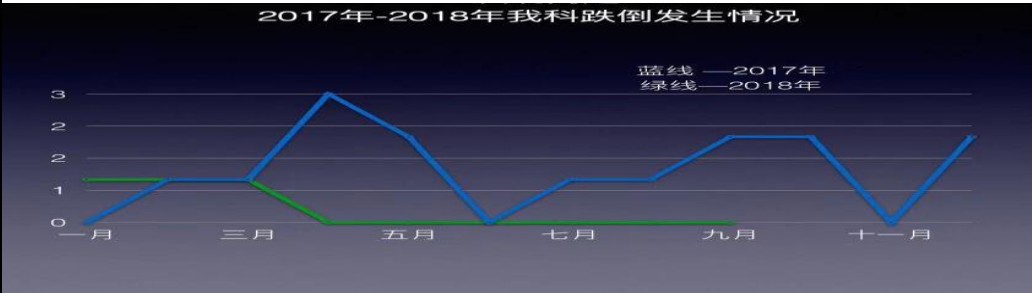
定位手表佩戴率



进一步改进计划

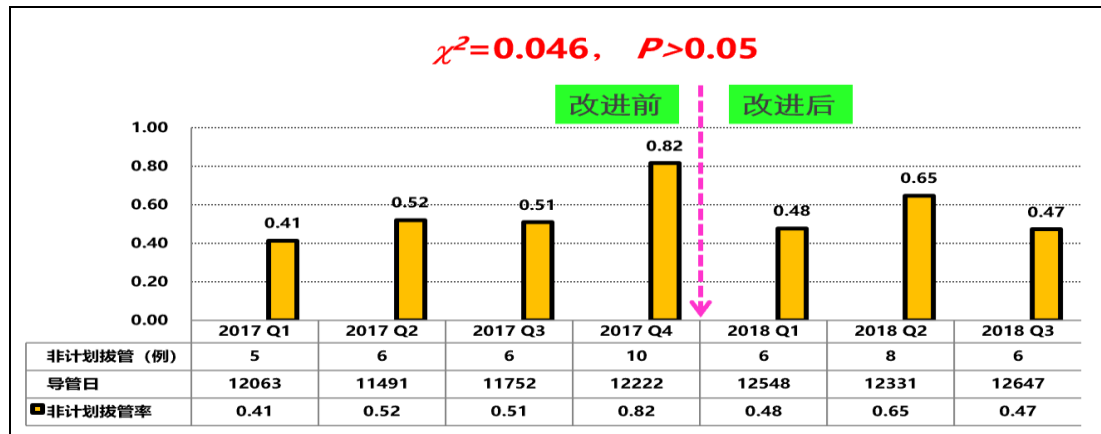
- 1、医生护士及物业人员有流动的情况，继续定期培训相关制度，组织应急演练，保持警觉性；
- 2、加强照护者宣教，包括入院时宣教和每周六照料者沙龙活动。

科室	血透室																																																																	
项目名称	提高门诊血透患者透析间期体重管理达标率																																																																	
CQI 小组	组长：方芳 协调员：吴春燕 袁爱琴 顾问：徐少波 秘书：陈佩仙 成员：莫利华、何睿、叶国芳、庄郁葱、谢玲瑛、柴剑丽、血透室医生：马立彬、张树超、张熙熙、王婕																																																																	
时间	2018年3月-9月																																																																	
现状	<p>2018年2-4月份科室门诊血透患者透析间期体重管理达标率为923%。</p>																																																																	
措施	<p>1. 以循证为原则建立门诊血透患者透析间期体重管理方案 提高患者的自我效能； 提高患者的自我管理能力和患者口渴的干预； 个性化透析液钠浓度处方。</p>																																																																	
结果	<p>1. 改进前(2-4月份)和改进后(6-8月份)门诊血透患者透析间期体重增加(IDWG%)的变化</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>月份 \ IDWG%</th> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><3%</td> <td>935</td> <td>723</td> <td>724</td> <td>863</td> <td>851</td> <td>844</td> </tr> <tr> <td>3-5%</td> <td>341</td> <td>473</td> <td>369</td> <td>312</td> <td>351</td> <td>364</td> </tr> <tr> <td>>5%</td> <td>85</td> <td>86</td> <td>126</td> <td>62</td> <td>59</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>总透析日</td> <td>1361</td> <td>1282</td> <td>1219</td> <td>1237</td> <td>1261</td> <td>1267</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. 目标达成率=(改进后 IDWG 达标率-改进前 IDWG 达标率)/(目标比例-改进前 IDWG 达标率)*100%=(952%-923%)/(950%-923%)*100%=107%</p> <p>3. 改进前后门诊透析患者透析中容量负荷相关不良事件的比较</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>组别</th> <th>总透析日</th> <th>高血压</th> <th>低血压</th> <th>四肢痉挛</th> <th>提前下机</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>改进前</td> <td>3862</td> <td>103</td> <td>67</td> <td>41</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>改进后</td> <td>3765</td> <td>82</td> <td>44</td> <td>23</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>χ^2 值</td> <td></td> <td>1.93</td> <td>4.26</td> <td>4.65</td> <td>6.26</td> </tr> <tr> <td>P值</td> <td></td> <td>0.166</td> <td>0.039*</td> <td>0.030*</td> <td>0.015*</td> </tr> </tbody> </table>	月份 \ IDWG%	2月	3月	4月	6月	7月	8月	<3%	935	723	724	863	851	844	3-5%	341	473	369	312	351	364	>5%	85	86	126	62	59	59	总透析日	1361	1282	1219	1237	1261	1267	组别	总透析日	高血压	低血压	四肢痉挛	提前下机	改进前	3862	103	67	41	17	改进后	3765	82	44	23	5	χ^2 值		1.93	4.26	4.65	6.26	P值		0.166	0.039*	0.030*	0.015*
月份 \ IDWG%	2月	3月	4月	6月	7月	8月																																																												
<3%	935	723	724	863	851	844																																																												
3-5%	341	473	369	312	351	364																																																												
>5%	85	86	126	62	59	59																																																												
总透析日	1361	1282	1219	1237	1261	1267																																																												
组别	总透析日	高血压	低血压	四肢痉挛	提前下机																																																													
改进前	3862	103	67	41	17																																																													
改进后	3765	82	44	23	5																																																													
χ^2 值		1.93	4.26	4.65	6.26																																																													
P值		0.166	0.039*	0.030*	0.015*																																																													
进一步改进计划	<p>患者能够掌握提高自我管理能力的办法，但对于居家自我管理的依从性仍然存在问题 未将家属纳入到本次质量改进中。</p>																																																																	

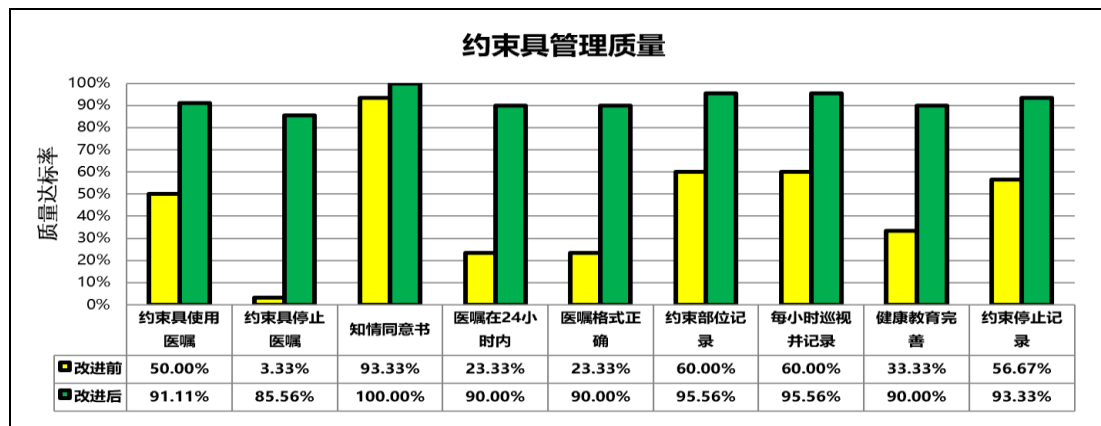
科室	609W
项目名称	精细化管理降低神经外科跌倒发生率的运用
CQI 小组	余慧琳/居敏/吴冷逸/李丽健/周娜/吕韡鉞/郑思洁/王义荣（主任）
时间	2017.4—2018.9
现状	2017.4—2017.12 九楼西区神经外科 13 例跌倒发生案例 发现现有的跌倒制度与临床落实存在差距，神经外科患者因为疾病的特殊性，患者无法理解宣教内容，入院时跌倒宣教有很大一部分情况是对于家属进行宣教，家属对于跌倒不够重视，在此过程中未能对家属的陪护能力进行很好的评估，再加上神经外科患者病情危重，护士工作繁忙，对于跌倒预防的动态评估宣教有所欠缺，因此神经外科跌倒发生高，跌倒发生后患者情况相较危重。
措施	1. 护士动态的评估陪护人员的陪护质量，班班做好交接工作。 2. 增加陪护如何快速寻求帮助的宣传内容。 2. 神经外科意识不清或烦躁患者的特殊化预防跌倒管理。 3. 护士跌倒宣教的动态评估及反馈。
结果	<p>2017年-2018年我科跌倒发生情况</p>  <p>蓝线—2017年 绿线—2018年</p> <p>2017.4—2018.9我科跌倒损伤情况</p> <ul style="list-style-type: none"> • 蓝色—无伤害 • 绿色—轻度伤害 • 紫色—重度伤害 <p>2017年: 无伤害 62%, 轻度伤害 31%, 重度伤害 8%</p> <p>2018年: 无伤害 67%, 轻度伤害 33%</p> <p>神经外科跌倒发生率及损伤率呈下降趋势。</p>
进一步改进计划	1. 神经外科跌倒发生率下降 70%。 2. 将神经外科意识不清或烦躁患者的特殊化预防跌倒管理持续落实，寻求更有效的跌倒预防措施。

科室	1-4F																																				
项目名称	多学科合作降低 ICU 患者身体约束率																																				
CQI 小组	<p>组 长：梁 寅</p> <p>协调员：陈香萍</p> <p>组 员：护士--孙利利、王春君、陆敏亚、胡晶晶、邵桑、吴娟、仇晓斌、劳月文、徐霞；医生--郭丰、苏伟、吴银山；康复师--刘骁杰；呼吸治疗--邱文芳</p> <p>秘 书：叶丹桂</p>																																				
时间	2017.7-2018.9																																				
现状	<p>我科 2015 年第二季度—2017 年第一季度连续 8 个季度的患者身体约束率均高于 NDNQI 数据库的平均值。</p> <p style="text-align: center;">1-4F ICU 身体约束率与 NDNQI 平均值比较图</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>2015 Q2</th> <th>2015 Q3</th> <th>2015 Q4</th> <th>2016 Q1</th> <th>2016 Q2</th> <th>2016 Q3</th> <th>2016 Q4</th> <th>2017 Q1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-4F ICU</td> <td>29.63</td> <td>41.70</td> <td>53.80</td> <td>39.02</td> <td>37.35</td> <td>34.21</td> <td>37.18</td> <td>40.20</td> </tr> <tr> <td>NDNQI 平均值</td> <td>16.68</td> <td>16.84</td> <td>17.10</td> <td>17.63</td> <td>16.34</td> <td>16.25</td> <td>16.16</td> <td>17.91</td> </tr> </tbody> </table>		2015 Q2	2015 Q3	2015 Q4	2016 Q1	2016 Q2	2016 Q3	2016 Q4	2017 Q1	1-4F ICU	29.63	41.70	53.80	39.02	37.35	34.21	37.18	40.20	NDNQI 平均值	16.68	16.84	17.10	17.63	16.34	16.25	16.16	17.91									
	2015 Q2	2015 Q3	2015 Q4	2016 Q1	2016 Q2	2016 Q3	2016 Q4	2017 Q1																													
1-4F ICU	29.63	41.70	53.80	39.02	37.35	34.21	37.18	40.20																													
NDNQI 平均值	16.68	16.84	17.10	17.63	16.34	16.25	16.16	17.91																													
措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身体约束知识培训：对护士的身体约束知信行现状进行调查，并基于调查结果实施培训； 2. 制作“free me”海报，营造缩减身体约束的科室文化； 3. 提高约束手拍的可及性：科室备用 5 副，医院小卖部出售； 4. 智能化规范谵妄的评估：将谵妄评估流程信息化，列入患者每日评估；使用作业包预防谵妄； 5. 制定身体约束决策树，为实施和解除身体约束提供科学的决策工具； 6. 多学科查房时：医护共同讨论约束具使用的必要性、解除约束的时机。 7. 每月对约束具管理质量进行自查，存在问题及时反馈给相关医护人员。 																																				
结果	<p>1. 身体约束率明显下降</p> <p style="text-align: center;">$\chi^2=228.871, P<0.001$</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>2017 Q1</th> <th>2017 Q2</th> <th>2017 Q3</th> <th>2017 Q4</th> <th>2018 Q1</th> <th>2018 Q2</th> <th>2018 Q3</th> <th>目标值</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>约束日</td> <td>970</td> <td>813</td> <td>846</td> <td>799</td> <td>607</td> <td>529</td> <td>438</td> <td></td> </tr> <tr> <td>占用床位日</td> <td>2413</td> <td>2291</td> <td>2361</td> <td>3496</td> <td>2403</td> <td>2309</td> <td>2434</td> <td></td> </tr> <tr> <td>约束率</td> <td>40.20</td> <td>35.49</td> <td>35.83</td> <td>32.01</td> <td>25.26</td> <td>22.91</td> <td>18.00</td> <td>18.64</td> </tr> </tbody> </table>		2017 Q1	2017 Q2	2017 Q3	2017 Q4	2018 Q1	2018 Q2	2018 Q3	目标值	约束日	970	813	846	799	607	529	438		占用床位日	2413	2291	2361	3496	2403	2309	2434		约束率	40.20	35.49	35.83	32.01	25.26	22.91	18.00	18.64
	2017 Q1	2017 Q2	2017 Q3	2017 Q4	2018 Q1	2018 Q2	2018 Q3	目标值																													
约束日	970	813	846	799	607	529	438																														
占用床位日	2413	2291	2361	3496	2403	2309	2434																														
约束率	40.20	35.49	35.83	32.01	25.26	22.91	18.00	18.64																													

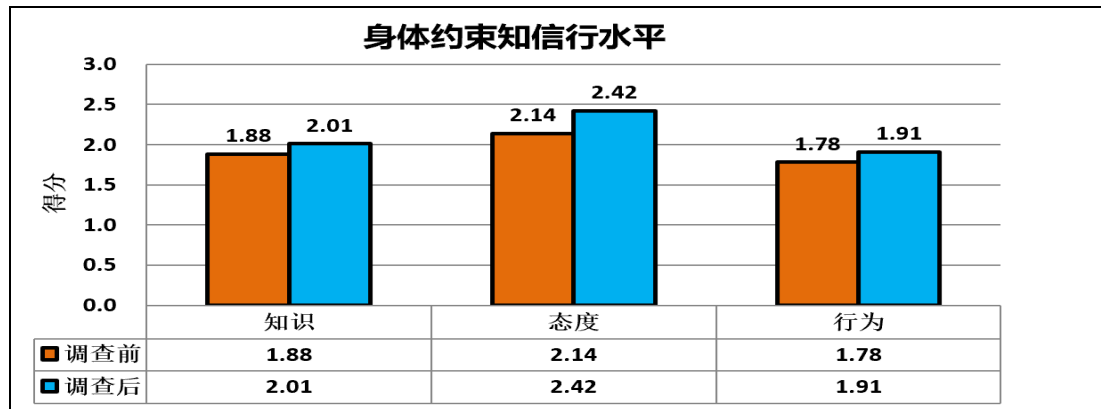
2. 非计划拔管率并未上升



3. 约束具管理质量明显提升



3. 护士对身体约束的认知水平有所提高



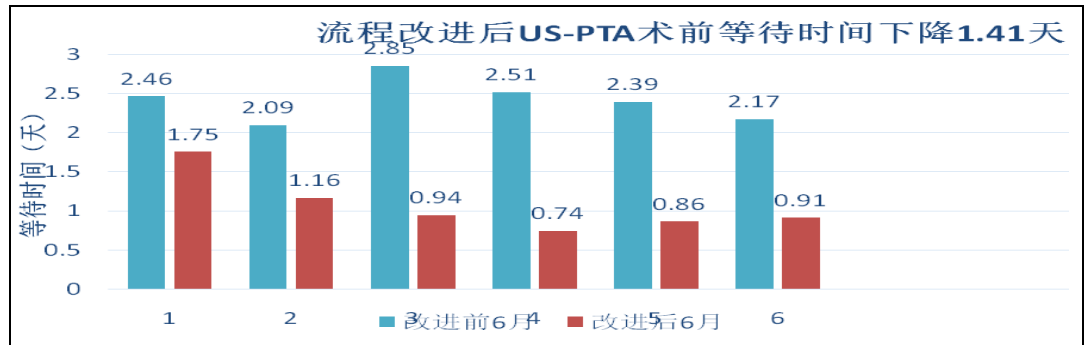
进一步改进计划

1. 使用谵妄风险预测模型对 ICU 患者进行谵妄预测，并用风险系数替代身体约束决策树中的 CAM-ICU 评估结果这一维度；
2. 身体约束决策树信息化：在重症信息系统中自动提取肌力、谵妄和管道三个维度的数据从而自动给出约束等级。

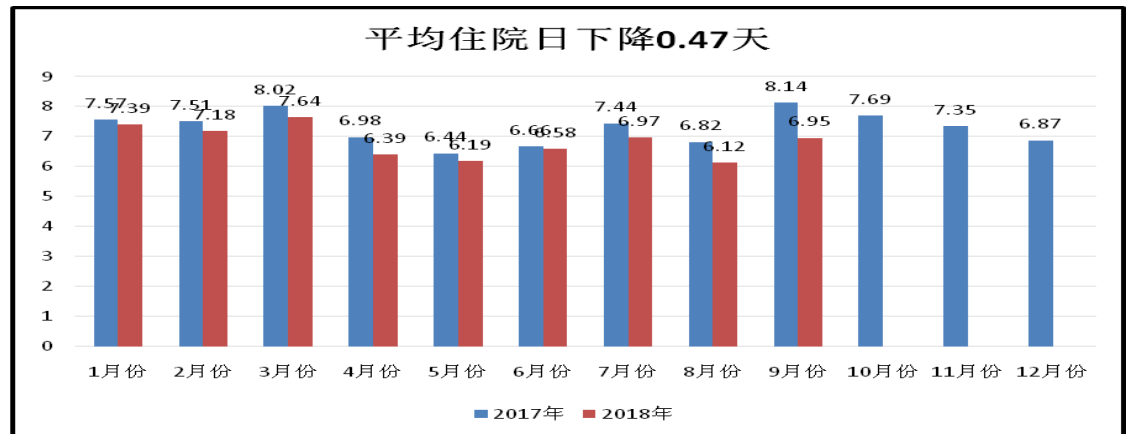
科室	入院准备中心										
项目名称	优化肾内科收治流程，有效缩短平均住院日										
CQI 小组	周道扬 徐玉莲 张伟波 沈益敏 李 华 冯剑 陆明晰等医生 张文娟 褚帆帆 王春花 钟子刚										
时间	2018.3-2018.9										
现状	<p>1. 血管通路是血透患者的生命线。</p> <p>2. 床位紧缺，待床病人明显增加，PTA 等待时间长，导致内瘘闭塞风险，PTA 是内瘘狭窄的初始标准治疗，需多次治疗以维护内瘘。</p> <p>3. 国家大力推进日间手术</p> <p>4. 日间病房床位利用率低</p> <table border="1" data-bbox="338 770 1461 1115"> <thead> <tr> <th></th> <th>平均每日在院人数</th> <th>平均每日待床人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017 年一季度</td> <td>56</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>2018 年一季度</td> <td>60</td> <td>33</td> </tr> </tbody> </table> 			平均每日在院人数	平均每日待床人数	2017 年一季度	56	16	2018 年一季度	60	33
	平均每日在院人数	平均每日待床人数									
2017 年一季度	56	16									
2018 年一季度	60	33									
措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 入院检查前移 2. 病人分层分类管理 3. 免疫抑制剂病人分流至日间病房 4. PTA 病人类同日间手术管理 5. 择期患者按手术或治疗时间预约 6. 规范备注信息，明确诊疗方式 7. 加强入院准备中心与医生的沟通 										

结果

1. 入院检查率提高
2. 免疫抑制剂按期入日间病房
3. PTA 术前等待时间缩短



4. 规范的日间 PTA 流程，日间 PTA 顺利开展并稳步增长
5. 血管通路、PTA、肾活检、出院人数等科室业务量大幅增长
6. 平均住院日下降



7. 备注信息规范，诊疗方式明确
8. 择期患者的精准预约

进一步改进计划

1. 部分 DSA 病人类似日间手术管理
2. 血管通路流程进一步优化
3. 肾活检从一周一次增加到两次
4. 提高内瘘患者的医从性
5. IT 流程的优化

科室	613E
项目名称	提高雾化药物处置的效率和安全性
CQI 小组	组长：郑巧燕 协调员：严林娟 成员：护士 张晴霞、徐幸、廖梦婷、宋焯、615W 范华美、617E 俞晓燕 医生 俞炜 药剂 师应苗法
时间	2018-2---2018-8
现状	<ol style="list-style-type: none"> 1. 雾化药药房实行手工片剂摆药核对方式，并按先药名后床位的排序，同所有手工片剂发送到病区。 2. 楼层护士分拣摆放雾化药费事，雾化给药方式多样。 3. 上述两种现状各存在安全隐患，并效率低下，耗材明显。
措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 药房及病房雾化药的摆药核对方式的改变：手工片剂摆药核对方式转变成按少量摆药核对方式。 2. 规范雾化医嘱：医嘱组方，禁用针剂型药物用来雾化（生理盐水除外），药物剂量控制在 4-6ml。 3. 使用透明分格收纳盒存放雾化药。 4. 雾化给药统一采取挤入式的加药方式。
结果	<ol style="list-style-type: none"> 1. 无雾化相关给药错误。 2. 药房及病房的雾化摆药核对效率分别提高 300%和 50%。 3. 药房雾化药相关耗材下降 100%。
进一步改进计划	1. 推广应用并制度化

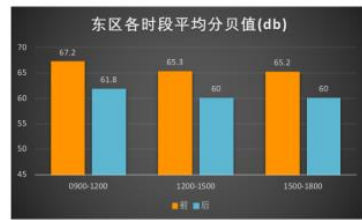
科室	全院性																															
项目名称	全院血糖仪质控规范及改进																															
CQI 小组	组长：姚慧岚 协调员：朱陈萍、秦建芬、徐玉兰、汪月忠 组员：程丽丽、袁红娣、周燕、李秀萍、朱铭霞、贺晓映、金冬爱、陈春华、黄晨 检验科（程玉兰、耿淑敏、史圆） 秘书：姚慧岚																															
时间	2018.1-2018.10																															
现状	1 月份对全院的血糖仪管理及质控情况做了基线调研，内容包括血糖仪时间的一致性、数据完整性、试纸有效期、开启时间、质控液有效期及开启时间，发现普遍存在很多问题。 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="363 595 890 981"> <h3>血糖仪管理及质控主要存在问题</h3> <table border="1"> <caption>血糖仪管理及质控主要存在问题</caption> <tr><th>问题</th><th>数量</th></tr> <tr><td>质控液无开启时间</td><td>28</td></tr> <tr><td>试纸无开启时间</td><td>60</td></tr> <tr><td>操作错误</td><td>30</td></tr> <tr><td>数据漏检</td><td>32</td></tr> <tr><td>血糖仪时间不一致</td><td>26</td></tr> <tr><td>质控液过期</td><td>13</td></tr> </table> </div> <div data-bbox="890 595 1417 981"> <h3>全院2017年12月生化比对结果</h3> <table border="1"> <caption>全院2017年12月生化比对结果</caption> <tr><th>问题</th><th>数量</th></tr> <tr><td>数据漏输</td><td>10</td></tr> <tr><td>无趋势图</td><td>9</td></tr> <tr><td>仪器编码与备案不一致</td><td>7</td></tr> <tr><td>数据输错</td><td>4</td></tr> <tr><td>数据失控</td><td>2</td></tr> </table> </div> </div>		问题	数量	质控液无开启时间	28	试纸无开启时间	60	操作错误	30	数据漏检	32	血糖仪时间不一致	26	质控液过期	13	问题	数量	数据漏输	10	无趋势图	9	仪器编码与备案不一致	7	数据输错	4	数据失控	2				
问题	数量																															
质控液无开启时间	28																															
试纸无开启时间	60																															
操作错误	30																															
数据漏检	32																															
血糖仪时间不一致	26																															
质控液过期	13																															
问题	数量																															
数据漏输	10																															
无趋势图	9																															
仪器编码与备案不一致	7																															
数据输错	4																															
数据失控	2																															
措施	1、制定质核查表，更新制度、操作规程 2、加强人员培训，组建质控巡查小组 3、血糖仪质控电子记录单功能完善（包括补登的时间设置为可修改状态、质控趋势图显示需正常、设置“仪器故障维修”栏；增加特殊时期（春节）不需要质控时备注项 4、规范室内质控体系（取消病区所有备机，全部集中在检验科；对临床新增血糖仪进行备案登记）																															
结果	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div data-bbox="336 1272 890 1637"> <h3>7月份巡查结果分析</h3> <table border="1"> <caption>7月份巡查结果分析</caption> <tr><th>问题</th><th>数量</th></tr> <tr><td>质控液无开启时间</td><td>60</td></tr> <tr><td>血糖试纸无开启时间</td><td>27</td></tr> <tr><td>错误操作</td><td>5</td></tr> <tr><td>质控液过期</td><td>13</td></tr> <tr><td>质控液无有效期</td><td>2</td></tr> </table> </div> <div data-bbox="890 1272 1417 1637"> <h3>质控核查表</h3> <p>平均分92.4</p> </div> <div data-bbox="336 1637 890 2047"> <h3>质控操作存在问题</h3> <p>平均分91.89分</p> </div> <div data-bbox="890 1637 1417 2047"> <h3>生化比对结果</h3> <table border="1"> <caption>生化比对结果</caption> <tr><th>问题</th><th>2017.12</th><th>2018.06</th></tr> <tr><td>数据漏输</td><td>14</td><td>10</td></tr> <tr><td>无趋势图</td><td>9</td><td>0</td></tr> <tr><td>仪器编码与备案不一致</td><td>7</td><td>6</td></tr> <tr><td>数据失控</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>数据输错</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table> </div> </div>		问题	数量	质控液无开启时间	60	血糖试纸无开启时间	27	错误操作	5	质控液过期	13	质控液无有效期	2	问题	2017.12	2018.06	数据漏输	14	10	无趋势图	9	0	仪器编码与备案不一致	7	6	数据失控	2	2	数据输错	2	1
问题	数量																															
质控液无开启时间	60																															
血糖试纸无开启时间	27																															
错误操作	5																															
质控液过期	13																															
质控液无有效期	2																															
问题	2017.12	2018.06																														
数据漏输	14	10																														
无趋势图	9	0																														
仪器编码与备案不一致	7	6																														
数据失控	2	2																														
数据输错	2	1																														
进一步改进计划	1、质控数据漏输问题 2、备注问题（少备注或质控原因备注未及时更改）																															

科室	2-8F						
项目名称	基于磁性需求的普外科护理单元日常降噪						
CQI 小组	<p>组 长：王娅娅</p> <p>协调员：陈 钧</p> <p>组 员：护 士--谢佃秀、王 洁、李永芳、胡天天；医 生--李哲勇、俞一尘</p> <p> 护理员--叶爱兰、张樟土；发送员--周明珍；清洁工--程爱仙</p> <p>秘 书：肖 悦</p>						
时间	2018.03-2018.12						
现状	<p>1. 2017 年 01-06 月份 PRESS GANEY 数据中【Noise level in and around room】平均分仅 86.08 分，且均处于推荐的 10 大建议改善的问题中。</p> <div data-bbox="523 842 1093 1178" data-label="Figure"> <table border="1"> <caption>降噪前</caption> <thead> <tr> <th>类别</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>有噪音</td> <td>66.70%</td> </tr> <tr> <td>无噪音</td> <td>33.30%</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>2. 针对科室医务人员、护理员、患者及家属进行噪音问卷调查，结果 66.7% 显示有噪音。</p>	类别	百分比	有噪音	66.70%	无噪音	33.30%
类别	百分比						
有噪音	66.70%						
无噪音	33.30%						
措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 完善工作人员的沟通设备：工作期间使用对讲耳麦交流 2. 设立安静时间段：1230-1330，给患者一个午休的时间 3. 病区设立提醒牌及海报 4. 加强入院宣教 5. 仪器设备管理 6. 提高工作人员的主动管理意识 						

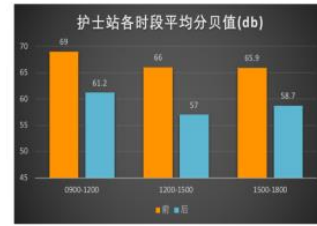
结果

1. 病房噪音测定有改善。

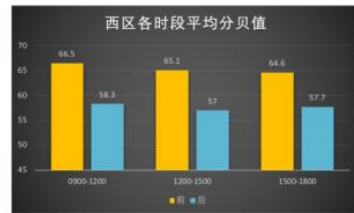
病房东区



护士站



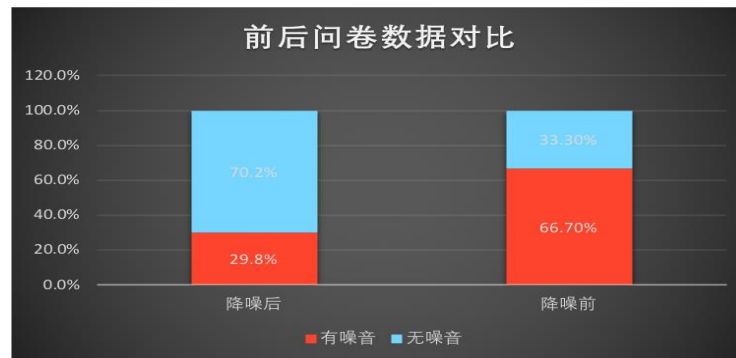
病房西区



问卷调查前后数据对比



2. 噪音问卷调查有改善。



3. 2018年08-11月份 PRESS GANEY 数据中【Noise level in and around room】平均分达到 94.97 分。

干预前、后外科病房不同区域噪音水平比较[$\bar{x} \pm s$, dB (A)]					
项目	噪音			F	P
	病房东区	护士站	病房西区		
干预前	65.90±1.58	66.93±1.60	65.40±1.43	7.756	0.001
干预后	60.60±2.24	58.97±2.44	57.73±1.55	13.908	0.000

干预后外科病房东区、护士站、病房西区噪音分值差异有统计学意义 (P<0.05)

进一步改进计划

1. 工作人员的沟通设备，对讲耳麦的日常维护及推广使用。
2. 对于整个病区环境中人员的降噪意识及行动的有效干预，包括：食堂送餐员工、访客等的干预。

科室	庆春 OR																																	
项目名称	降低器械 FLASH 使用率																																	
CQI 小组	组长：陈栋园 协调员：祁海鸥 顾问：徐米娜 吴英俊 组员：徐欣 陈渊航 褚叶远 许丽红 朱顺高 王亚娟（供应室护士长）																																	
时间	2017.3-2018.7																																	
现状	<p>1. 快速高压蒸汽灭菌 (flash) 是通过提高蒸汽压力的方法将灭菌时间大幅度缩短，但其效果无从考证，存在手术感染的风险。</p> <p>2. AORN 《围手术期灭菌指南》明确指出：快速高压蒸汽灭菌适应症：①只能在特殊情况下使用，其应用越少越好；②不得用于植入物的灭菌，急诊手术及无其它选择时除外。</p> <p>3. 随着我院年手术量的逐年提升，手术室日益高效运行，外科手术对器械的需求随之越来越大。一旦发生器械供不应求，就会选择快速高压蒸汽灭菌消毒来应急。</p> <p>4. 2016 年我院 JCI 评审过程中指出，手术器械 Flash 使用频率过高，存在器械灭菌不合格、手术部位感染风险。同时，医院在 2018 年将迎来等级医院三甲评审，同样的问题依然存在，急需科室改进。</p> <p>5. 同类手术手术时间的缩短和接台时间的缩短对器械配备提出了更高的要求。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="336 1014 802 1417"> <p>年手术量统计</p> <table border="1"> <tr><th>年份</th><th>手术量</th></tr> <tr><td>2015</td><td>27927</td></tr> <tr><td>2016</td><td>32434</td></tr> </table> <p>增长：4507</p> </div> <div data-bbox="807 1014 1273 1417"> <p>IV、特类手术占比</p> <table border="1"> <tr><th>年份</th><th>IV类占比</th><th>特类占比</th></tr> <tr><td>2015年</td><td>17.40%</td><td>15.70%</td></tr> <tr><td>2016年</td><td>16.20%</td><td>19.40%</td></tr> </table> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div data-bbox="336 1440 767 1776"> <p>庆春OR平均接台时间 单位：min</p> <table border="1"> <tr><th>年份</th><th>平均接台时间 (min)</th></tr> <tr><td>2016年</td><td>53</td></tr> <tr><td>2017年</td><td>46</td></tr> </table> <p>缩短7min</p> </div> <div data-bbox="831 1541 1425 1776"> <p>手术量与器械Flash占比</p> <table border="1"> <tr><th>时间</th><th>手术量</th><th>Flash例次</th><th>占比</th></tr> <tr><td>2017.3</td><td>3359</td><td>201</td><td>6.0%</td></tr> <tr><td>2017.4</td><td>2816</td><td>101</td><td>3.6%</td></tr> </table> </div> </div>	年份	手术量	2015	27927	2016	32434	年份	IV类占比	特类占比	2015年	17.40%	15.70%	2016年	16.20%	19.40%	年份	平均接台时间 (min)	2016年	53	2017年	46	时间	手术量	Flash例次	占比	2017.3	3359	201	6.0%	2017.4	2816	101	3.6%
年份	手术量																																	
2015	27927																																	
2016	32434																																	
年份	IV类占比	特类占比																																
2015年	17.40%	15.70%																																
2016年	16.20%	19.40%																																
年份	平均接台时间 (min)																																	
2016年	53																																	
2017年	46																																	
时间	手术量	Flash例次	占比																															
2017.3	3359	201	6.0%																															
2017.4	2816	101	3.6%																															
措施	<p>措施一：相关理论知识学习： 对策内容： 通过问卷星调查、微信群交流、科会学习进行 flash 相关理论知识学习 提升全科人员 flash 危害认知率达 90%以上</p> <p>措施二：增加器械数量：配备与手术量、手术效率相匹配的器械量 对策内容： 1：整合手术器械, 精简手术器械包</p>																																	

2: 配置与新术式相匹配的手术器械包
 3: 增加器械包数量
措施三: 接台流程器械优化
 对策内容:
 1: 巡回护士关注接台手术器械, 提前准备
 2: 手术室无接台器械时, 致电供应室 886237
 1): 询问是否有接台器械(具体器械包名称)并告知房间号
 2): 供应室有器械, 请供应室及时发放器械
 3): 供应室无器械, 告知供应室所需接台器械的时间
 A 能及时灭菌, 由供应室灭菌后发放手术室
 B 不能及时灭菌, 清洗完毕, 整理成框后送手术室 FLASH

措施四: 增加供应室消毒锅数量

对策内容:

清洗锅数量与灭菌锅数量进行增加

结合中心供应室工作量的增加、场地的选择以及预算在原有消毒锅 5 台、灭菌锅 5 台的基础上增加消毒灭菌锅数量

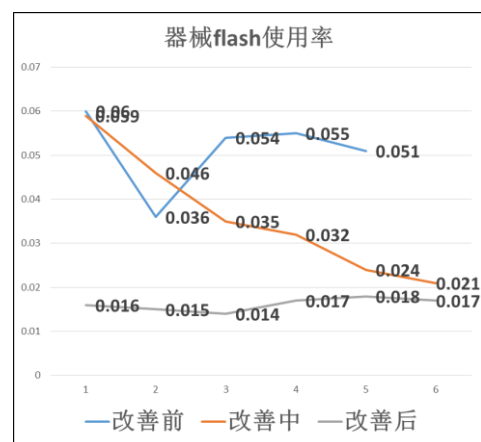
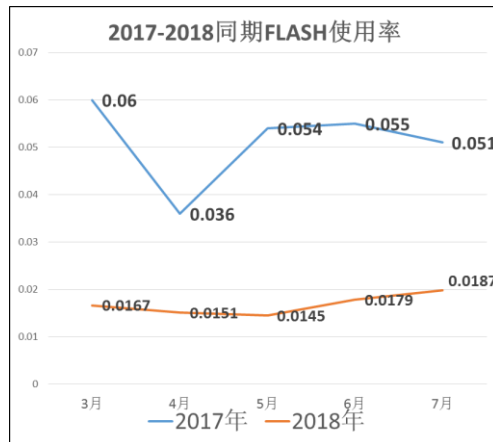
措施五: 完善外来器械管理制度

对策内容:

- 1: 外包布的改变
- 2: 定点集中放置
- 3: 器械商器械按规定时间提前送至医院中心供应室进行灭菌:
 周一至周五 1700 以前送至供应室
 周六、周日 1400 以前送至供应室
- 4: 器械商规范化培训
- 5: 建立微信群, 加强沟通、信息交流
- 6: 档案的建立: 信息可追询

结果

器械 flash 使用率降低至手术总量的 2%以内



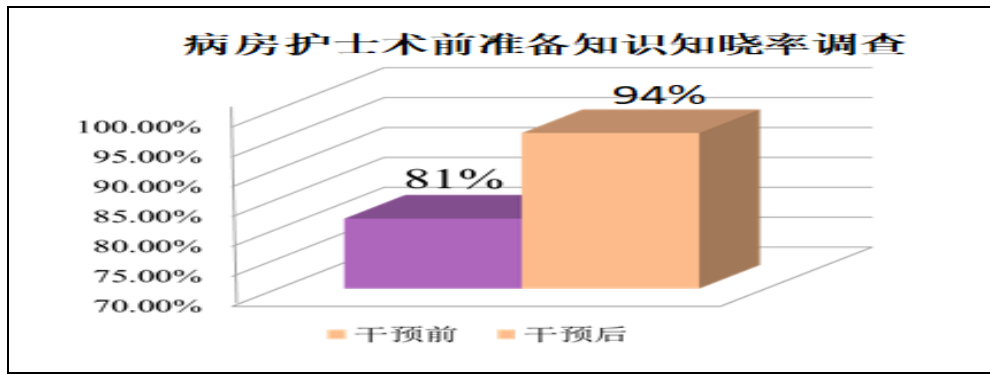
进一步改进计划

追溯系统可查询器械数量; 根据器械数量合理手术排程

科室	620W																									
项目名称	提高下沙院区外科术前准备完善率																									
CQI 小组	<ul style="list-style-type: none"> ● 协调员：徐凌丽 ● 组长：卢丽娥 ● 顾问：潘红英、秦建芬 ● 参与科室：下沙院区普外科、胸外科、618W、PACU、住院总冯吉、麻醉科乔庆主任 ● 科内参与人员：卢静、桂敏兰、周秦、吴文娇、童李丹、张晓婷 																									
时间	2018.3.1----2018.9.30																									
现状	<p>术前准备质量是整个围手术期护理质量的基础，直接影响手术治疗的成败。降低术前准备的缺陷，能有效提高患者的手术安全及护理人员的工作满意度。而我们术前准备不完善的问题存在普遍性，为此回顾了2017年下沙院区外科术前准备的数据并进行了分析，如下图表所示。</p> <p>2017年下沙院区外科术前准备不完善情况</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>科室部门</th> <th>手术台数</th> <th>术前准备不完善例数</th> <th>不完善例数占院区不完善总例数比</th> <th>不完善率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>普外科</td> <td>4723</td> <td>76</td> <td>19.95%</td> <td>1.61%</td> </tr> <tr> <td>胸外科</td> <td>236</td> <td>23</td> <td>6%</td> <td>9.75%</td> </tr> <tr> <td>骨科</td> <td>3839</td> <td>94</td> <td>24.7%</td> <td>2.45%</td> </tr> <tr> <td>合计</td> <td>8798</td> <td>193</td> <td>50.65%</td> <td>2.19%</td> </tr> </tbody> </table> <p>备注：2017年下沙院区术前准备不完善总例数381例</p> <p>术前准备不完善主要存在的问题</p>	科室部门	手术台数	术前准备不完善例数	不完善例数占院区不完善总例数比	不完善率	普外科	4723	76	19.95%	1.61%	胸外科	236	23	6%	9.75%	骨科	3839	94	24.7%	2.45%	合计	8798	193	50.65%	2.19%
科室部门	手术台数	术前准备不完善例数	不完善例数占院区不完善总例数比	不完善率																						
普外科	4723	76	19.95%	1.61%																						
胸外科	236	23	6%	9.75%																						
骨科	3839	94	24.7%	2.45%																						
合计	8798	193	50.65%	2.19%																						
措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医护培训 2. 增强意识 3. 设计使用宣教牌 4. 加强宣教力度 5. 规范术前核对流程 6. 规范麻醉会诊管理 																									

结果

1. 提高了病房护士术前准备相关知识的知晓率。



2. 前三项目标均有统计学意义，最后一项达到预期目标。

第一台手术术前准备不完善干预前后对比

项目	手术总台次	不完善例数	不完善率
干预前	6584	17	0.26%
干预后	6895	6	0.08%

运用 χ^2 检验， $P=0.016 < 0.05$ ，有统计学意义，表明干预有效。

接台手术术前准备不完善干预前后对比

项目	手术总台次	不完善例数	不完善率
干预前	6584	27	0.41%
干预后	6895	16	0.23%

运用 χ^2 检验， $P=0.003 < 0.05$ ，有统计学意义，表明干预有效。

护士主导因素造成术前准备不完善例数干预前后对比

项目	手术总台次	不完善例数	下降率
干预前	6584	20	50%
干预后	6895	10	

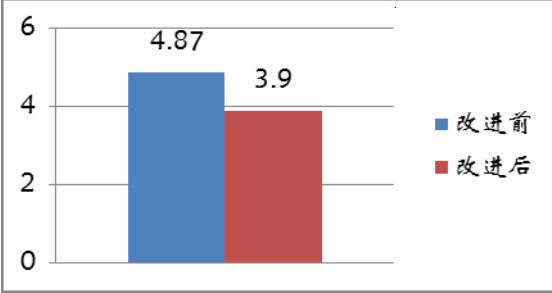
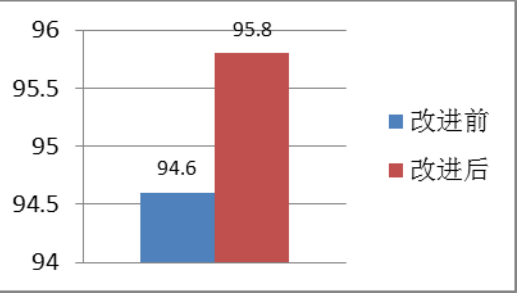
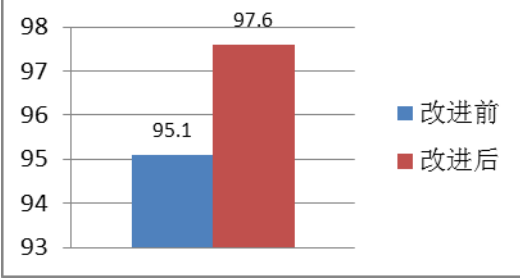
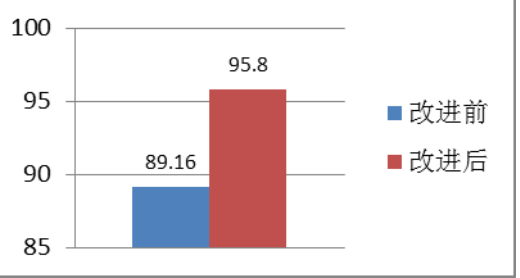
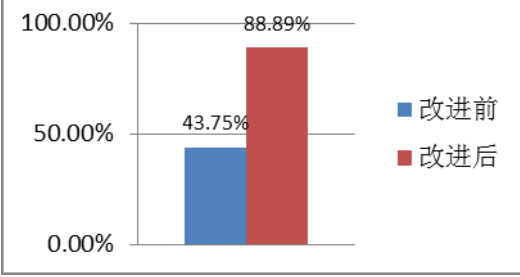
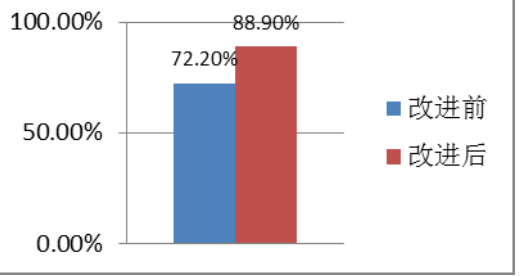
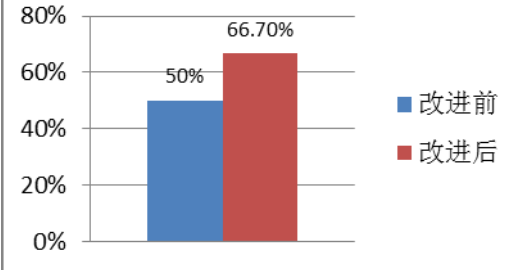
运用 χ^2 检验， $P=0.044 < 0.05$ ，有统计学意义，表明干预有效。

3. PACU、病房护士和医生对术前准备完善率满意度均有大幅度提升。
4. 制作、更新了宣教视频。
5. 促进了各部门间的交流合作。

进一步改进计划

1. 术前准备是我们外科日常非常常规的一项工作，接下去我们还将进一步细化术前准备核对流程，在实施过程中我们同时发现，外科患者术前心理需求的关注，是一块容易被忽略却又非常值得研究的内容，为我们下一步工作提出了新的改进空间。。
2. 开展下一个 CQI 时候，设置观察组，进行横向对比。

科室	610E																												
项目名称	降低间歇导尿感染率																												
CQI 小组	邹朝君、曹丽平、徐方芳、王婷、蔡思思、王青、吕璟 医生：叶晔 治疗师：徐健																												
时间	2017-11 至 2018-10																												
现状	我科 2013 年开始对神经源性膀胱患者实施间歇导尿操作, 在间导过程中, 我们发现间歇导尿仍然存在很多问题, 间导操作不够规范, 间导安排不够合理, 护士对间导知识掌握不全面, 患者发热, 尿道出血, 尿路感染的情况时有发生。2017. 11-2018. 10 收集了 13 例间导患者:																												
	间导期间有尿路刺激症	尿白细胞: 男》5 个/高倍镜、女》10 个/高倍镜	尿培养菌落数》 10^3 CFU /ML	有发热	根据膀胱压力测定结果安排间导不恰当的	未根据间导结果及时调节间导次数或时间	不配合间导的患者	间导期间输液量>500 ml	未根据饮水计划饮水																				
例数	0	8	3	5	3	9	3	3	5																				
占比	0%	44.4%	16.7%	27.8%	16.70%	27.80%	50%	16.70%	27.80%																				
	<div style="text-align: center;">占比</div> <table border="1"> <caption>占比数据表</caption> <thead> <tr> <th>症状/问题</th> <th>占比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>有尿路刺激症</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>尿白细胞</td> <td>44.4%</td> </tr> <tr> <td>尿培养菌落</td> <td>16.7%</td> </tr> <tr> <td>有发热</td> <td>27.8%</td> </tr> <tr> <td>根据膀胱压</td> <td>16.70%</td> </tr> <tr> <td>未根据间导</td> <td>27.80%</td> </tr> <tr> <td>不配合间导</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>间导期间输</td> <td>16.70%</td> </tr> <tr> <td>未根据饮水</td> <td>27.80%</td> </tr> </tbody> </table>									症状/问题	占比	有尿路刺激症	0%	尿白细胞	44.4%	尿培养菌落	16.7%	有发热	27.8%	根据膀胱压	16.70%	未根据间导	27.80%	不配合间导	50%	间导期间输	16.70%	未根据饮水	27.80%
症状/问题	占比																												
有尿路刺激症	0%																												
尿白细胞	44.4%																												
尿培养菌落	16.7%																												
有发热	27.8%																												
根据膀胱压	16.70%																												
未根据间导	27.80%																												
不配合间导	50%																												
间导期间输	16.70%																												
未根据饮水	27.80%																												
	<table border="1"> <caption>感染率对比表</caption> <thead> <tr> <th>类别</th> <th>感染率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>文献中间导感染率</td> <td>4.1</td> </tr> <tr> <td>我科间导感染率</td> <td>4.87</td> </tr> </tbody> </table>									类别	感染率	文献中间导感染率	4.1	我科间导感染率	4.87														
类别	感染率																												
文献中间导感染率	4.1																												
我科间导感染率	4.87																												
措施	<ol style="list-style-type: none"> (1) 操作标准化, 全科室再次培训考核; (2) 改进完善间导流程 ; (3) 每个间导病人记录排尿日志, 个性化指导; (4) 周末课堂进行集体间导宣教; (5) 拔留置导尿管前标准化留取尿常规及尿培养; 																												

	<p>(6) 每周复查尿常规及尿培养； (7) 每 2 周复查膀胱压力测定。</p>																												
<p>结果</p>	<p>间歇导尿感染率下降至 0 ‰</p> <p>1. 间导感染率显著降低：<input type="checkbox"/></p> <p>2. 简易膀胱压力测定操作平均分明显提高：</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;">  <table border="1"> <caption>间歇导尿感染率</caption> <thead> <tr> <th>改进前</th> <th>改进后</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4.87</td> <td>3.9</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 45%;">  <table border="1"> <caption>简易膀胱压力测定操作平均分</caption> <thead> <tr> <th>改进前</th> <th>改进后</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>94.6</td> <td>95.8</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div> <p>3. 间导操作平均分明显提高：</p> <p>4. 神经源性膀胱管理知识考核成绩显著提高：</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;">  <table border="1"> <caption>间导操作平均分</caption> <thead> <tr> <th>改进前</th> <th>改进后</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>95.1</td> <td>97.6</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 45%;">  <table border="1"> <caption>神经源性膀胱管理知识考核成绩</caption> <thead> <tr> <th>改进前</th> <th>改进后</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>89.16</td> <td>95.8</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div> <p>5. 患者排尿日志记录率显著提高：</p> <p>6. 患者饮水计划准确率显著提高：</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;">  <table border="1"> <caption>患者排尿日志记录率</caption> <thead> <tr> <th>改进前</th> <th>改进后</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>43.75%</td> <td>88.89%</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 45%;">  <table border="1"> <caption>患者饮水计划准确率</caption> <thead> <tr> <th>改进前</th> <th>改进后</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>72.20%</td> <td>88.90%</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div> <p>7. 患者膀胱功能改善情况（患者出院时较入院时残余尿量减少 100ml 以上的占比）</p>  <table border="1"> <caption>患者膀胱功能改善情况</caption> <thead> <tr> <th>改进前</th> <th>改进后</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50%</td> <td>66.70%</td> </tr> </tbody> </table>	改进前	改进后	4.87	3.9	改进前	改进后	94.6	95.8	改进前	改进后	95.1	97.6	改进前	改进后	89.16	95.8	改进前	改进后	43.75%	88.89%	改进前	改进后	72.20%	88.90%	改进前	改进后	50%	66.70%
改进前	改进后																												
4.87	3.9																												
改进前	改进后																												
94.6	95.8																												
改进前	改进后																												
95.1	97.6																												
改进前	改进后																												
89.16	95.8																												
改进前	改进后																												
43.75%	88.89%																												
改进前	改进后																												
72.20%	88.90%																												
改进前	改进后																												
50%	66.70%																												
<p>进一步改进计划</p>	<p>1. 在实践中，设计出适合不同患者的，能够降低间导感染的间导管，申请专利，实现量产。</p> <p>2. 不断学习新的间歇导尿管理方法，与时俱进，更好的服务患者。</p> <p>3. 进一步降低间歇导尿感染率</p> <p>4. 浙江省卫计委科研课题：浙江省综合性医院神经源性膀胱管理抽样调查与对策研究</p>																												

科室	放射科
项目名称	优化放射科导管室术前准备流程（提高导管室术前准备完成率）
CQI 小组	章雁，江峰，金浙夏，何冬琴，陈海燕，沈瑗媛，杨咏梅
时间	2017 年 10 月至 2018 年 8 月
现状	<ol style="list-style-type: none"> 1. 术前准备完成的手术占比 43.8% 2. 术前准备未完成的手术占比 56.2% 3. 无效工作时间 1864 分钟
措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 与护理部沟通，统一全院介入术前准备要求，并下达各病房负责人； 2. 病房负责人监督病房护士完成术前准备要求培训； 3. 根据手术类别，设计个性化术前核查表，推行并实施，完成核查表后再送病人； 4. 安排一助早交班后，不参与查房与业务学习，参与手术的开台；医生未到场，护士有权跳台，或安排其他科室手术； 5. 护士长与信息组沟通，完善介入安全核查表，并且医技护三方核对签字； 6. 主管医生术前一天 1700 前安排好择期，完成手术签字，未签字患者，DSA 护士有权不安排手术，直接跳台； 7. 优化麻醉科参与放射科手术的人员安排，每日安排备班或急诊班参与手术； 8. 全麻非急诊病人术前一天完成麻醉知情同意书；急诊手术病人在介入科医生通知后及时签署知情同意书；
结果	<ol style="list-style-type: none"> 1. 术前准备完成的手术占比 87.2% 2. 术前准备未完成的手术占比 12.8% 3. 产生无效工作时间 218 分钟
进一步改进计划	<ol style="list-style-type: none"> 1. 持续监测介入术前准备完成率； 2. 继续完成全院 INCERISE 课程； 3. 个别医生仍然存在未到场现象，需要采取行政措施； 4. 个别楼层仍然存在术前准备完成率低下现象，寻找原因，继续监督；