



护理敏感质量指标 实用手册(2016版)

Handbook of Nursing-sensitive Quality Indicators

国家卫生计生委医院管理研究所护理中心
护理质量指标研发小组编写

护理敏感质量指标 实用手册 (2016版)

Handbook of Nursing-sensitive Quality Indicators

国家卫生计生委医院管理研究所护理中心
护理质量指标研发小组编写

编写人员 (以姓氏笔画为序)

么 莉(国家卫生计生委医院管理研究所)

冯志仙(浙江大学国际医院)

朱宗蓝(台湾林口长庚纪念医院)

李振香(山东省立医院)

杨 磊(河南宏力医院)

宋瑰琦(安徽省立医院)

张海燕(北京大学人民医院)

陈玉枝(台北荣民总医院)

徐建鸣(复旦大学附属中山医院)

简伟研(北京大学公共卫生学院)

编写秘书 尚文涵(国家卫生计生委医院管理研究所)

李 昂(国家卫生计生委医院管理研究所)

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

护理敏感质量指标实用手册:2016 版/么莉主编.—北京:
人民卫生出版社,2016

ISBN 978-7-117-22792-6

I. ①护… II. ①么… III. ①护理-质量指标-手册
IV. ①R47-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 138157 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有,侵权必究!

护理敏感质量指标实用手册(2016 版)

主 编:么 莉

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址:北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编:100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线:010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷:三河市尚艺印装有限公司

经 销:新华书店

开 本:710×1000 1/16 印张:16 插页:1

字 数:296 千字

版 次:2016 年 7 月第 1 版 2016 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-22792-6/R·22793

定 价:40.00 元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前 言

质量是医护工作的根本。质量管理是护理管理的重要组成部分,是撬动整个护理管理走向科学化、规范化的重要力量。通过质量管理让护理服务保持良好的水平并持续改进,让患者受益,这是护理服务工作价值的真正体现。

“没有测量就没有改善”。如果我们不能准确测量护理质量的水平,就没有办法发现问题,改善质量便是无源之水。基于这样的共识,由内地 6 所医院的护理管理者和相关领域的专家、学者组成的研究小组便走到了一起,开始了现阶段护理敏感质量指标的研究和开发之路,我们立足于既要与国际接轨、又落地于中国护理实践的、“少而精”的指标集。

沿着这个方向,小组成员自 2014 年 6 月开始工作。从广泛回顾国内外护理质量管理文献开始,参考了全国护理质量管理现状调研的资料,同时结合小组成员所在地区和所在医院质量管理的实践经验,梳理出 13 个指标。后经反复讨论和征求多位护理专家意见,形成了对这些指标的计算方法、变量定义、数据来源和采集方式的组内共识。从 2015 年开始在小组成员所在的医院进行数据收集、上报、汇总分析和反馈的试点。每季度就试点进展情况进行研讨,广泛听取试点医院管理者和一线护士的意见和建议,不断修正和完善这些指标,最终达成了目前的统一。在试点过程中,也尝试运用采集到的资料进行数据统计,检验这些信息能否提供有用的证据服务于临床的质量改善,以确保指标的使用价值。

经过前后近两年的努力,2016 年初,我们比较有把握将这套指标以及我们通过实践摸索出来的使用方法公开出版,供广大的护理工作者和医护服务管理者参考使用。为了便于使用,我们以“实用手册”的方式进行编写,简明扼要地阐述指标内涵和外延,详细说明指标涉及的影响因素(变量)和采集途径,并给每一指标配以“案例”以方便使用者更直观地理解指标的使用方法。此外,对于每一个指标,小组成员还根据自身管理经验(尤其是这两年指标研究工作的体会),以“述评”的方式讲述了指标使用过程中的注意事项以及指标之间关联分析的方法。

在研发指标和编撰本书的过程中,我们充分感受到质量管理是一门实践科学,需要借助科学的测量工具不断发现问题、不断改善。我们希望以我们绵

薄之力与广大同行一道推进护理质量的准确测量和持续改进工作。

为了进一步提高本书的质量,以供再版时修改,因而诚恳地希望各位读者、专家提出宝贵意见。

国家卫生计生委医院管理研究所护理中心

护理质量指标研发小组

2016年4月

目 录

第一章 敏感指标与护理质量管理概述.....	1
第二章 床护比.....	8
第三章 护患比	18
第四章 每住院患者 24 小时平均护理时数.....	41
第五章 不同级别护士的配置	62
第六章 护士离职率	78
第七章 住院患者跌倒发生率	91
第八章 院内压疮发生率.....	115
第九章 住院患者身体约束率.....	138
第十章 插管患者非计划拔管发生率.....	157
第十一章 ICU 导尿管相关尿路感染发生率	174
第十二章 ICU 中心导管相关血流感染发生率	191
第十三章 ICU 呼吸机相关性肺炎发生率	212
第十四章 护士执业环境测评.....	232
参考文献.....	248

第一章

敏感指标与护理质量管理概述

- 敏感指标是质量管理的重要抓手。从敏感指标入手,有助于管理者以点带面地进行重点管理。
- 护理敏感质量指标,是体现护理工作特点,符合质量管理规律,与患者的健康结果密切相关的指标。
- 指标是可测量的,因而也是直观的。管理者在体验这种直观所带来方便的同时,不应忘记指标值背后还有深层的故事。
- 指标管理不是单凭指标值那些数字做判断,而是以数字为线索,把握数字背后的事实和道理。这是从管理业务跨越到管理艺术的重要一步。

一、建立指标对管理的意义

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

管理者围绕目标建立指标的过程,就是将目标“具体化”的过程,可以帮助管理者确定哪些是核心的行动步骤。另一方面,当管理者评估行动有效性时,指标便成为管理者判断的标尺;换言之,管理者通过指标值的优劣可以直观判断行动有没有偏离目标。指标在管理工作中的意义可以通过图 1-1 来反映。

实现组织目标往往是管理者的第一要务。为此,管理界一直很推崇“目标管理”,认为目标管理可以让组织成员众志成城,形成合力,共同推进组织发展。目标管理的关键一步是将目标分解为操作化的行动指引,让各个组织成员的工作能够有的放矢。从指标与目标的关系可以看出,目标分解的过程与指标构建的过程是相吻合的。可以断言,没有合理的指标做指引,实现组织目

标便没有了保障。

此外,管理者做决策时要求“以数据(证据)说话”,因为这样可以避免主观臆断,避免感情用事。然而,要做到这样,首先要回答的便是“数据从哪里来,应当用到哪里去”。从指标的特征来看,构建和应用指标开展管理工作,给管理者提供了一个落实科学管理的切入点。

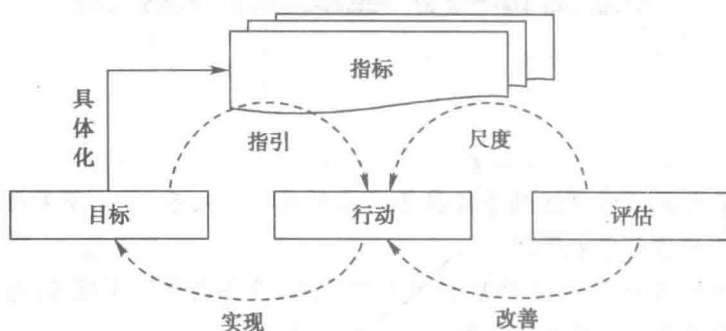


图 1-1 指标在管理中的意义

二、敏感指标的特点

假定围绕一个既定管理目标或者管理结果,可以建立三个指标。想象管理的目标或结果与管理指标在表盘上联动。目标(或结果)可能是 a,也可能是 b, a 与 b 之间的差距是目标(或结果)的差异程度。由于指标是目标的具体化,目标值发生了变化,指标值也会随之发生变化。图 1-2 中显示了三个指标不同的变化幅度。指标值随目标值变化的幅度越大,意味着指标越“敏感”。

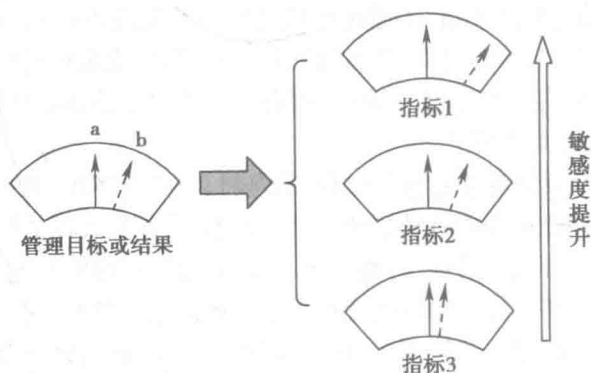


图 1-2 指标的敏感度

每当管理目标或管理结果发生微弱的变化,管理者都会在某一个指标的指标值上看到明显的反映,这个指标便是“敏感指标”。管理者借助敏感指标,通

过这个点上的变化了解到了整个管理面上的异动,让管理者做到了见微知著、以点带面。这是敏感指标的功用,也是敏感指标的特点。

受到时间和精力限制,每个管理者能够关注的东西都是有限的,这称作管理者的“管理幅度”。为此,业界一直强调“重点管理”,主张管理者要善于抓重点、抓要点。把握敏感指标,是重点管理思想的重要体现。这是因为,如果把众多的指标按照“敏感度”排列,通常也会满足“二八法则”,也就是说,管理目标和管理结果的差异大部分可以通过少数“敏感指标”来反映。一个管理者的管理能力,往往反映在他(或她)能否开发和运用敏感指标开展日常管理。

三、护理质量敏感指标的筛选

护理敏感质量指标的筛选:第一,突出护理工作特点,否则难以筛选出对护理工作特异性高、有指导意义的指标;第二,突出质量管理的要求,否则不能为质量管理者所应用;第三,突出少而精的特点,即能够为护理质量管理带来“以点及面”的效果(图 1-3)。

(一) 护理工作的维度

护理工作是以患者为中心的专业照护。专业性体现在护理服务者需要经过长时间规范的训练才能胜任护理岗位的工作,给患者提供合格的护理服务。而“照护”则意味着护理工作者在提供服务时,眼中不仅仅是“疾病”,而是活生生的人。于是,护理服务的提供既体现了护理人员从专业技术出发的理性思考和规范操作,更包含了护理人员在与患者平等交流基础之上,考虑患者罹患的痛苦,给予额外的关心和照顾。为此,从护理工作特点出发来筛选护理敏感质量指标时,既有体现护理专业技术壁垒的指标(如重症监护室患者各类感染的发生率),也有体现护理工作关注患者安全(如跌倒发生率和跌倒伤害发生率)和身心体验(如约束使用、疼痛管理)的指标。

护理工作涉及的面比较广,与医生、医技人员、药剂人员甚至管理者均有交集。许多与患者健康结局相关的事件,有与护理工作相关的一面,但又似乎不完全相关。此时,可以考虑把这些健康结局事件中的护理人员有条件做到先知先觉、出现漏洞时可以第一时间提出防范措施的事件纳入指标范畴。事实上,当前国际护理界强调护理人员在医疗服务过程中的“领导力”。如果护理人员能够在关键时刻准确示警并引领医疗团队避免不良事件的发生,提升

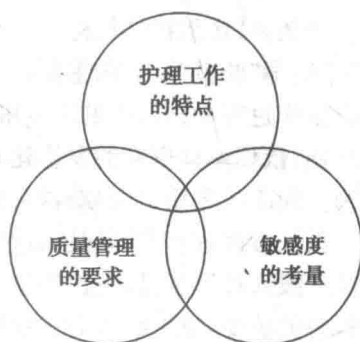


图 1-3 护理敏感质量指标的筛选维度

医疗服务质量,便是“领导力”的最好体现。

(二) 质量管理的维度

质量管理理论提供给管理者的一个重要思维是质量的结果不是凭空产生的。质量的结局需要以一定软硬件和环境条件为基础,经历一系列操作过程后才会出现。于是,许多危害质量的因素,在工作开始前已经埋下了。故此,质量管理体系一般都会从“结构”“过程”和“结果”三个方面入手。从这一点出发,护理敏感质量指标的选择,除了护理工作的结果(如插管患者的非计划拔管、各类感染和病患安全的不良事件发生率)以外,不应该遗漏也有充分证据证明能够影响护理过程和结局的结构性因素,比如反映护理人力数量和素质结构的指标。

当然,考虑结构性指标,是从护理质量的“源头”出发,本身是质量管理基本原则,即“防范为主”的重要体现。“防范为主”的另一个体现,是质量管理往往以工作过程和结局中的不良事件为指标。指标的重要作用是指引业务工作的开展,依据不良事件的发生建立负性指标,为的是引导形成“努力不出错”的氛围。而少出差错、不出差错乃是高质量最坚实的保证。

再一方面,由于质量是通过一线人员的手做出来的,所以质量管理尤其要关注一线人员。于是,在护理质量指标中,可以考虑纳入一线护理人员在过程中的感受,或者纳入对一线护理人员工作环境的测评,以便管理者了解影响护士工作效率和质量的环境因素,为通过改善工作环境和氛围提升护士工作绩效、进而改善护理质量提供依据。

(三) 敏感的维度

如上所述,选择敏感度高的指标,是为了能够让管理者通过少而精的资讯,把握质量工作的关键问题。于是,护理敏感质量指标需要把握护理质量的“短板”,因此,很大一部分的敏感性指标是基于与护理工作密切相关的不良事件而制定的。这与上述质量管理“防范为主”原则的出发点不同,但结论是相同的,即在质量过程和质量结果指标中,主要考虑负性指标。

另一方面,构建敏感指标是“重点管理”思想的体现。为此,敏感指标所考量的必然是护理质量工作的要点和重点。如果是护理过程指标,抓的是某项护理工作流程中的关键节点;如果是护理工作的结果,抓的是对患者健康危险大的事件。

考虑到指标对实际工作的指引作用,敏感指标所涉及的事件、结构面的问题应当是管理者通过努力可以影响,过程和结果面的问题应当是护理工作者通过落实工作规范或者改善工作流程可以改变的,即护理质量敏感指标必然是基于护理工作的实际而产生的。

四、应用敏感指标的原则

(一) 打通信息渠道,保障数据可获得性和可靠性

由于指标是可测量的,利用指标进行管理的首要好处便是指标值的直观性。要发挥指标的作用,首先要保证能够获得计算指标值所必要的信息和数据。不仅要保证指标值反映的是真实的情况,又要保证数据信息的可靠性。同时,如果受条件限制不能获得所有评估对象的信息而只能选择抽样,那么,要保证抽样的代表性。

然而,护理质量指标相关信息较医疗服务指标信息更难以获取,因为到目前为止,护理相关信息还缺乏相应的标准,绝大多数医疗机构缺少护理服务过程必要的信息记录。即便是护理工作结果(如不良事件)的记录,也由于不够系统和规范,难以直接应用于管理。显然,缺乏数据来源是管理者应用敏感指标开展护理质量管理需要面对的第一个困难。

如果管理者希望通过敏感指标建立起“以数据说话”的质量管理系统,立刻需要考虑的便是:①计算这些敏感指标需要的数据从哪里来?②应当以什么样的方式采集数据才能保证数据的可靠性?③在现阶段的条件采取什么样的方法获得信息?④立足未来,应当如何发展出服务于敏感指标管理的信息系统?

需要强调的是:第一,并不是必须等到IT硬件和软件齐备、电子信息畅通才能开展敏感指标管理。只要有比较可靠的信息流,哪怕承载这些信息的只是手工报表,也可以开始;第二,强调信息的可靠性是必要的,但信息往往是“越用越准确”。因此,并不是要等到信息没有瑕疵才行动,比较好的办法是对信息可靠性有了一定把握以后,便开始应用这些信息。在应用过程中,自然会发现信息的漏洞,随之完善信息渠道,提升信息质量;再使用,再完善,再使用。

(二) 注重指标内涵,避免单看数值

指标测量值的直观性为管理者带来了便利。然而,管理者如果只看到数值而不关心数值背后的故事,指标管理就变得“机械”。管理一旦机械了,就不能因应复杂多变的实际工作,失去了指导工作实践的意义。故此,管理者运用敏感指标开展管理时,不应该拿到指标值以后急着做判断或者决策,而是至少应当兼顾考虑以下三个问题。

第一,对指标值本身考量。形成指标值的过程是采集和分析数据资料的过程。管理者看到指标值后,首先应当考虑信息可靠性的程度。比如,如果对信息可靠性只有75%的把握,那么,对指标值的把握至多不会超过75%。于是,指标值作为决策的依据时,应当保留两三成的弹性;或者,如果时间上还没到决策的时点,寻求其他的佐证以后再行决断。

第二,对指标值影响因素的考量。管理实务中的指标与实验室中指标不同。实验室的环境很单纯,因而可以做到指标值只随干预条件改变而改变。而管理实务中的指标值,有真实世界诸多因素的干扰,稳定性较差。因而,单凭质量指标值的变化就判断质量的改变,往往会过于武断。应用指标值时,管理者往往需要考虑组织内外部环境的变化,结合历史数据和同行资料作纵向和横向的比较,方能把握比较真实的情况。

第三,关注指标可能带来的负面激励。诸多管理实践已经证明,指标很多时候是“双刃剑”。比如,医疗费用的管理往往以“次均费用”来控制门诊费用,但结构往往是次均费用下降伴随着诊疗人次的增加,最终总费用还是上涨。应用敏感指标开展护理质量管理,也可能遇到同样的问题。质控指标的建立,立意是给一线人员“恪守规范、避免差错”的行为指引。然而,在实际操作时,管理客体可能会出现相应的策略性行为。管理者对此要有所准备,应用指标管理时往往辅以配套措施。

(三) 真诚反馈,合理辅导,持续改进

实施敏感指标管理时,可以考虑对质量指标的目标值做适当的分解。一方面,让不同岗位的组织成员明确自己在不同的质量指标中的目标、任务以及行为准则;另一方面,在出现质量问题时可以循迹追踪,找到问题的根据,以便改进。利用敏感指标进行管理的过程,大致至少会包括“构建指标——监测/评估——反馈/辅导”三个步骤。当某个指标的相关责任人明确以后,反馈和辅导便能够有的放矢。

需要强调的是,明确责任的目的是为了出现质量问题时有人承担责任,而是便于让组织成员了解质量问题的根源,共同努力想办法改善。从长远来看,单靠“追究责任”,很难从根本上提升质量,因为质量的基础是团队的素养,只有成功提升团队成员的素养并激发起他们的责任心,质量才有保障。故此,向责任人合理地反馈质量指标监测和评估结果,至关重要。

反馈方式和途径因管理者的风格和团队文化氛围而异,有的温和,有的严厉;有时私下沟通,有时公开对话;有的选择在非正式场合自然表达意见,有的则在正式会议上专门指出问题。所有这些,都是“无可无不可”的。关键是,第一,反馈意见的人需要让被反馈者感受到这次交流是真诚的、出于公心的,同时也是在帮助自己进步的;第二,让被反馈者通过交流能够有所收获,对自己的工作有更深入的理解,并看到努力的方向。

每一次的反馈,不论以何种方式和模式去表达,都应该是有计划和有安排的,都是以提醒责任人注意自己的问题、辅导他(她)改善为目的的。于是,每一次的反馈,应当都有三方面的事情需要做到。第一,解读敏感质量指标的监测或评估结果,指出责任人可能存在的问题;第二,鼓励责任人思考问题的根

源所在,并鼓励他(她)想出改善的方法;第三,结合责任人的思考和管理者自己的经验,设身处地地给出意见和建议。

总而言之,管理者利用敏感指标开展质量管理工作,应当努力构建出一个良性的循环,即管理者通过客观的数据信息了解和理解质量现状及动态变化,进而发现问题;将问题反馈给相应的责任人,并辅导其改善。一次又一次的分析、学习、对话和交流,使组织成员的素养提升,护理质量得到改善,管理者的目标也随之达成,而最终受益的广大的患者(图 1-4)。

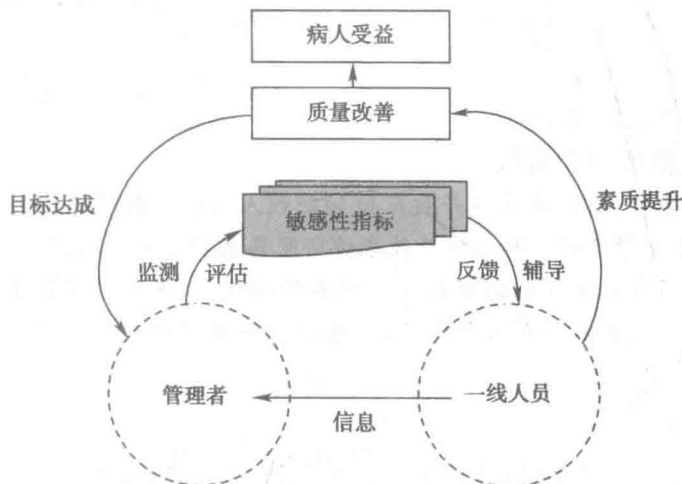


图 1-4 敏感指标管理的良性循环

第二章

床 护 比

指标名称:床护比

指标类型:结构指标

指标意义:床护比反映开放床位和护理人力的匹配关系。计算床护比,能够帮助管理者了解当前开放床位所配备的护理人力状况,进而建立一种以开放床位为导向的护理人力配备管理模式,保障一定数量开放床位护理单元的基本护理人力配备,是医疗机构及其护理单元护理人力的配备参考、评价指标。

基本公式:

$$\text{床护比}=1:\frac{\text{同期执业护士人数}}{\text{统计周期内实际开放床位数}}$$

一、指标的定义和意义

(一) 指标定义

1. 床护比 统计周期内提供护理服务的单位实际开放床位与所配备的执业护士人数比例^[1],反映平均每张开放床位所配备的执业护士数量。根据护理服务单位的类型,可分为医疗机构总床护比、普通病房护理单元床护比及特殊护理单元床护比等。

2. 相关名词定义

(1)实际开放床位数:医疗机构实际收治患者的长期固定床位数,有别于医疗机构执业注册的“编制床位数”。

(2)特殊护理单元床位数和普通病房护理单元床位数:特殊护理单元床位数包括重症医学科、手术室、产房、层流病房、母婴同室床位数。除外这些特殊护理单元,其他护理单元均为普通护理单元,其床位数计为普通病房护理单元床位数。

(3)执业护士总人数:在护理岗位工作的执业护士总人数,含助产士。

(二) 指标的意义

患者护理结局的好坏,与护理人力的配备有直接关系。床护比正是反映护理服务的人力投入。床护比过低,表明护理人力不足,而当受到护理人力不足的掣肘时,护理服务的规范化便失去了基础的保障。护理人员的工作强度很可能超负荷,进而影响护理队伍的稳定^[2,3]。

护理服务的需要是配置护理人力的准绳。不同护理单元收治的病例类型不同,需要的护理服务内容和强度也有区别,故此,应用床护比作为人力配置或护理质量结构性指标时,有必要对不同护理单元区别对待。重症医学科(各类ICU)、手术室、产房、层流病房、母婴同室等护理单元的护理工作服务强度通常明显高于普通病房,这些单元的床护比一般也比较高^[2~4]。

二、测量方法

(一) 计算公式

$$\text{床护比}=1:\frac{\text{同期执业护士人数}}{\text{统计周期内实际开放床位数}}$$

说明:①根据测量不同类别床护比,护士总人数为统计周期内相应医疗机构或护理单元的总执业护士人数(包含所有护理岗位注册执业护士),但如果某护理单元有非开放床位配置的全院性专科护士,则在测算护理单元床护比时应排除;②统计周期可根据质量管理评价部门的要求确定统计周期时间,如月、某季、某年等,也可以测量某个时点的床护比。为了便于统计,统计周期内执业护士总人数可以通过期初和期末的执业护士人数算得。

(二) 数据及来源

计算床护比涉及全院及各护理单元的实际开放床位数和在岗的执业护士数。从“医院统计报表”可以获得实际开放床位数;从医院的人事部门或护理部可以获得在护理岗位的执业护士人数。从临床科室的执业护士名单和排班表,也可以获得各护理单元的在岗护士人数。

数据采集方式:医院的统计和病案部门通常每天都会统计当天实际开放床位。通过医院人力资源管理信息系统和(或)护理排班信息系统,可以提取统计期间内医院或各病区护理单元护理岗位的执业护士人数,依据这些信息可以计算医院和各护理单元的床护比。如果医院的信息系统尚不能便利地采集和汇总上述信息,可以通过病案科、人事部门、护理部采集上述开放床位和护理人力信息,汇总成“报表”(表 2-1),进行医院和各护理单元床护比的计算。

表 2-1 医疗机构和护理单元床护比信息报表举例

统计单位	统计周期 (统计时间)	实际开放床位数	执业护士总数
医院			
普通病房			
手术间			
重症监护室			
母婴同室			
层流病房			
产房			
某护理单元			

三、指标的使用方法

(一) 概述

床护比是一个引导管理者基于开放床位数配置护理人力的工具。管理者应当对这些护理单元最低和合理的床护比的“理论值”做到心中有数。理论值可以参考国家卫生行政部门或行业组织的相关推荐(表 2-2)^[4],也可以参考国外权威机构发布的推荐值。区域医护服务管理者和管理者还可以结合收治患者的类型、医院的定位和发展方向等因素,拟定自身的床护比标准值。

表 2-2 《优质护理服务评价细则(2014 版)》对“床护比”的要求(国家卫生和计划生育委员会)

- 1) 医疗机构实际开放床位床护比最低不低于 1 : 0.4
- 2) 当床位使用率≥93%,床护比不低于 1 : 0.5
- 3) 当床位使用率≥96%,平均住院日<10 天,实际开放床位床护比不低于 1 : 0.6
- 4) 对于重症医学科(综合 ICU 及各专科 ICU),当床位使用率≥85%,实际开放床位床护比≥1 : (2.5~3)
- 5) 手术室手术间与护士比≥1 : 3

管理者通过采集相关的变量信息,计算当前不同护理单元实际的床护比,比对床护比的“理论值”,可以预先判断护理单元人力配置是否恰当、尚可、不

足、过多。继而管理者可以考虑护理人力的增减和(或)存量调配。即便短期内无法改进人力配置,至少让管理者了解潜在的风险。

事实上,每当开放床位数发生显著变化时,管理者都可根据床护比的计算来指引护理人力的配置。另一方面,管理者可以定期分析各个护理单元床护比,通过床护比的变化识别护理人力的配置是否合理,进而提前进行护理质量风险的预判,做好应对和预案,以保障患者的安全和护理质量。

医院质量管理通常是医院(质控办)、护理部、护理单元三级管理。护理单元床护比不达标时,及时向护理部汇报,护理部首先进行人力资源调配。如无法完成人力资源调配,护理部应向医院人事部门和质控部门汇报,提交院委会解决。医院院委会在质控办、护理部、人力资源部汇报的数据和目标基础上,给予政策支持,督促执行干预措施,保证最低床护比配备,并实施床护比指标质量持续保持方案。

(二) 应用案例

案例一:三级综合医院测量床护比

背景:A医院是三级综合医院,总编制床位数645张,实际开放床位880张。为了评估医院及各护理单元的护理人力配置情况,医院护理部联合人力资源部进行相关测算。工作过程如下:

第一步:确定工作内容

1. 采集医院及各病房护理单元实际开放床位数。
2. 采集普通病房、手术室、ICU等各病房注册执业护士人数。
3. 计算评价医院现有床护比及各护理单元床护比。
4. 新开设病房最低床护比所需护士人数,其中院内调配护士人数、需新招聘护士人数。

第二步:采集数据

2014年9月,护理部和人力资源部从医院执业注册证及医院质量管理文件中获取医院及各病房护理单元的实际开放床位数,并通过医院护士人力资源档案获取普通病房、手术室、ICU等各病房注册执业护士人数。

采集得到的数据如表2-3(第3列和第4列)。医院现有内科、外科、妇产科、儿科、重症监护病房等有编制床位病区护理单元共26个。实际开放床位880张,其中,普通病房开放床位835张、手术室手术间10间、综合ICU20张、外科ICU15张。普通病房实际配备护士354人,手术室28人,综合ICU50人,外科ICU36人,其他85人,没有从事护理工作的执业护士49人。

第三步:计算和分析