

医 | 药 | 营 | 销 | 管 | 理 | 丛 | 书

YIYAO YINGXIAO GUANLI CONGSHU

医院安全目标 管理实践

王兴鹏

朱新伟

主 编

上海交通大学出版社

医药营销管理丛书

医院安全目标管理实践

主编 王兴鹏 朱新伟

上海交通大学出版社

内 容 提 要

本书在总结作者及其同事的长期临床和医院管理经验的基础上,系统地介绍了临床管理工作中的常见问题及其解决措施,以及各种规范处理程序,使得临床医疗行为更加规范科学,减少和杜绝医疗差错的产生,并通过安全目标管理达到帮助医院医疗质量和管理水平全面提升之目的。

本书适用于从事医院管理的领导及广大从事临床管理工作的医护人员参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

医院安全目标管理实践/王兴鹏,朱新伟主编. —上海:
上海交通大学出版社,2009

(医药营销管理丛书)

ISBN978-7-313-05712-9

I. 医... II. ①王...②朱... III. 医院—管理
IV. R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 034740 号

医院安全目标管理实践

王兴鹏 朱新伟 主编

上海交通大学出版社出版发行

(上海市番禺路 951 号 邮政编码 200030)

电话:64071208 出版人:韩建民

上海交大印务有限公司印刷 全国新华书店经销

开本:710mm×965mm 1/16 印张:7.5 字数:138 千字

2009 年 3 月第 1 版 2009 年 3 月第 1 次印刷

印数:1~3030

ISBN978-7-313-05712-9/R 定价:18.00 元

版权所有 侵权必究

编写委员会

顾问：孙建平 陈建平 施荣范 刘国华 陈敏生
张真诚 马 莉
主 编：王兴鹏 朱新伟
副主编：周 璞 陈志华 俞 华 陶 明 王志坚
编 委：王兴鹏 王志坚 方 芳 李 正 朱 涛
朱新伟 陈志华 陈阶华 陈建兵 张美龙
周 璞 俞 华 陶 明 施佩丽
助 理：孙建胜

序

胡锦涛总书记 2006 年 10 月 23 日在中央政治局第 35 次集体学习时强调：“医疗卫生事业是造福于人民的事业，关系到广大群众的切身利益，关系千家万户的幸福安康，也关系经济社会协调发展，关系国家和民族的未来。”学习领会胡锦涛总书记的重要讲话，备感党中央对医疗卫生事业的高度重视，也深感我们医疗卫生行业肩负的光荣使命和巨大责任。

随着医疗行业高新技术设备和药品的广泛使用 and 市场化，在提高临床诊疗水平的同时，患者的不安全因素也在增加；市场经济的发展和社会法制的进步，使得社会普遍关注患者安全。以患者安全为核心内容的医院安全管理已经成为卫生行政管理部门及医疗单位日常工作的最基本、最关键内容。2005 年，卫生部在全国范围内开展了医院管理年活动，发布了《医院管理评价指南》，对规范和提升医院的管理质量和安全起到十分重要的作用。2008 年起，上海市根据卫生部的要求，结合本区域自身特点，颁布了《上海市综合性医院评估指南》，并开展评估和自我评估，期望进一步全方位提高医院的综合管理水平。

王兴鹏教授及其同事们长期从事临床及医院管理工作，在实际医院管理工作中，他们勤于思考、勇于探索、不断实践、善于总结，编写了《医院安全目标管理实践》，从医院各条线的细节着手，找出问题、提出措施、规范行为，从而达到提高质量，减少或杜绝差错的目的，并取得了显著的实际效果。

我很高兴受邀为本书作序，并将此书推荐给从事医院管理的广大读者，希冀本书的出版对广大读者有所借鉴和帮助。



教授

上海市卫生局局长

2009 年 1 月

前 言

近年来,随着医院管理理念的进步和患者维权意识的增强,以患者安全问题为核心的医院安全目标管理已经引起世界卫生组织及各国医疗界的高度关注。世界卫生组织(WHO)多次呼吁各成员国密切关注患者安全,提出全球共同努力,开展保证患者安全的行动,通过了成立《患者安全国际联盟》的决议。按照 WHO 的倡议,世界各国采取多种有效措施,积极开展保障患者安全活动。

患者安全目标管理既然是医院安全管理的重要内容,那么患者安全管理就顺理成章地成为医院质量管理的重要部分,也是探索对医疗差错事故有效控制的载体,对改进医疗质量同样是一条重要途径。换言之,将患者安全目标管理纳入医院全面质量管理,正是以患者为中心的具体体现。

据文献报告,发达国家医院的住院患者不安全事件的发生率在 3.5%~16.6%,其中 70%的不安全事件导致患者暂时性失能,14%导致患者死亡。当前,我国医院患者安全工作也面临着诸多挑战,各类不安全事件时有发生,给患者造成新的疾苦,甚至危及生命,由此而引发的医疗危机和医疗纠纷层出不穷,同时给医院也造成了很大的压力,每一次重大事故过后都会促使人们反省自身行为,总结教训,研究对策,以期预防或避免同类事故的再度发生。

我国卫生行政部门历来高度重视医院的质量管理与患者安全,自 2005 年起连续 3 年在全国范围内开展医院管理年活动,发布了《医院管理评价指南》,把提高医疗质量和保证医疗安全作为工作的重中之重,把患者安全放在首位。2007 年起在全国卫生系统开展创建“平安医院”活动,并将创建“平安医院”工作纳入到医院管理年活动中,形成创建“平安医院”与深化医疗体制改革、加强行业作风建设、促进和谐社会建设有机结合的工作态势。这就要求我们在具体工作中做到:坚持从实际出发,因地制宜,注重实效,在各个环节、各个流程、各个层面上严格把关;注重基础质量,特别是医疗质量和医疗安全核心制度的落实;强化关键环节、重要部门、要害岗位的管理,树立患者的生命至上、安全第一的思想。

有鉴于此,在总结开展医院管理年经验的基础上,收集汇总了医院各系统、各部门安全管理细则,努力营造浓郁的医院安全文化氛围,促进医院各项工作不断提高。在本书编写过程中,得到了上海市卫生局、上海申康医院发展中心及上海市松江区卫生局等有关领导的指导和帮助。上海市卫生局局长徐建光教授欣然为本书

作序,给予我们极大的鼓励。在此一并致谢!

由于各地区、各单位情况的不一致性,本书所总结的经验体会和成功做法,仅供各单位借鉴参考。祈请同道们加以指正,并在实践中不断提高。

王兴鹏

2009年1月于上海

目 录

第一章 医疗安全管理	1
门急诊疑难病例的处置	1
门诊补液规定	1
门诊小手术规定	1
门急诊患者检查规定	2
危重患者抢救制度	2
急诊留观室医疗安全管理制度	3
告知制度(病情告知、手术告知、创伤性检查及治疗告知及其他告知)	4
首诊负责制	5
汇报制度	5
处方管理和医师门急诊用药规定	6
药品不良反应监测报告制度	7
新患者入院首日处置规定	7
医嘱管理	8
三级医师负责制	8
科室之间关键流程交接规定	9
医生值班、交接班制度	9
查房制度	10
会诊制度	10
疑难、危重、死亡病例的讨论	11
“五种人”管理要求	12
新技术、新项目审批及管理制度	12
手术患者术前检查、术前讨论和手术审批及手术权限的规定	13
术后管理规定	15
手术过程中器械安全使用的规定	15
麻醉安全制度和麻醉关键环节的管理制度	16
新生儿室管理制度	17
产房安全管理规定	18

临床用血安全	18
重点药物用药后的观察制度	19
化疗患者用药规定	20
手术废弃物的管理制度	20
医院感染报告制度	20
日间手术中心安全制度	21
心电图室安全隐患防范制度	21
病理科工作流程中的安全隐患及防范措施	22
超声科医疗安全薄弱环节及防范措施	23
内镜室医疗安全薄弱环节及防范措施	24
高压氧治疗安全措施	24
检验科安全制度	24
放射科安全制度	29
药剂科医疗安全薄弱环节及防范措施	30
重大医疗纠纷预警机制	34
第二章 护理安全管理	37
护理查对制度	37
药品管理制度	39
护理关键流程交接制度	42
告知制度	44
褥疮、跌倒、导管监控管理制度	45
产房安全管理制度	46
ICU 安全管理制度	47
血透室安全管理制度	49
新生儿室安全管理制度	50
供应室安全管理制度	51
手术室安全管理制度	53
第三章 财务安全管理	55
办理医疗费用退费制度	55
财会人员工作制度	55
出纳工作安全管理	56
出入院工作安全管理	56

门诊收费安全管理	57
票据安全管理	58
药品核算安全管理	58
财务科安全制度	59
财务内控制度	59
支票管理制度	60
第四章 综合保障安全管理	62
综合治理安全管理	62
消防安全管理	62
综合安全生产管理	63
医院环境、卫生管理	64
维修组安全管理	65
高压电操作安全管理	65
锅炉、压力管道、水处理安全管理	66
消毒室安全管理	67
中央空调操作安全管理	68
电梯驾驶安全管理	69
氧气操作安全管理	69
污水处理安全管理	70
太平间安全管理	71
医疗废弃物安全管理	71
食堂安全管理	73
缝补组安全管理	74
集体宿舍安全管理	74
库房安全管理	75
第五章 教学安全管理	77
理论授课安全管理制度	77
见习带教安全管理制度	77
学生个人安全管理制度	78
学生群发突发事件处置应急预案	79

第六章 突发事件应急预案	80
总则	80
组织管理	81
监测与预警	84
报告与信息發布	84
培训与演练	84
应急响应	85
附则	87
火灾应急预案	87
停水停电应急预案	88
电梯突发事故应急预案	90
锅炉房突发事故应急预案	91
防汛防台工作应急预案	92
公共卫生突发事件应急预案	94
计算机网络故障应急预案	96
医疗设备故障应急预案	99
呼吸道传染性疾病预防应急预案	100
突发重大事件医疗救护应急预案	103
突发医疗纠纷事件应急处理预案	103
医疗事故防范与处理预案	105

第一章 医疗安全管理

门急诊疑难病例的处置

目标：门急诊疑难病例能得到及时、有效的处理。

细则：

1. 对门急诊首次诊断不明确的患者，应请示上级医师或科间会诊；患者应予以留观，必要时收入病房。
2. 对连续 2 次来门急诊就诊或留观超过 3d 的患者，诊断仍未明确或治疗效果不佳，必须请示所在科室副主任以上医师，必要时行多学科会诊。

门诊补液规定

目标：门诊补液患者获得安全的医疗服务。

细则：

1. 门诊室补液仅限于病情稳定的患者。
2. 对病情不稳定或病情复杂或一般情况较差的患者不能放门诊补液室，必须收入留观室或收入院。
3. 门诊补液室的护士应加强巡视，发现情况及时汇报。

门诊小手术规定

目标：门诊小手术患者的手术安全。

细则：

1. 门诊小手术仅限于局麻下能开展的手术。
2. 门诊小手术范围必须是疾病诊断明确、手术后无须观察即刻能回家的患者，对一些良恶性不能区分的小手术，必须有该方面的书面告知，标本须送病理检查。
3. 手术者必须是有执业医师资质的医师。
4. 小手术必须在门诊病历上有患者或家属的书面告知的知情同意签字。50 岁以上患者建议术前做心电图检查。
5. 门诊手术室必须配备抢救车，定期检查抢救药品和设备完好情况。

门急诊患者检查规定

目标：保障就诊患者不漏诊、误诊。

细则：

1. 育龄女性不明原因的腹痛就诊时必须常规查尿妊娠试验。
2. 腹痛患者必须查腹部 B 超。上腹痛患者还须查心电图，以排除心脏疾患。
3. 凡是 60 岁以上的因心、肺情况就诊必须查心电图和胸片，必要时动态心电图检查。
4. 成人输液处方前应常规询问并记录有无糖尿病病史，肥胖患者以及 40 岁以上患者输液前应常规查血糖。
5. 昏迷患者常规行血糖、心电图或头颅 CT 等检查。
6. 孕龄妇女腹痛、阴道出血应常规查尿 HCG、阴超或盆腔 B 超，以避免漏诊异位妊娠、黄体破裂等。

危重患者抢救制度

目标：规范危重患者的抢救流程，加强危重患者的逐级报告制度，保障危重患者获得最大限度的医疗资源救治。

细则：

1. 危重患者的抢救工作，要由正（副）主任医师、科主任负责组织并主持抢救工作。科主任或正（副）主任医师不在时，由职称最高的医师主持抢救工作，但必须及时通知科主任或正（副）主任医师，并上报医疗事务部。
2. 特殊患者或需跨科协同抢救的患者应及时上报医疗事务部、护理部和医疗副院长，以便组织有关科室共同抢救。
3. 任何科室主任接到通知后，必须及时到场（一般在 10min 内赶到现场），不得以任何借口推延。估计涉及医疗纠纷的，要及时报告医疗纠纷处理办公室。
4. 急诊的内科疾病抢救以急诊危重病科医师为主，手术科室患者抢救以相应专科为主，其他科室协助。参加危重患者抢救的医护人员必须明确分工，紧密合作，要无条件服从主持抢救工作者的医嘱。对抢救患者有益的建议，可提请主持抢救的主任认定后执行。
5. 患者病情不稳定应就地抢救，待病情平稳后方可转运，转运途中须医师护送，便于途中意外及时抢救，防范纠纷的发生。
6. 严格执行危重病人交接班制度，应床旁交班。日夜应有专人负责，对病情抢救经过及各种用药要详细记录。
7. 安排有权威的专门人员及时向患者家属或单位告知病情、预后及抢救方

案,以取得家属或单位的理解和配合。

8. 抢救工作期间,药房、检验、放射或其他医技科室,应满足临床抢救工作的需要,不得以任何借口加以拒绝或推迟。

9. 危重患者转院必须向所在科主任或病区主任汇报,同意后方可转出,特殊病人还须向医疗事务部、医疗副院长汇报。转出时转出医师须详细告知患者(家属)目前情况、转出原因、转往医院、途中存在的风险,须患者或家属同意并有书面签字后方可转出。对此类患者转出医师必须详细记录患者情况、所做检查、治疗以及抢救情况,并做好途中防范措施以及与救护车随车医师的交班,安排熟悉病情的医生跟车护送转院。若估计途中发生生命危险的可能性较大,不应转院,应就地抢救,可请外院会诊指导抢救。

10. 直送手术室的危重患者,途中应派医师护送。手术科室医师应在 10min 内赶到手术室并与护送医师当面交班。

急诊留观室医疗安全管理制度

目标:加强留观室的管理,加强留观室医师的技术力量,明确和落实留观室医师的职责,保障留观患者的医疗安全。

细则:

1. 门急诊病史必须严格按照门急诊病历书写规范进行书写(主诉、现病史、既往史、体格检查、检查结果、诊断、处理、签名等)。

2. 留观患者补液原则上一天一开;诊断不明确者应留院观察或收入院。留观患者必须按规定每日书写至少两次留观记录,医师必须要注明留观患者观察的事项及注意点。

3. 急诊和门诊需要留观的患者到留观室后,护士必须及时通知医师。病历卡由留观室统一保管。

4. 留观时间原则上不超过 48h,超过 48h 者应写留观病史。可以出观察室的应及时劝其回家,病情较重者应及时收入院。

5. 留观期间,患者如有发生并发症的可能,留观室医师必须做好书面告知并有签字。如:高龄、股骨颈骨折卧床患者可能会产生许多并发症,如褥疮、肺部感染、尿路感染、下肢深静脉栓塞、肺栓塞等。

6. 留观室各科医生必须按常规上下午各查房一次,并不定期巡视。发现病情变化应及时处理,并做好书面记录,同时向上级医师或主任汇报。周一至周五上午内、外科应由主任带队查房。周末由急诊危重病科的二线班医师带领查房。

7. 各级医师必须在患者就诊完毕后及时将检查、化验单粘贴于门急诊病历卡

上,防止遗失。

8. 诊疗过程中应遵循“门急诊患者检查规定”。如患者或家属不理解或拒做检查者必须在病历卡上签字,做好记录。

9. 涉及多个科室的应以病情较重科室为主进行诊疗,其余科室也应每日查房直至该科情况无须处理或观察为止,并做好交班。

10. 加强交接班记录,特别是诊断不明确或病情相对较重的患者。交接班记录放医生处。

告知制度(病情告知、手术告知、创伤性检查及治疗告知及其他告知)

目标:保障患者和家属的知情权和选择权,加强医患之间的沟通,减少和防范医疗纠纷。

细则:

1. 新入院患者须签署入院病情告知书和/或委托书,慢诊患者必须 4h 内完成,急诊患者 30min 内完成。

2. 入院患者年龄超过 60 岁,医务人员除向家属告知疾病相关情况外,另须告知患者进食可能误吸,下床摔倒等风险,并告知患者和家属注意防范。

3. 各类风险操作均要执行告知制度,包括各类手术、麻醉操作、胃肠镜、气管镜、介入治疗、心脏起搏器安装术、冠脉造影及 PTCA 支架植入术、超声穿刺、各类穿刺检查治疗、深静脉穿刺等,操作前要签署《创伤性检查、治疗知情同意书》、《手术知情同意书》、《麻醉知情同意书》等各项告知书。

4. 有创检查、有创治疗、手术除告知检查、治疗、手术本身可能发生的情况外,还须告知检查、治疗、手术过程中及之后可能出现的心、肺、脑、肾等其他器官或系统的意外,如心肌梗死、脑梗死、肺梗死、肝肾功能衰竭等情况。

5. 化疗、输血等特殊治疗要有具体的告知。

6. 70 岁以上的危重患者、手术患者告知对象必须为患者直系亲属和委托代理人。

7. 治疗方案如有选择性(可保守治疗或手术治疗),必须告知患者选择,并签署同意书。

8. 对患者可能发生的并发症如长期卧床导致褥疮、肺栓塞等亦需要有书面告知。

9. 手术切除重要器官如整个乳腺切除、截肢、摘除眼球,建立人工肛门等情况必须要对患者和家属双方进行书面告知,并上报医疗事务部,经批准后方可实施。

10. 实施介入或其他有创高危诊疗活动前,主操作者操作时应向患者(或家属)口头复述实施部位,操作内容,以确保实施正确的操作。

首诊负责制

目标：强调首诊医师的职责，确保患者在就诊的第一时间得到及时和安全的诊治。

细则：

（一）门诊首诊负责制

1. 严格执行首诊科室、首诊医师负责制，不得以任何借口或方式推诿患者。
2. 首诊医师对患者应以高度的责任心，及时、认真地进行诊治，严密观察病情变化，做好各项记录。
3. 首诊医师遇疑难病例，在诊断、治疗上有困难时应及时请示上级医师。
4. 如遇不属于首诊科室诊治的患者，也应做好记录，转到相关科室。
5. 对已挂号但来不及就诊的患者必须安排好到急诊就诊或交接到下一班医师。

（二）急诊首诊负责制

1. 患者由预检处决定挂号科室，由该科室负责对该患者的诊治、观察、会诊等工作，凡牵涉2个以上科室的患者，其他科室应积极配合，不得推诿。如经会诊或观察，确定应由其他科室诊治的患者，经会诊科室同意后转入，不得推诿。
2. 严重复合伤、多发伤抢救，由急诊危重病科主持抢救，相应专科做好协助工作。
3. 牵涉多科室患者，各科应积极配合协作、投入抢救，任何人不得以任何理由推诿。

汇报制度

目标：保障医师三级负责制的落实到位，保障患者得到必需的医疗技术资源，促进医院信息的畅通。

细则：

1. 所有急诊入院患者，一线班医师必须向二线班医师汇报。
2. 危重患者须向副主任以上医师汇报，对危重患者的治疗方案发生大的改变须经副主任以上医师同意方可执行。
3. 涉及医疗纠纷、疑难、危重、医源性损伤、特殊患者等“五种人”必须向医疗事务部汇报，夜间或节假日须向总值班汇报。
4. 对群体性不明原因疾病或重大公共卫生事件、重大车祸事件、重大工伤事件须向医疗事务部或总值班汇报，医疗事务部或总值班向分管副院长汇报，视情况启动相应应急预案。

5. 鼓励汇报医疗不良事件。各科室应及时上报医疗不良事件,对于延迟报告但未造成医疗事故和医疗纠纷的事件,可从轻处罚,但必须有深刻检讨,吸取教训,科室必须对此事做内部讨论,对员工进行教育,以防此类事件再次发生。对隐瞒不报酿成医疗纠纷的将按照医院处罚条例对当事人和科室从重进行处理。

处方管理和医师门急诊用药规定

目标:规范药品的使用,明确医师开药的专业和权限,保障患者用药的安全性、合理性,依法开具麻醉、精神类药物。

细则:

(一) 医师门急诊用药细则

1. 应严格执行医师处方权限分级制度,不允许越级、跨科开药。
2. 应严格遵守医保配药制度,不允许超量、超品种开药。
3. 门诊处方药品以 7d 用量为限,对某些慢性病如符合有关规定的,可放宽至 2 周至 1 月。急诊处方限量 3d。

4. 严格掌握用药配伍禁忌,每 1 瓶溶液内配置何种药物,必须单独列出,不允许混在一起开处方。

5. 门急诊代配药应严格遵循有关规定,限于一些慢性病,且为常用药、口服制剂,不允许任何针剂或静脉用药代配药(癌症患者按规定执行)。

6. 为门(急)诊患者开具的麻醉药品注射剂,每张处方为 1 次常用量;控缓释制剂,每张处方不得超过 7d 常用量;其他剂型,每张处方不得超过 3d 常用量。第一类精神药品注射剂,每张处方为 1 次常用量;控缓释制剂,每张处方不得超过 7d 常用量;其他剂型,每张处方不得超过 3d 常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时,每张处方不得超过 15d 常用量。第二类精神药品一般每张处方不得超过 7d 常用量;对于慢性病或某些特殊情况的患者,处方用量可以适当延长,医师应当注明理由。

(二) 处方管理细则

1. 医师必须在取得医师执业证书后方可获得处方权。麻醉药品处方权必须是在取得处方权的基础上另获得《麻醉药品临床使用培训考试合格证》后方可取得,并将字样留于药剂科及门诊办公室。试用期医生没有独立的处方权,进修医师按相关管理规定获得处方权。

2. 处方应按规定格式用蓝黑墨水或碳素墨水笔书写,要求字迹清楚,内容完整,剂量准确。处方须医师签名并加盖本人图章方有效,有签名无图章或有图章无签名收费处和药房有权拒收。处方如有改动,医师需在改动处加盖图章或签名方视为有效。