

# 护理质量管理 指标解读

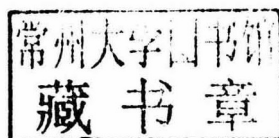
主 编 李环廷 魏丽丽 黄 霞 祝 凯



科学出版社

# 护理质量管理指标解读

主 编 李环廷 魏丽丽 黄 霞 祝 凯



科 学 出 版 社

北 京

## 内 容 简 介

本书系统地介绍了护理质量过程性指标、现有的护理质量标准 and 评价体系、结构性指标和结果性指标的构建。本书介绍了国内外护理质量指标开展及存在的问题，并重点阐述了通识性护理质量指标，主要从“结构—过程—结果”三方面介绍指标的内容、质量和评价标准。同时介绍了各专科护理质量指标的内容和质量评价标准。本书涵盖呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统、内分泌系统、神经系统、运动系统、生殖系统共 8 大系统及专项护理操作的 48 个专科护理敏感质量指标，适用于各级医院护理人员。

---

### 图书在版编目 (CIP) 数据

护理质量管理指标解读 / 李环廷等主编. —北京: 科学出版社 2019. 8  
ISBN 978-7-03-061883-2

I. ①护... II. ①李... III. ①护理学—管理学 IV. ①R47

---

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2019) 第 144959 号

责任编辑: 郝文娜 / 责任校对: 郭瑞芝

责任印制: 赵 博 / 封面设计: 吴朝洪

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

天津文林印务有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2019 年 8 月第 一 版 开本: 787 × 1092 1/16

2019 年 8 月第一次印刷 印张: 16

字数: 373 000

定价: 79.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

## 编者名单

**主 编** 李环廷 魏丽丽 黄 霞 祝 凯  
**副主编** 修 红 周建蕊 陈娜娜 崔 岩 姜文彬 单信芝 卢晓红  
**编 者** (按姓氏笔画排序)  
 卜晓佳 马 蕾 王 芸 王 欣 王 俊 王 琳 王 惠  
 王 斌 王 楚 王 静<sub>1</sub> 王 静<sub>2</sub> 王 慧 王 薇 王光兰  
 王军红 王红梅 王奉涛 王荣环 王冠容 王海燕 王淑云  
 王淑娟 王静远 牛钰榕 宇 毅 卢晓红 田 菊 田 惠  
 史小利 付军桦 付秀云 付晓悦 冯 英 冯 娟 冯鸿雁  
 司 辉 匡国芳 邢淑云 曲慧利 曲巍立 吕世慧 吕亚青  
 朱 华 朱 红 朱 慧 朱月华 朱永洁 朱福香 任常洁  
 刘 红 刘 芳 刘 然 刘 翠 刘 霞 刘 蔚 刘小臻  
 刘娅楠 刘晓敏 刘铁芳 刘淑芹 江 莉 江玉军 安妮娜  
 安妹靖 那 娜 孙月荣 孙文娟 孙红霞 孙晓燕 苏 涛  
 苏萌萌 苏晴晴 杜 伟 杜春艳 李 坤 李 霞 李 暘  
 李红岩 李环廷 李欣晖 李树娟 李洪莲 李振云 李晓娟  
 李海娜 李海燕 杨东霞 杨芳芳 杨洁婷 杨海朋 时 艳  
 谷如婷 冷 敏 宋 文 宋 蕾 宋庆娜 宋秀红 宋砚坤  
 张 凤 张 华 张 丽 张 坤 张 岩 张 欣 张 艳<sub>1</sub>  
 张 艳<sub>2</sub> 张 娟 张 惠 张文燕 张巧巧 张丕宁 张业玲  
 张红妹 张芙蓉 张凌云 张海燕 陆连芳 陈 蕾 陈伟芬  
 陈娜娜 郁晓曼 尚全伟 明 洁 岳崇玉 金延春 周 丹  
 周 静 周建蕊 庞旭峰 郑学风 郑莉莉 单信芝 房 芳  
 赵 宁 赵 林 赵 欣 赵 俊 赵 萍 赵春梅 赵显芝  
 胡志洁 胡春楠 柳国芳 修 红 修麓璐 侯明晖 姜 艳  
 姜 晨 姜文彬 祝 凯 秦冬岩 袁万青 贾秀玲 贾培培  
 党志红 徐晓林 徐海凌 徐海燕 徐淑敏 徐毅君 栾瑞红  
 高 站 高少波 高希花 高祀龙 高俊茹 郭小靖 郭晓静  
 黄 娟 黄 霞 崔 岩 崔 莉 脱 森 章 鑫 粘文君  
 梁春堂 葛 萍 韩 舒 韩 臻 程华伟 傅培荣 谢红卫  
 鲍 霞 窦榕榕 褚秀美 魏 明 魏 凌 魏丽丽 魏朝霞

# 前 言

护理质量指标的选择是护理质量评价的关键，直接关系到护理质量控制，影响患者安全与护理质量的持续改进。2016年国家卫生和计划生育委员会在《全国护理事业发展规划（2016—2020年）》中指出，要明确护理质量控制关键指标，不断提高护理质量，保障患者安全。因此，如何建立科学、实用、统一的护理质量敏感性指标，对于保障患者安全、深化优质护理服务，以及护理质量的持续改进和提升都至关重要。

在国家卫生和计划生育委员会医院管理研究所（现国家卫生健康委医院管理研究所）护理中心关于护理质量敏感性指标研究的指引下，我院自2017年初开始实行护理质量指标的监测工作。护理部组织具有丰富临床工作经验的护理骨干成立了护理质量指标构建小组，广泛查阅国内外相关文献，深入调查，结合临床实践，梳理出47个全院通识性指标和涵盖8大系统及专项护理操作的48个专科护理质量指标。通过月督导、夜查房及护理单元自查等形式进行临床督导，每月进行数据收集、汇总分析和反馈，对护理质量指标不断进行改进。通过两年的试点工作，形成了比较成熟、系统、完善的并适合三甲医院护理发展现状及科室工作特点的护理质量敏感性指标监测体系。

本书实现了两个突破。第一，完成了护理质量过程性指标的构建。现有的护理质量标准 and 评价体系以“结构—过程—结果”为理论框架，结构性指标和结果性指标的构建已日趋完善，而过程性指标的构建尚无雏形。过程性指标的构建，一方面为护理管理者更便捷地完成过程质量的检测提供着力点，另一方面也引导护士在实施护理的过程中，关注关键环节，及时采取前瞻性的干预措施，提高患者的满意度。第二，完成了各专科护理质量敏感性指标的构建。考虑到不同专业护理工作的差异性、工作的重点和要点各有不同，专科护理质量敏感性指标更具有针对性和方向性，便于临床使用。

本书共三章，第一章为护理质量指标概述及发展，系统介绍了目前国内外护理质量指标工作开展情况及目前存在的问题；第二章为通识性护理质量指标，主要从“结构—过程—结果”三方面介绍指标的内容及质量评价标准；第三章为专科护理质量指标及标准，涵盖了呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统、内分泌系统、神经系统、运动系统、生殖系统共8大系统及专项护理操作的48个专科护理质量敏感性指标，详细介绍了各专科护理质量指标的内容和质量评价标准。

本书在编写过程中，参阅了《护理敏感质量指标实用手册（2016版）》《护理敏感质量指标监测基本数据集实施指南（2018版）》及诸多护理质量管理相关的资料文献，我们期望能与全国护理同仁分享护理质量管理经验，为临床护理管理者改进护理质量提供科学依据；为护士临床实践提供指导，为三级综合医院构建通识性和专科性护理质量敏感性指标监测体系提供借鉴。由于时间紧迫，编者水平和能力有限，且各地区护理质量管理方式不尽相同，书中难免存在不妥之处，恳请专家、读者给予批评指正，提出宝贵意见。

# 目 录

<b>第一章 护理质量指标概述及发展</b> .....	<b>1</b>
第一节 基于“三维质量结构理论”的护理质量敏感性指标概述 .....	1
第二节 护理质量指标发展 .....	1
第三节 护理质量指标监测的意义 .....	4
<b>第二章 通识性护理质量指标</b> .....	<b>5</b>
第一节 结构性指标 .....	5
第二节 过程性指标 .....	18
第三节 结果性指标 .....	98
<b>第三章 专科护理质量指标及标准</b> .....	<b>117</b>
第一节 呼吸系统 .....	117
第二节 循环系统 .....	131
第三节 消化系统 .....	150
第四节 泌尿系统 .....	164
第五节 内分泌系统 .....	174
第六节 神经系统 .....	184
第七节 运动系统 .....	193
第八节 生殖系统 .....	204
第九节 专项操作 .....	216
<b>主要参考文献</b> .....	<b>226</b>

# 第一章 护理质量指标概述及发展

## 第一节 基于“三维质量结构理论”的 护理质量敏感性指标概述

### 一、三维质量结构理论

三维质量结构模式由 Donabedian 于 1966 年首次提出,它是一种由结构、过程和结果三个环节构成的理论模式,其结构环节指标主要用于评价执行护理工作的基本条件,过程环节指标主要用于评价护理活动的过程,结果环节指标主要用于从患者的角度评价护理效果。结构环节指标是指能够保证护理服务基本质量和有效运行所需要投入的物质基础和必备条件的相关指标,包括床护比、医护比、护患比和护理人员素质等。过程环节指标是指护理服务的各种标准与规范,包括合理性、适宜性、及时性、误诊率、漏诊率,达到服务规范要求的符合率、达标率,治疗差错发生情况等。结果环节指标是指评价患者接受卫生服务后所获得的健康效果及其相关指标,包括主要指标发生率、生存率、死亡率、不良反应发生率、复发率、再住院率、生存质量、满意度、行为变化、卫生经济学评价指标等。该理论因覆盖内容全面,被广泛应用于护理质量敏感性指标体系的构建之中,成为护理领域研究的热点。

### 二、护理质量指标的概念

1998 年,美国护士协会(ANA)率先提出了护理质量指标的概念,并将其定义为评估护理服务的过程和结局,定量评价和监测影响患者结局的护理管理、临床实践等各项的质量,指导护士照顾患者感知。2004 年美国国家质量论坛(NQF)将其解读为与护理敏感性相关的“结构—过程—结果”三个维度的质量指标,是护理人员所能提供的、可影响其结果的评价方法。

## 第二节 护理质量指标发展

### 一、通识护理质量敏感性指标现状

护理质量指标由美国学者 Donabedian 于 1966 年首次提出,从医疗机构的基本结构、工作人员实际活动的过程、服务对象对服务的反映与结果三方面来进行评价,1999 年美国护士协会确定出护理人员构成、每患者日护理时数、皮肤完整性、护理人员满意度、院感染

发生率、跌倒发生率、疼痛管理满意度、健康教育满意度、医院服务满意度、护理服务满意度 10 个急诊护理质量敏感性指标。2000 年美国护士协会完成了 10 个基于社区的非急症护理质量评价指标的确定,包括心血管病的预防、吸烟的控制与预防、基础护理实施频率等。2014 年美国国家质量论坛将注册护士、执业护士、助理护士进行独立评价,并连同每患者日护理时数、注册护士实践环境调查、跌倒和跌倒损伤、医院获得性压疮、物理约束、尿管相关性尿路感染、中心导管相关性血流感染共 10 项指标确立为护理质量敏感性指标。在亚洲,泰国清迈大学护理学院的研究者提出包括坠床跌倒、尿路感染、皮肤完整性、护士满意度、患者满意度、专业护士配比、护理时数等护理质量敏感性指标。日本护理学会确立了护患比、护理时数、护理队伍技术构成、护理人员离职率等与护理人员有关的指标。韩国 Lee 确定了坠床跌倒、疼痛控制、感染控制、安全行为、感染状态 5 项护理质量敏感性指标。相对于国外已初具规模的发展现状,我国护理质量敏感性指标的研究起步晚,发展尚不成熟。近几年,国际上较为通用的“结构—过程—结果”理论模式在我国护理质量评价指标建立中的应用已初见端倪,成翼娟等以“结构—过程—结果”为理论框架,采用质性研究的方法,在系统回顾国内外文献的基础上,制订出了一套护理质量标准 and 评价体系。侯小妮等运用该模式,采用专家函询法,初步探索了现阶段我国综合医院护理质量敏感性指标应该包括的关键内容。汤磊雯等借鉴 NDNQI 系统,在浙江大学医学院附属医院建立了护理质量敏感性指标体系,并根据指标的便利性、时效性、动态性特点确立了 7 项指标,包括压疮、跌倒或坠床、医院感染、职业保健、非计划性拔管、疼痛评估、约束具使用率。

## 二、临床各专科护理质量敏感性指标的概况

1. 国外的专科护理质量评价指标包括移植、肾透析、重症监护、儿科护理、产科围术期护理等专科指标。2010 年,德国 Braun 等确立了 10 项 ICU 质量评价指标,包括早期肠内营养、镇静、镇痛、谵妄监测、肺通气保护策略等。2012 年,欧洲重症医学会最终确定 9 项 ICU 质量指标,其中结构指标 3 项(符合国家要求的 ICU 床护比、ICU 医生 24 小时的可用性水平、不良事件报告系统),过程指标 2 项(常规的多学科临床查房、为出院患者提供标准化的移交程序),结果指标 4 项(报告和分析标准化病死率、ICU 48 小时重返率、中心静脉导管相关性血流感染率、非计划拔管率)。加拿大 Schull 等确立了以急诊危重患者为核心的 48 项护理质量敏感性指标,但缺少外伤患者的急救质量指标。南非 Maritz 等、英国 Gruen 等提出了一些创伤患者急救方面的护理质量指标,如出血性休克患者的死亡率、活动性出血 10 分钟内止血率、头部外伤患者 25 分钟内 CT 检查的获得率等,可成为急症护理质量指标的补充。Helmreich 等在 20 世纪 90 年代提出,效率、安全和危机事件是手术室护理质量敏感性指标。Weiser 等和 Hohenfellner 等认为,手术效率标准化指标监测从下述 6 个方面来评估:手术室数量、主管外科医生数量、手术麻醉医师数量、每年每个手术间手术量、手术中死亡概率、住院患者死亡率。美国手术室注册护师协会(AORN)在此基础上又补充了患者对手术的生理反应和心理反应的安全指标内容,包括身体质量指数、备血情况、禁食状况、重要脏器功能监测、尿量监测、意识评估、凝血功能监测、水和电解质的监测、血糖的监测、体温监测、末梢循环监测、感染风险的评估、疼痛评估、疼痛干预、患者的心理基础、护患沟通情况、术前健康教育、患者文化基础及与患者家属沟通情况

等。Lamberg 等在验证信效度后, 将其在芬兰推广使用。美国医疗保健研究与质量局 (the Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) 从国家数据库数据分析指出, 危机指标包括麻醉并发症发生率、手术中体位压疮率、手术股骨颈脱位骨折率、手术出血血肿形成率、手术引起精神症状发生率、呼吸衰竭率、肺栓塞率及深静脉血栓形成率、异物残留率、胸腔积液积气率、选择性药物感染率、败血症发生率、利器伤率、输血反应率。在儿科领域, 美国西雅图儿童医院提出了 11 项护理质量敏感性指标, 包括儿科药物管理、小儿皮肤/组织管理、小儿交叉感染、输血管理、中心静脉管理、疼痛管理、职业保健、员工管理、实验标本标签管理、约束管理、家长就医体验管理。澳大利亚 Wilson 等通过专家函询确认出 12 项儿科护理质量敏感性指标, 与美国西雅图儿童医院一致的指标有小儿皮肤/组织管理、疼痛管理、中心静脉管理、小儿交叉感染、职业保健和员工管理。Wielenga 等对 17 个欧洲国家 75 名儿科护理专家进行专家函询, 最终确定了疼痛及压力管理、以家庭为中心的护理、临床护理措施、质量与安全、伦理、呼吸及机械通气、感染与免疫、专业的 NICU 照护 8 个维度的敏感性指标, 每个维度均包含相应指标。在产科领域, 最新美国版本的最佳分娩指数评分包括 14 项围生期背景指标 (PBI) 和 40 项围生期结果指标 (OI), 每项最佳 1 分, 非最佳 0 分。印度等欠发达国家则采用分娩安全检查表 (SCC) 对孕妇进行评估, 包含医院感染、产后出血、先兆子痫、新生儿安全等护理质量敏感性指标。Zeitlin 等整合欧盟各国的指标, 经过德尔菲法生成了胎儿死亡率、新生儿死亡率、孕产妇死亡率、孕妇年龄、出生体重分布、孕龄分布、多胞胎出生率、分娩方式等围生期护理质量敏感性指标。Sibanda 等又增设了分娩量、早产数、多胞胎出生数等指标。在血液透析方面, 国外临床上运用较为广泛的护理质量敏感性指标大多来自于肾脏疾病预后质量指南 (KDOQI) 和欧洲最佳操作指南 (EBPG), 公认的指标包括尿素清除指数, 血红蛋白, 透析前血钙、血磷、钙磷乘积及甲状旁腺激素 (PTH), 白蛋白, 血管通路类型。对于超滤率、透析前血压等敏感性护理指标能否得到确认, 还需大型随机对照试验来论证。

2. 国内现有护理质量评价指标参差不齐, 各科室初步构建出某些专科领域的护理质量敏感性指标。黄丽华应用改良德尔菲技术确认出 16 项产科护理质量敏感性指标。于秀荣依照“结构—过程—结果”模式确认出 21 项产科护理质量敏感性指标。张艳红等经过两轮专家函询, 构建出 47 项儿童危重症护理质量敏感性指标。严芳等建立了 21 项精神科护理质量敏感性指标。崔金锐等以“结构—过程—结果”质量管理模式为依据, 确定出 85 项呼吸内科护理质量敏感性指标体系。马丽娟等初步构建出 56 项肿瘤化疗患者护理质量敏感性指标。谭丽萍等确立了以要素质量、环节质量和终末质量为结构模式的神经科护理质量敏感性指标, 共 42 项。白晓霞等、余满荣等结合医院特色确定出手术室护理质量敏感性指标体系。郭丽波等初步制订出 27 项疼痛专科护理质量敏感性指标, 用于临床实践。窦海川等通过对血液透析护理过程中质量评价指标的分析, 建立了 22 项血液透析室护理质量敏感性指标, 供临床参考。众多护理质量敏感性指标各具特色, 但这些指标由于受到地域及人群样本量的限制, 其成效性和适用性有待进一步研究。

### 三、护理质量评价标准

护理质量评价标准是规范护理行为的重要依据, 它建立于临床护理实践的基础上, 能

够有效衡量护理质量的优劣,指导护士工作并反馈性地指导实践,而建立护理质量评价标准是护理质量管理的关键环节,是有效提高护理质量的保证。在我国,各医院护理质量评价标准不尽相同,1989年卫生部颁发的《综合医院分级管理标准(试行草案)》中的护理质量管理标准是目前我国使用时间最长、应用较广泛的一套全国统一护理质量评价标准,对护理组织管理体系、护理工作制度、护理管理标准、护理技术水平等方面均作出明确规定。1997年,林菊英先生指出,医院护理质量标准可包括护理技术操作质量标准、护理管理质量标准、护理文书书写质量标准及临床护理质量标准,因此,全国各级医院在此基础上相继建立健全了各自的护理质量评价标准。2005年,成翼娟等牵头进行的护理质量评价标准的研究,采用Donabedian的“结构—过程—结果”模式作为理论框架,制订出了一套护理质量评价标准,包括医院护理的结构与组织、护理实践、护理质量绩效评价指标三部分,每一部分又包括若干个方面和条目,共计11个方面53个条目。2008年卫生部出台《医院管理评价指南》,要求有基础护理、专科护理质量评价标准,建立可追溯机制,对护理质量标准进行定期与不定期的效果评价,并就护理质量考核标准及持续改进方案作出明确规定,有效指导了全国各医院护理质量标准的制订。

### 第三节 护理质量指标监测的意义

目前,国外,基于“三维质量结构”理论模型的护理质量敏感性指标的开展较为成熟,但是国内,由于受到地域、时间、样本量等条件的限制,医疗机构之间缺乏信息共享,并没有权威、统一的护理质量敏感性指标出版。

因此,利用互联网平台,将众多护理质量敏感性指标进行统一规范化管理,整合成标准语言,建立护理质量敏感性指标数据库,并在全国范围内开展临床性实测研究,能够助力护理质量提升与改善。

(李环廷 魏丽丽 黄霞)

## 第二章 通识性护理质量指标

### 第一节 结构性指标

#### 一、床护比

床护比是指统计周期内提供护理服务的单位实际开放床位数与所配备的执业护士人数的比例。根据护理服务单位的类型，可分为全院床护比、住院病区床护比、某病区床护比。

##### (一) 计算公式

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

1. 分子说明 统计周期内执业护士总人数是指护理岗位的执业护士总人数，包括各类休假护士、外出进修护士等。计算方法为统计周期初与统计周期末执业护士总人数之和除以2。

纳入标准：临床护理岗位护士、护理管理岗位护士、护理岗位的返聘护士、护理岗位的休假护士等。

排除标准：非护理岗位人员、未取得护士执业资格人员、未在本院完成执业注册的护士。

2. 分母说明 实际开放床位数，为医院长期固定开放床位数。

纳入标准：医院编制床位；经医院确认，有标准床单元配置，可以常规收治患者的床位。

排除标准：抢救室床位、观察室床位、手术室床位、血液透析室床位、母婴同室新生儿床、检查床、临时加床。

##### 3. 数据收集

(1) 统计周期可以为每月、每季度或每年，也可以是某个时点。

(2) 从医院信息系统获取实际开放床位数。

(3) 通过医院人力资源系统获取执业护士人数。

(4) 如医院无信息系统，可通过床护比数据收集报表（表2-1）统计相关数据信息。

##### (二) 指标监测的意义

患者护理结局的好坏，与护理人力的配备有直接关系，我国对于护理人力配备的评价指标之一是床护比。床护比反映开放床位数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和评价指标。

表 2-1 床护比数据收集报表

序号	护理单元名称	床位数	执业护士人数	备注
	合计			

(魏丽丽 王静远)

## 二、平均每天护患比

### (一) 指标定义

1. 护理患者数 统计周期内责任护士护理的住院患者总人数。
2. 当班责任护士人数 统计周期内在岗直接看护患者的责任护士总人数，不包括治疗护士（配药护士）、办公班（主班）护士、护士长等其他岗位护士。
3. 护患比 统计周期内当班责任护士人数与其负责照护的住院患者数量之比。

### (二) 计算公式

$$\text{平均每天护患比} = 1 : \frac{\text{同期每天各班次患者数之和}}{\text{统计同期内每天各班次责任护士数之和}}$$

#### 1. 同期每天各班次患者数之和说明

- (1) 班次包括白班、小夜班、大夜班，每天每班的标准工作时长为 8 小时。
- (2) 统计周期内患者总数为统计周期内白班、夜班责任护士护理的患者数之和。
  - 1) 纳入标准：各班次所有办理住院手续的患者。
  - 2) 排除标准：①虽办理住院手续但实际未到达病区即撤销住院手续或退院的患者。②母婴同室新生儿。

#### 2. 统计同期内每天各班次责任护士数之和说明

- (1) 分母统计时间与分子一致。
- (2) 责任护士总数为统计周期内在岗直接看护患者的责任护士总人数，不包括治疗护士（配药护士）、办公班（主班）护士、护士长等其他岗位护士，但如承担责任护士岗位，则计算为责任护士数。
  - (3) 进修护士如已变更注册地点且独立负责护理患者则纳入责任护士总数。
  - (4) 统计周期内责任护士总数，为白班、夜班责任护士数之和，每天每班的标准工作时长为 8 小时。
    - 1) 纳入标准：直接护理患者的当班责任护士。
    - 2) 排除标准：①不承担责任护士工作的其他岗位护理人员。②实习护士及未变更注册地点的进修护士。③尚处于培训期，未独立承担责任护士岗位工作的护理人员。

### 3. 数据收集

- (1) 统计周期可根据质量管理部门要求确定, 为每半年或每年。
- (2) 可采集同期的数据进行统计, 或采集某统计时间点的即时数据。
- (3) 通过护理排班信息系统, 获取各护理单元责任护士人数。
- (4) 通过医院管理信息系统 (HIS) 获取护理患者人数。
- (5) 如医院无信息系统, 可利用办公软件建立护理单元各班次责任护士、患者总数统计表 (表 2-2), 获取相关数据信息。

#### (三) 指标监测的意义

患者护理结局的好坏, 与护理人力的配备有直接关系。护患比是反映护理服务的有效人力投入, 反映执业注册护士直接照护患者数量情况, 而护理人力的合理配置, 是护理服务规范化的基本保障, 属于护理质量的结构指标。无论是从逻辑还是实证研究的结果上看, 合理护理人力配备与护理质量密切相关。测量护患比时, 可以计算一个医院各个时段平均的护患比, 也可以根据管理的需要, 计算不同护理单元、不同时间段的护患比, 如各护理单元护患比、白班护患比和夜班护患比等。

表 2-2 护患比数据收集报表

序号	护理单元	时间	白班责任护士数	白班接班患者数	白班新入患者数	夜班责任护士数	夜班接班患者数	夜班新入患者数	白班护患比	夜班护患比	平均每天护患比

(黄霞 杨海朋)

## 三、不同级别护士的配置

### (一) 指标定义

1. 不同级别护士配置 在医疗机构或其部门中, 不同能力级别护士在本机构或部门所有注册护士中所占的比例, 通常用工作年限、学历 (学位) 和卫生技术职称等来测量护士的能力级别。

2. 某级别护士的比率 是指统计周期内某级别护士人数占同期护士总人数的百分率。

### (二) 计算公式

某级别护士的比率 = 同期某级别护士人数 / 统计周期内护士总人数 × 100%。

#### 1. 分子说明

- (1) 级别可采用不同维度来测量, 如不同工作年限、不同学历、不同卫生技术职称。
- (2) 工作年限以周年计算, 推荐 5 个级别: 年限 < 1 年、1 年 ≤ 年限 < 2 年、2 年 ≤ 年限 < 5 年、5 年 ≤ 年限 < 10 年、年限 ≥ 10 年。
- (3) 学历 (学位) 以学历 (学位) 证书为凭证, 分为 5 个级别: 中专、高职高专、大学本科、硕士研究生、博士研究生。

(4) 卫生技术职称以聘用为准，可划分为 5 个级别：初级护士、护师、主管护师、副主任护师和主任护师。

1) 纳入标准：①考取相应学历（学位）并已取得证书。②入院前在其他医院注册并从事临床护理工作纳入工作年限统计范围。③取得相应专业技术资格并已在医院聘用。

2) 排除标准：①未在护理岗位工作的护士。②未在本医院注册的护士，如新入职、进修护士等。③以学历为维度时，排除学历（学位）考取后未下发或丢失未补办的护士。④以职称维度时，排除未取得相应专业技术职称或已取得但医院未聘用的护士。

2. 分母说明 统计周期内护士总人数为统计周期初全院（护理单元）执业护士总人数与统计周期末全院（护理单元）执业护士总人数之和除以 2。

1) 纳入标准：①在医院执业注册并在护理岗位工作的护士。②离、退休返聘护士从事护理岗位工作。

2) 排除标准：①未在现医院注册的护士，如新入职和进修护士等。②未取得护士执业资格人员。③虽在现医院注册但未在护理岗位工作的护士。

### 3. 数据收集

(1) 统计周期可为每半年或每年。

(2) 从医院（护理单元）人力资源信息系统获取护士基本信息。

### (三) 指标监测的意义

护理人员结构可以反映医疗结构中护理人力资源的静态配置关系与效率，能够影响护理的过程和结局，是护理质量的保证条件。分析不同级别护士的配置，旨在让护理管理者除了关注护理团队的数量和规模外，还要关注护理团队的能力结构，并关注护士的结构配置对护理质量造成的影响。将不同级别护士的配置作为监测指标，用于指导护士人力结构配置等护理管理工作，为护理管理者提供一种从优化护士人力结构配置角度出发的改善护理质量的参考路径，为优化人力资源配置、有效利用护理人力提供依据，保障患者获得优质的护理服务。不同级别护士配置数据表见表 2-3。

表 2-3 不同级别护士配置数据报表

统计日期	护理单元	卫生技术职称					学历					工作年限				
		护士人数	护师人数	主管护师人数	副主任护师人数	主任护师人数	中专人数	高职高专人数	大学本科人数	硕士研究生人数	博士研究生人数	< 1 年人数	1 (含) ~ 2 年人数	2 (含) ~ 5 年人数	5 (含) ~ 10 年人数	≥ 10 年人数

(姜文彬 张 艳<sub>2</sub>)

## 四、护士离职率

### (一) 指标定义

护士离职率是指在一定周期内，某医疗机构中护士自愿离职人数与统计周期内执业护

士总人数的比率，其是反映医疗机构内护理人员流动性和稳定性的重要指标。

## (二) 计算公式

护士离职率 = 同期护士自愿离职人数 / 统计周期内执业护士总数 × 100%。

### 1. 分子说明

(1) 同期护士自愿离职人数为统计周期内全院执业护士中自愿离职的护士人数。

(2) 离职仅关注自愿离职，主要指由于护士对自己的工作不满意等而自愿离职，包括对薪酬、工作环境、团队成员、管理等方面不满意而造成的离职，不包括因疾病、伤残、退休等原因造成的离职。

(3) 岗位调整以护士执业注册为标准，院内岗位调整未变更注册者不纳入离职。

1) 纳入标准：医院中自愿离职护士。

2) 排除标准：①因疾病、伤残、退休、死亡或辞退而离开医院的护士；②在同一医院中岗位调整的护士；③有离职倾向但还未离职的护士。

### 2. 分母说明

1) 纳入标准：经过执业注册，并在医院护理岗位工作的护士（包含护理岗位的返聘护士）。

2) 排除标准：①非护理岗位人员。②尚未取得护士执业资格的人员。③未在本院注册的进修人员等。

### 3. 数据收集

(1) 统计周期可以为每季度、每半年或每年。

(2) 通过医院人力资源系统获取执业护士人数。

(3) 建立护士离职信息收集报表（表 2-4）。

## (三) 指标监测的意义

护士离职率是用于衡量组织内部护士人力资源流动状况的一个重要指标。通过监测医疗机构或护理单元内护士的离职率，了解护士离职现状，并将现状与本院常态及其他医疗机构护士离职现状进行比较，针对异常情况，对护士离职原因、由于离职造成的护士结构变化及由于护士离职对护理质量造成的影响进行分析，为管理者制订人员招聘和培训计划、改善管理策略等提供依据，从而降低护士离职率，稳定护理人员队伍，提高护理服务的质量。

表 2-4 护士离职信息收集报表

姓名	护理单元	年龄	性别	学历	卫生技术 职称	工作时间	离职时间	离职原因	离职去向

(单信芝 王 斌)

## 五、护士空缺率

### (一) 指标定义

护士空缺率是一种测量医院护士空缺岗位的方法，是指统计周期内医院护士空缺岗位数占护士总岗位数的百分率。

### (二) 计算公式

护士空缺率 = 同期护士空缺岗位数 / 统计周期内医院护士总岗位数 × 100%。

1. 分子说明 统计周期内护士空缺岗位数为统计周期初护士空缺岗位数与统计周期末护士空缺岗位数之和除以 2。

2. 分母说明 统计周期内护士总岗位数为统计周期初护士总岗位数与统计周期末护士总岗位数之和除以 2。

#### 3. 数据收集

(1) 统计周期可以为每季度、每半年或每年。

(2) 从人力资源处获取护士总岗位数及空缺岗位数。

(3) 建立护士空缺率指标数据收集表（表 2-5）。

表 2-5 护士空缺率指标数据收集表

时间	护士总岗位数	护士空缺岗位数	空缺率

### (三) 指标监测的意义

空缺率是反映医疗机构对护士人力需求的常用指标，用来表示特定工作地点或区域中人员短缺的严重性，也是从经济学的视角测量对护士的需求，即医院在当前的工资水平上无法雇佣到足够他们需要的护士。通过监测护士空缺率，可以提示医院机构应多举措增加护士的薪资待遇，改善护士执业环境，从而吸引更多的护士，稳定护士队伍。

(魏丽丽 宋砚坤)

## 六、护士职业环境

### (一) 指标定义

护士职业环境 是指促进或制约护理专业实践的工作场所的组织因素，如参与医院管理的程度、医院对护理工作的支持程度、护理领导力、护士配置、护士专业提升、护士待遇、医护关系、护士社会地位等。健康的护士执业环境可以提高护士工作满意度，降低护士离职率，培养护士的专业行为，减少不良事件及由于不良事件导致的医疗花费，进而节约医院管理成本与患者医疗成本。

## (二) 计算细则

1. 医院护士执业环境得分 计算每份有效问卷的量表条目 1 至条目 37 的评分总和, 除以条目数 37, 作为每位护士对医院执业环境的评分。若所有参加测评护士对执业环境的评分呈正态分布, 取其“均数 ± 标准差”作为医院的护士执业环境得分。若呈非正态分布, 则取中位数(四分位数间距)作为医院的护士执业环境得分。

2. 各维度得分 计算每份有效问卷中各个维度所包含的条目评分总和, 除以该维度的条目数, 作为每位护士对执业环境各个维度的评分。若所有参评护士对执业环境的评分呈正态分布, 取其“均数 ± 标准差”作为医院的护士执业环境得分。若呈非正态分布, 则取中位数(四分位数间距)作为医院的护士执业环境得分。

3. 各条目得分 计算医院所有有效问卷的每一项条目的“均数 ± 标准差”(数据呈正态分布时)或中位数(四分位数间距)(数据呈非正态分布时)。

(1) 纳入标准: ①参加执业环境测评的护士应具有护士执业资格, 在被测评医疗机构注册、本年度从事护理岗位工作时间 ≥ 50%, 入职时间 ≥ 1 年, 无精神疾病史, 自愿参加调查。②医院层面的调查, 参与调查人数不低于全院执业护士数的 60%; 病区层面的调查, 参加调查人数不低于病区执业护士数的 80%。③参与调查的人员的岗位类别、工作年限、工作科室等必须符合调查目的和需求, 且应具有代表性。

(2) 排除标准: ①非本医疗机构注册护士。②入职时间不满 1 年的护士。③非护理工作岗位(如医院办公室)工作的护士。

4. 数据收集 使用国家卫生计生委医院管理研究所护理中心主导开发的护士执业环境测评量表(表 2-6、表 2-7)。护士执业测评量表为自填式问卷, 测评周期为 1 年 1 次。调查前, 调查人员应按照量表指导语, 向参加测评护士说明调查的目的和应答方法, 并承诺数据保密, 保证调查对象在无任何压力下填写, 以不记名方式进行回收, 以确保测评结果真实、可靠。

## (三) 指标监测的意义

护士执业环境包括护士工作的物理环境和组织环境。健康的执业环境中的组织架构、工作制度、工作流程、工作关系等有利于员工实现组织目标, 并在工作中获得个人满足。护士执业环境是影响患者结局的关键因素之一。护士执业环境会影响护士操作及不良事件的发生率。构建优化的病区工作环境可以有效地避免不良事件的发生。健康的护士执业环境, 能直接提高护士工作满意度, 降低护士离职率, 减少不良事件及由于不良事件导致的医疗花费。定期测量分析评价护士执业环境, 采取卓有成效的措施, 建设健康的执业环境, 有助于改善患者结局, 增加医院的经济效益和社会效益。

表 2-6 一般情况调查表

- 
1. 医疗机构名称:
2. 医疗机构等级:
- 一级甲等  一级乙等  二级甲等
- 二级乙等  三级甲等  三级乙等
3. 是否为教学医院:
- 是  否
-