

医院质控管理方法

宜宾市第三人民医院督导部主任
病案科科长
骨科主任医师
原市医疗质控专家组成员
王 顺 富

2015年8月1日

国内外质控现状

- 第一个被应用的国家—日本(起源于50年代的美国，被日本用于汽车制造业的全面质量控制叫“质量管制”，85年美国海军总指挥官到日本参观学习后提出了“全面质量管理”。[JCI医院评审标准]自1997年起进行国际上各医疗机构评审，我国一些领先医院接受了评审和通过)

- 我国经过反复论证，经过7次抽调全国专家修订，在2011年制定出新的等级医院评审标准。不用评分，使用了P、D、C、A评价方法(戴明环)，用D、C、B、A进行评定。
- 试评时，一些国内片区出现抵触情绪(北京、上海)，但很快就形成了共识。该方法较原来的评审更加科学，使被评医院不能用抄袭、照搬、复制等手段获得通过。

- 质控不是管理的总指挥，是医院质量管理的一个部分(上传、下达、沟通、汇总、分析、追踪、改进)，不是去做具体的工作。要实施质控，需要职能部门的支持、协作。需要医院领导，尤其是一把手的支持和指导。
- 质控是医疗质量归口管理部门，职责高于其他职能部门。
- 医院管理中，有的工作不应当是质控办的。其原由是：有的观点“你干顺手了，就归你干” “你愿多干，就归你干”。

- 医院成立质量管理办公室后，质控与医务工作有交叉，需要医院主管领导主持，按其工作职责进行划分(山东省千佛山医院先后召开五次专题会议；如：核心制度、病历质量、医疗安全的管理等仍属于医学科本职工作)，各自履行职能。
- 医院达到人人能自律，是质控的最高目标(“西边看日出”是做不好质控的)，但要经过循序渐进的管理才有可能接近这个目标(非惩罚性)。

- 不喜欢让人管、懒、喜欢粘贴复制别人成果等比较常见；有制度，按制度做的人少等不良现象得到了遏制。说、写、做一致性。
- 职能部门不仅只发文，要深入第一线督导执行情况(医生更多的时间花在了收治病人方面)。发放的表格不能复杂化，力求整合、简单化、实用性。不坐在办公室制定政策性的文件。

领先-质控医院

经2014年评审的第一家医院

山东千佛山医院(质量控制中心)

经国际JCI医院评审三次通过

浙江大学医学院邵逸夫医院(质量管理办公室)

经2010年版评审标准试评

山东大学第二医院(质量管理办公室)

医疗质量管理：“没有质量就不会有 组织的生存与发展

- “管理模式：全面(大质控)、部分质控(小质控)两类
- 协和---医疗质量评价中心(大)
- 华西---各职能部门成立质控科(小十小)
- 另类...查查归档病历、分摊医务部分职能
- 部门---设“管理者代表”、质管科、质量评价中心、质管部、质控部、考评办、质控科、质控办等
- 归属管理...院长、管理者代表(副院长级)、副院长、书记

医疗质量定义

- 质量---是指一件产品、一个过程或者一项服务满足对其预定要求的能力和特征的总和
- 医院的医疗质量—病人诊治中的基础、环节、终末质量的总和
- 治好病---病人眼中(不能添病、疗效好)
- 一切以病人为中心。避免差错、投诉、争议，让病人满意---管理者眼中“一把手”工程

- 内涵质量（内在）---由专业科内按各项核心制度去自查，提升；职能部门督导、巡查、协调、整改
- 框架质量（外在）---由管理部门协助督查，平时专业不断自查自纠和完善
- 综合质量.....专业综合能力培养(业务水平、科室行政管理能力、理念更新、应急反应、整体素质)

专项质量


- 围手术期应用抗菌药物
- 会诊的规范性
- 合理用药
- 临床路径（CP）
- DRGS(疾病诊断相关组_病例组合方式)
- 诊疗措施

医疗质控管理培训重要性

- 从科主任们平时检查情况看：科负责人在质控方面管控、参加管理培训、抓专业小组、履行查房制度、审阅病历、业务学习、执行制度、科室管理小组活动等方面均有需要强化的地方
- 医务人员重日常事务，同时应注重质量。职责是贯彻制度精神，执行法规，服从科室，纠正和完善自我

如何进一步提高质控水平

- 我们需要从繁重的日常工作中，集中精力专注的了解管理，熟悉管理的方法和流程。更好地把科室从只重专业发展，过渡到专业发展与管理规范并重（即是业务尖子，又是管理能手），努力接近医院管理目标，使执行力不断提高


- 
- 临床科室行政管理
 - 临床业务小组
 - 常规护理
 - 病历质量控制
 - 科主任大查房
 - 保持科室工作有序
 - 医疗质量持续改进
 - 职能部门为临床一线服务

一、科行政管理

- 质控小组或管理小组活动。
- 该小组成员由：主任（或副主任）、护士长、科秘书，医务人员代表(医生质控员)组成（3-5人）
- 自觉接受医院培训，学会日常自查自纠，常规开展质控活动(填相关质控表，质控登记，并写好质控活动记录)

- 该小组的责任：对科室管理负责，经常性地开展质量自查自纠，讨论和处理科内的重大问题
- 日常事务：坚持不懈的常规活动。科室资料整理、收集、分装、成册装订

- 该小组工作：集中体现在《医务质控活动记录》、《护理质控活动记录》文字中。劳动报酬分配上合理（不吃“大锅饭”，有效的进行激励），业务与管理齐头并进

- 
- 该小组任务：制订出适合本专业的工作质量标准，有量化具体指标，奖惩实施办法等，以及责任追究办法，使科室个人的积极性得到充分调动，体现活力

二、业务（专业）小组

- 由高年资医生分摊科室业务管理工作（主治医师以上职称人员担任），担任“主诊医师”；认真做好三级医师查房，履行各级医师职责；承担专业部分业务重担（或亚专业），带动全科
- 汇报(向科负责人)制度与独立处理权利相结合，分散与集中相结合

三、常规护理

- 步调一致，互相监督，团结协作，医嘱规范（长期、临时），病历书写及时性，病历填写真实（首页、手术两表、知情同意书），及时纠正不规范行为（体现医院整体观、专业发展整体观）

四、病历质量

- 提高认识，重视病历质量(专业脸面、规避医疗争议和风险)，加强书写基本功，坚持基本要素，坚持专业发展为前提
- 熟悉评分标准（丙级、乙级、扣高分），增加可读性，速查病历质量方法，了解科内病历书写的薄弱环节，不断纠正和改进书写质量

①单否丙级条款

- 一、病案首页：首页空白(两页)
- 二、病历记录相关：
 - 1、无入院记录（日常质控）；
 - 2、首次病程记录无诊断依据；
 - 3、抢救病人无抢救记录；
 - 4、输血病人未作输血前相关9项检查；
 - 5、实习医务人员或试用期医务人员书写的病程记录无在本医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并签名；

①单否丙级条款

- 6、无手术同意书或无医师和病人签名；
- 7、手术操作名称错误；（新增）
- 8、无麻醉同意书或签名；
- 9、无麻醉记录单；
- 10、无手术记录；
- 11、24小时内未按规定书写手术记录；

①单否丙级条款

- 12、出院病人无出院记录；
- 13、出院诊断错误；（新增）
- 14、新生儿性别错误；（新增）
- 15、患者入院不足24小时出院的无24小时入出院记录；
- 16、死亡病人无死亡记录；
- 17、患者入院不足24小时死亡的无24小时入院死亡记录；

①单否丙级条款

- 三、医嘱及病历书写规范：
 - 1、篡改、伪造病历；
 - 2、无长期医嘱单；
 - 3、因病历书写错误有医疗事故隐患；
 - 4、病历打印模糊不清；
 - 5、病历质量严重错误；
 - 6、开医嘱或执行医嘱不签名（本院规定）；
 - 7、打印病历拷贝错误（本院规定）。

②单否乙级条款

- 一、病案首页：

- 1、出院诊断填写漏项；
- 2、血型填写错误；
- 3、传染病漏报(目前有自动网报功能)。

②单否乙级条款

- 二、入院记录：
 - 1、入院记录、再入院记录未在24小时内完成(日常质控)；
 - 2、无完全民事行为能力患者填写为病史陈述者；
 - 3、未描述既往病史（新增）；
 - 4、无体格检查；
 - 5、无专科体格检查。

②单否乙级条款

■ 三、病程记录：

- 1、未在规定时间内（8小时）完成首次病程记录(日常质控)；
- 2、首次病程记录无鉴别诊断；
- 3、首次病程记录无诊疗计划；
- 4、病程记录病危患者，未能在规定时间内（应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少1次）及时完成病程记录；（新增）
- 5、抗菌药物使用不符合《抗菌药物临床应用指南》；（新增）

②单否乙级条款

- 6、无病危（重）通知书
- 7、病危、病重、疑难病人无主（副主）任医师或科主任查房记录
- 8、未在规定时间内（6小时）完成抢救病人抢救记录；
- 9、无交（接）班记录或交（接）班未在规定时间内完成；
- 10、转科病人24小时内未完成转入，转出记录或无转入、转出记录；

②单否乙级条款

- 11、会诊病人无会诊记录；
- 12、输血病人无输血治疗知情同意书或签名；
- 13、无特殊检查、特殊治疗同意书；
- 14、无临床试验、药品试验、医疗器械试验的知情同意书。

②单否乙级条款

■ 四、手术相关：

1、病情较重的患者或难度较大的手术无术前讨论；

2、无按规定手术应经过审批或授权的记录。

五、上级医师查房：入院48小时内无主治医师首次查房记录（新增）。

②单否乙级条款

■ 六、出院记录：

1、产科无婴儿出院记录；（新改动）

2、无出院诊断；

3、死亡记录未在患者死亡24小时内完成的。（新改动）

七、辅助检查：无住院期间对诊断、治疗有重要价值的辅助检查报告。

②单否乙级条款

- 八、医嘱及病历书写：
 - 1、在病例中模仿或代替他人签名；
 - 2、违规涂改病历；
 - 3、无临时医嘱单；
 - 4、无术后医嘱；
 - 5、病历记录缺页；

②单否乙级条款

- 6、因病历书写错误有医疗纠纷隐患；
- 7、打印病历违规修改；（我院规定）
- 8、不满三年的住院医师书写入院记录或未写“住院病历”；（我院规定）
- 9、住院急救诊疗缺科负责人或患者亲属签名；（我院规定）
- 10、医嘱违规修改；（我院规定）
- 11、打印归档病历无医务人员手写签名。（我院规定）

③扣分5分及以上的规定

- 一、病案首页：
 - 1、门（急）诊诊断填写错误或漏填；
 - 2、入院诊断填写错误、漏填；
 - 3、HIV-Ab填写错误或漏填
 - 4、手术操作名称错填
 - 5、手术操作名称漏填；
 - 6、医院感染错填或未填；
 - 7、入院诊断未填写（新增）；

③扣分5分及以上的规定

- 8、未按国际疾病手术操作进行正确分类（新增）；
- 9、入院临床路径病历未填写（新增）；
- 10、检查情况未按规定填写（新增）；
- 11、血型漏填（新增）；
- 12、输血品种或输血量填写错误或漏填（新增）；
- 13、输血反应填写错误或漏填（新增）。

③扣分5分及以上的规定

- 二、入院记录：
 - 1、无主诉；
 - 2、入院记录无入院初步诊断；
 - 3、未描述个人史（新增）；
 - 4、入院记录无记录的医师签名。

③扣分5分及以上的规定

- 三、病程记录：
 - 1、首次病程记录诊疗计划不全面；
 - 2、病程记录无经治医生签名；
 - 3、病程记录病情稳定者，未能在规定时间内（至少3天记录一次病程记录）及时完成病程记录；
 - 4、病程记录病种患者，未能在规定时间内（至少2天记录一次病程记录）及时完成病程记录；6分
 - 5、病程记录重要病情变化、体征变化记录未记录或记录不全；

③扣分5分及以上的规定

- 6、病程记录中对病情变化无分析判断无具体处理意见（新增）；
- 7、重要的治疗措施未记录或记录不全（新增）；
- 8、病程中未反映重要医嘱的修改分析（新增）；
- 9、无重要辅助检查记录（新增）；
- 10、无对检查结果异常的分析（新增）；

③扣分5分及以上的规定

- 11、无对检查结果异常的相应处理意见（新增）；
- 12、检查不合理（新增）；
- 13、重要操作未记录或记录不规范、不完善（新增）；
- 14、未对治疗中改变的药物、治疗方式进行说明；
- 15、确诊困难或疗效不佳病历无疑难病历讨论记录；

③扣分5分及以上的规定

- 16、死亡病人无死亡病例讨论记录；
- 17、无有创诊疗操作记录或未即刻书写有创诊疗操作记录
- 18、无阶段小结；
- 19、申请会诊医师未在病程记录中记录会诊意见及执行情况；
- 20、常规会诊意见记录未在会诊医师发出会诊申请48小时内完成；

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/087126021113006146>