

团 体 标 准

T/CHAS 10-4-2—2019

中国医院质量安全管理

第 4-2 部分：医疗管理 护理质量管理

Quality and safety management of Chinese hospital——

Part 4-2: Medical management ——Nursing quality management

2019 - 05 - 31 发布

2019 - 10 - 01 实施

中国医院协会 发布

目 次

前言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语与定义	1
4 关键要素	3
5 要素规范	3
5.1 组织体系	3
5.2 制度体系	4
5.3 培训体系	4
5.4 患者身份识别	4
5.5 护理评估与分级护理.....	5
5.6 治疗护理	6
5.7 护理交接	7
5.8 护理安全	7
5.9 护理质量持续改进.....	9
附录 A（资料性附录）护理质量安全相关监测指标	10
参考文献	11

前 言

《中国医院质量安全管理》分为以下部分：

- 第 1 部分：总则
- 第 2 部分：患者服务
- 第 3 部分：医疗保障
- 第 4 部分：医疗管理

《中国医院质量安全管理 第 4 部分：医疗管理》包括以下部分：

- 第 4-1 部分：医疗管理 医疗质量管理
- 第 4-2 部分：医疗管理 护理质量管理
- 第 4-3 部分：医疗管理 医疗风险管理
- 第 4-4 部分：医疗管理 药事管理
- 第 4-5 部分：医疗管理 器械管理
- 第 4-6 部分：医疗管理 医疗安全（不良）事件
- 第 4-7 部分：医疗管理 医院感染管理
- 第 4-8 部分：医疗管理 危急值管理
- 第 4-9 部分：医疗管理 临床路径管理
- 第 4-10 部分：医疗管理 风险管理
- 第 4-11 部分：医疗管理 病案管理
- 第 4-12 部分：医疗管理 成本管理
- 第 4-13 部分：医疗管理 临床研究管理
- 第 4-14 部分：医疗管理 人员培训管理
- 第 4-15 部分：医疗管理 质量安全管理文化
- 第 4-16 部分：医疗管理 应急管理

本标准是第 4-2 部分：护理质量管理。

本标准按照 GB/T 1.1-2009 给出的规则起草。

本标准由中国医院协会提出并归口。

本标准起草单位：中国医院协会护理专业委员会

本标准主要起草人：于晓初，吴欣娟，张红梅，么莉，丁炎明，李葆华，韩斌如，王建荣，张海燕，程艳爽，李莉，郭娜，赵艳伟，曹晶，焦静。

中国医院质量安全管理 第4-2部分： 医疗管理 护理质量管理

1 范围

本标准规定了医疗机构临床护理质量管理的标准。

本标准适用于各级各类医疗机构护理质量管理与持续改进。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 431-2013 护理分级

全国护理事业发展规划（2016-2020）（国卫医发〔2016〕64号）

护士条例（中华人民共和国国务院令 第517号）

WS/T 313-2009 医务人员手卫生规范

WS/T 433-2013 静脉治疗护理技术操作规范

临床输血技术规范（卫医发〔2000〕184号）

T/CHAS10-2-9-2018 中国医院质量安全管理第2-9部分：患者服务 手术服务

手术室护理实践指南（2018年版）（中华护理学会）

国务院关于修改《医疗器械监督管理条例》的决定[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2017(15):5-18.

国家食品药品监督管理总局令(2015)第18号. 医疗器械使用质量监督管理办法[Z]. 2015.

卫规财发〔2012〕86号. 高值医用耗材集中采购工作规范（试行）[Z]. 2012.

T/CHAS 10-2-24-2018 中国医院质量安全管理第2-24部分：患者服务 住院患者静脉血栓栓塞症（VTE）防治

T/CHAS 10-4-6-2018 中国医院质量安全管理第4-6部分：医疗管理 医疗安全（不良）事件管理

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

分级护理 grading nursing care

在评估患者病情和（或）自理能力的基础上，依据 WS/T 431-2013 护理分级标准确定患者的护理级别，并实施具体的护理要求。

3.2

护理评估 nursing assessment

动态收集和分析患者入院时、住院期间和出院时的身体和心理健康状况资料，以发现其存在或潜在的安全风险，及时采取防范措施，保障患者安全。

3.3

责任制整体护理 responsibility holistic care

指责任护士为所负责的患者提供连续、全程的护理，包括全面评估、专业照顾、病情观察、协助治疗和康复、健康指导等，体现责任关系，贯穿人文关怀、分级护理与专科特色。

3.4

护患比 nurse-to-patient ratio

统计周期内责任护士人数与其负责护理住院患者数量的比例。

3.5

手术安全核查 time-out process check

由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术护士，分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术间前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核查的工作。

3.6

跌倒 fall

指住院患者在医疗机构任何场所，未预见的倒于地面或倒于比出事位置更低的地方，可伴有或不伴有外伤。若患者从床上落至垫子（地面）上也视为跌倒。

3.7

压力性损伤 pressure injury

指由强烈和（或）长期的压力或压力联合剪切力导致的，皮肤和深部软组织的局部损伤，通常位于骨隆突部位，或与医疗器械等相关，其可以表现为完整的皮肤或开放性溃疡，可能伴有疼痛。

3.8

非计划拔管 unplanned extubation

指导管自行脱落，或患者在医务人员尚未计划拔管的情况下有意或无意拔出置管，或因医护人员操作不当致使导管脱落的情况。

3.9

护理安全（不良）事件 adverse nursing events

患者诊疗过程中意外发生或不希望发生的、与护理相关的损伤或有潜在危险的事件。

4 关键要素

管理建设		关键环节		持续改进
组织体系	管理结构	身份识别	患者身份识别	护理质量评价
		护理评估与分级护理	入院护理评估与分级护理	
	住院期间护理评估与分级护理			
	人力资源配置	出院护理评估		
	岗位管理	治疗护理	用药护理	
输血护理				
手术护理				
制度体系	制度制定	护理交接	护理交接班	护理质量安全文化
	制度修订		特殊患者转科交接	
培训体系	保障条件	护理安全	跌倒事件管理	
	分层培训与考核		压力性损伤事件管理	
	新入职护士培训		非计划拔管事件管理	
			静脉血栓栓塞症防治管理	
	专科护士培训		护理安全（不良）事件管理	
	护理职业防护			

5 要素规范

5.1 组织体系

5.1.1 管理结构

5.1.1.1 医院应建立护理部-科-护理单元或护理主管部门-护理单元层面的各级护理质量安全管理组织，并由护理部或护理主管部门定期向医院汇报护理质量安全工作情况。

5.1.1.2 各级护理质量安全管理组织应有工作职责、工作制度、工作计划与会议记录。

5.1.1.3 各级护理质量安全管理组织应负责制定各级护理工作制度与流程，并监督落实；定期分析护理质量安全问题，并运用科学方法持续改进。

5.1.2 人力资源配置

5.1.2.1 医院应按照自身规模、功能、任务，合理配置护士，满足责任制整体护理工作需要。参照《全国护理事业发展规划（2016-2020）》，三级综合医院和部分三级专科医院全院护士总数与实际开放床位比宜达到 0.8:1 或以上，全院病区护士与实际开放床位比宜达到 0.6:1 或以上；二级综合医院和部分二级专科医院全院护士总数与实际开放床位比宜达到 0.7:1 或以上，全院病区护士与实际开放床位比宜达到 0.5:1 或以上。

5.1.2.2 医院应依照 WS/T 431-2013 执行护理分级，并根据护理分级结果，安排具备相应能力的护士为患者实施责任制整体护理。

5.1.2.3 医院应制定紧急护理人力调配方案，相关护理管理人员应知晓其内容与流程，并对储备人员有培训和考核。

5.1.3 岗位管理

5.1.3.1 医院应遵照《护士条例》，实行护士准入管理。

5.1.3.2 医院应建立护理岗位管理制度，明确护理岗位设置、岗位资质要求、岗位职责、考核办法。

5.1.3.3 医院应以护士临床护理服务能力和专业技术水平为主要指标，结合工作年限、职称和学历等，实行护士分层级管理。

5.2 制度体系

5.2.1 制度制定

5.2.1.1 医院应根据国家相关法律法规和行业规范、评审标准、指南等，制定护理工作制度、护理常规、操作流程。

5.2.1.2 护理工作制度、护理常规和操作流程至少应包括：查对、交接、护理分级、危重患者护理等制度；常见疾病护理常规；常用护理技术操作流程；应急预案。

5.2.1.3 医院应根据工作业务发展和安全质量问题及时增加相关护理工作制度、护理常规和操作流程。

5.2.2 制度修订

5.2.2.1 医院应定期审核护理工作制度、护理常规和操作流程，及时修订与完善不适用的内容。

5.2.2.2 医院应建立相关工作制度、护理常规和操作流程的修订流程，至少包括征求意见、修订内容、审核、发布与培训等环节。

5.3 培训体系

5.3.1 医院应具有开展护理质量安全培训的条件、设施和设备，包括场地、师资、资金、教具等。

5.3.2 医院应在各级护理管理组织体系内建立培训与考核组织，并针对各层级护士的特点和需求建立培训与考核制度、工作计划和实施流程。

5.3.3 医院应根据工作岗位的基本要求，对新入职护士进行岗前培训和考核。

5.3.4 已有专科护士的医院，应建立相应专科护士的培训与考核制度。

5.4 患者身份识别

5.4.1 医院应建立患者身份识别制度，包括患者身份识别的环节、标识、流程、内容、方式与要求。

5.4.2 护士应掌握患者身份识别制度和流程，并在实际工作中遵照执行。

5.4.3 护士在执行给药、输血、标本采集、手术等各项临床护理工作中，首先应正确识别患者身份。

5.4.4 医院应使用统一的患者身份标识，标识内容至少包含患者姓名、性别、出生日期、病案号或信息码等身份信息，标识字迹清晰、放置合理、便于核对。

5.4.5 护士应至少同时使用两种不同的身份标识进行患者身份识别，如姓名和病案号等；不应将床号作为身份识别的唯一标识；不应将电子设备扫码作为唯一识别方式；对无法确认身份的患者应双人核对。

5.4.6 使用腕带作为患者身份标识时，医院应制定并落实腕带的信息标准、佩戴与摘除等管理制度；皮肤过敏、烧伤或严重水肿等特殊情况下不能正常佩戴腕带者，可同时使用上述两种不同方式进行身份识别。

5.4.7 能够正常语言交流的患者，护士应请患者自述姓名；不能正常语言交流的患者，应请陪护者陈述患者姓名。

5.4.8 无法确认身份的患者，腕带信息内容应规范，可采用无名氏+编号+性别+入院时间+诊断+住院号+科室的组合，以确保身份识别的唯一性。

5.4.9 医院应对护士执行患者身份识别的过程进行质量控制、分析和持续改进。

5.4.10 护士应鼓励患者和家属参与患者身份识别。

5.5 护理评估与分级护理

5.5.1 入院

5.5.1.1 护士应按照责任制整体护理要求对患者进行入院评估，内容至少包括：一般资料、现病史、既往史、过敏史、身体及心理状况；跌倒、压力性损伤、吞咽障碍、感染及自杀等安全隐患及风险等。

5.5.1.2 护士应在患者入院 24 小时内完成入院评估，并记录于病历中。

5.5.1.3 病情危重需抢救的患者，护士应首先协同医师实施急救，再行入院评估。

5.5.1.4 护士应及时与医师沟通评估结果，确定患者护理级别，制定个体化护理方案。

5.5.2 住院期间

5.5.2.1 护士应依照 WS/T 431-2013 执行护理分级，落实病情评估、治疗、进食、身体清洁及院内感染预防等护理措施，并注意保护患者隐私和保持有效沟通。

5.5.2.2 护士应依据患者护理级别巡视评估其病情变化：特级护理患者应严密观察病情变化，一级护理患者应至少每小时巡视一次，二级护理患者应至少每 2 小时巡视一次，三级护理患者应至少每 3 小时巡视一次。

5.5.2.3 病情评估应至少包括患者年龄、体重、生命体征、意识状态、活动状况、精神面貌、吞咽功能、进食及二便表现、皮肤状况、伤口情况、不适主诉及焦急、紧张等心理反应。

5.5.2.4 护士应根据患者治疗项目进行专项评估：吸氧患者评估吸氧状态、有无吸氧并发症；鼻饲患者评估胃管状态、鼻饲效果，观察胃管有无堵塞、脱出，有无误吸、窒息、胃潴留等；留置引流管患者，评估导管位置、固定情况、引流状态及有无机体管腔损伤和感染等；使用冷（热）治疗的患者，评估冷（热）温度及局部皮肤症状；静脉治疗患者评估其输注速度、有无输注并发症等。

5.5.2.5 护士应持续监测危重症患者的呼吸辅助支持状态：气管插管患者，应至少评估气管外露长度和通气状况；行气管切开患者，应至少评估伤口情况、气道通气状况；使用呼吸机患者，应至少评估人工通气状况和呼吸机支持参数，呼吸机报警参数。

5.5.2.6 护士应持续监测新生儿体温及呼吸状态，规范实施新生儿基础护理，预防新生儿臀红、感染等并发症。

5.5.2.7 患者外出检查时，护士应首先评估患者身体状况，根据病情需要，安排相应的医务人员陪同患者外出检查；同时，选用适宜的转运工具，必要时备好氧气袋、心电监护、人工气囊等急救物品和抢救药品。

5.5.2.8 评估患者发现异常情况时，护士应及时与医师沟通，并采取有效措施。

5.5.3 出院

5.5.3.1 护士应按照责任制整体护理要求对患者进行出院评估，内容至少包括患者出院时的身心状况、护理需求、对疾病及目前情况的认知程度、自我护理能力、照顾者能力等。

5.5.3.2 护士应在患者出院前完成出院评估，并记录于病历中。

5.5.3.3 护士应根据评估结果对患者实施出院指导及健康教育，内容包括饮食、用药、康复锻炼、居家照护及注意事项、按时复诊及流程等。

5.6 治疗护理

5.6.1 给药护理

5.6.1.1 医院应建立执行医嘱制度，护士应遵照医嘱时间和内容正确为患者给药。对医嘱字迹或内容有疑惑时，应待医师修改或与医师核实确认后方可执行。

5.6.1.2 除抢救或紧急状态外，护士原则上不应执行口头医嘱；执行口头医嘱时，应复诵医嘱两次，待医师确认后方可执行。保留抢救中使用过的空安瓿，经双人核对记录后方可弃去。

5.6.1.3 医院应建立给药三查八对制度：给药前、给药中和给药后查对患者姓名、病案号、药物名称、剂量、浓度、时间、用法、药品有效期，确保将正确的药物、按照正确的剂量、正确的途径、正确的时间，给予正确的患者。

5.6.1.4 医院应制定口服、注射、静脉输液等给药护理的操作规范、技术流程及给药后并发症的预防、观察及处置规范，并定期组织培训和考核。

5.6.1.5 医院应制定给药过程中突发输液反应、空气栓塞、急性肺水肿、药物过敏等事件的应急预案，并进行培训与考核。

5.6.1.6 护士应观察给药后患者的症状、体征及主诉等反应，及时与医师沟通，必要时做好相关记录。

5.6.1.7 护士给药过程中，应按照 WS/T313-2009 严格执行手卫生。

5.6.1.8 护士应按照 WS/T433-2013 执行静脉输液操作。同时，医院应定期组织专项培训，并现场督查临床实际操作过程，至少包括静脉留置管路的冲管、封管、穿刺伤口换药及输液附加装置使用等。

5.6.1.9 护士使用微量泵、输液泵等辅助输液用具时，应严格遵守操作规范和流程，并应着重强调：泵药前，双人核对泵入药物剂量及滴速，应先输入剂量再打开调速器；给药中，严密观察泵速，并根据药物性质调节泵速。

5.6.1.10 医院应监控用药护理的过程质量，并持续改进。

5.6.1.11 护士应对患者和家属进行用药指导。

5.6.2 输血护理

5.6.2.1 医院应建立输血制度与流程，并进行培训与考核。

5.6.2.2 护士应知晓输血及输血反应处理的制度、流程与应急预案。

5.6.2.3 护士应在备血、取血、输血前、输血结束时严格双人核对，并按照《临床输血技术规范》要求进行各环节核对。

5.6.2.4 护士应按照 WS/T 433-2013 规定，严格执行各种血液制品的输注。血制品不应与其他药物同一通路输注。

5.6.2.5 护士应严密观察输血全程，并有记录，做好质量监控，持续改进。

5.6.2.6 全血和成分血出库后，护士应在 4h 内完成输注；输注速度宜先慢后快，起始 15min 慢速输注。

5.6.2.7 一旦发生输血反应，护士应立即停止输血，监测患者生命体征和临床症状，遵医嘱给药，并填写输血反应报告单，上报输血科和护理部。

5.6.2.8 输血完毕，护士应将空血袋保留 24 小时，之后按医疗废物处理。

5.6.2.9 护士应对患者和家属进行输血全程的健康教育。

5.6.3 手术护理

5.6.3.1 手术室应建立手术患者术前访视制度，并按手术级别完成相应访视内容，至少包括患者的生命体征、血型、过敏史、病史、感染性疾病检验结果、体内现存植入物等。

5.6.3.2 医院应建立手术患者运送交接制度，在正确的时间、使用正确的运送工具、将正确的患者安全接至手术室，并体现人文关怀。

5.6.3.3 手术室护士应按照 T/CHAS10-2-9-2018 执行手术三方核查制度，即在麻醉实施前，手术开始前和患者离开手术室前，手术医师、麻醉医师和手术室护士三方进行手术安全核查并签字。

5.6.3.4 手术室护士应提前完成器械、设施准备，术中遵守无菌技术规范，准确、高效传递器械。

5.6.3.5 手术室护士在手术过程中应密切观察患者情况，内容包括：术中体位、皮肤消毒、手术进程、无菌操作、引流等，及预防低体温、深静脉血栓、压力性损伤、预防烫伤、预防管路滑脱等措施的落实情况。

5.6.3.6 应遵照 T/CHAS10-2-9-2018 及《手术室护理实践指南（2018 年版）》执行手术物品清点制度，即在手术开始前、关闭体腔前、关闭体腔后、缝合皮肤后，巡回护士与洗手护士共同完成针头、器械、敷料及手术特殊物品清点及记录。

5.6.3.7 手术室应建立手术病理标本管理规定并落实。病理标本核对、存储、送检，有记录。

5.6.3.8 手术所用医用耗材应符合国家《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械使用质量监督管理方法》、《高值医用耗材集中采购工作规范（试行）》等相关规定。

5.6.3.9 病区护士应做好患者术前术后护理，包括健康教育、术前准备、术后并发症预防等。

5.7 护理交接

5.7.1 护理交接班

5.7.1.1 医院应建立护理交接班制度，明确交接班时间、地点、内容、方式、流程及交接责任。

5.7.1.2 护士应对危重症、大手术、介入、新入院、病情发生变化及其他特殊情况患者进行床旁交接，包括一般状况、皮肤、伤口、管路、用药等。

5.7.1.3 交接班记录应内容完整、清晰，并签字。

5.7.1.4 交班者和接班者应共同清点毒麻药、贵重药品及设备，并记录签字。

5.7.2 特殊患者转科交接

5.7.2.1 医院应建立危重症、手术、急诊、介入治疗及新生儿等特殊患者转科交接制度，明确交接方式、流程、内容，并记录签字。

5.8 护理安全

5.8.1 跌倒事件管理

5.8.1.1 护理部应建立住院患者跌倒预防、报告及处置的相关制度。

5.8.1.2 护士应根据病情变化对住院患者跌倒风险进行动态评估，实施个性化护理方案并记录。高风险患者应有醒目标识。

5.8.1.3 护士应对住院患者及照护者进行预防跌倒的指导，内容包括风险识别及防范措施。

5.8.1.4 医院环境宜配置预防跌倒的安全措施，如走廊、卫生间安装扶手；卫生间安装呼叫系统及地面铺设防滑垫等。

5.8.1.5 护理部应对护士进行预防跌倒知识培训，并有培训记录。

5.8.1.6 护士应知晓患者发生跌倒的处置流程及报告程序。

5.8.1.7 护理部应有跌倒的质量指标数据收集及分析，进行持续改进。

5.8.2 压力性损伤事件管理

5.8.2.1 护理部应建立住院患者压力性损伤预防、报告及处置的相关制度。

5.8.2.2 护士应根据病情变化对住院患者皮肤进行动态评估，实施个性化护理方案并记录。高风险患者应有标识。

5.8.2.3 护士应对住院患者及照护者进行预防皮肤压力性损伤的指导，内容包括风险识别及防范措施。

5.8.2.4 护理部应对护士进行压力性损伤的预防及处置相关培训，并有记录。

5.8.2.5 护士应知晓患者发生压力性损伤的处置流程及报告程序。

5.8.2.6 护理部应有压力性损伤的质量指标数据收集及分析，进行持续改进。

5.8.3 非计划拔管事件管理

5.8.3.1 护理部应建立住院患者非计划拔管预防、报告及处置的相关制度。

5.8.3.2 护士应根据病情变化对住院患者管路情况进行动态评估，实施个性化护理方案并记录。管路应有名称标识，字迹清晰。

5.8.3.3 护士应对住院患者及照护者进行预防非计划拔管的指导，内容包括风险识别及防范措施。

5.8.3.4 护理部应对护士进行非计划拔管的预防及处置相关培训，并有记录。

5.8.3.5 护士应知晓患者发生非计划拔管的处置流程及报告程序。

5.8.3.6 护理部应有非计划拔管的质量指标数据收集及分析，进行持续改进。

5.8.3.7 护士应对留置管路的躁动患者实施保护性约束。

5.8.4 静脉血栓栓塞症防治管理

5.8.4.1 医院及医务人员应按照 T/CHAS 10-2-24-2018 执行静脉血栓栓塞症防治中的各类管理要素。

5.8.5 护理安全（不良）事件管理

5.8.5.1 护理安全（不良）事件应纳入医院安全（不良）事件统一管理。

5.8.5.2 医院应设专人负责护理安全（不良）事件的常态化管理，包括事件报告、分析、整改、追踪、持续改进等。

5.8.5.3 医院应建立《护理安全（不良）事件管理制度》，包括报告、处置、监测、分析、持续改进等。

5.8.5.4 护理安全（不良）事件上报应至少包括：用药错误、药物外渗、输液（血）反应、非计划性拔管、标本错误、输血错误、器械故障、氧气压伤害、误吸、烫伤、自杀、走失、信息系统瘫痪等。

5.8.5.5 护理安全（不良）事件的分级、分类、预防、报告、处置、监测、分析、持续改进，应按照 T/CHAS 10-4-6-2018 执行。

5.8.6 护理职业防护

5.8.6.1 医院应按照国家相关法律法规、规定、标准，制定职业防护相关制度。

5.8.6.2 医院应为护士提供职业防护用品，采取有效职业防护措施。

5.8.6.3 医院应按照国家法律法规、规定、标准，对从事直接接触有毒有害物质、有感染传染性疾病风险岗位的护士给予职业健康防护、安排定期体检、提供相应卫生津贴补助。

5.8.6.4 医院应定期组织职业防护相关制度、防护用品使用、防护措施演练的培训。

5.9 护理质量持续改进

5.9.1 护理质量评价

5.9.1.1 医院应建立护理部-科-护理单元或护理主管部门-护理单元各级护理质量监测体系，包括监测指标、范围、周期及方法。

5.9.1.2 护理部应建立护理质量安全指标，包括结构指标，如护患比、医护比；过程指标，如身份识别正确率、护理操作正确率；结果指标，如压力性损伤发生率、跌倒发生率等。指标计算公式可参考资料性附录。

5.9.1.3 护理质量监测范围应覆盖全部护理单元，包括病房、重症医学科、血液透析中心、产房、急诊、门诊、手术室、消毒供应中心等。

5.9.1.4 护理部应制定护理质量监测周期，根据监测项目的性质进行每月、每季度或每年监测。

5.9.1.5 护理部应根据不同的监测项目，采用适宜的监测方法。分级护理、药品质量、病室环境、手卫生等，宜进行现场检查；护理病历书写，宜进行运行病历和终末病历内涵质量检查；用药错误、跌倒坠床、压力性损伤事件宜通过护理安全（不良）事件上报系统进行监测；患者满意度可通过第三方问卷、电话或网络进行调查。

5.9.1.6 护理部应统一护理质量指标数据的收集方法，制定统一的质量评分标准、护理安全（不良）事件统计方法等，并宜应用信息技术收集质量指标数据。

5.9.1.7 护理部应建立护理质量评价标准，如分级护理质量标准、护理技术操作标准、基数药品评价标准、护理病历书写标准等，并定期改进与完善标准内容。

5.9.1.8 护理部应定期从不良事件、患者满意度等质量监测结果中发现问题，并使用根因分析法、鱼骨图等科学管理工具进行护理质量分析，持续改进，并追踪整改效果。

5.9.2 护理质量安全文化

5.9.2.1 护理部应定期开展质量安全文化宣传与教育活动，如安全文化培训、案例分享、安全预警提示等。

5.9.2.2 护理部应采取多种形式宣传质量安全文化，如授课、沙龙、展板、影音、演讲等。

5.9.2.3 护士应鼓励患者及家属共同参与安全管理，如患者参与用药核对、手术核对、院内感染预防等。

5.9.2.4 医院应鼓励护士报告护理安全（不良）事件。

附 录 A
(资料性附录)
护理质量安全相关监测指标

A1 护患比：同期每天患者数之和*3/统计周期内每天各班次责任护士之和。

A2 医护比：= 1/（同期注册护士总数/执业（助理）医师总数）

A3 院内压力性损伤发生率：（同期住院患者中压力性损伤新发病例数/统计周期内住院患者总数）*100%

A4 住院患者跌倒发生率：（同期住院患者中发生跌倒例次数/统计周期内住院患者人日数）*100%

A5 用药错误发生率：（住院患者发生用药错误的例次数/同期住院用药患者人日数）*1000%

A6 输血反应发生率：（发生输血反应的出院患者人次/同期接受了输血的出院患者人次）*100%

A7 输液反应发生率：（发生输液反应的出院患者人次/同期接受了输液的出院患者人次）*100%

A8 气管导管非计划拔管率：（同期气管导管非计划拔管例次数/统计周期内该导管留置总日数）*100%



参 考 文 献

- [1] 急诊危重症患者院内转运共识专家组. 急诊危重症患者院内转运共识——标准化分级转运方案[J]. 中国急救医学, 2017, 37(6):481-485.
- [2] Wound, Ostomy and Continence Nurses Society -Wound Guidelines Task Force .WOCN 2016 Guideline for Prevention and Management of Pressure Injuries (Ulcers) [J]. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017;44(3):241-246.
- [3] 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. 护理敏感质量指标实用手册(2016版) [M]. 北京. 人民卫生出版社, 2016.
- [4] 美国静脉输液护理协会. 《输液治疗实践标准(2016年修订版)》.
- [5] National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. (2016-04-15). <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>.
- [6] 国卫办医函(2015)252号. 重症医学专业医疗质量控制指标(2015年版) [Z]. 2015.
- [7] 张晓静, 张会芝, 周玉洁等. 住院患者非计划性拔管风险评估体系的建立. 中华护理杂志, 2015, 50(1): 1331-1334.
- [8] The Joint Commission. Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities [EB/OL]. https://www.jointcommission.org/sea_issue_55/
- [9] The Joint Commission Center for Transforming Healthcare: Targeted Solutions Tool® for Preventing Falls [EB/OL]. <https://www.centerfortransforminghealthcare.org/what-we-offer/targeted-solutions-tool/preventing-falls>
- [10] Manaho Yamagishi, Katsuya Kanda, Yukie Takemur. Methods developed to elucidate nursing related adverse events in Japan [J]. Journal of nursing management, 2003, 11:168-176.
- [11] 么莉. 护理敏感质量指标监测基本数据集实施指南(2018版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 118.