德阳市第六人民医院（东汽医院）文件

德市六医〔2023〕29号

签发人：罗劲松

德阳市第六人民医院（东汽医院） 关于报送《落实 2023 年国家医疗质量安全改进 目标实施方案》的报告

市卫健委：

现将我院《落实 2023 年国家医疗质量安全改进目标实施方案》呈上，请审阅。

德阳市第六人民医院（东汽医院）

2023 年 4 月 28 日

德阳市第六人民医院（东汽医院）

落实 2023 年国家医疗质量安全改进目标实施方案

一、目的

进一步发挥目标在促进医疗质量安全改进方面的重要作用，构建优质高效的医疗质量管理与控制体系，持续提升医院医疗质量安全管理科学化、精细化水平，保障医疗质量安全。

二、适用范围

本方案适用于全院各临床科室，指导 2023 年国家医疗质量安全改进十大目标的落实。各专业质控工作改进目标实施方案由相应学科负责人参照组织制定。

三、总体目标

通过改善“2023 年国家医疗质量安全改进目标”，结合医院三级创建，针对医疗质量安全的薄弱环节和关键点，不断完善医疗质量管理与控制体系，利用信息化管理手段监测目标数据，为医疗质量安全管理提供数据支持和保障，加强多学科诊疗团队建设，及时发现问题，提出整改方案，进一步完善工作流程，规范诊疗行为、杜绝医疗事故，减少医疗纠纷，提高医院医疗质量与安全管理水平，切实保障人民群众生命安全，推进医院高质量发展。

四、组织建设

为推进 2023 年国家医疗质量安全改进目标（以下简称“目

标”)的实现,成立 2023 年医疗质量安全改进目标管理领导小组,成员名单如下:

组 长:汪建强

组 员:蔚亚、刘莉、卿芬、宁力、严一凯、郭欣仪、向豪、刘品、廖昌兵、李琳、郝兴伟、徐兵、林世峻、夏卫

职 责:

1. 负责年度医疗质量安全改进目标及各质控工作改进目标的组织实施和持续改进工作,建立健全目标项目工作小组或技术团队,制定实施方案、工作制度、管理流程及考评标准,并监督落实。

2. 负责组织培训,为目标的实现提供技术支撑。

3. 负责政策的支持,保障目标项目的落实。

4. 承担目标管理实施的督查、反馈,并督促整改,按照规定要求和相关技术标准进行监管评价,并提出奖惩建议。

5. 组织开展多学科的协作,引导医务人员将医疗质量安全理念和医疗质量安全改进目标融入日常工作,指导科质控组落实年度项目目标任务。

领导小组办公室设在医务科,蔚亚兼任办公室主任,主要负责领导小组的各项日常工作并做好项目实施的总结。

五、计划措施

目标一:提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率。

1. 管理组织:成立提高急性 ST 段抬高型心肌梗死 (STEMI)

再灌注治疗率工作小组，负责工作措施和目标任务的落实，胸痛管理委员会负责工作小组的日常工作。

组 长：刘品

副组长：袁微

成 员：夏卫、周颖、郝兴伟、廖昌兵、徐兵、肖小花、舒浩钊、林世峻、李琳、肖永莉、宁力、刘小飞、李莉

2. 主要责任人：刘品

3. 主要牵头部门：心血管内科

4. 执行科室：各核心临床科室

5. 目标：降低 STEMI 患者的致残率及死亡率（入院的 STEMI 患者再灌注率 100%、死亡率低于 3%），改善患者生活质量，减轻社会和家庭负担。

6. 主要内容：

(1) 健全 STEMI 再灌注治疗率工作小组，完善再灌注治疗技术团队建设，完善工作制度、工作流程，并在各相关科室有效落实。

(2) 行 STEMI 患者救治情况分析，进一步优化救治流程以及资源整合，保障医务人员随时到位，保障药品、设备、设施处于完好状态。

(3) 健全 STEMI 患者再灌注治疗率的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行数据分析、反馈。

(4) 对相关科室、急诊科及社区卫生服务等业务人员，行 STEMI 患者急救方案及标准化操作流程培训与再教育。利用线上、线下方式为社区开展胸痛管理知识及自救互救知识的宣教，保障急性 STEMI 患者得到有效的早期识别、早期施救、及时转诊。

(5) 目标管理全过程按胸痛中心管理制度要求，定期召集相关部门召开胸痛中心委员会，运用质量管理工具，分析影响本院实现目标的因素，提出改进措施并落实，确保急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率持续提升。

目标二：提高急性脑梗死再灌注治疗率。

1. 管理组织：成立提高急性脑梗死再灌注治疗率工作小组，负责工作措施和目标任务的落实，卒中工作小组的日常工作。

组 长：廖昌兵

副组长：周传贞

成 员：夏卫、周颖、郝兴伟、徐兵、肖小花、舒浩钊、林世峻、李琳、肖永莉、宁力、刘小飞、李莉

2. 主要责任人：廖昌斌

3. 主要牵头部门：神经内科

4. 执行科室：各核心临床科室

5. 目标：降低急性脑梗死患者的致残率及死亡率，改善患者生活质量，减轻社会和家庭负担。

6. 主要内容：

(1) 健全提高急性脑梗死再灌注治疗率工作小组，完善再灌

注治疗技术团队建设，健全急性脑梗死患者管理制度、急救方案、标准化操作流程，并监督落实。

(2) 健全急性脑梗死患者再灌注治疗率的制度，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行急性脑梗死再灌注治疗数据分析、反馈，并对执行中发现的问题提出针对性的改进措施。

(3) 行卒中中心急性脑梗死再灌注治疗情况分析，改进运行机制，优化技术力量，保障医务人员随时到位，保障药品、设备、设施处于完好状态。

(4) 对相关科室、急诊科及社区人员行急性脑梗死患者急救方案及标准化操作流程培训与再教育。对不具备再灌注治疗能力的，建立急性脑梗死患者急救转诊方案及流程，尽可能完成“一小时急救圈”内转诊。

(5) 利用线上、线下为社区开展卒中相关管理知识的宣教，指导群众使用卒中急救地图，保障急性卒中患者得到有效的早期识别、早期施救、及时转诊。

(6) 目标管理全过程按卒中中心管理制度要求，定期召集相关部门召开卒中中心质控会、典型病例分析会，运用质量管理工具，分析影响本院实现目标的因素，提出改进措施并落实，确保急性脑梗死再灌注治疗率持续提升。注：急性脑梗死再灌注治疗，是指对发病 6 小时内的急性脑梗死患者给予静脉溶栓治疗和（或）血管内治疗。

目标三：提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率。

1. 管理组织：成立以医务、病案、肿瘤、影像及其他临床科室组成的提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率专项工作小组，负责专项工作措施和目标任务的落实。

组 长：汪建强

副组长：蔚亚

成 员：卿芬、宁力、刘虹、徐兵、李琳、向豪

2. 主要责任人：蔚亚 肿瘤患者诊疗各相关临床科室/病区主任

3. 主要牵头部门：医务科

4. 执行科室：消化内科、呼吸内科、心胸外科、胃肠外科、肝胆外科等肿瘤患者诊疗各相关临床科室。

5. 目标：定期对全院肿瘤相关科室进行培训指导，监督完成 TNM 分期，提高肿瘤患者治疗前完成临床 TNM 分期评估的比例，以提高肿瘤患者诊疗方案的科学性、合理性，提升肿瘤患者诊疗效果和生存率。

6. 主要内容：

(1) 健全以业务副院长为组长的提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率工作小组，制定肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估工作制度、工作流程，并在各相关科室有效落实。医务科负责工作小组日常工作。

(2) 定期组织对全院肿瘤相关科室进行肿瘤治疗前临床 TNM

分期培训与再教育，提高对肿瘤分期的认识。

(3) 健全本院肿瘤单病种诊疗的制度，明确相关质控指标，按季度、分科室进行数据分析、反馈，对执行中发现的问题提出针对性的改进措施。

(4) 行全院肿瘤治疗情况分析，健全肿瘤疾病诊疗规范化管理方案。

(5) 加强科间协作，对非肿瘤相关专业临床科室及时邀请肿瘤科人员会诊，对肿瘤患者（特别是初诊患者）落实多学科协作诊疗，并认真落实肿瘤临床分期，各科室对恶性肿瘤 TNM 分期完成情况按月进行汇总统计。

(6) 对确诊恶性肿瘤病例及时准确地完成恶性肿瘤报卡，由预防保健科监督。

(7) 质控组督查恶性肿瘤病历首页 TNM 分期填写质量，对未完善肿瘤分期的病历纳入降级病历管理，责令责任人及科室及时整改，提高病案质量。

(8) 目标管理全过程工作小组定期组织召开相质控会、典型病例分析会，运用质量管理工具，查找、分析影响实现提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率目标的因素，提出改进措施并落实。

目标四：降低住院患者围手术期死亡率

1. 管理组织：成立由医务、质控、护理、麻醉、临床科室、病案和信息等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。负责专项工作措施和目标任务的落实。

组 长：汪建强

副组长：蔚亚

成 员：刘莉、陈艳、卿芬、向豪、王芬、徐兵、林世峻、郝兴伟、刘品

2. 主要责任人：蔚亚 各临床科室/病区主任

3. 主要牵头部门：医务科

4. 执行科室：各临床科室/病区

5. 目标：重点关注住院患者进行开放手术、介入治疗及内（窥）镜下治疗性操作在手术当日、术后 24 小时和 48 小时的死亡情况。

6. 主要内容：

(1) 加强围手术期管理，采取有效措施保障手术分级管理、

医务人员授权管理、紧急情况下特殊授权管理制度、手术论证制度、手术培训制度、术前讨论制度、手术安全核查制度、手术相关不良事件报告制度、死亡讨论制度、患者随访制度、手术质量安全评估制度、手术分级管理督查制度等一系列制度落实到位。

(2) 建立住院患者手术当日、术后 24 小时、术后 48 小时

内死亡率的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法和数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈。

(3) 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，依据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。

目标五：提高医疗质量安全不良事件报告率。

1.管理组织：成立由医务、护理、院感、药剂、设备、各临床科室等部门负责人组成的提高医疗质量安全不良事件报告率专项工作小组，负责专项工作措施和目标任务的落实。

组 长：汪建强

副组长：蔚亚

成 员：刘莉、刘小芹、严一凯、郭欣仪、各临床科室主任及护士长

2.主要责任人：蔚亚 各临床科室/病区主任

3.执行科室：各临床科室/病区

4.目标：加强医疗质量安全不良事件报告工作，提升医疗质量安全隐患问题，或未造成严重后果的负性事件识别与报告能力，构建医疗质量安全文化和学习平台，提升医疗质量安全水平。

6.主要内容：

(1)行医疗质量安全不良事件报告总结分析，健全医疗质量安全不良事件管理的相关制度、流程及管理方案，重点明确医疗质量安全不良事件的分级、分类管理，并把相关文件维护到 OA 平台。

(2)完善医疗安全（不良）事件的报告、监测及评价机制。利用信息化手段，按季度、分科室进行数据分析、反馈。

(3)利用多种形式组织线上、线下培训，持续提高医务人员

识别与防范医疗质量安全不良事件的意识和能力。

(4) 引导和鼓励医务人员主动发现和上报医疗质量安全不良事件。

(5) 运用质量管理工具，查找、分析影响本院实现提高医疗质量安全不良事件报告率目标的因素，提出改进措施并落实。总结专项整治中的好经验、好做法并及时总结推广，持续提高医疗质量安全不良事件报告率。

目标六：提高住院患者静脉输液规范使用率。

1. 管理组织：成立由医务、临床科室、药事、设备等部门组成的降低住院患者静脉输液使用率工作小组，负责工作措施和目标任务的落实。

组 长：蔚亚

副组长：严一凯、刘莉

成 员：郭欣仪、各临床科室主任及护士长

工作小组办公室设在医务科，负责静脉输液管理工作综合协调、监管、培训及数据分析运用等日常工作。临床药学室负责住院患者输液处方点评。

2. 主要责任人：蔚亚 各临床科室/病区主任

3. 执行科室：各临床科室/病区

4. 目标：合理运用静脉输液治疗，改善患者治疗效果，控制医疗安全隐患，降低医疗成本，维护医疗安全和患者权益。

5. 主要内容：

(1) 完善静脉输液治疗管理相关工作方案、制度，并追踪实施。

(2) 健全静脉输液治疗药物不良反应的制度，每季度对静脉输液数据分析、反馈、改进及落实，保障给药途径合理科学。

(3) 负责优化药品供应机制，保障常用药物口服、外用等剂型的合理供应。

(4) 研究确定并不断完善本院无需静脉输液治疗的病种清单，并在院内有效执行，持续积累临床管理和实践证据。

(5) 落实全院临床科室静脉输液相关培训与再教育，促进医务人员科学合理选择给药方式。

(6) 各科室强化科内静脉输液相关知识学习，科主任负责明确目标任务，完善工作措施，迅速组织开展自查自纠，全面梳理问题风险隐患。

(7) 关注静脉输液治疗药物使用数量和强度等情况，并向临床及时反馈预警信息，对发现的问题和风险点要建立台账，明确责任科室、责任人和整改时限，确保整改落到实处，对工作落实不力的及时纠偏，督促整改并严肃问责。

(8) 运用质量管理工具，查找、分析影响本院实现降低住院患者静脉输液使用率目标的因素，提出改进措施并落实，对好经验、好做法并及时总结推广，把专项整治期间形成的有效措施制度化、常态化，持续降低住院患者静脉输液使用率。

目标七：提高四级手术术前多学科完成率。

1.管理组织：成立由医务科牵头，根据疾病及手术动态组建四级手术术前多学科小组，负责工作措施和目标任务的落实。

组 长：汪建强

副组长：蔚亚

成 员：刘品、廖昌兵、郝兴伟、徐兵、林世峻、陈莉萍、周颖、夏卫、王芬、肖永莉、李琳

2.主要责任人：蔚亚

3.主要牵头部门：医务科

4.执行科室：各临床科室/病区

5.目标：提高四级手术术前多学科完成率，加强四级手术术前报告工作。

6.主要内容：

(1)全面梳理本院手术分级管理目录，依据功能定位、医疗服务能力水平和诊疗科目，建立符合本机构实际、具有可操作性且符合四级手术特点的手术分级管理目录，保障手术分级管理工作的科学性、精准性。

(2)按照《医疗机构手术分级管理办法》和《医疗质量安全核心制度要点》，制订符合本院实际的四级手术术前多学科讨论制度，由医务部门牵头组织相关部门和临床专科对开展的四级手术进行术前多学科讨论。

(3)建立完善从手术科室发起，到医务部门组织、术前讨论

及记录等环节的管理流程，明确时限要求、发起方式、组织形式、协调管理等一系列工作机制。

(4) 强化四级手术术前多学科讨论的及时性、有效性、便捷性和可追溯性，不断优化流程、提高完成率。

(5) 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标八：提高感染性休克集束化治疗完成率。

1. 管理组织：

成立由各重症监护病区、急诊医学科、检验医学科、医务科、护理部、院感科等部门组成的提高感染性休克集束化治疗完成率工作小组，负责工作措施和目标任务的落实。

组 长：汪建强

副组长：蔚亚

成 员：肖永莉、郝兴伟、刘小飞、刘莉、刘小芹

2. 主要责任人：蔚亚 各执行科室主任

3. 主要牵头部门：重症医学科

4. 执行科室：各重症监护病区、急诊医学科、感染科、检验医学科

5. 目标：提高感染性休克患者 1 小时和 3 小时集束化治疗率，降低死亡率。

6. 主要内容：

(1) 成立感染性休克患者集束化治疗率工作小组，完善感染

性休克患者集束化治疗技术团队建设，完善工作制度、工作流程，并在各相关科室有效落实。重症医学科负责专项工作小组日常工作。

(2) 行感染性休克患者集束化治疗现状分析，进一步优化救治流程以及资源整合，保障医务人员随时到位，保障药品、设备、设施处于完好状态。

(3) 负责组织执行科室业务人员，行感染性休克患者集束化治疗方案及标准化操作流程培训与再教育，确保医护人员熟练掌握相关诊疗规范，能够及时识别相关患者并给予规范治疗。

(4) 加强目标管理全过程监测，定期召集相关部门、科室召开联合例会、质控会、典型病例分析会，运用质量管理工具，分析影响本院实现目标的因素，提出改进措施并落实，监测结果纳入绩效考核，确保感染性休克患者集束化治疗率持续提升。

目标九：提高静脉血栓栓塞症规范预防率。

1. 管理组织：成立由医务、护理临床科室等部门负责人组成的提高静脉血栓栓塞症（VTE）规范预防率工作小组，负责工作措施和目标任务的落实。

组 长：汪建强

副组长：蔚亚、刘莉

成 员：各科室科主任及护士长

工作小组办公室设在医务科，负责小组日常管理工作。

2. 主要责任人：蔚亚 各临床科室/病区主任

3. 主要牵头部门：医务科

4. 执行科室：各临床科室/病区

5. 目标：患者住院期间接受 VTE 风险与出血风险评估，并根据评估情况按照有关临床指南规范给予预防措施（包括药物预防、机械预防等），提高 VTE 规范预防率，实现 VTE 的早期干预，可以有效降低 VTE 的发生率、致残率及致死率。

6. 主要内容：

(1) 落实院内 VTE 防治体系建设，完善 VTE 防治工作制度和管理办法，强化 VTE 团队建设。

(2) 行全院 VTE 防治工作分析，完善急危重症患者 VTE 处理的应急预案与处理流程，完善 VTE 多学科会诊制度与转诊机制等。

(3) 按季度、分科室进行数据分析、反馈。

(4) 统一 VTE 相关评估表（VTE 风险评估表、出血风险评估表、VTE 可能性 Wells 评分表）并嵌入 HIS 系统，全院各临床科室开展规范化 VTE 风险评估和出血风险评估。

(5) 完善 VTE 护理管理工作，包括：①入院/术前评估：填写风险评估表，评估结果下达医嘱及预防处方，护士及时获悉；②动态评估：术后、专科、病情变化、出院进行动态评估；③预防措施：低危采用基础预防中/高/极高危者，根据出血评估，进行物理/药物/联合预防措施；④健康教育：对患者进行 VTE 的概念、危害、发病高危因素、预防措施及各种预防措施的注意事项等健康教育；⑤病情观察：责任护士应注意预防措施落实的有效性及其

患者发生 VTE 后，护士应动态观察患者 VTE 进展情况。

(6) 完善抗凝（合理用药咨询）门诊建设，临床药师指导患者合理用药，引导主动参与血栓的预防。

(7) 利用评估量表，及时评价观察并反馈，查找、分析影响本院实现提高静脉血栓栓塞症规范预防率目标的因素，提出改进措施并落实。

目标十：降低阴道分娩并发症发生率。

我院未开展分娩诊疗工作。

六、实施步骤

（一）组织发动（2023 年 5 月份）。根据工作实际，成立以业务院长为组长的医疗质量安全改进目标管理领导小组，全面负责 2023 年国家医疗质量安全改进目标及专业质控改进目标的落实，成立相应目标工作小组和技术团队，具体负责相关目标及专业质控改进目标组织实施和持续改进工作。各项目目标牵头部门/科室在实施方案执行前做好 2023 年新增改进目标的基线调查，各相关责任科室制定项目实施计划，对存在的问题及质量安全隐患，组织开展自查自纠，制定持续改进计划，明确目标管理任务清单，做到责任到治疗组、到人。各科安排项目管理联络员 1 名，负责数据和相关档案材料的记录、上报及管理等工作。

（二）培训阶段（2023 年 5 月份）。开展与目标管理相应的管理制度、流程、诊疗指南及技术操作规范、预防与控制措施等的培训与再教育，培训结束落实相应的考核，确保医护人员熟练

掌握，并在实践得到应有的运用。

（三）组织实施（2023年5月至12月）。各科主任负责对照科室相应目标管理计划措施认真逐条组织落实；对发现的问题和风险点要建立台账，明确责任科室、责任人和整改时限，确保整改落到实处，对工作落实不力的及时纠偏，督促整改并严肃问责；对发现的新问题、新情况，及时研究、完善工作举措。

（四）总结改进（2024年1月）。各责任科室运用质量管理工具，查找、分析影响实现相应目标的因素，提出改进措施并落实，对好经验、好做法并及时总结推广，把专项整治期间形成的有效措施制度化、常态化。

七、工作要求

（一）加强领导。项目主要牵头部门和执行科室负责人是相应目标任务管理的第一责任人，要充分认识改进目标的重要性，在院级领导小组的监管下，明确责任分工，组织科室全体成员依规有序落实计划措施，确保改进目标顺利实施。

（二）做好宣传。主要牵头部门和执行科室要将“目标”作为重要抓手，推进十大目标计划措施的落实，并参照本方案要求，制定相应专业质控改进目标计划措施，采取多种形式开展培训、交流和宣贯，在科内营造“人人关注、人人知晓、人人践行”的工作氛围，引导围绕“目标”增强医疗质量安全管理的意识。

（三）加强协作。主要牵头部门和执行科室主要负责人为相应改进目标落实的主要责任人，要积极开展工作，聚焦项目管理

中的薄弱环节和关键点，注重破除原有管理模式的部门、学科壁垒和工作障碍，提倡多部门、多学科有效协同，解决工作中的困难问题，共同推进方案的执行和目标的达成。

定期组织召开目标推进工作会，强化对目标改进工作的调度和考评管理，充分调动员工的积极性，推进目标常态化、系统化落实。

（四）强化落实。2023年国家医疗质量安全改进目标及专业质控改进目标列入医院医疗质量安全管理指标体系，列入年度核心质控内容。主要牵头部门和执行科室将改进目标作为年度核心工作任务，注意运用质量管理工具进一步细化任务，组织业务技术人员，做好医疗质量安全持续改进工作，重点要深入落实，为目标的实现提供技术支撑和管理保障。同时要善于发掘先进典型，提炼可推广、可复制的经验和做法，通过组织培训、经验交流等形式进行推广，为目标的实现提供助力。

信息公开选项：不予公开

德阳市第六人民医院（东汽医院）

2023年4月28日印发