

应用 FOCUS-PDCA 策略提高患者转床交接规范率

李蕙 董丽娟

(江苏省苏北人民医院,江苏 扬州 225001)

摘要 目的:探讨 FOCUS-PDCA 策略在提高患者转床交接规范率中的应用效果。方法:运用 FOCUS-PDCA 法分析患者转床交接中的各个环节,明确护士转床交接不规范的原因;成立持续质量控制(CQI)小组并对科室所有护理人员进行培训,形成规范;比较策略前后护士转床交接规范率。结果:运用 FOCUS-PDCA 法干预后,患者的转床交接规范率高于干预前($P<0.001$),差异有统计学意义。结论:运用 FOCUS-PDCA 策略能有效解决科室转床交接流程不完善,护士执行流程不规范等护理问题,提高患者转床交接规范率,保障患者安全。

关键词 FOCUS-PDCA 策略;患者转床;交接规范率

中图分类号 R197.323 文献标志码 A DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.01.031 文章编号 1006-9143(2019)01-0095-03

医院中频繁的加床、患者转床不仅增加了护士工作量,而且在转床过程中由于护士交接不规范,查对不严或责任护士的更换导致护理安全隐患。FOCUS-PDCA 策略由美国医院组织率先创造并用于持续质量改进^[1],且已被证实为一种行之有效的质量改进策略。分别按 F(fingd,发现问题)、O(organize,组织)、C(clarify,明确现行流程和规范)、U(understand,问题的根本原因分析)、S(select,选择流程改进的方案)、P(plan,计划)、D(do,实施)、C(check,检查)、A(act,处理)共 9 个步骤实施^[2]。为加强患者转床规范

作者简介:李蕙,女,副主任护师,护士长,本科

管理,我科从 2017 年 5~9 月按 FOCUS-PDCA 策略开展提高患者转床交接规范率质量改善活动,取得了较好的效果,现报道如下。

1 研究对象

随机选取 2017 年 5 月需要转床的 40 例患者作为对照组,9 月需要转床的 40 例患者作为干预组进行质量持续改进活动。

2 方法

2.1 按照 FOCUS-PDCA 策略的 9 个步骤进行 包括:发现问题、组织、明确现行流程和规范、问题的根本原因分析、选择流程改进的方案、计划、实施、检

种质量管理方法与传统的护理管理模式相比,它不是停留在一个水平面上的简单重复,而是不断循环、不断提高,螺旋式上升的过程^[3]。PDCA 循环法运用现代管理理念建立完善的规范化治疗体系,所有岗位人员明确职责、相互协作、规范操作、高效执行。同时,PDCA 循环法制定了规范化、科学化、精细化的疼痛评估和回访流程,将患者疼痛护理的流程进行全程管理,再根据有效的考评机制从护士和患者两方面得到全面的反馈,及时地调整药物治疗和护理措施,使患者的疼痛得到有效地控制,提高了患者的生存质量。

本研究表明,观察组的癌痛评估准确率、癌痛患者动态评估率、癌痛患者出院回访率高于对照组,说明 PDCA 循环法有利于准确并连续的评估患者癌痛情况,并进一步提高患者出院后的护理,使患者从入院至出院都能得到规范化的护理,不仅提高了患者癌痛程度的评估准确率,更有利于患者采用针对性的护理方法。此外,患者的疼痛缓解率和护理满意度提高,说明 PDCA 对于疼痛缓解也有较显著的效果,可能由于患者在规范流程化的护理下更多

的了解了癌痛的自我护理知识,减少了癌痛,增加了护理满意度。

综上所述,PDCA 循环法在癌痛患者管理中的应用,可以使癌痛患者实施后癌痛护理敏感指标得到提高,患者对护理服务满意度明显提高,癌痛程度得到了较大程度的缓解。由此可见,在今后的工作中需要继续运用 PDCA 循环法对护理质量进行管理,更大程度的持续改进护理质量,使得标准化护理惠及更多癌痛患者。

参考文献

- [1] 国家卫生和计划生育委员会. 中国卫生和计划生育统计年鉴 2013[Z].北京:中国协和医科大学出版社,2013.
- [2] 郑春京,孙莉. 晚期癌症患者的疼痛治疗[J]. 中华中西医杂志, 2008,9(12):1072-1076.
- [3] 李漓,王兵,袁方,等. 癌症患者的疼痛状况调查及护理对策[J]. 护理学杂志,2000,15(4):199-201.
- [4] World Health Organization(WHO).Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO Expert Committee [R].Geneva :World Health Organization, 1990:1-75.
- [5] 祁海鸥,金双燕. PDCA 循环在临床危急值质量管理改进中的实践[J]. 护理与康复,2013,12(4):378-380.

(2017-12-01 收稿,2018-08-29 修回)

查、处理。

2.1.1 F 阶段(fingd,发现问题) 护士不规范执行转床流程存在安全隐患。

2.1.2 O 阶段(organize,组织) 实施策略前转床交接规范率为 63.4%。根据项目可能涉及到的人员,组织科室骨干医护人员成立质量持续改进小组(CQI),明确各人员分工,由护士长任小组组长。制定小组工作目标及计划,对患者的转床交接规范进行专项管理。

2.1.3 C 阶段(clarify,明确现行流程和规范) 梳理我科目前与转床交接相关的流程主要有护理部统一下发的患者转床流程及 2016 年我科制定的转床管理规定,加以改进并明确流程。

2.1.3.1 设计查检表 CQI 小组成员通过头脑风暴将转床的各个环节按三大模块(转床信息、病情交接、转床后效果)19 个子项目(病历、电脑、一览表、白板、治疗信息、床头警示标识、联网监护仪信息、患者姓名、诊断、此次入院情况、既往史、过敏史、阳性检查结果、仪器管道、特殊情况、治疗及药物、护理问题、护理措施、床单元规整、患者舒适)进行分解,设计转床交接规范查检表。

2.1.3.2 查检结果 2017 年 5 月 1-28 日由组长根据查检表对转出和接收的全过程进行查检。总共检查患者数 44 人,分类检查项目 19 项,总检查项目数 836 项,项目内容包含转出和接收的各个环节。其中,不规范执行项目 306 项。确定衡量指标为:患者转床交接规范率=1-(转床交接不规范项目数/转床交接查检总项目数)×100%,改善前转床交接规范率为 63.4%。规范率较低,存在安全隐患。

2.1.3.3 统计汇总 将所有查检项目按病历、信息、标识、病史、治疗及管道、护理问题及措施、转床后舒适

度 7 个方面进行分类汇总,通过柏拉图,根据 80/20 原则确定病史、治疗及管道、信息、护理问题及措施为本次活动改善重点。

2.1.4 U 阶段(understand,问题的根本原因分析)

2.1.4.1 根本原因分析 CQI 小组召开全体成员会议,应用头脑风暴法分析护士转床交接不规范的根本原因,见图 1。

2.1.4.2 确定要因 在根本原因分析的基础上,CQI 小组成员对分析的原因进行逐项评分,重要 5 分,一般 3 分,不重要 1 分,根据 80/20 原则,确定交接信息遗漏、安全意识薄弱、培训不到位和干扰因素多为要因。

2.1.5 S 阶段(select,选择流程改进的方案) 针对主要原因,制定措施计划,详见表 1。

表 1 转床交接规范实施方案

实施对象	实施原因	实施地点	实施时间	实施人员	实施方法
交接信息遗漏	护士病情评估不准确 护士对病情不了解	病区	2017年6-8月	责任护士	夯实理论基础 加强对病情了解 晨会培训病情交接模板 制定转床核对小卡片
安全意识薄弱	护士缺乏安全意识	病区	2017年6-8月	组长	加强风险意识教育 晨会、科会强调转床安全
培训不到位	无相关转床执行规定 标准化流程不完善 未进行系统化培训	病区	2017年7月	组长	制定住院患者转床执行规定 完善转床交接流程 情景演练
干扰因素多	环境嘈杂 频繁打扰	病区	2017年6-8月	全体护士	宣教探视制度 加强病房管理 主动健康教育

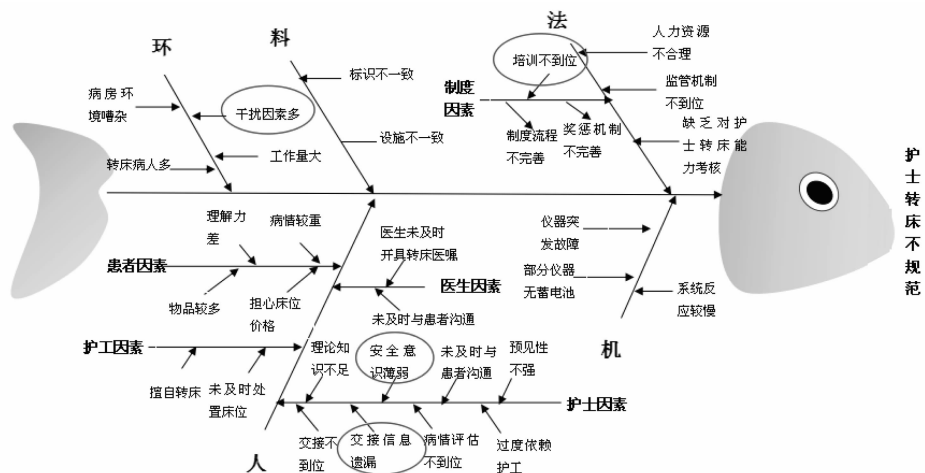


图 1 护士转床交接不规范原因

2.1.6 P 阶段(plan,计划) 完善病区转床管理规定及流程;制定转床核对小卡片;制定护患转床 SBAR 沟通模板;制定护士与护士转床 SBAR 沟通模板;进行沟通培训;加强对患者转床注意事项的健康教育。

2.1.7 D 阶段 (do, 实施) 按照既定计划实施,全体 CQI 成员参与,从 2017 年 6 月实施。

2.1.8 C 阶段(check, 检查) 通过 2 个月的实施,从 2017 年 8 月 14 日至 9 月 17 日对护士转床交接规范再次进行了查检,总检查患者数 44 人,分类检查项目 19 项,总检查项目数 836 项,其中,不规范执行项目 27 项。

2.1.9 A 阶段(act, 处理) 本次 FOCUS-PDCA 活动,充分启发每个成员的潜能,针对转床过程中的不安全因素进行分析改进,运用科学统计工具,通过把控各项环节,减少转床过程中的不安全因素,分析问题,解决问题,形成了系列成效。制定及完善了标准化内容。

2.2 按照 SBAR 沟通模式进行转床交接沟通培训

2.2.1 制定 SBAR 沟通模板 根据 SBAR 沟通模式即现状-背景-评估-建议模式的标准沟通方式,结合科室转床工作特点及护理质量标准制定护士与护士以及护士与患者沟通模板。

2.2.2 进行情景剧演练 编排 SBAR 情景剧演练剧本,选取语言表达能力强的护士熟悉剧本,进行演练。

2.2.3 实施情景模拟培训 选取转床患者,按照 SBAR 情景剧演练剧本进行实景模拟培训,培训后进行讨论,总结经验,修改模板,再次培训。

2.2.4 SBAR 沟通能力考核 由组长跟班考核护士的 SBAR 沟通能力,发现问题及时提出,及时整改。

2.3 衡量指标 患者转床交接规范率=1-(转床交接不规范项目数/转床交接查检总项目数)×100%

2.4 统计学方法 数据采用 SPSS 18.0 统计软件进行分析,计数资料用 χ^2 检验。

3 结果

通过 FOCUS-PDCA 活动,干预后转床交接规范率优于干预前($P<0.001$),见表 2。

表 2 FOCUS-PDCA 干预前后转床规范率比较($\bar{x}\pm s$)

	查检项目 数(项)	规范项目 数(项)	不规范率 (%)	χ^2	P
干预前	836	530	63.40	291.890	<0.001
干预后	836	809	96.77		

4 讨论

4.1 本次 FOCUS-PDCA 活动,通过执行流程、执行规定的制定及完善,进一步完善了病房管理制度;通过制定转床核对小卡片,对转床过程中的各项环节进行检查,转床后对卡片逐项检查落实,杜绝遗漏。

4.2 准确的护理交接是护理质量与安全的有力保证^[3]。通过相关的探索和研究发现 SBAR 沟通模式能够很好的为医护人员提供及时、正确的信息减少不必要的混乱,从而提高团队效率^[4]。本次 FOCUS-PDCA 活动,运用 SBAR 沟通模式,制定了护士与患者、护士与护士之间的沟通模板,对全员进行沟通培训,提高了护士与患者、护士与护士之间的沟通能力,提高了护士的评判性思维能力;提高了护士的临床工作能力。

4.3 形成闭环把控。通过责任护士逐项检查落实,组长对本组的每个转床患者逐项检查以及护士长/总责任护士对转床患者的各项措施落实进行抽查的三级质控体系,对整个转床过程形成闭环把控。

综上所述,在患者转床过程中采用 FOCUS-PDCA 模式,患者转床规范率由 63.40%提高到 96.77%,取得了明显的效果,值得推广。

参考文献

- [1] Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al. Heart disease and stroke statistics—2013 update: a report from the American Heart Association [J]. *Circulation*, 2013, 127(1): 245.
- [2] 王宁, 王清, 邵小平, 等. 应用 FOCUS-PDCA 程序改进 NICU 医院感染的管理[J]. *中华医院感染学杂志*, 2012, 22(11): 2364-2365.
- [3] 朱清文, 杨源, 廖芹, 等. SBAR 沟通模式在危重症病人交接班管理中的应用[J]. *护理研究*, 2017, 31(12): 1532-1534.
- [4] 何正超, 钟兰兰, 陆群峰. SBAR 沟通模式在临床护理应用的研究看进展[J]. *护理研究*, 2017, 31(3): 271-273.

(2018-01-26 收稿, 2018-11-13 修回)