

基层医院危急值报告的管理与持续改进探讨

耿继业¹, 钱厚明²

(1. 江苏省扬州市江都区大桥中心医院, 江苏扬州 225002; 2. 江苏省扬州市第一人民医院, 江苏扬州 225001)

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2014.07.069

文献标识码: B

文章编号: 1673-4130(2014)07-0938-02

危急值(critical values)是指与正常范围偏离较大,危及患者生命的检查(验)结果^[1],报告范围涵盖了检验、影像、超声、心电图、病理、血药浓度等方面。影像、超声、心电图、病理等检查出具的是诊断报告,标准易于统一与识别。而检验科往往出具的是数据报告,界限没有统一的标准,不同机构间存在差异。即使在同一机构内,不同病种、专科对同一检测项目的界限也有差异。在基层医院,由于受医院规模、性质、设备、信息,以及检验人员意识等条件的制约,往往会导致医务人员“危急值意识”薄弱、危急值项目的范围狭窄、报告时效滞后、患者处置迟缓等。因此,基层医院更应加强对危急值报告的管理与持续改进。

1 检验科危急值项目的设定与持续改进

受医院规模、性质、设备、信息,以及检验人员意识等条件的制约,检验科危急值报告项目与界限没有统一的标准。医院应根据自身状况设立适合自己的检验科危急值并做好持续改进。本院自 2009 年开始根据中国医院协会编写的《患者安全目标》^[2]讨论并制订了本院的检验科危急值,在随后的几年中根据危急值各项的报告与临床处置情况进行适时讨论与更新。

曾蓉等^[3]对检验科危急值的更新提出了 4 点意见:(1)建立适合自身的危急值项目,并参照同区域上级医疗机构的情况制定初步的界限值;(2)与临床医师讨论,就不同部门设置不同亚组的界限值;(3)周期性地评估危急值界限,对危急值的宽严把握适度;(4)检验人员不能拘泥于危急值项目表,临床工作中对未列入项目表的危急值结果同样须及时报告。

2 临床对危急值的报告流程与持续改进

当检验人员发现危急值后,能否实现危急值报告的及时、准确,全面关系到临床医师能否及时实施处置患者。对危急值报告的方式有多种形式,但最常见的方式包括电话告知、电脑警示、短信发送等。本院目前实施电话告知、电脑警示报告法。

电话报告登记法:是最为传统的方法,也是本院在未实施实验室信息系统(LIS)前最常用的报告方式。其流程为:当检验人员检测到患者危急结果并核准确认后,立刻电话报告,接听人员完整复述一遍后将结果记录于《检验科危急值报告登记本》;内容至少包括:日期、时间、患者姓名、门诊或住院号、项目与结果、报告者、记录者等。该方法的结果报告确认度高,但存在一定的信息传递错误率^[4]、时间延误、实验室人员漏报等可能。

电脑警示法:2011 年 6 月扬州市江都区大桥中心医院实施了 LIS,使电脑警示危急值成为可能。当检验人员核准危急值报告后,病区护士和医生工作站立即同步自动弹出警示窗口,显示患者的危急值情况。医生、护士查阅后系统自动记录

确认阅者姓名和时间。优点是危急值信息反馈及时、有利于医疗质量监督与管理、有利于危急值信息实时处置、提高卫生资源使用效率^[5]。但必须以确认有医师或护士在医护工作站电脑前为前提。

针对上述两种方法运用中各自的不足,本院规定采用两种方法并行报告检验科危急值,在一定程度上打消了检验人员及临床医护人员对电脑警示报告方法的依赖,也使得在危急值报告工作中的互相监督成为可能,如可实时发现有电脑警示而检验人员未予电话报告,或有电脑警示而医护人员未予及时的临床处置等情形,从而提高了医务工作人员的制度意识。

即使如此,距实现临床危急值无缝隙报告仍存在一定的距离。在许多基层医院由于信息系统建设的滞后使得通过信息系统报告难以实现。在 2011 年 8 月至 2012 年 7 月间,将本院危急值报告按门诊与住院区分,结果门诊占 17.2%,住院患者占 82.8%。对门诊危急值结果,由于未实施门诊信息系统,不仅电脑警示不能实现,而且即使通过电话将结果告知门诊医师,由于患者流动性大等原因离开,门诊医师也无法实施及时处置。因此,向患者实施短信报告法是弥补缺陷的重要途径。

3 强化意识与灵活把握是做好报告的关键

提高制度意识就是要树立“以患者为中心、以质量为核心”的理念,把握好标准才能将制度切实准确地贯彻执行。《三级综合医院评审标准》^[6]要求“临床实验室等医技检查部门应定期与临床医生进行商讨,征询危急值项目设置合理性的意见及建议,建立危急值项目表,并加以确定和完善;定期(每年至少一次)对危急值报告制度的有效性进行评估”。方法是:充分运用现代信息手段,考核检查(验)危急值报告数量、及时报告率、单项危急值结果的百分率、假阳性与假阴性率、临床处置情况、未采取措施的危急值等。

任何一次危急值报告的修订都不可能涵盖全部,需要工作人员在临床工作中灵活把握。对于未列入危急值范围的阳性检测结果,检验人员应树立及时报告意识。如甲型肝炎和人类免疫缺陷病毒(HIV)因涉及患者隔离、手术过程消毒及患者隐私等问题,必须准确、及时报告^[7]。

参考文献

- [1] 张真路,刘泽金,赵耿生,等. 临床实验室危急值的建立与应用[J]. 中华检验医学杂志, 2005, 28(4): 452-453.
- [2] 中国医院协会. 患者安全目标[M]. 北京: 科学出版社, 2009: 1-30.
- [3] 曾蓉,王薇,王治国. 临床实验室危急值报告制度的建立[J]. 中华检验医学杂志, 2012, 35(4): 380-381.
- [4] 游斌权,钟初雷,阎晓琴. 3 种危急值管理方式的比较研究[J]. 中国医院管理, 2012, 32(8): 32-33.
- [5] 徐茂云,步晓东,魏巍,等. 基于医院信息系统的检验危急值实时

检测研究[J]. 中国卫生质量管理, 2012, 19(2): 27-28.

应用[J]. 检验医学, 2006, 22(3): 370-372.

[6] 中国医院协会. 三级综合医院评审标准[M]. 北京: 人民卫生出版社, 66-67.

(收稿日期: 2013-10-30)

[7] 张勇军, 费春荣, 李文新. 持续质量改进在临床实验室危急值中的

• 检验科与实验室管理 •

日常监督常态化在检验科质量管理体系运行中的应用

张志强, 王新锋[△]

(山东省胸科医院检验科, 山东济南 250013)

DOI: 10. 3969/j. issn. 1673-4130. 2014. 07. 070

文献标识码: B

文章编号: 1673-4130(2014)07-0939-02

2003 年 2 月国际标准化组织颁布《医学实验室质量和能力的专用要求》(即 ISO15189), 该标准从医学专业的角度, 更加细化描述了医学实验室质量管理的要求, 从管理和技术两个方面提出了实验室应遵守的要求, 其核心是建立全面质量管理体系^[1-2]。迄今为止, 中国已有超过 130 家医学实验室获得中国合格评定国家认可委员会(CNAS)的认可。

本院检验科 2009 年提交医学实验室认可申请书, 历经初次评审、监督评审和复评审, 检验科质量管理体系日臻完善, 并实行了内审和管理评审的监督机制。目前建立日常监督, 内审、管理评审、外审的多举措的监督机制, 是对内审和各专业组质量监督的有效补充, 从而贯彻以预防为主、持续改进的宗旨, 逐步形成自我发现和自我完善的机制。日常监督是建立在《医学实验室质量和能力认可准则》及科室质量管理体系文件的具体要素、条款要求基础上的。常态化是由质量负责人授权指定人员每月带领各专业组质量监督员作为一个监督组, 对涉及体系运行的所有部门及过程进行监督检查, 并对问题严重性、影响性等进行综合分析判断, 提出可操作的纠正、预防、改进措施, 通过实施一个 PDCA 循环过程, 解决问题, 防微杜渐, 持续改进。

1 日常监督机制的建立和运行

1.1 日常监督机制建立 日常监督机制的有效运行, 需要取得科主任的支持, 常态化需要实验室管理层的配合, 只有如此才能方便监督组工作, 有利于发现问题, 解决问题。依据《医学实验室质量和能力认可准则》建立检验科质量手册、程序文件后, 以质量手册中的要素、条款为主要依据, 程序文件中的职责和程序为监督要点, 各专业领域的应用说明、各室作业指导书为补充, 以各专业组为被审核部门, 制订《检验科体系文件月监督检查管理制度》(以下简称“月检制度”), 规定职责, 由质量负责人授权指定人员为组长, 科主任授权的各室质量监督员为成员的监督组负责检查, 发现问题。各专业组组长为责任人, 负责解决问题。建立《体系运行月检查记录表》, 该检查表分为管理通用部分、各专业技术通用部分及专门要求部分, 通过建立规范化文件, 标准化监督流程。

1.2 日常监督常态化的运行 每月进行 1 次科室体系运行关键节点和各专业组的体系运行过程的日常监督常态化核查。每月检查后, 填写检查记录表, 对检查的内容, 以及发现的不符合项进行详细说明, 监督组长撰写月检汇总报告, 上交质量负

责人于科务会公布, 各专业组组长负责不符合项整改工作, 各质量监督员对不符合项进行跟踪验证。结合每年质量管理体系的内审、管理评审, 以及外部审核发现的问题, 形成多方式的监督机制并持续改进。只有持续改进才能达到良好实验室质量管理水平^[3]。

2 监督机制的结果

加大日常的监督力度, 严格按月检制度对检验的各环节进行常态化检查, 发现问题及时纠正, 必要时导出预防措施避免同类问题再次发生。2012 年 5 月至 2013 年 5 月监督机制建立以来在实验室体系运行过程中发现的不符合项数量为 46 项, 覆盖的要素数量为 15 个。不符合项主要集中在技术要求中(32 个, 占总数的 69.6%)。而月检制度监督发现的不符合项主要为实施性不符合和效果性不符合, 月检完毕召开科务会进行通报, 对本月检查中发现的不符合项进行分析讨论, 查找问题发生的根本原因, 立即采取纠正、预防措施并跟踪验证。

3 讨 论

2008 年 5 月本院检验科质量管理体系正式运行, 通过建立日常监督常态化, 逐步健全了自我发现问题、自我完善和自我改进的质量管理体系的监督机制, 从而使检验科的体系持续有效运行。日常监督常态化以监督检查频率高、涵盖整个体系要素的特点, 使质量管理体系符合《医学实验室认可准则》要求。但是日常监督仍只能采取随机抽样的方式, 不能完全对若干个过程、记录等质量和技术活动进行全面检查, 存在抽样的风险。从我国当前管理水平和工作习惯来考虑, 记录其实是当前工作中的一个最薄弱环节^[4]。检验程序的质量保证, 各种监督机制中均有发现, 此问题为实验室管理的重点和难点, 因此比较容易发现不符合项。尤其在新进员工、新进设备、文件修订或换版时出现不符合项的概率要大大增加。

日常监督常态化目的是及时发现问题, 及时解决, 适时导出预防措施, 防止再次发生, 持续改进和完善。随着各专业领域的应用说明的实施, 对认可的医学实验室要求更高、更规范, 对实施日常监督的内容更加详细。建立质量管理体系并不困难, 难点就在于体系的长期稳定运行和维持。因此日常监督常态化是质量管理体系完善、运行、维持的有效监督形式之一, 形成了质量负责人-月检监督组-质量监督员的模式, 结合内审、管理评审、外部审核, 形成了定期和不定期、横向和纵向、点和面、内和外相结合的监督机制。质量监督贯穿于实验室质量活

[△] 通讯作者, E-mail: 13789821006@163.com。