

《麻醉专业医疗质量控制指标(2022年版)》解读 把麻醉质控融入日常工作

▲ 国家麻醉专业质控中心 北京协和医院麻醉科 黄宇光

近日,《麻醉专业医疗质量控制指标(2022年版)》发布。自2011年国家麻醉专业质控中心成立以来,麻醉质量管理组织建设在过去10余年进入快车道。2019年,国家麻醉专业质控中心受国家卫生健康委的委托,开展麻醉质控指标修订工作,在各方努力下,历时3年新质控指标修订完成。此次新质控标准新增了9项质控指标,对多项原有的指标进行了重新定义,让麻醉质控更贴近麻醉临床,可以更好地指导工作。



中华医学会麻醉学分会主任委员
国家麻醉专业质控中心主任
黄宇光 教授

17到26 新增9项质控指标

2019年,国家麻醉专业质控中心受国家卫生健康委的委托,开展麻醉质控指标修订工作,在以国家麻醉专业质控中心专家委员会委员、中华医学会麻醉学分会麻醉质量管理学组组长以及各省级麻醉专业质控中心主任为核心的指标修订团队努力下,《麻醉专业医疗质量控制指标(2022年版)》的修订历时3年,将2015年版的17项麻醉质控指标扩充到2022年版的26项。新版指标扩大了质控指标的覆盖面,新增关注点主要包括:

麻醉科医护比 该指标首次被列入,旨在关注麻醉专科护理队伍建设,因为麻醉作为临床医学二级学科,亟需建立麻醉专科护理队伍,配合麻醉科医师开展相

关工作。

手术室外麻醉占比 关注非传统手术科室对于麻醉学科的需求,是舒适化医疗的重要组成部分。

术后镇痛满意率 关注了围术期急性疼痛服务,对急性疼痛服务的质量加以关注。

阴道分娩椎管内麻醉使用率 关注分娩镇痛,应用麻醉学技术为产妇提供舒适化医疗服务,体现了整个医疗体系对产妇的人文关怀。

此外,“术中牙齿损伤发生率”“麻醉期间严重反流误吸发生率”以及“全身麻醉术中知晓发生率”等指标,体现了对这些之前未关注的麻醉相关并发症的重视。

质控指标更加贴合麻醉工作内涵

为了让质控指标更加贴合麻醉质控工作的内涵,促进麻醉专业安全质量的提升,新版麻醉质控指标还对旧版指标进行了扩充以及定义修订。

麻醉诱导阶段质量安全评估系列指标 新指标关于麻醉访视、诱导阶段的质量增设了“择期手术麻醉前访视率”和“入室后手术麻醉取消率”,与2015年版指标“麻醉开始后手术取消率”一起,构成了麻醉诱导阶段质量安全评估系列指标。旨在推动规范术前访视,提升麻醉访视质量,在患者入室后充分关注患者病情突然变化,以避免因评估不充分导致的麻醉后手术取消。

围术期体温系列指标 为了关注围术期体温变化,给患者有温度的麻醉,体温相关指标除“麻醉后监测治疗室(PACU)入室低体温发生率”外,又增设了“全身麻醉术中体温监测率”“术中主动保温率”以及“手术麻醉期间低体温发生率”,构成了围术期体温相关系列指标。该系列指标旨在通过对比体温的监测、干预和结局的系统管理,提升患者体温相关质量安全现状。

让质控更贴近麻醉专业 对

既往定义修订方面,如2015年版指标“非计划转入ICU率”,旧版分母定义为“同期转入ICU患者总数”,新版分母订正为“同期麻醉患者总数”,以明确该指标与麻醉专业质量的相关性,即重点关注手术麻醉后,因为手术、麻醉或患者自身原因等各种因素导致的患者无法正常结束麻醉返回普通病房患者的比例,让麻醉专业质控指标的定义与麻醉关系更加密切。

术中心脏骤停率 2015年版指标“麻醉后24h内心脏骤停率”在新版指标将其订正为“术中心脏骤停率”,将关注的时间范围收缩到麻醉医生管理患者的时间段,降低了统计从手术室转出后患者是否发生心脏骤停的随访工作量,同时也更加聚焦麻醉过程中发生的心脏骤停情况。

加入新发昏迷量化标准 2015年版指标“麻醉后新发昏迷发生率”在新版中将颅脑手术患者排除,同时对于昏迷的判断通过格拉斯哥昏迷评分进行,一方面降低了因手术因素引起的麻醉后新发昏迷对于麻醉质控工作的干扰,另一方面也提升了对新发昏迷的量化标准,让相关指标在临床更易于落地。

麻醉质控面临三大挑战

1 麻醉人员短缺 通过加强麻醉学科建设,缓解麻醉医生短缺。在政府重视下,已从增加人员培训、优化学科结构、提升职业薪酬等多方面,改善麻醉医生短缺现状,以满足日益增长的舒适化医疗需求。

2 质量管理信息化水平较低 以新版麻醉质控指标为纲,提升麻醉质量管理信息化水平。尝试通过医院信息系统(HIS)、麻醉信息系统(AIS)等,对麻醉质控指标相关事件加以实时关注,在医院层面更加迅速地对发生的不良事件以及潜在的安全隐患进行干预。

3 质量改进工作开展不够积极主动 在国家卫生健康委的领导下,国家麻醉专业质控中心将以年度质量改进目标的形式,提升质量安全短板。

质控落地三要点

首先,有条件的医疗机构应当摸索尽可能通过信息化手段采集质控指标数据,对于信息化难以采集的质控指标,积极鼓励通过不良事件报告系统进行报告,以获取尽可能真实的麻醉质量安全现状。

其次,对于麻醉专业质控指标的应用不应仅仅止步于指标相关数据的采集,更重要的是对相关情况加以分析,对于相应流程加以规范。

最后,临床中落实新版麻醉专业质控指标,改进临床麻醉质量安全现状还应当注意与所在医疗机构的自身实际结合,定立合理的目标,逐步改进。切忌将质控指标相关事件的发生与当事麻醉医生和护士的奖金绩效、职称晋升等直接关联。

他山之石

国外麻醉质控方面有值得我国学习和借鉴的地方。比如:美国已建立了全国不良事件报告系统和完整的麻醉质量报告数据库,并有效地促进了美国麻醉质量的健康发展。美国麻醉质控已不再停留在提倡、鼓励、可有可无的阶段,而是成为日常工作中必不可少、必须执行的规范化管理事项。

从2014年来,美国联邦老年和公民保险局(CMS)也以医疗保险制度对麻醉质量加以监管。他们从医师质量报告注册系统(PQRS)的监测指标中选取有关项目,如术中体温监测、术前相应抗菌素的适时使用、中

心静脉置管的措施等,对提供老年和公民服务的麻醉专业医生,以管制保险金发放的方式给予奖励或惩罚。从2015起,CMS终止了奖励机制,而以更严格的惩罚方式予以执行。

美国在1985年就成立了麻醉患者安全基金会,提出“患者不应因麻醉照护而受到伤害”的愿景,积极地推广安全教育和进行安全研究,并提出很多关于安全的倡议,包括ASA麻醉监测标准,设备检查规程和检查清单引入麻醉界,用药安全,围术期谵妄、认知功能障碍以及脑健康,与患者相关的沟通问题、交班以及照

护交接、职业倦怠等,让麻醉从业者了解了麻醉患者安全方面的基础理念及其对于临床实践的意义。基金会提供资金支持,研究和实施有效的临床改进方案,以确保患者在整个围术期的安全,大大提升了麻醉患者的安全与质量。



扫一扫
关联阅读全文