推进优质护理服务更好惠及百姓

青岛市深化和延伸优质护理服务十大创新案例公布

为进一步拓展优质护理服务，创新工作模式，改进服务方式，提高护理质量，满足健康需求，市卫生健康委以庆祝“5·12”国际护士节为契机，组织开展了全市深化和延伸优质护理服务创新案例评选活动，经过各基层单位层层选拔，有54件创新案例入围，最终评选出了青岛市深化和延伸优质护理服务十大创新案例。

市卫生健康委相关负责人表示，各级各类医疗卫生机构要认真学习交流获奖案例的经验和做法，树立“以人民健康为中心”的服务理念，加强慢病管理、康复护理和安宁疗护建设，积极探索“互联网+护理”服务新模式，推进优质护理服务更好惠及百姓。

项目1

多学科合作模式在2型糖尿病患者延伸护理服务中的应用

青岛大学附属医院内分泌与代谢性疾病科

中国为全球糖尿病第一大国，糖尿病是慢性疾病，需终生维持治疗，而出院糖尿病患者治疗依从性差，大部分患者血糖控制情况不理想。

本案例基于多学科合作模式，为2型糖尿病患者提供延伸护理服务，旨在提高患者自我管理能力，控制血糖水平，改善生活质量。选取2018年1月至12月内分泌科出院的2型糖尿病患者为研究对象，分为对照组、干预组，干预组成立以内分泌医师、糖尿病专科护士、营养师、药剂师、运动治疗师及心理咨询师为基础的多学科团队。内分泌医师根据血糖情况调整治疗方案；营养师为患者提供饮食建议；药剂师跟踪患者的用药情况；运动治疗师督促运动计划实施；心理咨询师实时纠正患者存在的心理问题。建立微信群，由糖尿病专科护士每天推送糖尿病疾病知识。根据不同时间进行电话随访，随访的主要包括患者自我管理内容及提醒复诊。要求患者出院后定时进行门诊随访，由多学科团队根据患者具体情况调整治疗护理方案且免费为患者进行并发症筛查。在全国首例与阿里巴巴集团合作建立创新性的延续护理——“钉钉教育”使规范化患者教育由院内延伸至院外。

实施6个月后干预组空腹血糖、餐后2h血糖、糖化血红蛋白及患者再入院率均低于对照组；干预组患者糖尿病知识水平、自我管理行为水平及满意度均高于对照组。基于多学科合作的延伸护理可有效控制患者血糖水平，提高患者治疗依从性，提升患者糖尿病知识，节约医疗费用。

项目2

基于信息化个案管理助力COPD患者全程肺康复

山东大学齐鲁医院(青岛)呼吸内科

一、项目背景

预计至2020年COPD将成为全球第三大死因，肺康复被GOLD指南推荐为稳定期COPD患者非药物治疗的主要方法。国内慢病管理，不同程度存在管理碎片化、护理片段化等缺陷，依托信息化的个案管理，能有效整合资源，建立大数据管理平台，推进COPD慢病管理新模式的构建。

二、项目实施过程

(一)组建包括个管师、医生、心理咨询师、营养师、康复师多学科专家的个案管理项目组，确立个管师资质，制定岗位职责，建立电子档案管理流程，形成信息化个案管理标准化实施路径。

(二)收案

严格按照收案标准，由查体中心、门诊确立收案对象，由个管师对患者一般资料、肺功能、mMRC分级、各项评估量表进行综合评估，录入系统，建立电子档案。

(三)管案

个管师从自我管理、照顾者负担、生活质量、焦虑抑郁四个方面对院内患者进行面谈，邀请多学科会诊，制定实施个体化肺康复计划。对于院外患者从功能锻炼、用药依从性、家庭支持方面进行电话回访，系统自动远程监测患者家庭端康复指标，个管师进行动态计划调整。对于管案过程中存在的问题，建立“两层三阶梯”培训体系、PTP激励机制等特色举措，最终形成COPD患者院内院外闭环管理模式。同时建立患者、医护人员、系统三层面敏感指标监测体系，实现PDCA循环持续改进。

(四)结案

自2017.10.1至2018.12.31，共收案58例，结案37例，形成完善电子档案归档保存。

三、项目成效

(一)项目实施后，患者肺功能指标、生活质量、自我管理能力、疾病控制的自主性显著提升，COPD患者平均住院日、再住院次数、人均花费均不同程度降低。

(二)本案例初步形成COPD慢病全病程个案管理系统，为慢病管理提供科研数据库，并有助于提升护士专业素养，最终让患者受益。

项目3

“FTS理念”在骨科三阶康复中的应用

青岛西海岸新区中心医院

项目背景：新时期患者日益增长的多元化时代，为了凸显优质护理专业内涵，植入“FTS理念”及精准帮扶，围术期无并发症发生，顺利出院。

项目意义：“FTS理念”的推广和“健康管家”的成立，成为了现形势下医疗体制的一大创新举措，解决部分患者“复诊难、复诊困、无人帮”的局面，填补了院外康复无人指导的空白。

案例实施过程：

一、第一阶段：术前

创新1：创新改变：指导患者术前2小时进食碳水化合物，防止脱水，更好的耐受手术，增加抵抗力促进恢复。

二、第二阶段：术后

创新2：饮食结构的调整：根据骨折愈合的各个时期及权衡患者饮食习惯、特点、民族信仰等制定分期分段专用食谱。

创新3：“新型固定式”用于各个部位管腔的固定。

创新4：引流管放置中单。

创新5：“掌中宝”用于术后躁动患者的手部固定，防止因躁动而拔管。

创新6：改良肢体抬高垫。

创新7：带管患者专用病员服。

三：第三阶段：院外

建立新型护理服务路径体系。成立“健康管家”护理小分队，对部分患者上门干预帮扶、专业指导，解决了无法到医院进行复诊的困境。

实施效果：“FTS理念”的推广，提高患者满意度、降低平均住院日，降低住院费用，提高四级手术回访率。

推广价值：发表论文10篇，实用新型专利3项。

项目4

呼吸慢病分级管理平台

青岛市市立医院

(1)据最新流行病学研究，呼吸疾病已经成为慢病管理的短板。发生这一问题的根源在于薄弱基层医疗体系导致分级诊疗制度难以落地。作为山东省创新班组，面对困难我们积极创新，探索符合本地实际的解决方案。

(2)要彻底解决这一难题就要实现呼吸慢病的分级诊疗，其关键点是实现基本服务的可及化和基本医疗的同质化。我们与未来科技合作，利用互联网技术，开发了符合本地需求的呼吸慢病分级诊疗管理平台。

(3)组织结构：核心成员由护士长李君、主管护师崔学芬、及北大硕士公冶慧娟组成，科主任韩伟教授担任小组顾问。

(4)路线：构建覆盖医院医联体的呼吸慢病管理平台，建立便捷的医患沟通，落实分级同质化管理。

(5)患者扫描二维码进入管理平台，提高居家治疗的依从性和准确性。

(6)上下级医疗单位的检查和病史资料互转，达到“授之以鱼”的初级同质化目标。系统定期对基层医护对患者管理情况进行评估，达到“授之以渔”的高层次同质化目标。

(7)科研临床互动：通过国际合作交流，吸取经验，科研创新，延伸小组在大数据指导下逐步完善平台功能，满足患者需求。

(8)自推行以来，项目已经覆盖我院37家医联体单位，2019.1在麦岛社区、棘洪滩社区正式运行，入组人数逐月上升，覆盖范围稳步扩展。

(9)延伸服务开展以来，我们疾病控制水平和基层医疗单位的管理水平均明显提升。

(10)科研成果枝繁叶茂，硕果累累。

项目5

CARE模式下的护理人文文化建设

青岛市妇儿医院

护理人文文化建设是一个系统而长期的过程，青岛市妇女儿童医院护理部在积极探索新的护理人文关怀模式的过程中，创建了CARE模型。

该模型由1个基础，即华生博爱理论的十大关怀要素为基础；患者和护士2个中心共8个要素组成。以患者为中心的人文关怀实践模型由沟通(communication)、协助(assistant)、尊重(respect)和教育(education)4个要素组成；而以护士为中心的人文关怀品质提升模型包括能力(competence)、利他(altruism)、责任(responsibility)和同理心(empathy)4个方面。通过系统的理论支撑，围绕每个要素开展相应的活动，为护理管理者及护士提供清晰的行动指引，从而有效提升医院护理队伍的整体人文关怀能力。

在按照CARE模型进行护理人文文化建设的同时，给每个要素都赋予内涵，如协助要素的内涵是用行动理解感受，意思就是让护士体会我们服务对象的个性化需求，从而及时给予合适的帮助与支持，科室可以根据项目内涵开展了各类的活动，如体会到手术室门口父子分离的痛苦，儿童手术室开展了遥控车开进手术室活动；体会到早产儿父母的长期母子分离，出院时的无所适从，NICU成立了早产儿家长学校；体会到产妇出院时的行动不便，产科病房开展了“关爱产妇，从一张轮椅做起”活动。

CARE模型的建立以及活动的开展，旨在通过构建既有专业科学技术，又有人文关怀理念的护理模式，为服务对象提供更好的人性化护理，达到护士与患者身体和社会心理的共同疗愈。

项目6

构建以护士为主导的化疗无呕吐病房工作模式

青岛市中心医院

一、背景及意义：

《2017年青岛市居民恶性肿瘤监测分析报告》指出，我市恶性肿瘤发病率为269.49/10万，已严重威胁居民健康。

肿瘤治疗中化疗占比达70%~80%，化疗所致恶心呕吐发生率高达60%以上，严重影响患者的生活质量。关注化疗患者，刻不容缓。

二、目标

1、完善化疗无呕吐的相关制度流程，规范化疗无呕吐的护理。

2、降低化疗所致恶心呕吐的发生率。

3、提高化疗依从率，改善患者生活质量。

三、方法

1、建立以护理部及护士长为主导的化疗无呕吐组织架构。

2、制定化疗无呕吐病房护理制度与流程。培训护士700余人次。

3、全程规范管理，质量控制贯穿始终。

①筛查与评估：对化疗患者进行个人风险、药物致吐及心理状态三方面评估，筛查出中、高风险人群，采取针对性治疗与护理措施。

②心理干预：对中重度心理痛苦的患者由专业人员进行心理干预。

③中西医结合治疗：联合使用中医适宜技术，包括：穴位按摩、磁热治疗、中医超声透药治疗等。

④个体化全程健康教育：制定个体化健康教育路径，发放《化疗无呕吐健康教育手册》。

⑤效果评价：持续动态评估，评价疗效，多学科协作，调整干预措施。

⑥定期随访：发放关爱卡，及时随访，实现护理延伸服务。

四、结果

1、患者效益

2018.5月-12月共有3698名化疗患者受益，恶心呕吐发生率由46.4%降至15.6%，减轻了患者的痛苦，提高了生活质量。

2、学术及推广成果

①团队获山东省优秀质量管理小组，成果等级三等。

②品管圈新技术新项目获奖两项。

项目7

基于基层医院风险预警系统与预警方法三维联动模式的构建

青岛西海岸新区人民医院

背景：

2018年，青岛西海岸新区启动全省首家新型健康服务共同体(以下简称“健共体”)试点工作，由西海岸新区人民医院牵头，与9家基层医疗卫生机构组成紧密型健共体。我院适时推进家庭、社区、医院的MEWS风险评估工作，构建基层医院风险预警系统与预警方法三维联动新模式。将科学、量化、同质的MEWS评估工具前移到第一关口家庭和社区，使基层常见病、多发病病人在基层突发病情变化时实施MEWS风险评估，超早期甄别病情变化的风险级别，实现家庭、社区、医院三维联动预警模式，将病人的风险降到最低。

方法：成立健共体领导小组，进行多元化培训与考核，使健共体成员单位医护人员熟练掌握MEWS应用。并将MEWS评分量表植入信息化预警平台，第一时间指导基层医院专科医生按照诊疗规范采取干预措施，并根据分级诊疗上转病人，二级医院畅通“绿色通道”根据预警值早期分诊到对应的专业科室或者ICU。

实施效果：

1、青岛脑卒中质控中心数据分析，18年比17年静脉溶栓例数增长35%，桥接病例数增长14%，平均入院至溶栓时间(DNT)缩短至60分钟以内，DNT达标率提高6%，转运病人数翻倍增长，全市溶栓病例好转/痊愈率达到80%，恶化/出血率为16%，死亡率降至1.7%。

2、通过MEWS评分工具，构建家庭-社区-医院风险预警系统三维联动工作模式，实现全面预警管理，能够及时预见患者风险，准确把握患者上下转诊时机。

3、MEWS评分为基层医生提供一个科学的可量化的评估工具，有效解决其判断病情能力参差不齐的情况，实现同质化的评估。

4、籍健共体全面推行慢病一体化管理项目，依托基层信息系统，实现对高血压、糖尿病、心脑血管等慢性病患者的全程动态管理；使居民在健共体内相关诊疗信息实时共享。

5、此研究成果在第四届中国护理质量大会上进行了壁报展示交流，并荣获“护理质量提灯奖推荐奖”。

项目8

护理细无限、护患心相连

莱西市人民医院普外一科

医院普外一科积极响应院部号召，在全病房开展优质护理服务，从细节入手，改进服务措施完善服务流程，促进患者康复。

以下是创新案例

一、爱心卡片

科室是肝胆胃肠等综合性外科，面对大部分手术患者，护士在健康宣教的基础上制作了各种爱心卡片送给病人，包括入院介绍卡、皮试提示卡、术前平安卡、出院连心卡，还包括患者心愿卡，这些卡片从患者入院直到出院，贯穿整个住院过程，为患者提供了健康信息，缓解了紧张情绪！

二、自制饭兜

科室有很多绝对卧床患者，需要躺着进食，进食过程中容易将水及饭菜弄脏衣服及床单。针对这种情况，我们想出了一个解决的办法，使用一次性无菌巾，自制“小饭兜”，吃饭期间围在患者的脖子上，吃完饭以后撤掉，避免弄脏了衣服和被子，广受患者和家属的好评。

三、爱心气球

为了减少术后肺部并发症，我们买来了气球，术前发放给需要进行肺功能锻炼的大手术患者。让病人术前吹气球，大大减少了术后肺部并发症。我们还在病人吹好的气球上画上笑脸，写上祝福或者是鼓励的话语，让患者感到开心温暖，提高了患者满意度！

四、咀嚼口香糖

为了促进患者术后胃肠功能快速康复，我们买来了口香糖，大手术后的病人自术后6小时给予咀嚼直到恢复进食。咀嚼口香糖可以有效促进术后肠功能的恢复，缩短肠麻痹时间，改善口腔环境，减少口腔感染，还可以转移病人对疼痛的注意力。

项目9

系统性健康宣教助力慢性阻塞性疾病患者的康复

西海岸新区第二中医医院

慢性阻塞性肺疾病是一种严重危害人类健康的常见病，严重影响患者的生命质量，并对患者家庭以及社会带来了沉重的经济负担，系统性健康宣教可有效地提高患者对copd疾病知识的掌握和认知水平，通过护士系统性健康宣教，有计划有组织的系统健康教育过程，促使患者自觉采用有利于健康的行为，以改善和维持、促进人体的健康。

医院内一科按照5W2H的方法对COPD患者实施系统性健康宣教，首先成立健康宣教小组，护理人员全员考核，层层选拔。再次制定工作职责，健康宣教流程路径单，并进行统一的培训和考核，在院内首先对新入患者进行问卷调查，给患者制定出体化健康宣教清单，护士根据健康教育清单对患者进行一一宣教。宣传的形式通过自制小卡片，图片宣教，模具宣教等各个方法。

可汗学院：科室护士将健康宣教的内容制作成视频，发放到患者的手机上，护士在宣教的过程中一面播放视频，一面做示范指导，更便于患者的理解。

辅助健康宣教传播模式：音乐疗法，课间操，八段锦、呼吸吐纳功、呼吸操的锻炼；中药热饮，患友会，在院外通过义诊和微信公众号、微信群的方式，实时发布一些相关的知识。

科室通过回授法评价患者及家属对健康知识的掌握程度。

健康教育是临床工作中一项投资少、产出高、效益好的保健措施，通过系统性健康宣教，让更多的人认识慢性阻塞性肺疾病，给慢性阻塞性肺疾病的康复助一把力。

项目10

“家庭医生签约患者，一条龙闭环式护理”新模式

崂山社区卫生服务中心

崂山社区卫生服务中心作为基层医疗机构，是青岛市首批家庭医生签约服务试点单位。

社区护士作为家庭医生的助手，为签约居民提供健康宣教、慢病随访、临床护理和居家护理等服务。依托家庭医生签约工作的开展，实现了家庭医生签约病人入院前、住院中及出院后的一条龙闭环式护理模式。

家庭医生签约病人宋某某，79岁，咳嗽咳痰发热4天，伴憋喘，其家庭医生和医助(护士)入户随访时发现这一情况，立即开通绿色通道，将其收入中心病房治疗。

入院后，病人确诊为重症肺炎，病情危重，遂邀请医联体单位齐鲁医院的“家庭医生特聘专家”进行会诊，褥疮专科护士进行护理查房，共同确定系统的治疗、护理方案。

入院第6日，病人病情好转，体温正常，血压平稳在160/90mmHg，骶尾部皮肤破溃减轻，由病重改为一级护理。入院第10天，骶尾部皮肤破溃明显好转，表面干燥，血糖、血压控制稳定，改为二级护理。入院第15天，病人病情稳定出院。

出院后，家庭医生团队为其申办了居家护理服务，由家庭医生及医学助理(护士)定期上门提供医疗和护理服务，将护理服务延伸到了家庭。

以家庭医生签约服务为纽带，借力医联体建设，让病人在“家门口”就能得到三级医院护理技术支撑，为签约病人提供了精准、连续、综合、长期的一条龙闭环式护理服务，提升了优质护理服务的内涵。