



让感控成为医务人员的行为自觉——督导实践

郴州市第一人民医院感控部 欧阳育琪



01

督导检查工作的
重要性

02

督导检查存在的
问题

03

督导实践

04

督导成效和结果
运用



一、督导检查工作的重要性

(一) 他山之石



综合干预措施对提升医疗机构职工医院感染管理能力的效果调查

张姚¹, 褚庆霞¹, 陈映¹, 钱叶红¹, 胡守玮¹, 许尤玲¹, 彭雨珣²

1.南京市浦口人民医院,江苏省人民医院浦口分院,江苏 南京 211800;2.上海交通大学公共卫生学院

摘要:目的 了解基层医疗机构职工的医院感染管理水平,评价综合干预措施效果,为医院感染防控体系建设提供科学依据。方法 设计医院感控防控知识、态度、行为调查问卷,对南京市浦口区基层医疗机构 436 名职工进行问卷调查,采取定期督导检查、健全医院感染防控网络、开展线上线下多种方式培训等综合干预措施,比较措施实施前后差异。结果 干预措施实施后,高级、中级及初级职称职工的医院感染防控知识得分分别为(252.88±30.30)分、(239.06±41.83)分、225.00(185.00,245.00)分,均高于干预前得分(241.00±39.86)分、(216.46±38.43)分、205.00(175.00,235.00)分,差异均有统计学意义($P<0.05$)。干预前后各级职称职工感染控制态度得分差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,中级、初级及以下职称职工行为得分分别为 54.00、55.00、55.00 分,均高于干预前,差异均有统计学意义($P<0.05$)。除重点环节感染控制干预前后得分(10.00、10.00)差异无统计学意义($P>0.05$)外,其余板块知识得分差异均有统计学意义($P<0.05$)。采用不同培训方式后,线上+线下培训组 235.00(200.00,260.00)分高于线上培训组 225.00(190.00,255.00)分,差异有统计学意义($Z=-2.338, P<0.05$)。结论 综合干预措施能有效促进基层职工感染控制水平的提升,但对于部分职工及薄弱环节需进一步强化培训及指导,不断推进医疗机构提高医院感染防控能力。

感控行为维度方面,中级、初级及初级以下人员干预后得分高于干预前,差异有统计学意义。由此可见,伴随着医院感染防控知识培训的强化及督导的深入,基层大部分职工的感控行为得到提升。干预前后高级职称人员感控行为得分差异无统计学意义,考虑高级职称人员年资高,由于多年的经验、习惯使得行为方式不易改变。



(一) 他山之石



102 •

中华医院感染学杂志 2011 年第 21 卷第 1 期 Chin J Nosocomiol Vol. 21 No. 1 2011

• 论 著 •

医院感染管理日督导在感染暴发中的作用

田春梅¹, 靳双周², 陈志东³, 龙之媛¹, 梁宝慧³, 詹歌³

(1. 焦作市人民医院感染控制科 2. 呼吸内科 3. 医务处, 河南 焦作 454000)

摘要: **目的** 探讨医院感染管理日督导在感染暴发中的作用。**方法** 实行责任分工, 对门诊预检分诊、输液室、发热门诊和隔离病房各安排 1 名专职人员每日对所分管的科室进行感染管理督导; 监督内容主要包括消毒隔离、医疗废物、个人防护、手卫生等。**结果** 在 2009 年手足口病、甲型 H1N1 流感暴发中, 经过持续的感染管理日督导, 2 个月后疫情很快得到控制; 手足口病暴发期间, 未发现医务人员医院感染; 甲型 H1N1 流感暴发期间, 有 42 例医务人员有发热及流感样症状, 占 4.09%; 12 名医务人员有与甲型 H1N1 流感患者密切接触史, 占 1.17%; 主要分布在小儿科、ICU、呼吸科等高危科室。**结论** 在感染暴发时期, 实施医院感染管理日督导对控制感染暴发及医院感染起到了很重要的作用。

关键词: 感染暴发; 医院感染; 督导

中图分类号: R197.323 文献标识码: A 文章编号: 1005-4529(2011)01-0102-02





(一) 他山之石



感控督导干预对血液透析患者中心静脉导管 相关血流感染的影响

占艳

《透析与人工器官》2023年
9月第34卷第3期

【摘要】 目的 探讨感控督导干预对血液透析患者中心静脉导管相关血流感染的影响。**方法** 选取2018年12月-2022年12月在我院接受血液透析治疗的84例患者,根据随机数字表法将其分为对照组和研究组,每组各42例。对照组行常规预防干预,研究组行感控督导干预,对比两组患者置管前日,置管4周时自我管理能力、操作规程核查合格率及血流感染发生率。**结果** 本研究共纳入84例患者,对照组及研究组均有1例患者因失访剔除,最终82例患者完成研究。置管前日,两组患者血液透析自我管理力量表各维度评分及总评分对比无显著差异($P>0.05$);置管4周时,两组患者血液透析自我管理力量表各维度评分及总评分均有提升($P<0.05$),研究组高于对照组($P<0.05$)。研究组手卫生依从、透析用水管理、中心导管维护等操作规程核查合格率高于对照组($P<0.05$)。研究组中心静脉导管相关血流感染发生率低于对照组($P<0.05$)。**结论** 感控督导干预可有效提升患者中心静脉导管相关血流感染防护自我管理能力,提升自护能力,提升操作规程核查合格率,从而降低中心静脉导管相关血流感染发生风险。

【关键词】 感控督导;血液透析;中心静脉导管;血流感染

中图分类号:R473 文献标志码:B 文章编号:1005-0809(2023)03-0110-05



(一) 他山之石



“精准感控”理念在PICU 医院感染管理中的效果评价

陆 晨,沈 波

(无锡市儿童医院感染管理处,江苏 无锡 214000)

[摘 要] **目的:**探讨“精准感控”理念在PICU医院感染管理中的效果评价。**方法:**选取2022年1月1日至2022年6月30日某三甲专科医院儿科重症监护室(PICU)感染预防与控制措施落实情况为对照组,2023年1月1日至2023年6月30日感染预防与控制措施落实情况为观察组。对照组运用传统的医院感染管理模式进行院感防控,观察组运用基于ORTCC模型的“精准感控”理念管理模式强化院感防控。比较两组在医院感染发生率、理论知识掌握、手卫生依从性及环境物表擦拭消毒合格率等方面的院感防控效果评价。**结果:**儿科重症监护室(PICU)医院感染率较理念运用前下降了5.31%;工作人员手卫生依从性从理念运用前的51.95%提高至86.3%,上升34.35%;工作人员(包括工勤人员)院感相关知识知晓率上升44.38%;病区环境物表清洁消毒质量提升了23.35%,差异均具有统计学意义(均 $P < 0.05$)。综上所述,各项措施均得到有效落实。**结论:**“精准感控”理念的实施对提高儿科重症监护室(PICU)工作人员医院感染防控措施执行率、降低医院感染发生率起到了积极的作用。

[关键词] ORTCC模型;精准感控;重点部门;改进实践

[中图分类号] R197.39

[文献标志码] A

[文章编号] 1005-7803(2024)07-985-04



(二) 感控管理



感控工作要服务临床

◆目标

- ◆要让防控医院感染的措施成为医务人员执业素养中的重要组成部分，成为无需提醒的自觉行为。

◆理念

- ◆1、感控工作必须围绕医院的中心工作，适应医院的文化，不能和医院发展背道而驰。
- ◆2、感控基础知识、基本概念、以及基本技术、技能等基本专业要素不能丢。（院感病例审核、手卫生依从性调查）
- ◆3、其核心是正确的执行者：在正确的时间、正确的地点、利用正确的思路去做正确的事儿，得到正确的结果。

(二) 感控管理



感控工作要服务临床

◆ 目标

- ◆ 要让防控医院感染的措施成为医务人员执业素养中的重要组成部分，成为无需提醒的自觉行为。

◆ 措施（知、信、行）

- ◆ 1、培训考核（知识、态度）

- ◆ 2、督导检查（行为）





二、督导检查存在的问题

(一) 督导存在的问题

1. 临床一线人员的问题

- 上次另一个专家是这样讲的
- 我院其他科室和上级医院都是这样做的
- 我们几十年都是这样做的
- 书上是这样要求的



(一) 督导存在的问题

1. 临床一线人员的问题

➤ 医生、护士

- 标准、规范不熟
- 工作太忙
- 缺乏相互监督提醒的意识



(一) 督导存在的问题



1. 临床一线人员的问题

➤ 保洁等第三方人员

- 流动性大、培训不到位
- 文化水平低，不理解
- 日常监督缺失



(一) 督导存在的问题



2. 专职人员的问题

- 查不出问题。（半途出家、对标准规范不熟悉；心虚、怕麻烦，走过场）
- 准备不够。督导之前未充分了解被督导对象的现状，存在的高风险点在哪
- 重点不突出。检查没有区分分主、次，停留在表面
- 发现问题不记录（情面）



(一) 督导存在的问题

2. 专职人员的问题

- 4、督导的问题描述、表达不清楚
- 5、整改的措施不具体或不好执行
- 6、督导的结果不运用



二〇二四年度湖南省预防医学会
医院感染控制专业委员会
微生物学专业委员会 联合学术年会



三、督导实践

(一)

科室自查



结合医院不良事件上报、医疗安全事件管理、专科横断面调查等医疗质量安全，**对院感工作进行自查**，提出问题并改进，达到PDCA持续改进的目的。

1、结合医疗安全事件情况（是否有医疗安全事件、具体事件内容、针对性的科内讨论及整改措施等）：



内容	院感督查
存在问题及亮点	1.医生办公室内两件污渍严重的工作服，未及时处理； 2.垃圾分类不清（锐器放感染性垃圾桶内，锐器盒针头外露）；3.59床多重耐药患者未挂隔离标识；家属躺在患者床上； 4、办公室内洗手池盆内有明显污渍，台面霉斑 5. 5月26日采样结果回报示：护士李雪杭手、11床曾永强手、4号病房（11床）门把手、11床曾永强床头呼叫器等四处检出金黄色葡萄球菌。11床水杯检出鲍曼不动杆菌、10号病房洗手间门把手检出蜡样芽孢杆菌。
	主任及护士长签名： 2023 年 月 日
整改措施	1. 医生更衣室内两件污渍严重的工作服为同学工作服，已处置；为加强工作服清洁管理改每周二、周五两次更换工作服。 2. 感控员培训全科人员：学习《医疗废物管理》制度，垃圾分类严格按要求放置，锐器盒内锐器达到3/4及时处理，随时督导。加强实习同学入科宣教及带教工作。 3. 感控员培训全科人员：学习《多重耐药管理制度》，多重耐药患者床旁及时悬挂接触隔离标识，做好患者及家属的宣教，定时检查、督促措施落实到位。

(一)

科室自查

自查自纠：专科横断面调查

《血液净化用中心静脉导管相关情况横断面调查表》



1. 医院名称：_____
2. 填表人：_____
3. 填表日期：_____
4. 患者基本信息
科室：_____ 床位数：_____；当日住院人数：_____；
留置血液净化用中心静脉导管人数：_____
5. 血液净化用中心静脉导管类型（选择）
☐无隧道和涤纶套的透析导管（NCC）
☐带隧道和涤纶套的透析导管（TCC）
6. 血液净化用中心静脉导管置入部位（选择）
☐股静脉 ☐颈内静脉 ☐锁骨下静脉
7. 血液净化用中心静脉导管留置时长：_____天
8. 血液净化用中心静脉导管置入环节是否使用可视化装置置管？
☐是 ☐否 ☐不清楚
9. 导管出口部位无菌敷料的类型？
☐无菌透明敷贴 ☐无菌纱布
10. 导管出口部位无菌敷料及导管外延管是否固定牢靠，固定方法是否正确？
☐是 ☐否
11. 有无导管标识并标识清楚？
☐有 ☐无
12. 患者导管出口部位有无红、肿、热、痛等感染征象，导管口有无分泌物及异味？
☐有 ☐无
13. 责任护士是否每日查看敷料情况、导管固定情况及评估感染征象？
☐是 ☐否
14. 有无出现血液净化用中心静脉导管相关并发症？
☐置入环节穿刺相关急性并发症 ☐导管相关局部感染
☐导管相关血流感染 ☐导管功能不良
☐中心静脉狭窄/闭塞 ☐导管部分脱出或脱出
15. 患者是否知晓如何保护自己的血液净化用中心静脉导管？
☐是 ☐否
16. 患者是否知晓出现血液净化用中心静脉导管渗血、导管脱出等意外情况如何处理？
☐是 ☐否

《血液净化用中心静脉导管置入环节感染控制查检表》



患者姓名：_____	ID：_____	入院病房：_____
入院日期：_____年_____月_____日	置管日期：_____年_____月_____日	置管医生：_____
置管地点： ☐ 同入住院病房 ☐ 血液净化中心	导管类别： ☐ 无隧道导管 ☐ 带隧道带涤纶套导管	置管部位： ☐ 颈内静脉（ ☐ 左 ☐ 右） ☐ 股静脉（ ☐ 左 ☐ 右） ☐ 锁骨下静脉（ ☐ 左 ☐ 右）
置管原因： ☐ 新置置导管 ☐ 功能不良，更换导管 ☐ 导管脱落，重新放置 ☐ 原放置部位感染或疑似感染，重新放置 ☐ 其他_____		
项目	是否执行	
1. 置入导管前正确执行手卫生	☐ 是 ☐ 否	
2. 适当消毒剂进行皮肤消毒	☐ 是 ☐ 否	
2.1 消毒剂选项： ☐ 络合碘 ☐ 碘剂 ☐ 其他		
2.2 是否自然待干	☐ 是 ☐ 否	
3. 置管时最大无菌屏障及防护	☐ 是 ☐ 否	
3.1 置管医生防护： ☐ 口罩 ☐ 无菌帽 ☐ 隔离衣 ☐ 无菌手套		
3.2 协助医生防护： ☐ 口罩 ☐ 无菌帽 ☐ 隔离衣 ☐ 无菌手套		
4. 无菌敷料覆盖伤口： ☐ 纱布 ☐ 无菌透明辅料		
评价/备注：_____		
检查者：_____	检查日期：_____年_____月_____日	



《血液净化用中心静脉导管置入环节感染控制查检表》



患者姓名：_____	ID：_____	入院病房：_____
入院日期：_____年_____月_____日	置管日期：_____年_____月_____日	置管医生：_____
置管地点： ☐ 同入住院病房 ☐ 血液净化中心	导管类别： ☐ 无隧道导管 ☐ 带隧道带涤纶套导管	置管部位： ☐ 颈内静脉（ ☐ 左 ☐ 右） ☐ 股静脉（ ☐ 左 ☐ 右） ☐ 锁骨下静脉（ ☐ 左 ☐ 右）
置管原因： ☐ 新置置导管 ☐ 功能不良，更换导管 ☐ 导管脱落，重新放置 ☐ 原放置部位感染或疑似感染，重新放置 ☐ 其他_____		
评价/备注：_____		
检查者：_____	检查日期：_____年_____月_____日	

《血液净化用中心静脉导管置入环节感染控制查检表》



患者姓名：_____	ID：_____	入院病房：_____
入院日期：_____年_____月_____日	置管日期：_____年_____月_____日	置管医生：_____
置管地点： ☐ 同入住院病房 ☐ 血液净化中心	导管类别： ☐ 无隧道导管 ☐ 带隧道带涤纶套导管	置管部位： ☐ 颈内静脉（ ☐ 左 ☐ 右） ☐ 股静脉（ ☐ 左 ☐ 右） ☐ 锁骨下静脉（ ☐ 左 ☐ 右）
置管原因： ☐ 新置置导管 ☐ 功能不良，更换导管 ☐ 导管脱落，重新放置 ☐ 原放置部位感染或疑似感染，重新放置 ☐ 其他_____		
评价/备注：_____		
检查者：_____	检查日期：_____年_____月_____日	

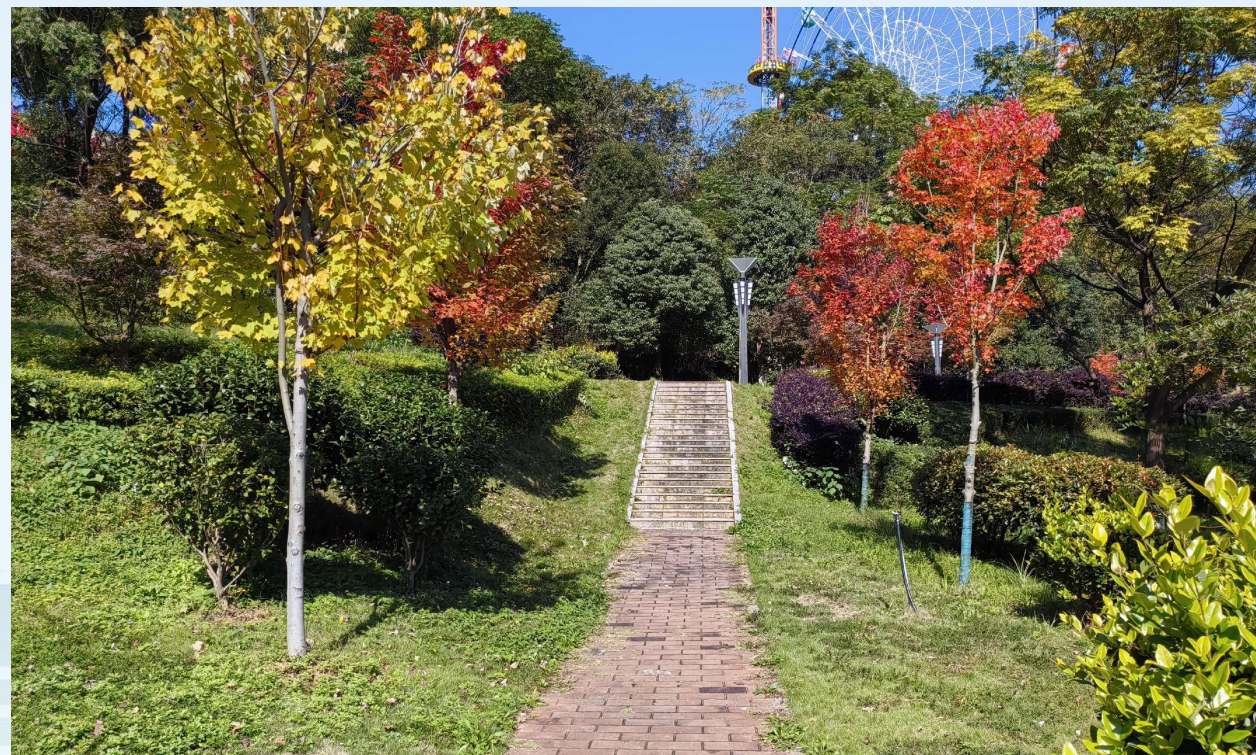
《血液净化中心导管置入手卫生及无菌屏障》



患者姓名：_____	ID：_____	入院病房：_____
入院日期：_____年_____月_____日	置管日期：_____年_____月_____日	置管医生：_____
置管地点： ☐ 同入住院病房 ☐ 血液净化中心	导管类别： ☐ 无隧道导管 ☐ 带隧道带涤纶套导管	置管部位： ☐ 颈内静脉（ ☐ 左 ☐ 右） ☐ 股静脉（ ☐ 左 ☐ 右） ☐ 锁骨下静脉（ ☐ 左 ☐ 右）
置管原因： ☐ 新置置导管 ☐ 功能不良，更换导管 ☐ 导管脱落，重新放置 ☐ 原放置部位感染或疑似感染，重新放置 ☐ 其他_____		
评价/备注：_____		
检查者：_____	检查日期：_____年_____月_____日	

(二) 感控专职人员督导

- 1、督导前准备
 - (1) 确定督导的科室和内容
 - (2) 制定核查表
 - (3) 确定督导方法、督导时间
 - (4) 督导前培训（同质化）



1、督导前准备

- ◆ 确定督导的科室和内容
- ◆ 1、知晓被督导科室特点：重点部门、非重点部门。住院、门诊。内科、外科。侵入性操作有哪些等。确定优先督导科室。
- ◆ 2、不同项目在同类科室中排位。确定督导项目。
- ◆ 3、根据监测情况，确定是否专项督导。



- ◆ 制定核查表
- ◆ 1、网上现成的，结合实际修改
- ◆ 2、感控工作间APP。各种类型都有
- ◆ 3、自己设计

[illegible]

1、督导前准备

- ◆ 确定督导方法、督导时间
- ◆ 1、日常督导：网格化管理。各院区专职人员督导不容易碰见的场景，如“查房手卫生执行情况”，“换药、置管操作”，“床单位终末消毒”等；
- ◆ 2、飞行检查：突击、跟踪检查
- ◆ 3、专项检查：针对重点部门。洗消中心、消毒供应中心、血液净化中心、内镜中心。
- ◆ 4、每月联合督导（医务护理医保）。做到同质化





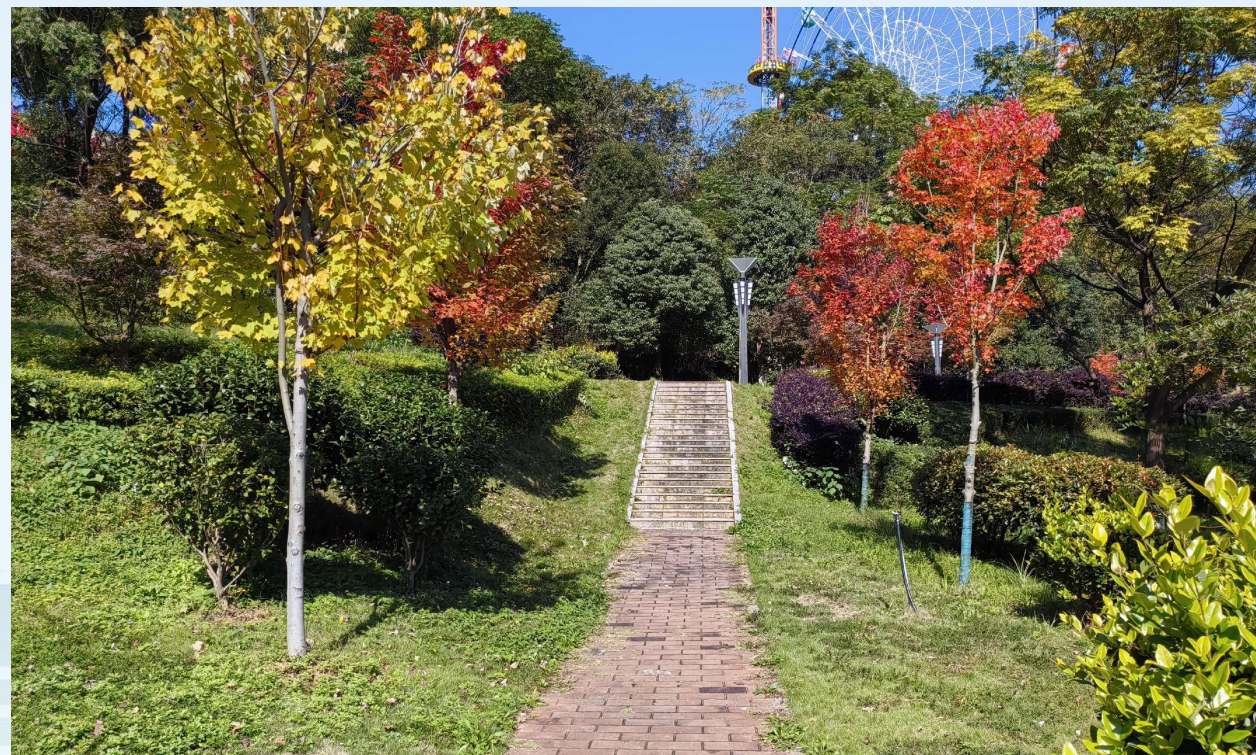
督导方式

- ◆ 现场查看资料、记录；
- ◆ 查看现场操作；
- ◆ 现场询问工作人员。



(二) 感控专职人员督导

- 2、现场督导
- (1) 手术室现场







手术室的25处错误

- 1、关于器械——隔壁房间的人在洗手盆洗器械。
- 2、手术间的门大开，对着洗手盆
- 3、放置器具的壁橱门开着，消毒干净的物品露在外面
- 4、清洁方面——手术尚未结束，清洁工正把一个白色垃圾袋清除出手术室
- 5、手术尚未结束，为下一台手术准备的物品已经放在手术室
- 6、关于清洁方面——有血液从白色的袋子下面流出，应该用红色的袋子装这些有危险的废物
- 7、器械台上有血污的器械（拉钩），巾单也有血污。
- 8、器械台上的盆子、药杯无标识
- 9、关于服饰——清洁人员（器械护士？）的头发和晃动的耳环都从帽子里漏出来了
- 10、手术时电刀的使用产生巨大的烟雾，没有排烟装置
- 11、术中正忙不停的用手当扇子，想扇除烟雾
- 12、关于服饰——外科医生的手术衣背后没有系上，带子还挂在那儿
- 13、病人手臂上的标识腕带松脱
- 14、病人的腿从手术台下出来了
- 15、手术台下有沾了血的纱布和器械
- 16、高频电刀烧灼踏板的控制线磨损
- 17、关于麻醉——注射器还挂在静脉输液皮条上
- 18、关于麻醉——尖锐物品容器用垃圾桶代替
- 19、关于麻醉——麻醉机上有乙醇从瓶子（或分装瓶）中漏出滴落
- 20、关于服饰——麻醉师仅带手套，没穿准备服
- 21、工作人员脱下口罩在擤鼻涕
- 22、关于服饰——巡回护士带着美甲在发信息
- 23、放在架子上的包裹物品有破损
- 24、架子上的音响发出非常吵闹的声音
- 25、空调器通风管道满布灰尘并不时有灰尘脱落

(2) 多重耐药菌管理现场督导

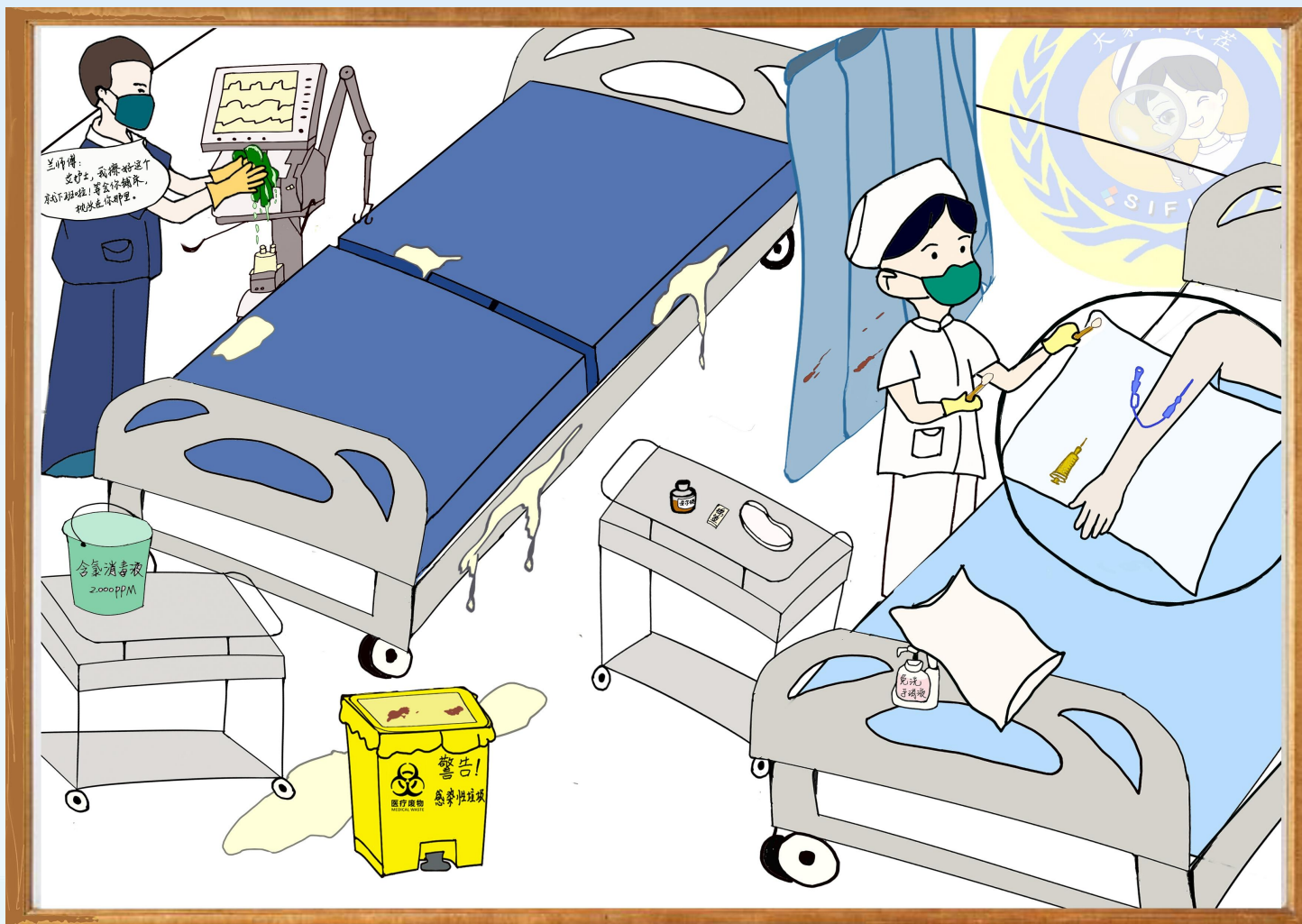


(2) 多重耐药菌管理现场督导



- 1、隔离衣悬挂应规范悬挂、污染面在外面；
- 2、床头未悬挂隔离标识；
- 3、床单元消毒使用的毛巾（颜色）错误；
- 4、清洁人员防护措施不完善；
- 5、含氯消毒剂浓度不正确；
- 6、清洁区与隔离区使用同一拖把；
- 7、医疗废物警示标识不正确；
- 8、应湿式清洁不应使用扫把。

(3) 终末消毒现场督导



1. 医疗废物桶盖上由污渍；
2. 新的枕头不能到处乱放、不能接触其他患者，视为污染；
3. 隔帘上的血迹没有清洗消毒；
4. 注射器用完后不应直接放在床上；
5. 抹布的水未拧干就进行擦拭，到处遗留的水迹；
6. 呼吸机进行擦拭的时候未关机；
7. 含氯消毒剂浓度配置过高，应在有明显污染时用这个浓度；
8. 感染性医疗废物未用专用标识张贴；
9. 安尔碘、棉签无开包时间；
10. 免洗手消毒液被枕头覆盖；
11. 留置针未妥善固定。

(4) 导尿管置管操作现场督导

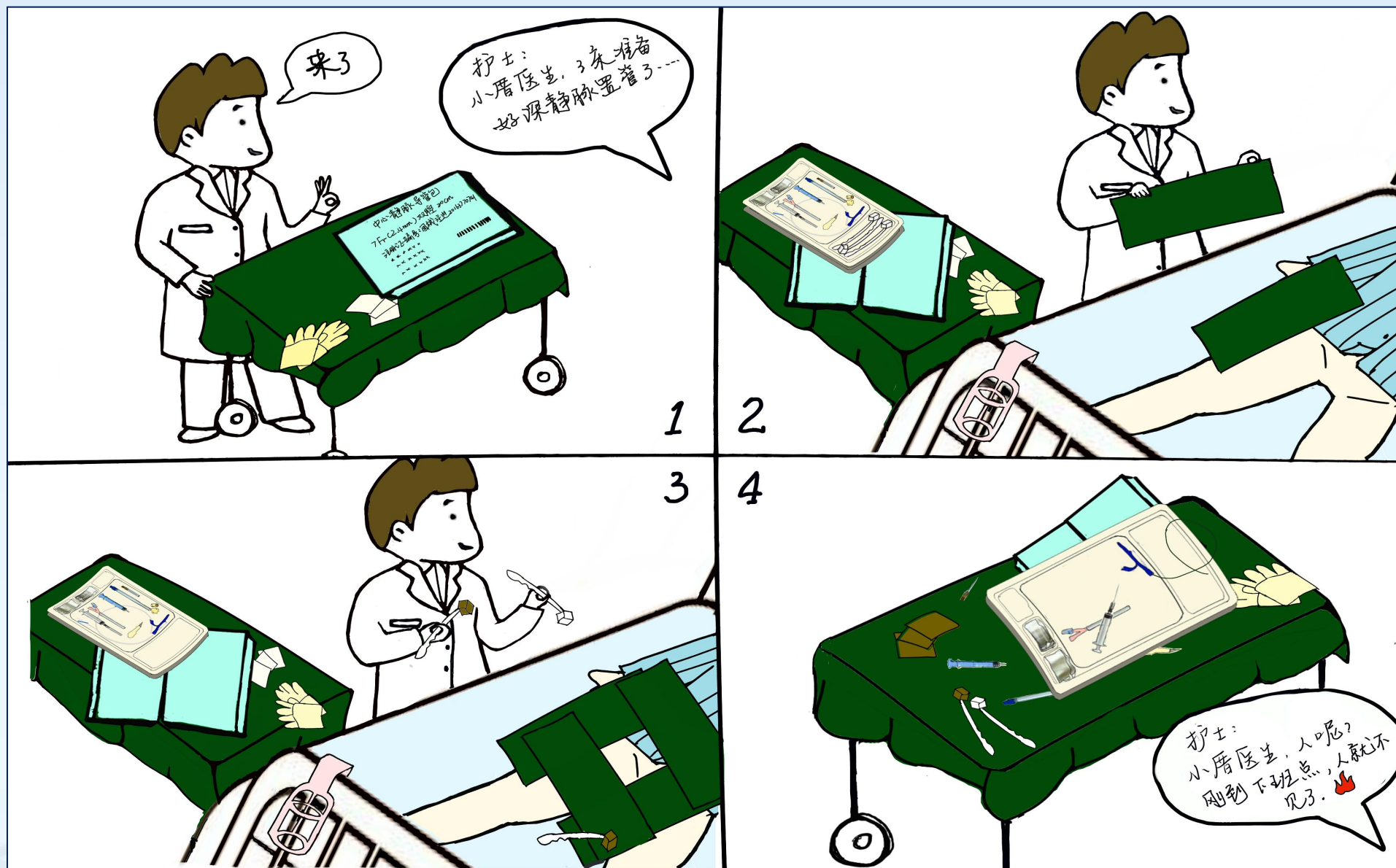


(4) 导尿管置管操作现场督导

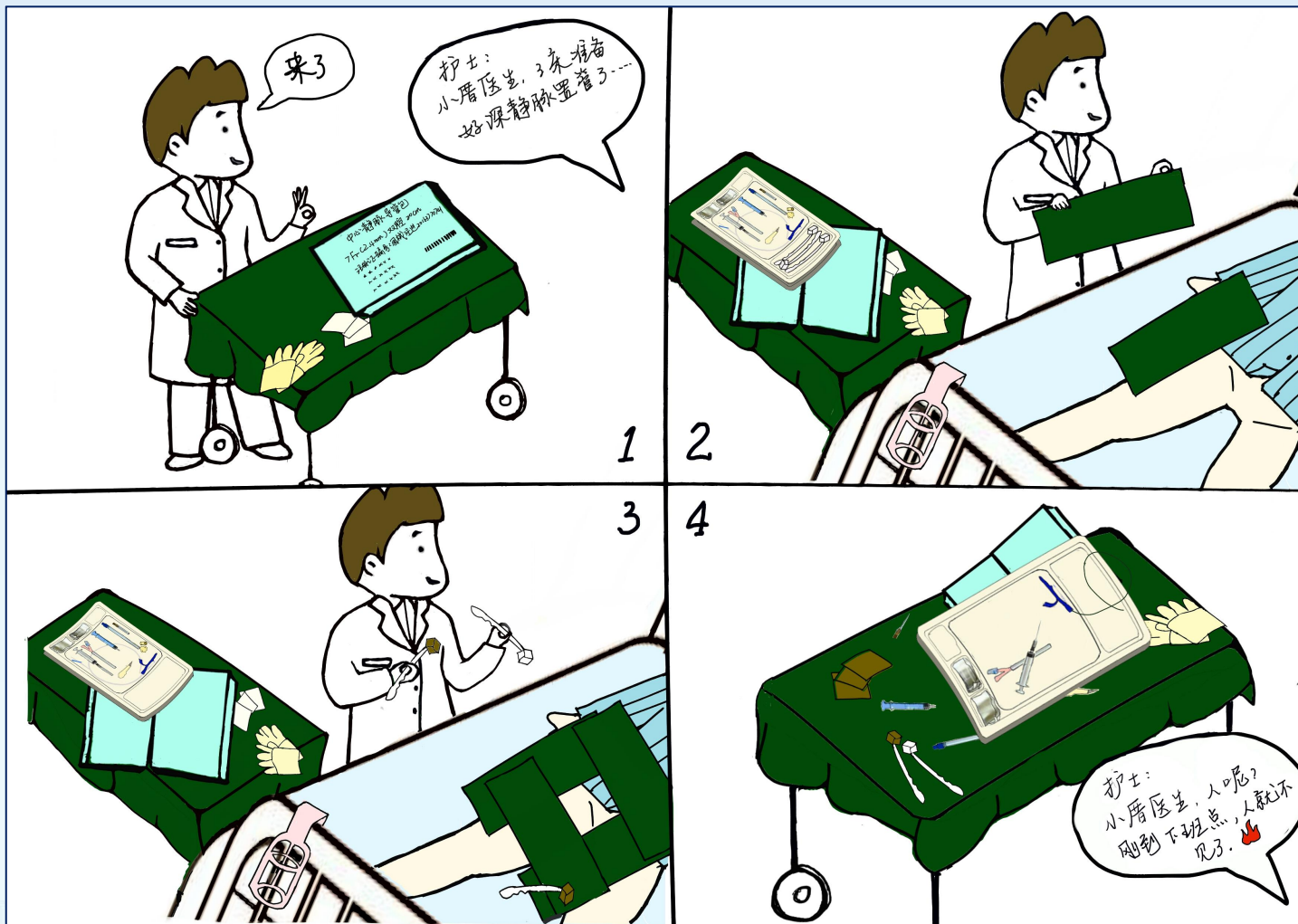


- 1、医生未戴帽子;
- 2、导尿体位不正确;
- 3、未铺洞巾;
- 4、使用后的污染棉球未放入污物盘;
- 5、使用后镊子未放入污物盘;
- 6、导尿管未固定;
- 7、引流管有折叠;
- 8、集尿袋未悬挂于床边固定位置;
- 9、操作未推治疗车、没有配置手消毒液;
- 10、未保护病人隐私。

(5) 中心静脉置管现场督导

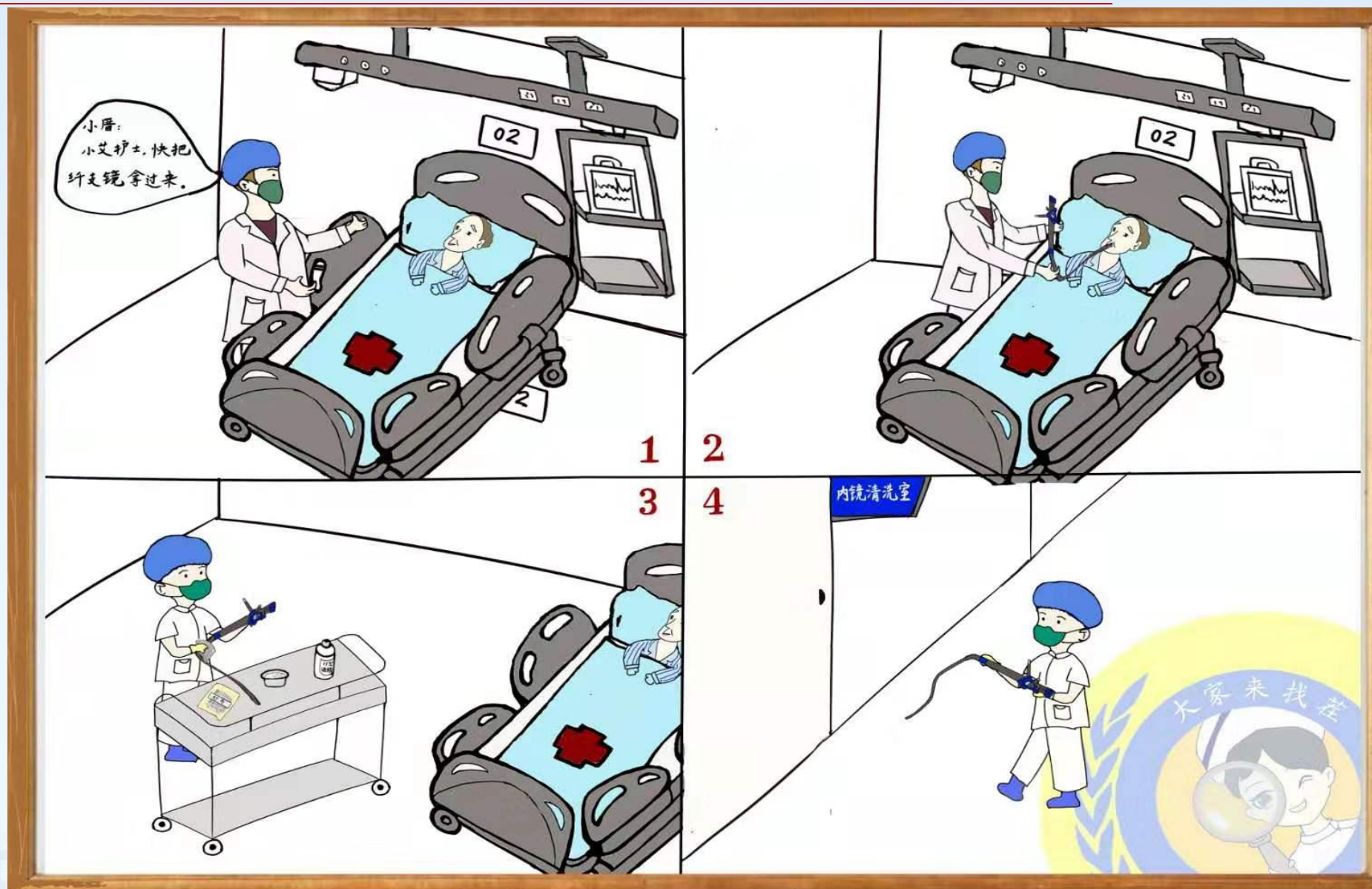


(5) 中心静脉置管现场督导

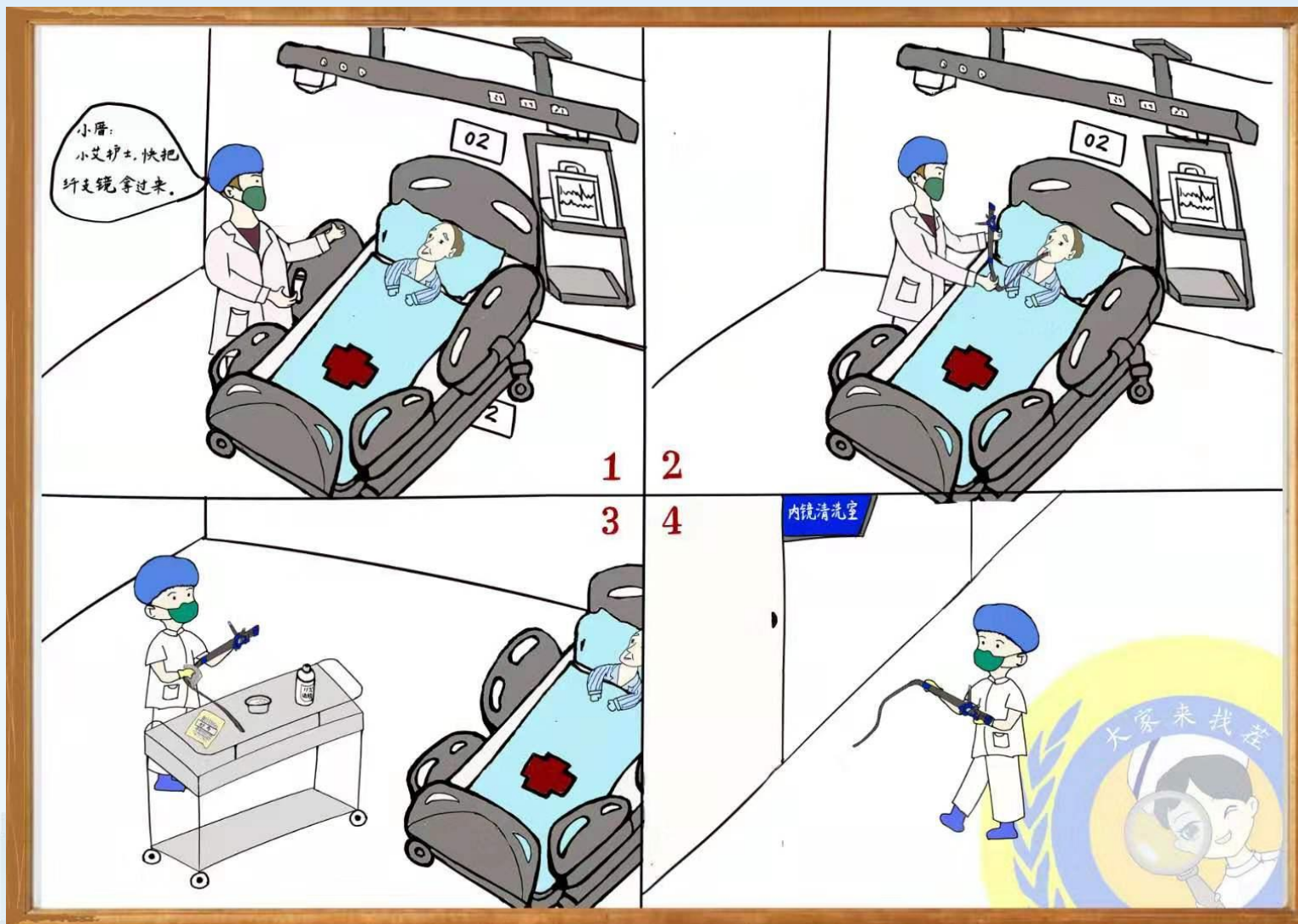


- 1、物品准备不充分，未准备医疗垃圾桶、锐器盒等，无菌手套使用前已打开且随意放置。
- 2、医生未按要求着装（口罩、帽子、隔离衣等）。
- 3、患者床头无手消，无菌操作前医生未洗手，未戴无菌手套。
- 4、选择静脉不合适（股静脉），且患者置管部位暴露不充分，医生未消毒先铺巾。
- 5、未做到无菌屏障最大化（患者衣物外露），消毒后的海绵放置在无菌单上。
- 6、置管完毕未清理用物，医疗废物未规范分类处理。

(6) 纤支镜检查及清洗现场督导



(6) 纤支镜检查及清洗现场督导



- 1、医生操作没戴手套，防护面屏（防护目镜），未穿隔离衣；
- 2、护士送纤支镜未使用内镜转运车和封闭的转运容器；
- 3、医生做纤支镜没有穿隔离衣，床旁没有医废桶，没有配备吸痰设施；
- 4、使用后的镜子初处理不规范；
- 5、清洗消毒镜子的护士没穿防水围裙，镜子使用后的预处理不正确，未使用酶做预处理。



四、督导成效与结果运用



(一)督导成效

1. 2024年上半年感控督导情况总结

2024年1-6月，感控科实行各医疗院区的交叉检查共7次，督查全院临床、医技科室和重点科室292个，其中督查发现问题115个，缺陷发生例次率为39.38%，较2023年上半年48.23%（137/284）下降8.85个百分点。对督查的问题进行分类，其中排名前几位分别是：医疗废物管理、清洁消毒管理、物品存放与使用管理、手卫生、三管防控，详情见下表：

项目	缺陷数量	项目	缺陷数量
医疗废物管理	20	科室感控管理	6
清洁消毒管理	20	医用织物管理	5
物品的存放与使用管理	19	多重耐药管理	4
手卫生	18	侵入性操作	4
三管防控	8	食堂卫生管理	3
职业防护	6	污洗间管理	2
合计	115		



(一) 督导成效

2. “三管”预防与控制措施落实情况（2024年7月）

科室	呼吸机相关肺炎									共同项目								
	口腔护理 目标率≥95%			半卧位（30-45度） 目标率≥85%			呼吸机管道管理 目标率≥85%			插管操作 目标率≥100%			每日评估 目标率≥95%			手卫生 目标率≥80%		
	例数	合格例数	合格 率 (%)	例数	合格例数	合格 率 (%)	例数	合格例数	合格 率 (%)	例数	合格例数	合格 率 (%)	例数	合格例数	合格 率 (%)	例数	合格例数	合格 率 (%)
急诊ICU	12	12	100.00%	12	12	100.00%	12	12	100.00%	13	13	100.00%	31	31	100.00%	31	30	96.77%
ICU一区	80	80	100.00%	80	79	98.75%	80	76	95.00%	77	77	100.00%	150	150	100.00%	150	147	98.00%
ICU二区	80	80	100.00%	80	80	100.00%	80	79	98.75%	62	62	100.00%	142	142	100.00%	142	139	97.89%
ICU三区	85	85	100.00%	85	85	100.00%	85	80	94.12%	4	4	100.00%	142	138	97.18%	142	142	100.00%
神内ICU	69	69	100.00%	69	69	100.00%	69	68	98.55%	52	52	100.00%	118	118	100.00%	118	117	99.15%
心内ICU	20	20	100.00%	20	20	100.00%	20	19	95.00%	28	28	100.00%	59	59	100.00%	59	58	98.31%
呼内ICU	30	30	100.00%	30	30	100.00%	30	29	96.67%	35	35	100.00%	68	68	100.00%	68	67	98.53%
合计	376	376	100.00%	376	375	99.73%	376	363	96.54%	271	271	100.00%	710	706	99.44%	710	700	98.59%



(一) 督导成效

2. “三管”预防与控制措施落实情况（2024年7月）

科室	导尿管															中心静脉导管								
	集尿袋高度 目标率≥95%			尿液收集 目标率≥90%			尿道口清洁 目标率=100%			采集送检正确性 目标率≥95%			导尿管更换 目标率≥100%			管道维护 目标率≥95%			敷贴更换 目标率≥95%			局部皮肤情况 目标率≥95%		
	例数	合格例数	合格率(%)	例数	合格例数	合格率(%)	例数	合格例数	合格率(%)	例数	合格例数	合格率(%)	例数	合格例数	合格率(%)	例数	合格例数	合格率(%)	例数	合格例数	合格率(%)	例数	合格例数	合格率(%)
急诊ICU	22	22	100.00%	22	22	100.00%	22	22	100.00%	22	22	100.00%	22	22	100.00%	13	13	100.00%	13	13	100.00%	13	13	100.00%
ICU一区	150	150	100.00%	150	150	100.00%	150	150	100.00%	150	150	99.30%	150	149	99.33%	93	93	100.00%	93	93	100.00%	93	93	100.00%
ICU二区	150	150	100.00%	150	150	100.00%	150	150	100.00%	150	150	100.00%	150	150	100.00%	116	116	100.00%	116	116	100.00%	116	116	100.00%
ICU三区	139	139	100.00%	139	138	99.28%	139	139	100.00%	139	139	100.00%	139	139	100.00%	96	96	100.00%	96	95	98.96%	96	96	100.00%
神内ICU	119	119	100.00%	119	119	100.00%	119	118	99.16%	119	119	100.00%	119	119	100.00%	39	39	100.00%	39	39	100.00%	39	39	100.00%
心内ICU	59	59	100.00%	59	58	98.31%	59	59	100.00%	59	59	100.00%	59	59	100.00%	47	47	100.00%	47	47	100.00%	47	47	100.00%
呼内ICU	68	68	100.00%	68	63	92.65%	68	68	100.00%	68	68	100.00%	68	68	100.00%	21	21	100.00%	21	21	100.00%	21	21	100.00%
合计	707	707	100.00%	707	700	99.01%	707	706	99.86%	707	707	99.80%	707	706	99.86%	425	425	100.00%	425	424	99.76%	425	425	100.00%

(一) 督导成效

3. 2024年7月门诊血液透析感染事件监测率情况

- ◆ 新入院患者传染病标志物检查完成率: $4人/4人 \times 100\% = 100\%$
- ◆ 长期血液透析患者传染病标志物定时检验完成率: $470人/470人 \times 100\% = 100\%$
- ◆ HBV阳转率: $0/(470-54) \times 100\% = 0\%$
- ◆ HCV阳转率: $0/(470-12) \times 100\% = 0\%$
- ◆ HIV阳转率: $0/(470-0) \times 100\% = 0\%$
- ◆ 梅毒阳转率: $0/(470-9) \times 100\% = 0\%$
- ◆ 血液透析感染事件发生率: $0/470 \times 100\% = 0\%$
- ◆ 血管通路感染发生率: $0/470 \times 100\% = 0\%$
- ◆ 血管通路相关性血流感染发生率: $0/470 \times 100\% = 0\%$
- ◆ 血管穿刺部位感染发生率: $0/470 \times 100\% = 0\%$

(一) 督导成效

4. 励行励改



(二) 结果运用



正确评价工作，合理给与报酬，促进良性循环

工作报酬的方式：物质和精神

- ◆ “赏” ——合理
 - 在自己的水平上进行比较
- ◆ “罚” ——合情
 - 即时处理
 - 事先警告
 - 人人平等
 - 对事不对人
- ◆ 月会通报
- ◆ 科主任护士长考核扣分
- ◆ 科室考核扣分
- ◆ 感控员考核扣分





感谢聆听

