

2018년 1분기 QPS 지표관리 보고서

- 낙상 발생보고율
- 욕창 발생보고율
- 검체검사 TAT충족률
- 영상검사 TAT충족률

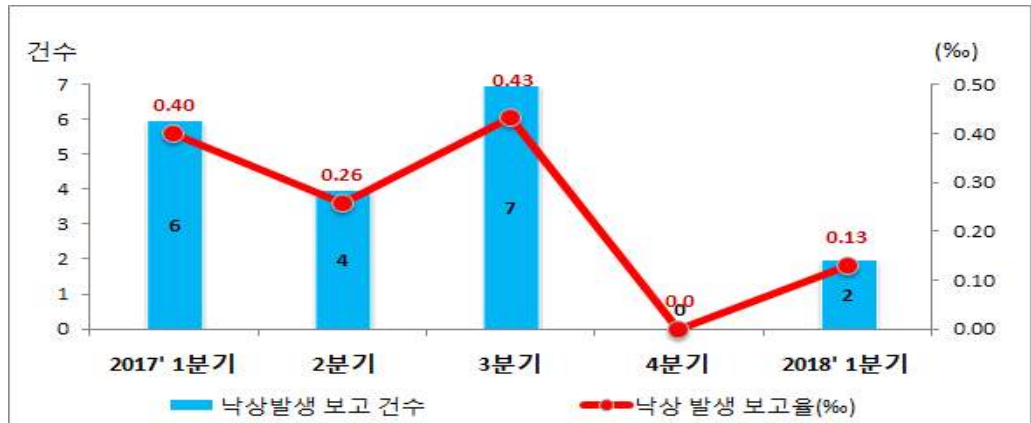
1분기 낙상발생 보고율 지표관리 보고서

결 재	QPS 담당자	부위원장	병원장

지 표 명	낙상 발생보고율		
조사기간	2018.01.01. ~ 2018.03.31		
조사방법	전산자료 및 환자안전사건보고서		
산 출 식	$\frac{\text{낙상발생 보고 건수}}{\text{분기별 일일 재원환자수를 모두 합한 수}} \times 1000$		
목 표	전년도 대비 낙상발생 보고율 0.3% 이하 감소		
모니터링 주 기	분기별	보 고	분기별

1. 2017~2018년 낙상 발생보고율 추이

	2017' 1분기	2분기	3분기	4분기	2018' 1분기
낙상발생 보고 건수 (분자)	6	4	7	0	2
분기별 총 재원일수 (분모)	15000	15560	16167	15806	15089
낙상 발생보고율(%)	0.40	0.26	0.43	0.0	0.13

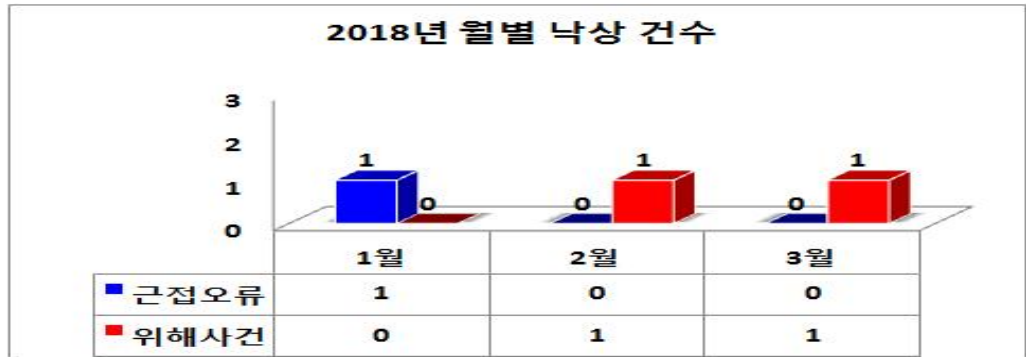


2. 사고유형 및 발생장소

사고 유형 별		위험유형			장소별			시간대별				
근접오류	1건	침대사용 시	2건	병실 내	1건	Day	3건					
		휠체어 사용 시	0건	병실복도	1건							
위해사건	2건	기립, 보행 시	1건	화장실	1건	Evening	0건					
		의자 사용 시	0건	병동로비	0건							
적신호사건	0건	의료장비 사용시	0건	기타	0건	Night	0건					
낙상후 신체적손상(중복가능)					낙상 후 처치 (중복가능)							
골절	열상	통증	부종	없음	봉합	x-ray	약물 처방	드레싱	splint or cast	전원	없음	기타
0건	0건	0건	0건	3건	0건	2건	0건	0건	0건	0건	1건	0건

지표
모니터링
결과
(표, 그래프)

3. 월별 낙상발생 건수



결과분석

- 2017년 4분기 낙상 발생건수 0건이었으나, 2017년 평균 낙상 발생보고율은 0.27%이었고, 이를 근거로 현재 목표 값은 0.3%이다. 2018년 1분기 동안 낙상 발생건수는 근접오류사건을 제외한 2건으로 낙상 발생보고율은 0.13%이었으며, 이는 목표치내 수치로 조사됨
- 병동별 낙상발생은 4병동에서 3건, 근접오류를 제외한 낙상 중 병실 내에서 1건, 화장실에서 1건이었으며, 모두 환자 스스로 이동시에 낙상 발생이 일어났으므로 이는 환자요인이 큼.

<원인분석>

- 환자요인
 - 낙상사고 환자대부분이 인지장애를 가진 낙상 고위험군 이었으며, 환자에게 낙상 예방교육을 실시했음에도 불구하고 이내 잊어버리거나, 기억하지 못하는 등 자신의 상태에 대해 정확한 병식이 부족함.
 - 휠체어 사용법이 미숙함
- 직원 요인 : 교육(인식/지식) 부족
- 시스템요인 : 낙상평가도구 적정성 문제 등

평가

- 목표치 이상 (유지관리) □ 목표치 이하 (개선활동 필요)

개선전략 및 실행

<개선 전략>

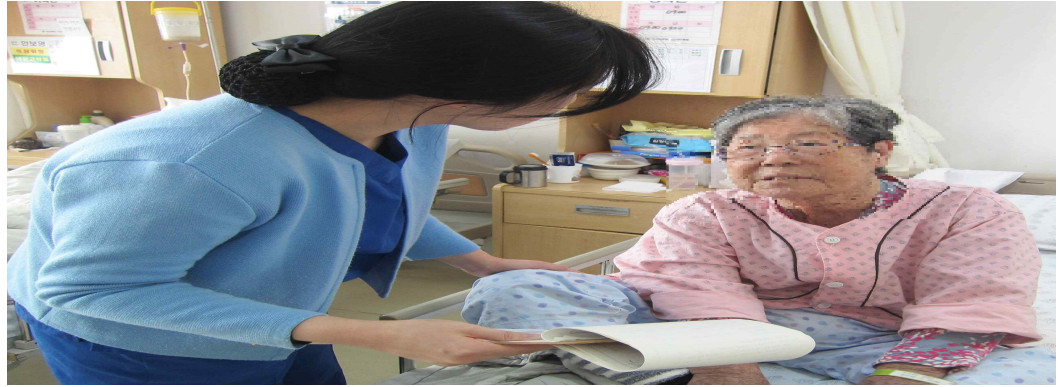
- 입원 시 낙상예방교육 안내문을 통해 보호자 및 환자 교육
- 환자에게 이동시에 반드시 콜벨 사용하거나 주위에 도움을 요청하게 함.
- 낙상고위험 환자에게 초록색 조끼 착용
- 낙상평가도구 변경 건의
 - 기존 Morse Fall Scale ->보바스기념병원 낙상평가도구
 - 보바스평가 도구: 국내 의료기관에서 노인환자를 대상으로 8가지 변수로 규명하여 개발된 도구임

<개선활동>

- 직원 낙상교육 실시(3월)



- 병실 내 이동시 간병사 및 직원을 부르거나 보조기구 사용하도록 환자에게 설명함
- 반복적인 낙상예방교육 실시



- 휠체어(보조기구)에 대한 사용법을 환자에게 교육하고 시뮬레이션 함



- 복도 휠체어, 워커 보관 장소에 휠체어 사용방법 안내문 부착

부착 전



부착 후



향후계획

- 인지장애 환자들은 대부분 자신의 병태에 대해 무지하거나 자신하는 경향을 보이는 경우가 많으므로 간호인력은 수시로 라운딩하여 낙상여부와 위험요소를 파악하도록 함.

보고일: 2018년 4월 26일 보고자 :이영희 (인)

부산노인전문제2병원

욕창발생 보고율 1분기 지표관리 보고서

결 재	QPS담당자	부위원장	위원장

지 표 명	욕창 발생 보고율					
산 출 식	$\frac{\text{욕창발생 보고 건수}}{\text{분기별 일일 재원환자수를 모두 합한 수}} \times 1000$					
목 표	전년도 대비 욕창발생보고율 0.15%이하					
조사기간	2018.01.01~2018.03.31					
조사방법	전산자료 및 욕창발생보고서					
모니터링 주기	분기별	보 고	분기별			
지표 모니터링 결과 (표, 그래프)	1. 2017~2018년 발생보고율 추이					
		2017 '1분기	2분기	3분기	4분기	2018 '1분기
	욕창발생보고건수 (분자)	4	2	2	2	0
	분기별 총 재원일수 (분모)	15000	15560	16167	15806	15086
	욕창발생보고율(%)	0.26	0.12	0.12	0.13	0
	2. 보고율 추이					
	2017~2018년 욕창 발생보고율 (%)추이					
	3. 월별 욕창발생 건수					

결과분석	1분기 동안 욕창 발생건수 0건으로 조사됨
평가	<input checked="" type="checkbox"/> 목표치 이상 (유지관리) <input type="checkbox"/> 목표치 이하 (개선활동 필요)
개선전략 및 실행	분기별 모니터링
향후계획	욕창고위험을 지속적으로 관리 및 모니터링

보고일: 2018년 4월 26 일 보고자 :이영희 (인)

부산노인전문제2병원

검체검사 TAT충족률 1분기 지표관리 보고서

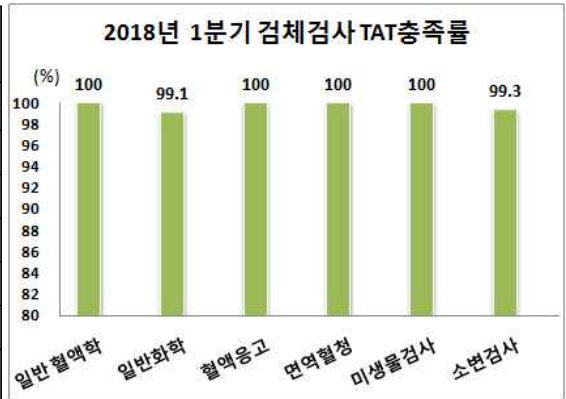
결 재	QPS 담당자	부위원장	위원장

지 표 명	검체검사 TAT(검사 소요시간: Turn Around Time) 충족률				
산 출 식	$\frac{\text{목표 충족 검사 건수}}{\text{전체 검사 건수}} \times 100$				
목 표	TAT충족률 98% 이상				
조사기간	2018.01.01~2018.03.31				
조사방법	병동별 TAT대장, 전산자료				
모니터링 주 기	분기별	보 고	분기별		
지표 모니터링 결과 (표, 그래프)	1. 월별 검체 TAT충족률				
	월	종류	전체		
			총건수	총족건수	충족률
	1월	일반 혈액학	79	79	100%
		일반화학	82	81	98.8%
		혈액응고	3	3	100%
		면역혈청	3	3	100%
		미생물검사	22	22	100%
		소변검사	52	51	98.1%
		소계	241	239	99.2%
	2월	일반 혈액학	71	71	100%
		일반화학	87	87	100%
		혈액응고	4	4	100%
		면역혈청	1	1	100%
		미생물검사	15	15	100%
		소변검사	60	60	100%
		소계	238	238	100%
	3월	일반 혈액학	44	44	100%
		일반화학	52	50	96.2%
		혈액응고	1	1	100%
면역혈청		4	4	100%	
미생물검사		10	10	100%	
소변검사		28	28	100%	
	소계	139	137	98.6%	
	누계	618	614	99.4%	
<p style="text-align: center;">2018년 1분기 월별 검체 TAT충족률</p>					
2. 병동별 TAT충족률					

종류	gw2			gw3			gw4		
	총건수	충족건수	충족률	총건수	충족건수	충족률	총건수	충족건수	충족률
일반 혈액학	42	42	100.0%	42	42	100.0%	110	110	100.0%
일반화학	40	40	100.0%	43	43	100.0%	138	135	97.8%
혈액응고	5	5	100.0%	0	0	·	3	3	100.0%
면역혈청	0	0	·	4	4	100.0%	4	4	100.0%
미생물검사	6	6	100.0%	4	4	100.0%	37	37	100.0%
소변검사	25	25	100.0%	26	26	100.0%	89	88	98.9%
계	118	117	99.4%	119	119	100.0%	381	377	99.0%

3. 1분기 검체검사 TAT충족률

종류	총건수	목표충족 검사건수	TAT 충족률(%)
일반 혈액학	194	194	100
일반화학	221	218	98.6
혈액응고	8	8	100
면역혈청	8	8	100
미생물검사	47	47	100
소변검사	140	139	99.3
계	618	614	99.4



결과분석	전반적인 항목에서 목표치 이상 유지.
평가	<input checked="" type="checkbox"/> 목표치 이상 (유지관리) <input type="checkbox"/> 목표치 이하 (개선활동 필요)
개선전략 및 실행	분기별 모니터링
향후계획	지속적 모니터링

보고일: 2018년 4월 26일 보고자 :이영희 (인)

부산노인전문제2병원

영상검사 TAT충족률 1분기 지표관리 보고서

결 재	QPS 담당자	부위원장	위원장

지 표 명	영상검사 TAT(검사 소요시간: Turn Around Time) 충족률												
산 출 식	$\frac{\text{목표 충족 검사 건수}}{\text{전체 검사 건수}} \times 100$												
목 표	TAT충족률 95% 이상												
조사기간	2018.01.01~2018.03.31												
조사방법	병동별 TAT대장, 전산자료												
모니터링 주 기	분기별				보 고				분기별				
지표 모니터링 결과 (표, 그래프)	월	gw2			gw3			gw4			전체		
		전체 건수	충족 건수	충족률	전체 건수	충족 건수	충족률	전체 건수	충족 건수	충족률	전체 건수	충족 건수	충족률
	1월	33	33	100%	15	15	100%	11	11	100%	59	59	100%
	2월	19	18	100%	14	14	100%	23	22	95.7%	56	54	98.2%
	3월	29	29	100%	2	2	100%	31	31	100%	62	62	100%
	계	81	80	98.8%	31	31	100%	65	64	98.5%	177	175	98.9%
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>2018년 1분기 월별 일반촬영 TAT충족률</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>2018년 1분기 병동별 일반촬영 TAT충족률</p> </div> </div>												
	결과분석	전반적인 항목에서 목표치 이상 유지.											
	평 가	<input checked="" type="checkbox"/> 목표치 이상 (유지관리) <input type="checkbox"/> 목표치 이하 (개선활동 필요)											
	개선전략 및 실행	분기별 모니터링											
향후계획	지속적 모니터링												

보고일: 2018년 4월 26일 보고자 :이영희 (인)

부산노인전문제2병원