内蒙古自治区癌痛规范化诊疗质量控制评价细则（2023年版）

| 内容 | 项目 | 标准 | | 分值 | 评价方法与督导评分依据 | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基础条件（10分） | 1.专科规模  （6分） | 临床科室设置 | （1）肿瘤科 | 3 | 查看医院诊疗科目，实地查看。设有独立肿瘤科（住院床位数≥20张）得2分，布局不合理扣1分，每少5张住院床扣1分；每床净使用面积≥6平方米得1分（每减少1平方米扣0.2分，少于4平方米不得分）。 | |
| （2）疼痛科 | 3 | 设有疼痛科一级诊疗科目得2分，布局不合理扣1分；无疼痛科，但肿瘤科设置有相关肿瘤癌痛分组（床位总数≥3张）得2分。 | |
| 2.发展环境  （2分） | 制定本院常见肿瘤（包括癌痛）诊疗规范，培训相关人员。 | | 2 | 有本院肿瘤（包括癌痛）诊疗规范得1分，有相关人员培训记录得1分。 | |
| 3.支撑条件（2分） | 相关科室能够满足专科发展需求。 | | 2 | 设置有放射科、病理科、超声科、内镜科（室）得2分；病理科开展快速病理检查加1分；上述科室为国家重点加2分，自治区级领先重点加1分，市级领先重点学科加0.5分。 | |
| 医疗技术队伍（4分） | | 整体实力 | | 1 | 医护人员形成技术团队，处理疑难重症能力强得1分；各级医师能够掌握相应技术得1分。 | |
| 人员数量、年龄结构、学历结构、职称结构合理：床护比不低于1:0.4，床医比1:0.28；年龄结构可保持持续发展；医师硕、博士比例≥30%；医师高中初职称比例3:4:3,可上下浮动10%。 | | 1 | 1项不符合标准扣0.5分。 | |
| 科主任 | | 1 | 副高及以上专业技术职称得1分。 | |
| 护士长 | | 1 | 主管护师及以上职称得1分。 | |
| 组织管理（10分） | 1.制度建立  (2分） | （1）癌痛规范化诊疗相关制度装订成册。 | | 1 | 查阅管理制度等文件资料，组织制度健全得1分。 | |
| （2）癌痛规范化治疗工作纳入医院医疗质量管理体系考核，具体措施有落实。 | | 1 | 纳入质量管理体系，在病历质控检查中占有一定分值得1分，纳入质量管理体系但未在病历质控检查中占有一定分值得0.5分，均无得0分。 | |
| 2.管理优化  (8分） | （1）按照WHO三阶梯止痛治疗原则及《癌症疼痛诊疗规范》（2018年版），癌痛规范化治疗使用阿片类药物有在“药占比”和“门诊均次”费用限制方面的政策倾斜。 | | 2 | 查阅资料、工作记录，完全符合得2分，部分符合得1分，不符合得0分。 | |
| （2）麻醉药品处方实行电子化打印管理。 | | 1 | 现场查看，完全符合得1分，不符合得0分。 | |
| （3）癌痛治疗药物中使用基药种类占比达到20%以上，有逐年增加趋势。 | | 5 | 查阅资料记录，达到20%(包括20%)且完全符合得5分，15%～20%（包括15%）且逐年增长得2分，15%以下不得分。 | |
| 科室质量安全管理（50分） | 1.科室管理  （6分） | （1）科室有以科主任为组长的科室质量安全小组，科室至少设置1名疼痛医师，2名疼痛护士负责癌痛评估、规范治疗与患者及家属教育工作。 | | 1 | 查阅文件记录，完全符合得1分，部分符合得0.5分，不符合得0分。 | |
| （2）疼痛医师熟练掌握相关文件；熟练掌握全面疼痛评估方法；能独立开展癌痛患者疼痛评估和规范治疗工作。 | | 1 | 现场随机抽查2名医师考核医师癌痛规范化治疗知识，充分掌握得2分，部分掌握得1分，未掌握得0分。 | |
| （3）疼痛护士熟练掌握疼痛知识和疼痛护理操作流程，能协助医师对患者进行癌痛筛查评估和提高患者治疗依从性，并做好患者住院期间的全程宣教及出院随访工作。 | | 1.5 | 现场随机抽查2名护士，完全符合得1.5分，部分符合得1分，不符合得0分。 | |
| （4）建立医护人员定期培训制度，组织肿瘤治疗相关医护人员每季度至少接受一次癌痛规范化治疗培训。 | | 1.5 | 查阅文件记录，完全符合得1.5分，部分符合得1分，不符合得0分。 | |
| （5）癌痛规范化治疗相关培训常态化并保存学习记录。 | | 1 | 实地考查，完全符合得1分，部分符合得0.5分，不符合得0分。 | |
| 2.疼痛筛查评估  （10分） | （1）建立癌痛常规筛查，动态评估机制，患者入院后，护士在8小时内完成对肿瘤患者的全面疼痛评估，评估有疼痛的患者，护士及时通知医生开展规范化治疗，及时治疗疼痛。 | | 3 | 随机抽查运行和终末病历10份，查阅首程记录，有无疼痛原因、部位、性质、评分的全面疼痛评估以及之前是否用过止痛药的描述。9份及以上合格得3分，8份合格得2分，7份合格得1分，6份及以下得0.5分。 | |
| （2）病程记录体现对疼痛的评估和快速疼痛处理，有疼痛护理单或体温单中有疼痛评估记录。 | | 3 | 随机抽查运行和终末病历10份，9份及以上合格得3分，8份合格得2分，7份合格得1分，6份及以下得0.5分。 | |
| （3）病床旁有疼痛评分表，并告知患者如何使用。 | | 2 | 随机抽查运行和终末病历5份，所抽查病历完全符合得2分，4份符合得1分，3份及以下得0分。 | |
| （4）向病房出院患者发放癌痛患者疼痛知识宣教卡，确保患者及时得到用药指导并及时告知患者办理《门诊专用病历》。 | | 2 | 有健康教育宣传卡（册）得2分，没有得0分。 | |
| 3.疼痛规范化治疗  (30分) | （1）落实患者知情同意制度，向患者及家属告知开展癌痛治疗的目的、风险、注意事项、合理用药方案等。 | | 2 | 现场抽查2位患者或家属，同时核对住院病历，查阅知情同意书和病程记录，均告知得2分，1位告知得1分，否则得0分。 | |
| （2）根据WHO三阶梯止痛原则及《癌症疼痛诊疗规范》，口服为最常见给药途径，对不宜口服病人可用其他给药途径。 | | 5 | 随机抽查运行病历5份，查阅用药与评估是否一致，未选择口服制剂或更改给药途径的，均要病程记录中说明原因。5份合格得5分，4份合格得4分，3份合格得3分，3份以下得0分。 | |
| （3）根据WHO三阶梯止痛原则及《癌症疼痛诊疗规范》，弱化二阶梯给药，简化滴定流程，快速控制疼痛，及时为患者提供规范化治疗方案，因病施治，及时早期应用强阿片类药物，治疗有效率≥80%。 | | 5 | 随机抽查运行和终末病历10份，有效率≥80%得5分，＜80%得0分。 | |
| （4）根据WHO三阶梯止痛原则及《癌症疼痛诊疗规范》，做到按时给药。指按规定时间间隔规律性给予止痛药。按时给药有助于维持稳定、有效的血药浓度。目前，控缓释药物临床使用日益广泛，强调以控缓释阿片药物作为基础用药的止痛方法，在滴定和出现爆发痛时，可给予速释阿片类药物对症处理。 | | 5 | 随机抽查住院医嘱门诊处方各10张，每份不合格医嘱或处方扣1分，最多扣至0分。 | |
| （5）根据WHO三阶梯止痛原则《癌症疼痛诊疗规范》，合理用药，不超过日限制剂量使用非甾体抗炎药和含对乙酰氨基酚复方制剂，重视剂量个体化治疗，及时告知患者阿片类药物不良反应的特点及相关注意事项并积极预防便秘等常见不良反应。 | | 5 | 随机抽查医嘱或病程记录各5份，5份合格得5分，4份合格得4分，3份合格得3分，3份以下合格得0分。 | |
| （6）建立多学科会诊机制，组织肿瘤科、疼痛科、药剂科等有关科室进行会诊，并有会诊记录。 | | 2 | 有对难治性、大剂量或疼痛控制不良患者的会诊制度，或参与2019年1月1日以后的会诊记录，符合得2分，不符合得0分。 | |
| （7）建立癌痛患者入院、住院、出院疼痛规范化治疗全程管理流程，按照《癌症疼痛诊疗规范》，癌痛患者规范化诊疗率≥80%。 | | 3 | 随机抽查运行和终末病历10份，8份以上合格得3分，7份合格得2分，6份合格得1分，6份以下合格得0分。 | |
| （8）建立出院患者随访制度，对于接受癌痛规范化治疗的患者进行定期电话、微信、视频等多种形式随访，开展疼痛规范化治疗相关指导并记录。 | | 3 | 随机抽查随诊记录本，其中有制度且随访得3分，只有制度或只有随诊记录得2分，否则得0分。 | |
| 4.患者教育  （4分） | （1）建立住院患者宣教制度，科室疼痛护士每月开展一次患者宣教讲座、科普培训并有宣教培训记录。 | | 2 | 实地考察，查看记录，完全符合得2分，部分符合得1分，不符合得0分。 | |
| （2）病房有疼痛规范治疗知识宣传栏，疼痛护士对首次入院患者及家属开展“一对一”宣教。 | | 2 | 实地考查，完全符合得2分，部分符合得1分，不符合得0分。 | |
| 药剂管理  (16分) | 1.人员参与  (3分） | （1）指定药师参与癌痛规范化诊疗处方管理工作,负责全院癌痛规范化治疗合理用药指导，及时动态分析并公布癌痛规范化治疗不合理用药情况，定期开展临床不合理用药督导检查。 | | 1 | 1.指定药师动态分析用药情况；检查分析报告，包括即释、缓释阿片类药物，二阶梯用药（曲马多、可待因、强痛定）及非甾体抗炎药和含对乙酰氨基酚类药物，至少一季度要分析一次（0.5分）。  2.日常督导检查；依据分析及处方检查发现问题及时开展督导检查并有记录并上报院领导查阅（0.5分）。 | |
| （2）每季度开展相关人员常态化培训、为不合理用药科室进行癌痛规范化治疗用药指导与强化培训。 | | 2 | 1.每季度开展相关人员常态化培训；查阅文件资料、照片、培训内容及会议记录（1分）。  2.针对不合理用药情况进行癌痛规范化治疗用药指导与强化培训；查阅指导和培训记录，根据动态分析用药情况确定不合理用药科室（根据疾病谱、品种、剂型利用统计图，全院分析，带动全院规范用药）（1分）。 | |
| 2.药品配备  (6分） | （1）医院按照WHO三阶梯止痛原则及《癌症疼痛诊疗规范》要求，配备癌痛规范化治疗必需的阿片类止痛药物，至少3个品种，每个品种不少于2个规格，空安瓿和废贴的回收要按照国家规定严格管理。 | | 5 | 查阅文件资料记录，完全符合得5分，品种少一个或规格少一个扣1分，完全不符合得0分。 | |
| （2）提供纳洛酮等阿片类药物中毒解救药物。 | | 1 | 完全符合得1分，不符合得0分。 | |
| 3.处方管理  (7分） | （1）为门（急）诊癌痛患者开具麻醉药品、第一类精神药品符合《处方管理办法》相关规定。 | | 5 | 倒查1个月麻醉药品处方20份，查阅资料、座谈提问等 | 每张不合格处方扣1分，最多扣除5分。 |
| （2）晚期癌症长期使用阿片类镇痛药，无极量限制，即应根据个体对阿片类镇痛药的耐受程度决定用药剂量，但应严密注意监控不良反应。 | | 2 | 完全符合得2分，部分符合得1分，不符合得0分。 |
| 门诊管理医务管理护理及患者家居管理  （10分） | 1.门诊管理（4分） | （1）设置癌痛门诊，配备专人出诊或肿瘤科室医生定期轮流出诊，每个工作日均需有医护人员出诊，负责疼痛筛查工作，有疼痛筛查表，保证患者及时得到疼痛规范化治疗处理。门诊医护人员需加强培训学习，癌痛规范化治疗规范率≥90%。 | | 2 | 查阅文件资料记录，完全符合得2分，部分符合得1分，不符合得0分。 | |
| （2）定期开展门诊医护人员规范治疗培训，相关政策按照国家最新规定执行，优化门诊癌痛规范化治疗流程。 | | 2 |
| 2.医务管理（4分） | （1）门诊癌痛患者使用阿片类镇痛药物按照国家相关文件要求简化流程，方便患者，实行首诊负责，不得推诿，保证患者权益（如肿瘤疼痛患者办理《门诊专用病历》，严格按照《处方管理办法》第21条执行。 | | 2 | 查阅门诊专用病历，用药是否合理，剂量调整是否规范，符合得2分，不符合得0分。 | |
| （2）医务部门定期开展癌痛规范化诊疗专项督导检查，促进相关科室改进服务，优化流程，定期培训，总结提高，检查过程中发现的问题要及时协调解决。 | | 2 | 有检查记录及整改措施，检查范围（包括阿片类药物、阿片类复方制剂及抽查非阿片类止痛药物使用的合理性），均有检查记录及整改措施得2分，只有阿片类药物、阿片类复方剂检查记录得1分，无相关检查记录得0分。 | |
| 3.护理及家居管理  （2分） | （1）建立门诊定期随访制度，配备专人负责门诊疼痛患者家居电话、微信、视频等多种形式随访工作，提高患者疼痛治疗满意度，随访发现问题及时反馈相关医务人员，随访率≥80%（门诊处方后一周内随访率）。 | | 1 | 查阅随访制度和随访记录，收治肿瘤病人的相关科室随机选择3名门诊患者，电话确认有无随访，其中有制度得0.5分，出院随访率≥85%得1分，一周内随访达标得1分，两周内随访达标得0.5分，未落实得0分。 | |
| （2）定期开展相关科室护理人员癌痛规范化治疗培训及患者教育常态化培训。 | | 1 | 查看台账，完全符合得1分，部分符合得0.5分，不符合得0分。 | |
| 附加项  （10分） | 癌痛质控指标完成情况（10分） | 1.肿瘤科医患比=肿瘤科固定在岗（本院）医师总数占同期肿瘤科患者住院总例次数（例次）×100% | | 0.5 | 开展肿瘤科临床诊疗工作，固定在岗（本院）医师熟练掌握癌痛患者全面疼痛评估方法，熟练掌握各种止痛药物的特性、使用方法以及不良反应的处理方法，能够独立开展癌痛患者疼痛评估和治疗工作，为肿瘤患者提供规范化疼痛治疗，年收治中晚期肿瘤患者有一定例次。是反映医疗机构肿瘤科医疗质量的结构性指标。 | |
| 2.各级癌痛患者比例=该级癌痛患者人数占同期肿瘤患者总人数×100% | | 0.5 | 根据NRS评分标准，使用《疼痛程度数字评估量表》对患者疼痛程度进行评估，按照疼痛对应的数字将疼痛程度分为：轻度疼痛（1-3），中度疼痛（4-6），重度疼痛（7-10）。评价不同疼痛程度占同期所有肿瘤患者总数的比例。体现医疗机构接诊不同癌痛程度患者所占比重。 | |
| 3.疼痛筛查率=疼痛筛查患者人数占同期肿瘤患者总人数×100% | | 1 | 根据《NCCN成人癌痛指南》、国家卫生健康委《癌症疼痛治疗规范（2018年版）》要求，肿瘤患者入院后医护人员应主动进行疼痛筛查，询问患者有无疼痛，以便下一步评估与治疗的进行。是反映医疗机构癌痛诊疗质量的过程指标。 | |
| 4.8小时评估完成率=入院8小时内完成疼痛评估人数占同期肿瘤患者总人数×100% | | 1 | 根据国家卫生健康委《癌症疼痛治疗规范（2018年版）》，肿瘤患者入院后8小时内应当完成全面评估。肿瘤患者入院后，医护人员应主动询问肿瘤患者有无疼痛，常规评估疼痛病情，予以相应处理，并进行相应的疼痛评估记录。是反映医疗机构癌痛诊疗质量的过程指标。 | |
| 5.口服阿片药物治疗率=口服阿片类镇痛药物患者人数占同期所有使用阿片镇痛药物患者总人数×100% | | 1 | 根据《WHO三阶梯止痛原则》，口服为最常见的给药途径。阿片控缓释药物临床使用日益广泛，强调以控缓释阿片药物作为基础用药的止痛方法，在出现爆发性疼痛时，可给予速释阿片类药物对症处理。口服阿片药物治疗率是指癌痛患者使用口服阿片类镇痛药物人数与所有使用阿片类药物镇痛的病人数的比例。是反映医疗机构癌痛诊疗质量的过程指标。 | |
| 6.动态评估率=动态评估患者人数同期癌痛患者总人数×100% | | 1 | 根据国家卫生健康委《癌症疼痛诊疗规范（2018年版）》，病人入院后，应对其进行动态评估，记录用药种类、剂量滴定，记录疼痛程度及病情变化。病程记录应体现根据患者病情变化适时调整癌痛治疗方案。给予止痛治疗3天内或达到稳定缓解状态时的全面评估。对癌痛患者动态评估率不低于90％。是反映医疗机构癌痛诊疗质量的过程指标。 | |
| 7.治疗有效率=NRS≤3分以下患者人数占同期所有癌痛患者总人数×100% | | 1 | 根据卫生健康委《癌症疼痛诊疗规范（2018版）》，准确评估患者病情，制定个体化治疗方案，因病施治。癌痛患者治疗3天之内将疼痛控制在（NRS评分）3分以下的患者人数与所有疼痛治疗患者数的比例不低于75％。是反映医疗机构癌痛诊疗质量的结果指标。 | |
| 8.多学科协作诊治率=癌痛MDT患者人数占同期所有癌痛患者总人数×100% | | 1 | 根据国家卫生健康委《关于加强肿瘤规范化诊疗管理工作的通知》的要求，推行“单病种、多学科”诊疗，组织肿瘤科、内科、外科、放疗、病理、药学、影像、检验、核医学等相关学科进行会诊、病例讨论或联合查房，制订科学、适宜的诊疗方案。是反映医疗机构癌痛诊疗质量的过程指标。 | |
| 9.对乙酰氨基酚及其复方制剂合理使用率=合理使用对乙酰氨基酚患者人数占同期使用对乙酰氨基酚患者总人数×100% | | 0.5 | 对乙酰氨基酚长期服用有严重的肝肾毒性，根据国家药典及国家卫生健康委《癌症疼痛诊疗规范（2018年版）》的要求，癌痛患者使用对乙酰氨基酚及其复方制剂等药物日剂量不超过2000mg，且连续使用不超过10天。是体现对乙酰氨基酚在癌痛病人中的合理应用，是反映医疗机构癌痛诊疗质量的过程指标。 | |
| 10.重度疼痛发生率=NRS≥7分患者人数占同期癌痛患者总人数×100% | | 1 | 使用《疼痛程度数字评估量表》对患者疼痛程度进行评估，按照疼痛对应的数字定义重度疼痛（NRS：7-10分）。重度疼痛严重影响患者生活质量，需要立即进行处理。是反映医疗机构癌痛诊疗质量的过程指标。 | |
| 11.不良反应规范治疗率=给予不良反应预处理的患者人数占同期使用阿片类药物患者总人数×100% | | 0.5 | 根据《NCCN成人癌痛指南》、国家卫生健康委《癌症疼痛治疗规范（2018年版）》要求，对癌痛患者处方阿片类药物进行疼痛控制的同时，应给予相应不良反应的预防性药物。保障癌痛患者控制癌痛的同时，生活质量达到最佳。是反映医疗机构癌痛诊疗质量的过程指标。 | |
| 12.随访率（%）=出院1周以内随访患者数占同期癌痛患者总数×100% | | 0.5 | 根据国家卫生健康委《癌症疼痛诊疗规范（2018年版）》要求，对接受癌痛规范化治疗的患者进行定期随访、癌痛评估并记录，保障患者得到持续、合理、有效的癌痛治疗。出院癌痛患者随访率不低于70％，统计患者出院后1周以内疼痛患者的随访记录。是反映医疗机构癌痛诊疗质量的结果指标。 | |
| 13.药品配备（品种数量） | | 0.5 | 按照WHO止痛原则，根据国家卫生健康委《癌症疼痛诊疗规范（2018年版）》的要求，医疗机构应提供至少3个品种的阿片类止痛药物，以及纳洛酮等阿片类药物中毒解救药物，并能够按照处方调配药品，指导临床合理使用，属于结构性指标。 | |