

# 2016年中医院护理质量管理及持续改进方案（推荐阅读）

## 第一篇：2016年中医院护理质量管理及持续改进方案

### 2016 护理质量控制管理及持续改进方案

护理质量管理是护理管理的核心，护理质量的优劣直接影响疾病的治疗效果，甚至关系到病人的生命安危，并影响医院的总体医疗质量。为了加强医院护理管理、规范护理服务行为、理论与实践相结合，提高护理质量，为患者提供优质护理服务，保障病人安全，提高患者满意度，特制订本方案：

#### 一、质量管理的目的

通过开展护理质量控制管理工作，提高护理人员专业、思想、职业道德等，保证和提高护理质量，满足患者的需求，同时有利于发现问题，进一步改进工作。

#### 二、质量管理宗旨

提高服务质量，保障病人安全，增加病人安全可信度及满意度。

#### 三、质量管理方针

1、病人是护理的中心，我们要像对待自己的家人一样对待每位病人，让病人满意。

2、培养良好的职业道德、熟练的技能。全面的专科知识，为病人提供优质的护理服务；

3、在护理实践中，持续地改进护理服务过程和效果。

#### 四、质量管理目标

1、基础护理合格率≥90%。

2、特、一级护理合格率≥90%。

3、护理文书写合格率≥90%。

4、压疮高危患者入院时压疮的风险评估率≥90%。

5、跌倒/坠床高危患者入院时跌倒/坠床的风险评估率≥90%。

4、病房管理合格率≥95%。

5、护理安全管理≥95分。

6、护士长工作质量≥90%。

- 7、优质护理合格率 $\geq 95\%$ 。
- 9、急救物品完好率达 100%。
- 10、消毒隔离管理合格率 $\geq 90\%$ 。
- 11、护理人员三基考试合格率达 100%。
- 13、患者对护理人员满意度 $\geq 95$  分。
- 14、非难免压疮发生次数为 0。
- 15、每百张床年护理严重差错 $\leq 0.5$  次。
- 16、为患者提供中医特色健康宣教覆盖率 100%。

#### 五、科室质量监控小组职责

- 1、科室质控员根据护理质量标准，对分管的护理项目进行自查、发现问题及时改正，报告护士长分析原因，提出整改措施。
- 2、定期组织科室护士学习护理方案、操作规程等，强化质量意识和安全意识。
- 3、严格执行各项护理工作程序。
- 4、定期对护理不良事件进行分析、讲评提出改进和预防措施。
- 5、每月召开科室会议，总结一个月质控检查中发现的护理问题及发生问题的原因和整改措施是否有效，对改进情况进行评价。

#### 六、质量控制与持续改进办法：

- 1、护士长根据《护士长手册》上的工作要求，每日有重点地检查，有目的地跟班检查，把好医嘱关、查对关、交接关、特殊检查诊疗关、基础护理、危重病人护理关、护理记录关、健康教育实施关，对发现的问题进行登记，及时反馈当事人立即整改。
- 2、分工控制 全科护理人员分工合作，互相检查、督促、改进，至少每星期一次。
- 3、护士长对护理工作中薄弱环节，不定期检查。
- 4、护士长每月组织召开质控小组会议，对存在问题及整改情况等反馈，听取各方面的意见，修改质量控制方案、质量标准等，促使护理质量不断提升。
- 4、根据护理部考核标准及科内绩效考核要求进行奖罚。

内科

2016年1月

## **第二篇：护理质量管理持续改进方案**

### 护理质量管理持续改进方案

1、根据医院总体计划，结合本科室的特点及工作重点，由护士长或护理负责人及时制定本科的年护理工作计划、季度工作计划、月工作计划及周工作计划。

2、护理部根据“PDCA”质量管理循环法，制定完善质控标准，每月按各科工作计划及护士长岗位责任制要求进行检查、指导，清晰知道各科护理工作实施及落实情况。

3、医院护理质量管理小组对各科护理工作每月质控一次，科室质控组及护士长对科室护理工作每周质控不少于一次。

4、护理部将每次检查结果及时汇总、反馈给各相关科室及人员，并指出每月质控中的重点问题，各科护士长根据本科存在的重点护理问题，制定整改措施(如需护理部协助解决问题，及时上报)，并组织落实。整改措施由科室备案，护理部检查。各科反馈的重点护理问题在下次质控中作为重点质控内容。如同样护理问题未及时整改，根据护士长岗位责任制评分标准进行加倍扣分，并与绩效考效挂钩，记录存档。

5、护理部对科室反映的困难，进行具体分析，并联系相关部门协助解决，处理情况记录在案，以便后续工作的跟踪及整改。

6、为了保证护理工作质量的持续改进，护士长岗位责任制考核及护理质控情况将作为护士长绩效考核、优秀护士长评选、护士长聘任的重要参考依据。

医院护理部

## **第三篇：2018年护理质量管理及持续改进方案**

### 2018年护理质量管理及持续改进方案

为了加强医院护理管理，规范护理服务行为，进一步完善护理质量监督评价和持续改进机制，满足以患者为中心的护理要求，保证护理质量的服务过程和工作过程，根据《省护理示范医院评审标准》要求，特制订本方案。

## 一、质量管理的目的

通过开展护理质量控制管理工作，使护理人员在业务行为活动、思想、职业道德等方面符合客观的要求，促进内涵建设，保证和提高护理质量，满足患者的需求，同时有利于发现问题，进一步改进工作。

## 二、质量管理宗旨

提高服务质量，保障病人安全，增加病人安全可信度及满意度。

## 三、质量管理方针

1、病人是护理的中心，我们要象对待自己的家人一样对待每位病人，让病人满意;

2、培养良好的职业道德、熟练的技能、全面的专科知识，为病人提供优质的护理服务;

3、在护理实践中，持续地改进护理服务过程和效果。

## 四、质量管理目标

特、一级护理合格率 $\geq 90\%$  基础护理合格率 $\geq 90\%$  急救物品完好率 100% 表格书写合格率 $\geq 95\%$  病人对护士工作满意度 $\geq 95\%$  年事故发生率为 0 三基理论水平考核平均成绩 $\geq 80$  分

技术操作水平考核平均成绩 $\geq 90$  分

## 五、护理质量控制组织结构

医院护理质量管理组织实行二级质控管理模式，即护理部质量监控小组和科室护理质量监控小组。

### (一)护理部质量监控小组

组长: 副组长: 成员:(二)质量监控小组成员分工: 特、I 级护理: 基础护理: 急救药品、治疗室、换药室管理: 护理文件: 整体护理: 门、急诊室、手术室、供应室管理: 专科护理管理: 护士长管理、护理安全管理:(三)各科室护理质量监控小组

内 I 科 组长: 成员: 针灸科 组长: 成员: 妇产科 组长: 成员: 急诊科 组长: 成员: 手术室 组长: 成员: 供应室 组长: 成员:(四)护理部质量监控小组职责

护理部质量监控小组是在分管院长领导下，由护理部主任、科护士长组成(其人员组成见附件)，其职责是:

1、教育各级护理人员树立全心全意为患者服务的思想，改进行业作风，改善服务态度，增强质量意识，保证护理安全，严防差错事故。

2、根据《湖北省护理示范医院评审标准》要求，结合我院实际，修订和完善各项护理质量标准、各项护理管理制度、操作规程等。

3、按照目标和标准对护理实施过程进行监督、检查和评价。

4、加强信息管理，做好信息反馈，对存在的问题提出改进意见，并督促落实，定期检查科室整改情况。

5、对科室出现的护理缺陷、差错与纠纷及时组织讨论分析会，并向分管院长提交讨论与处理结果。

6、每月底向医院质控办提交全程护理质量考核结果。(五)科室质量监控小组职责

科室质量监控小组由护士长、主管护师或业务骨干等组成，护士长是科室护理质量的第一责任人。科室质量监控小组的职责是：

1、按照全院《护理质量控制与持续方案》结合科室实际，制订相应的操作性强的科内质控方案。

2、定期组织科室护士学习护理常规、操作规程等，强化质量意识和安全意识。

3、严格执行各项护理工作程序。

4、按护理质量标准及考核评分办法，每位成员每周按监控范围对本科室护理质量进行考评一次，并做好记录，把存在问题通知责任人及时进行整改，同时向护士长汇报，评价改进情况。

5、每月召开小组会议，总结一个月质控检查中发现的护理问题及发生问题的原因和整改措施是否有效，对改进情况进行评价。

6、每月向护理部报告本科室护理质量监控结果。

六、质量控制与持续改进办法：

1、护理部将日常督查与月检查相结合，坚持每周 1-2 次深入病房督查各病区的护理工作落实情况，特别是重危病人的护理工作落实情况，对发现的各类隐患及时纠正，现场处理，并有针对性地提出有效、可行的防范措施。每周进行单项重点质量检查，每月组织一次全面质量检查，对存在的问题进行登记，提出整改措施，限期整改，并随时

下科室督查落实整改情况。

2、各科室质控员根据护理质量标准，每日对分管的护理项目进行自查、发现问题及时纠正，并与护士长联系，分析原因，提出改进意见。

3、各科护士长根据《护士长手册》上的工作要求，每日有重点地检查，有目的地跟班检查，把好医嘱关、查对关、交接关、特殊检查诊疗关、基础护理、危重病人护理关、护理记录关、健康教育实施关，对发现的问题进行登记，及时反馈当事人立即整改。

4、护理部每月在护士长会上汇报、讲评当月质控结果，指出在检查中发现的问题，以供借鉴，对共性问题制订可行的改进措施。

5、护理部每月初将日常督查以及月检查结果进行分析汇总后，报送医院质控办予以奖惩。

#### **第四篇：护理质量管理及持续改进方案 (2016 年修订)**

##### 护理质量管理及持续改进方案

为了加强医院护理管理，规范护理服务行为，满足以患者为中心的护理要求，提高护理质量，为患者提供优质护理服务，保障病人安全，提高患者满意度，进一步完善护理质量监督评价和持续改进机制，顺利通过二甲评审特制订本方案。

##### 一、质量管理的目的

通过开展护理质量控制管理工作，使护理人员在业务行为活动、思想、职业道德等方面符合客观的要求，促进内涵建设，保证和提高护理质量，满足患者的需求，同时有利于发现问题，进一步改进工作。

##### 二、质量管理宗旨

提高服务质量，保障病人安全，增加病人安全可信度及满意度。

##### 三、质量管理方针

(一) “以人为本，以病人为中心”，为病人提供优质的护理服务，提高患者满意度。

(二) 在护理实践中，持续地改进护理服务过程和效果，不断提高护理质量，保证医疗护理安全。

##### 四、护理质量与安全管理指标

- 1、护理核心制度落实率 100% (合格分 90 分)
- 2、急救物品和药品管理完好率 100% (98 分合格)
- 3、分级护理合格率 $\geq 90\%$  (90 分合格)
- 4、危重患者护理合格率 $\geq 95\%$ (90 分合格)
- 5、护理安全管理合格率 100% (90 分合格)
- 6、危重患者风险评估率 100%
- 7、输血操作合格率 100% (98 分合格)
- 8、常规器械消毒灭菌合格率 100% (100 分合格)
- 9、护理文书书写合格率 $\geq 95\%$  (95 分合格)
- 10、护理技术操作合格率 $\geq 95\%$  (85 分合格)
- 11、护理理论考核合格率 $\geq 95\%$  (80 分合格)
- 12、病区管理及消毒隔离合格率 $\geq 95\%$  (90 分合格)
- 13、高危患者入院时跌倒、坠床风险评估率 $\geq 95\%$
- 14、高危患者入院时压疮风险评估率 $\geq 95\%$
- 15、年压疮发生率 (难免、带入除外)0
- 16、健康教育合格率 90% (90 分合格)
- 17、满意度 $\geq 90\%$  (优质护理满意度 $\geq 95\%$ )

#### 五、护理质量控制组织结构

护理质量管理组织实行三级质控管理模式，即护理部质控组、科护士长质控组、病区质控组组成三级质量控制体系。

(一) 成立了护理质量与安全管理委员会 组织结构：

主任:章志 副主任: 邹国英

委员：胡其红 许财凤封小莲 熊国凤 吴卫英姜小英 解秀梅

(二) 护理质量实行护理部、科护士长、护理单元三级控制和管理，并设大外科、大内科、特殊科室 3 个质量管理小组。(三)各级质控组人员

1、护理部质控:胡其红 邹国英 许财凤 封小莲 熊国凤

2、大科质控：

大内科：熊国凤 张国花 曾淑华 胡月华 刘欢欢 吴卫英

大外科：封小莲 章晓华 江虹 解秀梅 姜小英 邱仙红

特殊科室：许财凤 李 琴 胡莉莉 黄 芳 付 敏

### 3、病区质控

内一科：熊国凤 江文英 张海燕 内二科：曾淑华 付艳霞 吴小凤 内三科：胡月华 严玉兰 朱双双 感染科：刘欢欢 姚秀华

外一科：江 虹 黄红英 严才英 外二三科：章晓华 刘小婷 黄晓兰

妇产科（产房）：封小莲 姜小英 游琪华 曾珍 刘延 儿科：张国花 张永红 徐 玲 新生儿：吴卫英 邹燕群 廖睿平 手术室：解秀梅 陈伟群 罗红英 五官科：邱仙红 张金英 章兰花

门急诊科：许财凤 付 敏 黄兴爱

重症科：胡莉莉 胡美华 供应室：黄 芳 曾小英 席永红 血透室：李琴 黄财花

### 六、各级质控小组职责

#### （一）护理部质控管理小组职责

1、在医院护理质量安全管理委员会的领导下工作，分为大内科、大外科和特殊科室三个质量管理小组，护理部副主任为组长，科护士长为成员。

2、定期深入科室检查指导急、危重病人的护理及抢救工作，了解科室实际护理工作质量及护士长的管理情况，并指导护士长运用护理质量管理工具及质控相关知识、方法和技巧做好质控工作，确保各专科护理常规正确执行，保障病人舒适安全。

3、护理质控管理组负责全院护理质量工作，按期将护理工作计划、工作重点，检查结果汇总后汇报给分管院长，并提交至质控科。

4、定期对各科的护理质量进行督查、指导、检查并提出相应的整改意见，并根据护理质量中存在的常见问题，修订护理制度、流程及预案以减少其发生。

5、每月将护理质控存在问题在全院护士长会议上进行反馈，并组织讨论，提出整改措施以促进全院护理质量的提升。

6、每季度在全院护士会议上反馈护理质控工作情况（存在问题、原因分析、整改措施）。

#### （二）大科护理质控小组职责



1、大科质量控制小组由科护士长、各科护士长组成，科护士长为组长。

2、科护士长制定片区工作月计划、周重点，根据计划、重点进行护理行政查房与质量检查，对存在问题及时反馈在科室巡查记录本上，督促护士长及时整改，并落实整改效果。

3、根据护理部月计划组织片区护士长，每周按照质量考核标准进行护理质量检查，对存在的问题与不足，有记录，及时召开反馈会议，并要求护士长对本科出现的问题进行分析，制定切实可行的改进措施并落实。

4、每月对片区检查的问题有二级护理质量持续改进记录，并上报护理部。

5、对分管片区每周护理质量检查及行政查房中发现问题均进行整改后效果追踪。

### （三）病区质控小组职责

1、病区质量控制小组由护士长、责任组长或业务骨干等组成，护士长是科室护理质量的第一责任人。

2、根据护理部统一制定的各项工作制度、岗位职责、质量考核标准、工作程序等，定期对科室护理质量进行监控，并做好记录。

3、科室质控小组负责每月对所在科室的危重病人护理、护理文书书写、急救物品、病房管理、医院感染、健康宣教、护理制度和岗位职责落实执行等情况进行检查，及时发现和指正质量中存在的问题，进行原因分析、总结，将意见或建议及时反馈给护士长。

4、每月召开质控小组会议，分析科室护理质量中存在的问题，提出修订计划，以不断提高科室护理质量和水平。

5、定期对科室发生的护理差错进行讨论、分析和鉴定，提出整改意见与防范措施。

## 七、各级质量控制

### （一）护理部护理质量控制：

1、护理部每季以片区交叉形式全院覆盖组织质控检查，按照护理质量控制项目有计划、有目的、有针对性的对各护理单元工作进行检

查评价，检查要有记录、分析及整改意见，并进行效果追踪，每季第一个月在护士会议上对上季质量检查结果进行反馈。

2、实行护士长夜查房质量控制，护理部组织每周二次护士长参与夜查房，协助指导各病房护士进行抢救工作及解决各病房临时发生的疑难问题。检查护士在岗履职；交接班、值班制度；分级护理；护理安全、病房管理等执行情况。对存在的问题，认真填写查房记录，及时向有关科室反馈，次日向护理部汇报。

3、护理部主任不定期下科室，对护士长进行护理管理工作检查与落实情况，对存在问题及时反馈在科室巡查记录本上，督促护士长及时整改。

#### （二）大科护理质量控制：

1、科护士长不定期下到各片区进行护理行政查房与质量督查，对存在问题及时反馈在科室巡查记录本上，督促护士长及时整改，并落实整改效果。

2、科护士长每月根据护理部月质控计划、周重点，组织片区护士长按照质量标准对本片区护理质量实施全面控制，及时发现工作中存在的问题与不足，并记录、总结、及时反馈到各病区护士长，对出现的护理质量问题进行分析，制定改进措施并落实。

#### （三）病区护理质量控制：

1、护士长组织科室质控员，按照质量标准对护理质量实施全面控制，每月检查二次，小结一次，及时发现工作中存在的问题与不足，检查要有记录并及时反馈，并对出现的护理问题进行分析，制定改进措施并落实。

2、护士长每日分四个时段对本科护理工作进行检查，发现问题，及时指正。

### 八、护理质量持续改进方案

（一）不断完善医院、大科、病区的质量控制小组及岗位职责。

（二）不断完善和修订护理各项规章制度、操作规程、质量考核标准。

（三）认真组织对各项质量标准的培训学习、并落实。

(四) 各级质量控制小组应认真履行职责,按计划定期进行质量检查,将护士长目标管理的各项指标进行量化,并用数据体现护理质量。

(五) 加强重点环节和重点部门管理,定期进行专项检查,不断完善和改进。

1、落实入院患者自理能力评分分级,制定护理级别,落实压疮、跌倒风险、管道脱落的评估,积极采取预防措施,降低院内压疮的发生率,降低患者发生跌倒、坠床、管道脱落等意外事件的发生。

2、进行全院围手术期护理的护理查房,保障手术患者的安全。

3、落实各专科患者的安全目标管理。

4、完善并修订突发情况的抢救流程及应急预案,特殊抢救患者实行预警报告。

(六) 病区质量控制小组及时将检查结果汇总后上报科护士长,科护士长将大科护理质控情况汇总上报护理部,护理部每月针对全院普遍存在及突出问题进行原因分析,对问题突出的科室下发整改通知,限期整改,效果跟踪。

(七) 各级质控组针对专项问题采取根本原因分析、运用 PDCA 等管理工具进行专项改进。

(八) 鼓励不良事件的主动上报。

1、开启医院内网不良事件上报系统,实行多种渠道上报护理不良事件。

2、建立倡导患者安全的文化氛围,对主动上报的护理隐患、缺陷进行奖励。

3、每半年汇总各种护理不良事件并进行分析,为临床护理工作提供参考,避免类似错误的反复发生。

(九) 加强护理人员规范服务的督查力度。

1、对护理人员仪表、语言、行为进行规范,为患者提供优质护理服务。

2、加大对服务不规范的护理人员的处罚力度,护士长负有连带管理责任。

(十) 护理质量检查结果作为科室进行持续质量改进的参考，并做为各级护理人员的考核内容，与评优、晋升、薪酬挂钩。

(十一) 护理部每年对护理质量控制情况进行总结(原因分析、整改措施、持续改进效果)，并向全院护理人员通报。

护理部

2016年1月修订

## **第五篇：护理质量管理与持续改进**

### **院内感染监测反馈制度**

一、感染病例调查表由科室监控人员负责填写。发现感染病例后要认真填写调查表和周报表，交医务科，由医务科去病案室复查核对，相符后，将感染数字及感染部位、漏报率等项反馈到各科室，每季一次。

二、全院各科室进行物体表面的细菌总数、致病菌、空气、消毒液、HBsAg的监测，有专职人员抽样，化验室专职人员进行化验，每半年一次。重点科室如手术室、产房、血透、ICU室、各病房治疗室、外科病房，以上监测内容，应每月监测一次。感染办公室将每次监测结果及时反馈到各科室。如有超标的应重新监测，重测结果反馈到科。

三、每季监测紫外线灯强度一次，将监测结果反馈到科。凡强度低于 $50\mu\text{w}/\text{cm}^2$ 的灯管，一律进行更换。更换后的科室负责人应报更换日期，由感染办进行复核，复核后及时反馈到科。

四、每半年将全院感染病例，按卫生厅要求，填写后逐级上报。

### **院内感染监测登记报告制度**

一、认真贯彻执行国家卫生部院内感染控制标准及有关规定，建立健全院内感染病例的发现、登记、报告、分析、反馈系统。

二、临床各科医师，要熟悉院内感染分类诊断标准，并不断加强有关院内感染的基础理论学习，不断提高院内感染控制的水平。

三、发现院内感染病例或暴发流行时，应立即按规定程序报告，

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/488031032025006033>