

持续质量改进在骨科危重护理记录中的应用

许秋群, 李丽

(浙江省富阳市中医骨伤医院, 浙江 富阳 311400)

摘要 **目的:**探讨持续质量改进在骨科危重护理记录中的应用效果。**方法:**分别选取 2011 年 5—8 月和 9—12 月的骨科危重患者护理记录各 100 份, 将未实施持续质量改进的 5—8 月记录设为对照组, 实施持续质量改进的 9—12 月记录设为观察组。从记录不连贯、记录不完整、记录无重点、重复记录、违规记录、错误记录 6 个方面, 观察比较 2 组护理记录的质量。**结果:**观察组的记录不连贯、记录不完整、记录无重点、重复记录、违规记录、错误记录的比例均低于对照组, 差异有统计学意义($\chi^2 = 20.731, P = 0.000; \chi^2 = 19.837, P = 0.000; \chi^2 = 9.921, P = 0.002; \chi^2 = 4.147, P = 0.042; \chi^2 = 24.500, P = 0.000; \chi^2 = 7.354, P = 0.007$)。**结论:**通过持续质量改进, 可加强护士对护理记录重要性的认识, 使其能够及时发现问题, 避免错误, 从而提高骨科危重护理记录质量。

关键词 护理记录 护理质量审核 持续质量改进 危重病人医疗

危重护理记录是对危重患者住院期间护理过程的客观记录, 包括患者的客观状况和护士为患者提供的各项护理服务, 该记录要求数据准确、叙述清楚, 因此是衡量护理质量的有效指标, 也是处理医疗事故纠纷的重要依据^[1]。持续质量改进 (continuous quality improvement, CQI) 近年来逐渐应用于临床各科, 旨在提升医疗服务质量。2011 年 5—12 月, 我们对入住重症监护病房 (intensive care unit, ICU) 的 200 例骨科危重患者进行护理记录环节 CQI, 效果满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 200 例, 男 117 例, 女 83 例。年龄 36~92 岁, 中位数 74 岁。均为入住 ICU 的骨科危重患者, 其中颅骨骨折 4 例, 颈椎骨折 2 例, 胸腰椎骨折 6 例, 肋骨骨折 8 例, 肱骨骨折 2 例, 骨盆骨折 4 例, 股骨颈骨折 79 例, 股骨转子间骨折 88 例, 胫腓骨骨折 5 例, 跟骨骨折 2 例。

2 方法

2.1 分组方法 分别选取 2011 年 5—8 月和 9—12 月的骨科危重患者护理记录各 100 份。将未实施 CQI 的 5—8 月记录设为对照组, 实施 CQI 的 9—12 月记录设为观察组。

2.2 CQI 方法 ①加强理论教育: 组织护士学习《医疗事故处理条例》, 结合实际案例讲解常见纠纷, 加深护士对举证责任的理解, 使其明确职责、提高认识, 把危重护理记录当作法律文书对待, 能够认真、及时、客观、准确地记录。②灵活制定书写规范: 根据科室特点, 制定专科书写要求, 使护士掌握术后护理记录要点; 统一记录格式, 如血压、血糖等常规检测结果列入数据模块, 微量泵用药列入药物模块; 能够采用数据

方式记录的内容, 尽量采用数据记录, 以便减少书写工作量, 提高总体工作效率; 保持护理记录完整, 防止错写、漏写, 禁止涂改、粘贴护理记录。③确保记录准确: 护理记录必须真实反映患者的诊疗护理内容^[2], 发现疑问时及时与医生沟通, 并逐一查对核实, 确认后写入护理记录; 新轮转护士书写交班记录时, 先拟草稿, 由上一级护师核对无误后再写入正式交班记录。④提高记录质量: 通过查房、授课等方式普及和强化 CQI 知识; 定期收集护士在护理记录中遇到的实际问题, 组织研讨后提出解决方案; 每月抽查部分护理记录, 认真进行案例点评。⑤健全评估体系: 建立护理质量控制反馈制度, 设专人检查各项护理记录, 详细记载记录中的有关错误和不足, 并交由记录者签字确认; 建立护理部、护士长、质量控制护士三级质量控制管理体系, 将平时抽查与定期检查相结合, 对检查中发现的问题, 及时在科室会议上讨论, 并制定改进方案; 建立良好的奖惩机制, 切实保障各项制度的实施^[3]。

2.3 评估方法 根据护理记录的特点, 结合科室具体情况, 制定护理记录质量评价体系, 比较 CQI 前后护理记录的质量改进状况。主要评价指标包括: 记录不连贯, 记录不完整, 记录无重点, 重复记录, 违规记录 (涂改、粘贴护理记录), 错误记录。

2.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行数据分析, 2 组护理记录质量主要评价指标的比较采用 χ^2 检验, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

3 结果

观察组的记录不连贯、记录不完整、记录无重点、重复记录、违规记录、错误记录例数均低于对照组, 差异有统计学意义 (表 1)。

表 1 2 组骨科危重患者护理记录质量比较 例

组别	记录不连贯		记录不完整		记录无重点		重复记录		违规记录		错误记录	
	有	无	有	无	有	无	有	无	有	无	有	无
观察组	21	79	16	84	18	82	22	78	6	94	5	95
对照组	52	48	45	55	38	62	35	65	34	66	17	83
χ^2 值	20.731		19.837		9.921		4.147		24.500		7.354	
P 值	0.000		0.000		0.002		0.042		0.000		0.007	

4 讨 论

危重护理记录是直接反映护理工作内容、步骤、质量及结果的有效依据,属于客观的病历资料^[4]。CQI 是增强和满足质量要求能力的循环活动,在质量管理体系中发挥着重要作用^[5]。随着社会的发展,患者的法律意识逐渐增强,很容易发生医疗纠纷,而详尽、完备的护理记录则是解决纠纷的重要依据。加强 CQI 的实施,提高护士的举证责任意识,对提升骨科危重护理记录质量至关重要。通过各种方式组织学习 CQI 知识,使护士具备书写护理记录的相关常识,将护理记录重点放在“事前预防”和“事中纠正”等方面,从而能够做到避免错误或发现错误及时纠正^[6]。针对科室特点,分别从人员、规范、制度上细化管理内容,将责任落实到个人,促进护士提高自身能力;设置书写护理记录的相关规范,提高护理记录书写质量;建立合理的评估和奖惩制度,以强化 CQI 的应用。

总之,通过 CQI,可加强护士对护理记录重要性的认识,使其能够及时发现问题,避免错误,从而提高骨科危重护理记录质量。

5 参考文献

- [1] 徐晓春. 护理记录书写中常见的问题及对策[J]. 临床护理杂志, 2005, 4(2): 21-22.
- [2] 肖玉芳. 3 所医院内外科护理记录缺陷原因分析与干预措施[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 21(7): 59-60.
- [3] 赵莉. 科室护理文书质控管理[J]. 护理学杂志, 2008, 23(1): 64.
- [4] 雷鉴琪, 向明芳. 我院危重患者护理记录中存在的问题与对策[J]. 中华现代护理学杂志, 2007, 4(20): 1876-1877.
- [5] 王心, 王琳, 张日欣. 质控信息本在护理文书持续质量改进中的应用与效果评价[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(25): 3060-3062.
- [6] 雷鹤. 护理管理学[M]. 西安: 第四军医大学出版社, 2006: 130-131.

(2012-05-16 收稿 2012-08-08 修回)