

康复专科医院康复护理病历书写规范探讨

贺凤莲¹ 贺银钱² (通讯作者)

(1.陕西省康复医院康复科 陕西西安 710061; 2.西安国际医学中心医院康复科 陕西西安 710100)

摘要:目的:规范康复专科医院康复护理病历书写,提高康复护理质量安全及工作效率,整体提升康复专科医院康复护理质量水平。方法:规范培训康复护理专科知识,结合病历书写基本规范,制定康复护理文书表单及七大专科康复护理病历书写规范,以规范各专科康复护理病历标准化书写。结论:制定康复护理病历书写规范后,有效提高了康复护理病历书写质量和内涵,促进了护理人员康复护理专科知识的提升,提高了护理工作效率及护理安全。

关键词:康复护理病历;书写标准;规范;病房延伸训练

Discussion on the writing standard of rehabilitation nursing medical record in rehabilitation hospital

He Fenglian¹ He yinqian² (corresponding author)

1.Department of rehabilitation, Shaanxi Provincial rehabilitation hospital, Xi'an, Shaanxi 710061

2.Department of rehabilitation, Xi'an International Medical Center Hospital, Xi'an, Shaanxi 710100

[Abstract] Objective: to standardize the writing of rehabilitation nursing medical records in rehabilitation specialty hospitals, improve the quality, safety and work efficiency of rehabilitation nursing, and improve the quality and level of rehabilitation nursing in rehabilitation specialty hospitals as a whole. Methods: to standardize the training of rehabilitation nursing specialty knowledge, and to formulate the rehabilitation nursing document form and the seven specialty rehabilitation nursing medical record writing standard in combination with the basic standard of medical record writing, so as to standardize the standardized writing of rehabilitation nursing medical record of each specialty. Conclusion: after formulating the writing standard of rehabilitation nursing medical records, the quality and connotation of the writing of rehabilitation nursing medical records are effectively improved, the improvement of the professional knowledge of rehabilitation nursing of nursing staff is promoted, and the efficiency and safety of nursing work are improved.

[Key words]: rehabilitation nursing medical record; Writing standards; standard; Ward extension training

近年来随着我国康复医学事业的快速发展,康复护理工作在各医院逐渐开展¹并初具规模,如何书写规范的康复护理病历成为护理管理者和护理人员的工作重点和难点。一份完整、规范的康复护理病历能够全面、客观地反映患者在医院接受康复治疗,病情变化,康复护理的全过程和康复效果,是衡量康复护理质量水平的标准。更是医疗事故、纠纷处理的重要依据,具有一定的法律效力。我院通过组织学习,调查研究,根据康复专科医院护理工作的特点,结合法律、法规的有关要求和实际情况,制定康复护理表格,制定了七大专科康复护理病历书写标准,规范了康复护理病历书写内容,并对护理人员开展了规范化培训,取得了一定效果。

1.方法

1.1 认真学习康复护理相关知识、病历书写基本规范及配套文件,提高认识¹¹

护理部组织学习有关卫生部《病历书写基本规范》(2010版)中护理文书书写基本规范,及关于《2010年“优质护理服务示范工程”活动方案》中要求简化护理文书书写的精神相关文件,统一思想,明确护理病历书写方向,遵循责任、安全、简化的原则¹²,结合康复专科医院护理工作特点,组织全院护理人员通过康复专科护理培训班的形式认真学习康复护理理论知识,各专科根据自己的专科特点提出康复护理病历书写要点,规范书写内容,经过制定-试用-修改,调查研究其科学性、实用性的过程,制定规范的体现各专科特点的康复护理病历书写标准。以使康复护理病历全面、客观地记录患者的康复治疗,病情变化,康复护理的全过程和康复疗效。

1.2 结合我院实际,制定康复护理病历表格 本着“遵循法规、客观反映、便于操作”的原则,制定康复护理病历表格,并请科主任、护士长、康复医生、康复治疗师、康复专科护士、病案质控人员从不同角度提出问题和意见,按照病案管理的统一格式进行修改¹¹。制定的康复护理病历表格有:各专科康复护理评估表、康复护理计划表、病房延伸训练^[1]指导单、康复护理记录单(包括危重患者康复护理记录单和一般患者康复护理记录单)。

1.2.1 制定规范地符合各专科特点地康复护理评估表 内容包括:基本资料、一般护理评估、康复专科护理评估、各类危险因素评估及告知书、健康教育指导。具体要求:评估内容全面、具体、要点突出,采用打勾式标记,减少内容书写,将各种危险因素评估表和告知书(患者跌倒、坠床危险因素评估表、压疮危险因素评估表、导管脱落危险因素评估表、患者误吸危险因素评估表、患者及陪护人员安全告知书、保护性约束告知书、健康教育表)归类、合并,简化内容,突出重点,属于高危因素的建立详细、具体的评估表,并根据病情变化及时进行评估。目的:①为制定康复护理计划提供客观依据。②减少护理人员在患者入院时建立多种评估表及告知书,提高工作效率。③避免患者入院时被动、盲目在各种评估表和告知书签字,提高患者对护理工作满意度。

1.2.2.制定康复护理计划表 内容包括:康复护理问题、康复护理目标、康复护理措施、康复效果评价。具体要求:①护理问题准确、全面,包括临床护理问题和康复护理问题及潜在并发症。②护理目标包括近期康复目标和远期康复目标,临床护理目标和康复护理目标相结合。③制定康复护理措施应围绕康复护理问题、康复护理目标,全面、具体、突出各专科康复护理要点、具有可操作性。④康复效果评价应及时、准确、客观、全面,真实反映患者康复效果。目的:以康复护理评估表为依据为患者制定个性化地,体现专科特点地康复护理计划,为康复护理工作的实施提供指导。康复护理计划制定时机:根据患者病情变化和康复疗程进展,患者入院1周内制定第一次康复护理计划,住院满1个月制定第二次康复护理计划,长期住院患者每月制定康复护理计划,病情变化或康复治疗方改变时随时制定新的康复护理计划。

1.2.3.制订病房延伸训练指导单 根据康复治疗师下达的病房延伸训练项目,康复责任护士填写病房延伸训练指导单,并张贴于患者床头,按照病房延伸训练的项目、训练频次、训练方法每天督促、指导患者进行病房延伸训练,每天执行采用打钩式记录并签名。

1.2.4.康复护理记录单 结合我院以重症康复为特色的康复专科医院的特点,护理记录单包括:危重患者护理记录单和一般患者护理记录单,记录内容包括:首次记录、转入记录、病情记录、手术记录、特殊检查治疗记录、康复团队会议记录、出院护理记录等内容,制定固定的书写模板,如:①脑损伤患者首次护理记录内容包括:生命体征+神志+主要临床病情(如常见的心房纤颤、肺炎症状、体征)+功能障碍(认知+言语+吞咽+运动、感觉+肢体形态)+留置管道+相关并发症(如压疮情况)+心理、睡眠、二便+ADL自理情况等。②病情记录中记录内容包括:疾病及并发症宣教、心理疏导、体位护理、安全防护、管道护理及辅助器具使用方法、注意事项、保养维护、照顾技巧等。康复护理指导的内容及病房延伸训练执行情况及效果观察等。③康复团队会议记录:记录康复团队会议制定的患者近期、远期康复目标,病房康复护理延伸计划是否与康复团队的训练计划一致及康复治疗效果评价。④出院护理记录内容包括:患者出院原因,目前病情,康复治疗效果,功能障碍的评估结果,出院宣教等。

康复护理记录书写原则:各种主要生命体征以表格形式记录,病情观察和康复护理措施以少量文字说明,记录内容与医生的记录内容互为补充。明确规定危重及重点观察患者记录内容,记录重点,特别强调病情变化随时记录,处理后的效果随时观察和记录。I级护理患者,每周至少记录一次,II级、III级护理患者每2周至少记录1次,患者发生病情变化时随时记录。制定各专科康复护理记录书写范本,统一格式,规范书写内容。目的:使记录内容既符合法规要求,又可以减少护士书写量,同时反映医院康复护理质量水平。

(下转第 299 页)

(上接第 297 页)

1.3 制定七大专科康复护理病历书写标准 根据我院康复专科设置特点,各专科制定符合专科要求,体现专科特点的康复护理病历书写标准。经医院护理部及病案质控管理处审核后,使用格式统一、各专科康复护理记录要素标准规范的康复护理病历书写模板。七大专科康复护理病历书写标准包括:①神经康复科康复护理病历书写标准。②骨关节康复科康复护理病历书写标准。③脊髓损伤康复科康复护理病历书写标准。④肿瘤康复科康复护理病历书写标准。⑤老年康复、心肺康复科康复护理病历书写标准。⑥低视力康复科康复护理病历书写标准。⑦儿童康复科康复护理病历书写标准。

1.4 开展多层次规范化培训 使康复专科医院康复护理病历即体现康复护理质量水平,又符合医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范常规。

1.4.1 护理部统一组织,以定期开展康复护理培训班的形式,选拔各科室优秀护理骨干定向培养,通过理论授课、实践技能操作、康复训练区进修学习等多种形式,经严格考核,评选出各专科康复专科护士。

1.4.2 康复专科护士指导下级护士康复护理工作,在日常工作中康复专科护士实践指导下级护士康复护理技术及康复护理病历书写。

1.4.3 根据护理部制定的护士分层级康复护理培训计划,科室认真按计划落实各级护理人员康复护理培训,并严格考核。

1.4.4 组织各专科康复护理病历书写标准培训,使护理人员掌握病情观察和记录要点,逐渐形成书写康复护理病历的固定模板,形成统一、规范的书写内容。

1.4.5 培训方式:各专科将具有代表性的康复护理病历书写模板制作成课件,通过多媒体讲课的形式进行相应专科护士的培训。收集护理人员在病历书写过程中遇到的问题,并及时提出解决方案。

1.5 设立有效的康复护理病历质量监管体系

1.5.1 护理部设立康复护理病历质控组,每季度对全院康复护理病历书写质量进行全面质控,对存在的问题进行现场反馈及指导,汇总质控结果,进行总结分析,提出改进措施,并持续跟踪各科室的改进效果。

1.5.2 科室设立经过康复专科培训,具有一定临床工作经验,有高度的责任心,并且具备一定的病历质控能力的高年资护士负责康复护理病历质控,每日质控康复护理病历书写质量,对书写中存在的缺陷给予指导和纠正。护士长每周抽查康复护理病历质控质量及

康复护理病历书写质量和内涵。

2.效果

规范康复专科医院康复护理病历书写后,康复护理病历有了统一、规范的格式,记录内容更加规范、具体、体现专项特点及康复护理质量水平,康复护理病历书写质量内涵提高。护理人员经过规范化培训,康复护理知识不断更新,康复护理技术水平明显提升。修改后的康复护理表格,内容全面、重点突出、书写内容简化,归类、合并、减少了各种危险因素评估表及各类告知书,提高了护士工作效率,护士有更多的时间做好基础护理,康复指导,康复延伸训练、健康教育等护理工作,患者对护理工作的满意度提高。规范各专科康复护理病历书写标准后,各专科康复护理记录要点明确,内容规范、统一,全面、客观反映了患者在医院接受康复治疗、病情变化、康复护理及康复效果的全过程,体现了康复专科医院康复护理质量水平。

3.讨论

规范康复专科医院康复护理病历书写后,解决了康复专科医院康复护理病历书写中存在的以下问题:①康复相关理论知识缺乏,康复护理病历书写质量内涵不高的问题。②康复护理病历书写缺乏统一、规范的书写标准,书写格式、内容多样化的问题。③康复护理病历和临床护理病历各成体系,未有效结合的问题。④康复护理病历未体现患者康复治疗护理的全过程,缺乏效果观察,记录内容不连续问题。⑤各种护理表格种类繁多,格式不规范,书写内容重复、重点不突出、未体现各专科特点,影响护士工作效率和患者对护理工作满意度的问题。通过制定康复护理表格,制定各专科康复护理病历书写标准,规范康复护理病历书写内容及有效的康复护理病历监管体系的严格质控,有效的提高了康复护理病历书写质量。经过系统、规范的培训,规范使用后的各专科康复护理病历可将患者住院期间康复护理的全过程详细记录在案,有利于回顾性护理研究,不断总结经验,增加举证的可信度,为康复护理科研的发展提供依据。

参考文献:

[1]周荣慧.规范护理文书书写标准完善护理病案质量监控.[J].护理管理杂志,2002,2(6):19-20

[2]张文慧.护理文书书写规范探讨.[J].中国社区医师.医学专业.2012,19(396):407

[3]谭艳美.病房延伸训练在康复护理中的应用.[R].当代护士(下旬刊).2014,05:473