

医护合作决策分级护理的临床应用研究进展

赵英男, 马冬飞, 万真真, 孙丹, 李焕焕, 邢庄婕, 李媛, 孙皎

Advances in physician-nurse collaborative decision-making on graded nursing Zhao Yingnan, Ma Dongfei, Wan Zhenzhen, Sun Dan, Li Huanhuan, Xing Zhuangjie, Li Yuan, Sun Jiao

摘要:对医护合作决策分级护理的临床应用效果进行综述,从医护合作的含义、分级护理决策主体的现状、医护合作决策分级护理的方法及临床应用效果方面进行分析和梳理,旨在为医护合作型分级护理决策模式进行最佳的规范化建设提供参考。

关键词:护士; 医生; 医护合作; 分级护理; 临床决策; 综述文献

中图分类号:R473.1 文献标识码:A DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2019.12.111

分级护理在国际上统称为患者分类系统(Patient Classification System, PCS),国外把 PCS 作为测量护理工作量的工具,目的是对现有的护理资源进行合理分配,以便最大程度上满足患者的护理需求,为护理人力资源配置及医院管理提供系统、合理及规范的依据^[1]。在我国,分级护理是根据患者病情的轻、重、缓、急以及自理能力评估的结果,给予不同级别的护理。分级护理制度是确定临床人员编制,合理安排护理人力资源、控制护理质量、制定护理服务收费标准及护士实施护理活动的重要依据^[2]。但随着护士在患者治疗、护理和康复等方面所发挥的作用日益显著以及新的专业结构的形成和护士形象的提高,使医护关系由最初的主导—从属模式逐渐向并列—互补、参与—合作模式转变^[3]。有研究发现,这种变化也导致了分级护理制度在实施过程中出现一些问题,如决策主体缺乏医护合作、医护人员对护理级别认知存在差异、医嘱的护理级别与患者所需护理级别不相符^[4]等。因此,针对上述现状,许多学者对医护合作作为分级护理的决策主体进行了研究及分析。本文从医护合作作为分级护理决策主体的临床应用效果进行综述,旨在为今后临床进一步实施此模式提供参考。

1 医护合作的概述

国外对于医护合作的概念没有规范统一的界定,如 Baggs 等^[5],Lindeke 等^[6]对于医护合作有不同的定义,但都强调了医护双方公开讨论、共享信息、共同决策、共担责任等要素。有研究表明医护合作可以改善患者的安全结局,降低患者住院期间的感染率^[7-8];也有研究表明医护合作可以降低护士的离职意愿,提高护士工作满意度,对改善医护关系等方面也有积极影响^[9-10]。

2 分级护理决策主体

决策主体影响护理级别判定的准确性,进而影响医疗服务质量,对分级护理制度的有效实施有着重要的影响。日本和德国的分级护理决策由医生根据患

者的病情确定病情观察级别,护士根据患者的日常生活照护能力(Ability of Daily Life, ADL)并结合病情、心理等因素确定护理级别,由医生和护士分别开具患者的病情观察级别和护理级别^[11]。英国,美国,澳大利亚,中国澳门的大多数医院都是由护士决定患者的护理级别,而且每所医院对决策护士的资质要求也不同^[12]。在国内,除了北京协和医院是由护士决定患者的护理级别外,大多数医院患者的护理级别是由医生根据患者的病情轻重下医嘱,护士负责执行^[13]。医护合作决策分级护理是将护士编入医疗小组,护士与医生密切配合,共同为固定的患者提供连续、全面、全程、安全及优质的医疗护理服务的模式^[14]。2013 年 11 月国家卫计委发布的《护理分级标准》,规定了护士参与决策患者的护理级别,这为医护合作型分级护理决策模式的实施提供了政策支持和依据。

3 医护合作决策分级护理

3.1 医护人员的培训 有研究者提出,医护人员在决策前需参加分级护理相关知识的培训,包含分级依据、临床诊断学、专科疾病护理、评判性思维及临床思维等内容,考核合格后开展决策相关工作^[15-16]。由此可见,开展基于医护合作的分级护理决策模式,需要医护人员掌握分级护理的核心知识和专业技能来指导实践,才能提高患者的服务质量。

3.2 医护人员合作查房 临床开展医护人员合作查房,通过与患者谈话,观察及检查身体状况等手段采集病情及相关信息;查房结束后,综合医生对患者病情级别的判定以及护士对患者 ADL 的评估,可确定患者的护理级别以及相应的干预措施。当遇到疑难问题或者分歧时,由科主任、护士长召集当时所有在岗的医护人员共同协商讨论,达成共识^[16-19]。由此可以看出医生和护士分别从患者病情和 ADL 综合考虑患者的护理级别,规避了因为一方决策所导致的主观性以及专业角度不同所导致的偏倚。而且对于同一个问题,医护人员由于专业知识的差异与互补,可以多维度、多角度地提出解决问题的方法。

3.3 动态评估 在患者住院期间的不同阶段(入院,手术,病情变化,ADL 发生变化时)对患者的实际情况进行动态评估,以调整患者的护理级别及计划措

作者单位:吉林大学护理学院(吉林 长春, 130021)

赵英男:女,硕士在读,学生

通信作者:孙皎,sunjiao@jlu.edu.cn

收稿:2019-01-15;修回:2019-03-15

施^[18-20]。护士是患者病情发生变化的敏锐观察者,医生从护士方了解到这些病情变化的关键信息后,可以对患者的现状作出准确判断,以调整相应的治疗护理措施,避免造成护理不足或者是护理过度。

3.4 床头交班 各班交班前医护人员共同在患者床头对患者进行病情讨论,依据讨论结果进行床头交接班,有利于接班的医护人员对患者实际情况有较为全面的掌握和了解,对于下一步的治疗护理措施有准确的判断依据^[17-19]。对患者的情况有疑问时,可及时与交班的医护人员进行沟通,有利于提高医护双方工作效率。

3.5 合理排班 有研究提出,护士长应合理安排好白班与夜班的值班人员,夜班护士的护理水平应尽量与医生水平相当,并保证每个班次的人力平衡^[20],便于较好地应对与协商。良好的医护合作不仅需要护士和医生之间专业知识和操作技能等方面的合理搭配,还需要考虑双方资历的匹配,合理的人力搭配可以提高医护合作的水平,提高医护工作效率,进而能够为患者提供高质量的护理服务。

4 医护合作决策分级护理效果

4.1 对患者的影响

4.1.1 护理质量 多项研究将不同科室的患者随机分为观察组和对照组,对照组由医生依据病情下达分级护理医嘱,护士落实;观察组由护士将 Barthel 评分结果告知医生,医护人员依据病情及 Barthel 评分结果决策护理级别;护理部质量督导小组每月对各项护理质量指标进行检查^[15-16, 21-22];也有研究是由科主任和护士长等组成的科质量考评小组依据《医院临床护理质量安全评审标准》对科室护理质量进行检查;还有护患纠纷、患者满意度等评价^[23-24]。结果均为观察组的护理质量高于对照组。分析原因可能是由于医护之间加强合作,护士根据患者的实际需求提供针对性的护理措施,从而有利于护理计划的落实;同时护士在工作中主动掌握患者的护理问题、观察重点、护理措施等临床资料,使护士对每例患者的护理目标更加明确,轻重有序,有利于护理质量的提高。

4.1.2 护理满意度 有研究将住院患者进行随机分组,对照组由医生根据病情进行分级护理决策,试验组由责任护士和主管医生依据病情及评分结果决策护理级别,结果患者对护理服务态度、护理操作技能水平、主动服务、护患沟通、健康教育、病房环境等满意度高于对照组^[21-23, 25]。可能是由于医护共同制定治疗护理方案,护士积极主动地观察了解患者的病情及生活自理能力等情况,有利于建立护患之间的信任关系;同时在此过程中提高了护士的观察力和判断力,为患者提供高质量的护理,患者的满意度也随之提高。

4.1.3 护理级别匹配率 护理级别与病情匹配是指医生在确定患者护理级别时是否完全依据患者的病

情和 ADL,病情的动态变化是否考虑全面。传统分级护理中,有些医生在下达护理级别医嘱时,着重于考虑患者的病情并且会为了安全起见提高患者的护理级别,但在患者病情好转时并没有对患者的护理级别进行及时调整,造成患者的护理级别与实际需求不一致,护理措施落实不到位,导致护理资源的浪费。有研究通过对不同科室的患者分组,常规组由医生确定护理级别;研究组由医生和护士组成小组,共同对患者进行入院评估、确定护理级别。护理质量督导小组每月 2 次不定时检查护理级别与患者实际病情匹配情况。结果观察组护理级别与患者病情匹配率显著高于常规组^[18-19, 26]。以上研究结果提示,医生和护士共同评估、决定患者的护理级别,有利于防止工作疏漏,保证护理级别与患者的病情相匹配。

4.1.4 其他 有研究将某一时间段入院的产妇进行随机分组,常规组由医生依据产妇情况进行分级,护士负责执行;合作组护士对产妇进行 Barthel 评分,医生参考评分结果决定产妇的护理级别^[27-28];将产妇出血率,产后感染等作为产妇护理结果的评价指标。孙秀杰等^[24]将 2 型糖尿病患者的平均住院日、1 个月内再入院率、医院感染发生率、压力性溃疡等作为患者护理结果的评价指标。这些研究均表明医护合作型分级护理决策模式有利于改善患者的护理结果。可能是由于医护人员之间有效的沟通合作,为患者提供有针对性的治疗护理措施,改善了患者的护理结果。

4.2 对医护人员影响

4.2.1 分级护理流程标准的执行力 有研究报告,传统组由医生下达分级护理医嘱,护士执行;合作组由主管医生和责任护士共商治疗、护理目标,确定护理级别,动态评估不同阶段的变化^[24, 26]。结果医护合作组护士的医嘱理解能力、专科知识能力、生活知识沟通能力、护理问题处理能力等均优于传统组。医护之间加强沟通,有利于护士对医嘱的理解,护士工作积极性提高,主动学习专业知识来提高自己的职业素养。

4.2.2 分级护理模式的满意度 吴妙君等^[20]、王璐等^[25]报告,医护合作共同对患者进行诊断和界定护理级别,有利于提高医护双方对分级护理制度的满意度。护士在参与过程中得到医生和患者的认可,增强了护士的职业认同感,体现了其职业价值,因此护士对分级护理模式的满意度提高。同时护士的主动参与和专业知识的提高,可以帮助医生实现患者的治疗目标以及降低不良事件发生率,提高医生对护理工作的满意度,进而提高对分级护理制度的满意度。

4.2.3 分级护理内容的知晓度 田风华等^[29]的研究为常规组由医生下达护理级别医嘱;合作组由护士通过医院信息系统评价患者的 Barthel 评分,并将评分结果从护士工作站传送到医生工作站,医生确定护理级别,其后医护人员相互沟通和动态调整患者的护理级别。结果合作组护理分级相关内容知晓程度优

于常规组。医生很少有机会学习了解分级护理的相关知识,大多数护士在临床中是执行者而不是决策者,从而造成理论与实践的脱节,通过培训,可以提高医护双方对分级护理内容、分级依据等相关知识的理解和掌握。

4.2.4 工作的积极性 朱爱武等^[21]研究发现,医护合作型分级护理决策模式可提高护士工作积极性。该研究选取 398 例神经外科的住院患者,随机分为两组,对照组采用传统分级护理模式,观察组由责任护士在患者入院 6 h 内用 Barthel 量表对患者进行 ADL 评估,然后主管医生和责任护士依据患者病情变化及 Barthel 评分结果,决策护理级别及治疗护理措施。护士的角色由被动执行者转换为主动决策者,在医护合作过程中,护士主动为患者提供高质量的护理,患者的护理结果及满意度随之提高,从而会增加护士的成就感,体现职业价值,调动其工作主动性和积极性。

5 小结

在分级护理决策中,医护合作作为决策主体具有合理性。由医生评估患者的病情轻重,护士评估患者的 ADL,双方依据评估结果共同决定护理级别,使护理服务更具有针对性和个性化,同时还能体现护理专业的特性和价值。目前,随着信息化、智能化的发展,国内外均开始使用计算机辅助系统支持患者分级,利用信息技术量化患者护理需求。其优点主要有分级标准规范统一;计算机编程量化的护理需求,更加客观合理;最大程度实现患者与医疗资源之间的平衡,满足患者的实际需求 3 个方面。目前,我国部分医院的分级护理条目内容笼统,划分标准不清晰、缺乏客观量化的依据,决策主体缺乏医护合作等问题。未来的研究可以借助计算机技术和智能化技术,结合我国实情进一步开发、完善护理分级系统,使护理分级细化、精准,易于执行,使患者受益。

参考文献:

[1] Alward R R. Patient classification systems: the ideal vs. reality[J]. J Nurs Adm, 1983, 13(2): 14-19.

[2] 徐建萍,石贞仙,谢仙萍,等. 从护理工作量分析评价级别护理的适用性[J]. 中国护理管理, 2008, 8(7): 35-37.

[3] Dahl M. Nurses: an image change still needed[J]. Int Nurs Rev, 1992, 39(4): 121-123, 127.

[4] 王显柏,李锐. 分级护理制度的实施现状与发展趋势[J]. 现代临床医学, 2015, 41(4): 310-312, 315.

[5] Baggs J G, Ryan S A, Phelps C E, et al. The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit[J]. Heart Lung, 1992, 21(1): 18-24.

[6] Lindeke L L, Sieckert A M. Nurse-physician workplace collaboration[J]. Online J Issues Nurs, 2005, 10(1): 5.

[7] Ma C, Park S H, Shang J. Inter- and intra-disciplinary collaboration and patient safety outcomes in U. S. acute care hospital units: a cross-sectional study[J]. Int J Nurs Stud, 2018, 85: 1-6.

[8] Boev C, Xia Y. Nurse-physician collaboration and hospi-

tal-acquired infections in critical care [J]. Crit Care Nurse, 2015, 35(2): 66-72.

[9] Galletta M, Portoghese I, Carta M G, et al. The effect of nurse-physician collaboration on job satisfaction, team commitment, and turnover intention in nurses[J]. Res Nurs Health, 2016, 39(5): 375-385.

[10] Edwards P B, Rea J B, Oermann M H, et al. Effect of peer-to-peer nurse-physician collaboration on attitudes toward the nurse-physician relationship [J]. J Nurses Prof Dev, 2017, 33(1): 13-18.

[11] 宫建美,刘晓丹,吴世菊,等. 国内外分级护理制度比较分析[J]. 护士进修杂志, 2009, 24(24): 2227-2229.

[12] 张倩,韩世范. 国外和中国港澳地区分级护理决策现状访谈报告[J]. 全科护理, 2009, 7(32): 2915-2916.

[13] 吴欣娟,李玉乐,谢瑶洁. 我国分级护理实施现状及建议[J]. 中国护理管理, 2008, 8(2): 5-7.

[14] 石英,杨辉,展淑敏,等. 医护合作型责任制护理模式的实践及效果[J]. 中国护理管理, 2013, 13(2): 22-25.

[15] 马丽,王容,黄彩莲. 医护协作对分级护理决策的影响[J]. 护理研究, 2014, 28(27): 3429-3431.

[16] 李玉梅,郎红娟,仲月霞,等. 泌尿外科医护合作决策分级护理的研究[J]. 国际护理学杂志, 2017, 36(5): 676-679.

[17] 毕莉. 妇产科医护合作决策分级护理级别的分析[J]. 大家健康(学术版), 2016, 10(13): 63-64.

[18] 石永丽,王艳侠,孟俊芳,等. 妇产科医护合作决策分级护理级别的研究[J]. 护理学杂志, 2014, 29(4): 5-7.

[19] 顾仕红,陆幼群. 医护合作决策分级护理级别在产科护理中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2016, 24(22): 59-60.

[20] 吴妙君,周利琼,林丹凤,等. 医护人员共同制定分级护理制度在妇产科中的应用效果[J]. 中国医学创新, 2017, 14(1): 131-134.

[21] 朱爱武,夏晓清,朱丽娟. 基于医护合作决策的分级护理的实施效果[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(21): 25-28.

[22] 袁文清,时咏梅,位兰玲,等. 医护合作型分级护理决策模式实践[J]. 中国护理管理, 2013, 13(2): 105-107.

[23] 谢春艳. 河北省某县级医院医护合作共同决策分级护理模式实施效果分析[J]. 医学与社会, 2016, 29(8): 85-87, 99.

[24] 孙秀杰,康维强,王玉玲,等. 医护合作型分级护理模式在 2 型糖尿病患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(34): 3-5.

[25] 王璐,史铁英,尹安春,等. 住院患者护理工作满意度量表的编制及信度效度检验[J]. 护理学报, 2014, 21(3): 37-41.

[26] 袁文清,位兰玲,韩玉芬,等. 综合医院构建医护合作型分级护理模式的应用研究[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(11): 70-72.

[27] 孙香玲,申屠飞兰,朱品俐,等. 医护合作型分级护理决策模式对产妇产结局的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(34): 4220-4223.

[28] 郭娟. 医护合作型分级护理决策模式对产妇的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2014, 20(20): 38-39.

[29] 田风华,孙玉娟,梁靖,等. 应用医护一体化实施护理分级的效果评价[J]. 内蒙古医科大学学报, 2016, 38(S1): 118-121.