

护理病历质量评估工具的研究进展

黄安乐, 卜子涵, 薛梦婷, 李青云, 杜世正, 孟娣娟, 徐桂华

Tool for quality assessment of nursing chart: a literature review Huang Anle, Bo Zihan, Xue Mengting, Li Qingyun, Du Shizheng, Meng Dijuan, Xu Guihua

摘要: 从护理病历质量评价的理论框架、指导原则、评价维度、评估工具等方面综述护理病历质量评价的研究进展, 指出我国护理病历质量评估工具的构建应立足于充分的理论基础, 结合各专科护理工作的特点, 并依托计算机技术融入临床护理信息管理系统, 从而实现护理病历的系统评价和护理质量的持续改进。

关键词: 护理病历; 质量; 质量评价; 评估工具; 综述文献

中图分类号: R471 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.08.110

护理病历是护理人员对患者实施身心整体护理的全部记录和总结, 是护理程序的文字记录形式, 反映了护理的全过程和护理质量^[1]。护理病历可作为护理工作交接班的资料记录, 为护理工作的质量评定提供参考, 在医学领域为科学研究提供临床资料, 必要时可在医疗诉讼中提供法律佐证^[2]。研究表明, 目前临床护理病历存在漏记、记录不及时、应用主观判断语言等缺陷^[3]。护理病历作为具有法律效力的举证依据, 其真实性、完整性、规范性应得到更高的重视^[4]。因此, 做好护理病历的质量控制是临床工作者迫切需要解决的问题, 但目前我国缺乏护理病历质量评价的相关研究, 阻碍了护理病历的质量改善。本文介绍国内外护理病历质量评价的理论框架、指导原则、评价维度和评估工具, 明确我国相关研究的不足与发展方向, 旨在为提高护理病历质量提供参考。

1 护理病历质量评价的理论框架

1.1 护理程序 护理程序实现了以任务为中心向以人为中心护理模式的转变, 具备完善护理病历的理论要素^[5]。国际护士理事会等健康相关组织认为其可作为记录护理病历的标准工具^[6]。Ehnfors 等^[7]1992 年根据护理程序构建以“健康、整体、预防、安全”为照顾目标的护理病历评价模型(简称 VIPS 模型), 该模型由两个级别的关键词系统组成, 第一级别对应护理程序的各个阶段, 包括既往史、患者状态、护理诊断、护理目标、护理干预、护理结局、出院记录 7 个关键词。第二级别为既往史、患者状态和护理干预下的次级关键词。可根据各级关键词对护理病历进行解析和结构化, 从而反映护理实践的基本要素。目前, 该模型已在瑞典、挪威、丹麦等国家广泛运用, 被验证可改善护理病历书写规范, 促进护理质量提高^[8]。

1.2 健康相关生活质量模型 该模型由 Wilson 和

Cleary 于 1995 年提出, 将患者结局概括为生理因素、症状状态、功能状态、一般健康感知、个人特征、环境特征和整体生活质量 7 个维度, 并明确各维度间的因果关系^[9]。该模型弥补了传统生物医学模型只考虑生理学结局的不足, 纳入个体差异、社会环境和应对方式等方面的心理学评价指标。Davis 等^[10]运用该模型对临床 100 份护理病历进行评价, 发现护理病历普遍缺少一般健康感知和整体生活质量 2 个维度的记录内容, 并提出该模型可作为组织框架嵌入护理文档系统, 用于收集丰富客观的临床数据, 有助于挖掘护理措施和护理结局的关联性, 指导科学合理地设计护理干预方案并预测患者健康相关结局的发展趋势。

1.3 以人为中心的护理框架 由 McCormack 等^[11]于 2006 年构建, 提倡护患互相尊重和治疗性人际关系的照理念。Ekman 等^[12]指出人作为具备理性、意志、情感和需求的个体, 可参与个人的护理和治疗, 成为医务工作者积极的合作伙伴。该理论框架分为患者的信仰和价值观、决策共享、互动、同情心和整体护理 5 个维度。Broderick 等^[13]指出, 该框架可作为临床护理病历的数据提取指南, 有效评价护理病历的全面性。

2 护理病历质量评价的指导原则

Griffith^[14]指出护理病历条目必须基于事实, 清楚并附上日期、时间和签名, 具有可靠、及时、共享的特征, 才能表明护士已履行护理职责。Jefferies 等^[15]审查了 CINAHL 1982~2008 年和 Medline 1996~2008 年有关护理病历质量评价的文献, 确定护理病历的记录原则应包括 7 个方面, 即以患者为中心, 记录护士的实际工作(含教育和心理社会支持), 反映护士客观的临床判断, 书写结构有逻辑性, 记录及时, 记录患者的状况改变, 符合法律要求。

3 护理病历质量评价的维度

Ehrenberg 等^[16]检索了 1990 年 1 月至 1999 年 10 月 Medline 和 CINAHL 数据库中关于护理病历质量审查的文献, 最终对 56 篇纳入文献进行分析, 确定护理病历质量评价的 4 个维度: ①结构形式, 包括签

作者单位: 南京中医药大学护理学院(江苏 南京, 210023)

黄安乐, 女, 硕士在读, 学生

通信作者: 徐桂华, xgh_88@126.com

科研项目: 国家自然科学基金面上项目(71673149)

收稿: 2019-11-12; 修回: 2019-12-31

名、日期和时间、患者身份、易读性和缩写准确性;②书写过程,主要评估护理程序各步骤的一致性和全面性,用于系统地记录患者照顾问题或需求的程度,揭示了护理工作流程的逻辑性和完整性;③循证,以临床指南或既定标准为基础,主要评估病历内容的科学性;④准确性,分为完整性和正确性两方面,主要评估护理病历和实际护理内容的一致性。

4 护理病历质量评估工具

4.1 NOGA 评估协议 1993 年,瑞典南部卫生保健中心提出护理记录应当在遵循现行规章制度的基础上,充分考虑到患者对安全优质护理的需要。Nordstrom 等^[17]在此倡导下开发了 NOGA 评估协议。该协议根据护理程序五步骤制定了相应的条目,各条目通过评估各步骤“有”或“无”,以及是否记录日期与执行者签名进行评分,分值为 0~5 分。当护理程序的每一步都能被清楚识别并附上签名与日期为最佳护理记录,可给予最高分。该工具的评分者信度为 80%~100%,具有良好的可靠性。Nordstrom 等^[17]运用 NOGA 评估协议对 10 所医院 37 个病房,共计 380 份护理病历进行评价后,发现该工具使用简便,审查结果有效,且具备良好的外推性。Nilsson 等^[18]在评价 NOGA 评估协议在临床环境下的使用效果中指出,该工具虽在评估护理流程规范性方面具有一定的价值,但目前仅开发了量性条目,不能深度挖掘护理病历的内容质量,仅推荐作为护理病历质量评价的初始工具。

4.2 Cat-ch-Ing 1996 年,Bjövell 等^[8]根据 VIPS 模型、瑞典法律、医院政策开发了护理病历质量评估工具 Cat-ch-Ing。该工具从质性和量性的评价标准综合评价护理病历质量,其中量性标准主要衡量护理病历的完整性,质性标准用于衡量护理病历的清晰度、准确性以及是否正确使用护理语言。该工具提出护理病历应记录的 17 个问题,分别是护理程序(11 个条目),日期、签名、易读性(4 个条目)、关键词、主管护士身份识别。各条目均构建了 0~3 分的评分尺度,质性标准中“0”代表差,“3”代表非常好,量性标准中完整度为 100%计 3 分;达到 50%以上计 2 分;低于 50%计 1 分,总分 0~80 分。经检验,该工具的 Cronbach's α 系数 0.72~0.89,内容效度为 0.20~1.00,效标关联效度为 0.68,具有良好的信效度。Rykkje 等^[19]使用该工具对电子化护理病历进行评价,发现该工具适用于测评护理病历阶段性的质量改变,但存在评分尺度敏感性较低的不足,与 Darmer 等^[20]研究结论一致。Cat-ch-Ing 工具首次将护理病历的内容质量纳入评价体系,评价内容更加客观完善,可作为护理病历阶段性的质量评价工具。

4.3 护理诊断、干预、结局质量评估工具(the Quality of Nursing Diagnosis, Intervention, Outcomes In-

strument, The Q-DIO) 2008 年, Müller-Staub 等^[21]在瑞士护理协会的支持下,根据护理程序和北美护理诊断协会护理诊断、护理措施分类、护理结局分类开发了 The Q-DIO。该工具包括护理诊断过程(11 个条目)、确立的护理诊断(8 个条目)、护理措施(3 个条目)和护理敏感性结局(7 个条目)4 个维度,共计 29 个条目。护理诊断采用 0~2 分的评分标准,后 3 者均采用 0~4 分的评分标准。经检验,该工具的内容效度 100%,表面效度 88.25%,评分者信度 0.99,重测信度 0.98,各维度 Cronbach's α 系数分别是 0.83、0.98、0.90、0.99,具有良好信效度^[22]。2012 年,Linch 等^[23]对该工具的葡萄牙语版进行临床测评,其 Cronbach's α 系数为 0.97,各维度 Cronbach's α 系数为 0.88、0.95、0.66、0.97,可作为巴西医疗卫生场所评价护理病历质量的可靠工具。此外,Linch^[24]又分别在瑞士和美国的三个研究中心对 180 份心脏术后患者的护理病历进行分析,得到 Cronbach's α 系数高于 0.70,ICC 为 0.64~0.85。综上所述,该工具能适应复杂的临床环境,在不同国家、不同研究场所均表示出良好的信效度,具有良好的外推性。

4.4 D-catch 2008 年,Panns^[25]基于护理诊断准确度等级表^[26]和 Cat-ch-Ing 开发了 D-catch 测评量表。该量表主要从病历结构、入院记录、护理诊断、护理措施、护理结局、易读性 6 个条目对护理病历进行质量评价。条目 2~5 采用的是质性和量性综合评价的评分方式,条目 1 和 6 采用量性评价的评分方式。各条目均采用 Likert 4 级评分。量性条目评价护理病历的完整性(完整=4 分,部分完整=3 分,不完整=2 分,未记录=1 分),质性条目评价护理病历的相关性、正确性和准确性(非常好=4 分,好=3 分,一般=2 分,差=1 分)。该量表的评估人员需为注册护士或本科四年制的护理学学士,且必须通过 20 h 的培训课程。Panns^[25]应用该量表在荷兰 7 所医院,对 245 份护理病历进行了信效度和主成分分析测试,结果显示该模型的累计方差贡献率达 63.2%,ICC 为 0.742~0.896,Cronbach's α 系数 0.722,具有良好的有效性和可靠性。D'Agostino 等^[27]对意大利版 D-catch 进行检验,ICC 为 0.849~0.955,Cronbach's α 系数 0.82(排除条目 3),表现出良好的稳定性。Tuinman^[28]使用 D-catch 对荷兰长期照顾机构护理病历的准确性进行评价,得出 Cronbach's α 系数为 0.80,该工具能清晰反映出长期照顾场所护理病历在照护记录准确性和连贯性上的不足,推荐作为长期照顾场所的护理病历质量评估工具。

4.5 澳大利亚老年护理质量评估工具(Quality of Australian Nursing Documentation in Aged Care Instrument, QANDAC) 2013 年,Wang 等^[29]提出目前国际上护理病历质量评估工具不适用于长期照顾

场所的现状,基于护理程序理论开发了 QANDAC,主要用于判断护理病历能否满足老年服务内容与护理管理的实际需要。该工具包括 3 个部分,总计 34 个护理问题,既往史和护理评估完整性(6 个条目)、护理程序的描述(18 个条目)、数据录入要求(10 个条目)。其中 32 个条目采用 0~4 分的 5 分制计分,2 个条目通过“是/否”记录(“是”=4 分,“否”=0 分)。通过条目总分除以条目数计算出最终得分,得分越高,代表护理病历的质量越高。经检验,其中 33 个条目内容效度比(CVR)0.60~1.0,单一条目 CVR 为 0.20,评分者信度为 81%~100%^[30]。该工具适用于长期照顾场所护理病历的质量评价,可为构建我国养老机构护理病历质量评估工具提供参考。

4.6 护理病历完整性查验工具 我国学者王华芬^[31]根据 JCI 的患者评估标准、病历质量要素及审查方法制定了护理病历完整性查验工具,由护理初始评估、再评估、健康教育评估、护理计划 4 个一级指标及 24 个二级指标组成。采用“是、否、不适用”3 个层级进行评价,其中“是”表明有准确的评估记录,“否”表明评估记录不准确或有遗漏,“不适用”表明患者无此需求。采用该工具对全院 51 个护理单元,共计 1 500 份病历进行查验,结果表明该工具指标设置合理,使用方便,可以提高护理病历完整率,缩短护理病历查验时间。

5 思考与启示

护理病历质量评估工具是护理质量评价和改进的前提。国外的评价方式从早期的量性评价逐步向质性和量性综合评价方向发展,评价内容也渐趋全面,且大都对评估工具进行了信效度检测。目前国内各级医院对护理病历的评价标准大多停留在病历书写基本规范上,评价指标也多集中在病历的合格率、优良率、缺陷频次等简单量性指标^[32-33],不能客观真实地反映护理病历质量。因此未来我国需加强相关研究,构建内容全面、多维角度、适合国情的护理病历质量评估工具,从而指导临床护理质量改善。

5.1 提升护理病历质量评价的理论基础 国外护理工作普遍遵循护理程序模式,护理病历的评估内容主要从护理程序各步骤进行提取,临床实证结果大都表现出良好的心理测量学特性。我国有学者依据 Donabedian 质量评价模型中环节质量、终末质量 2 个方面制定护理文书的质量评价标准并进行应用,取得显著成效^[34-35]。由此可见,理论框架是构建护理病历评价指标的重要工具,未来我国学者可参照国外护理病历评估工具的开发程序,选择成熟的理论框架,发展符合我国国情的护理记录模式,制定本土化的护理病历质量评估工具。

5.2 构建专科化护理病历质量评估工具 近年来,护理专科化发展已成为临床实践的发展策略和方

向^[36],如何进行专科化护理建设是国内外学者广泛关注的问题。陈璐等^[37]提出专科化护理建设的管理模式包括专科护士的分级培训及使用、专科护理技术的发展、质量控制三大体系。护理病历作为质控的重要内容,其专科化发展是护理质量获得长足发展的客观要求。然而目前国内外的护理病历质量评估工具尚未进行专科的细化与发展,不符合未来临床护理的发展要求。因此,如何结合临床各专科护理常规、护理要点、观察内容、护理措施的特色,抓取有效的质量评价指标,发展专科化的评估工具是我国学者需要进一步关注并解决的问题。

5.3 护理病历质量评估工具的信息化发展 当今信息通信技术正改变着人类传统的学习和生活方式,也引发了护理事业的深刻变革。护理信息化已成为未来的发展趋势^[38],同时标准化的护理语言作为国际公认的统一术语,是实现信息化建设过程中信息共享和互联互通的重要媒介^[39]。因此,采用标准化术语为内容框架,实施信息化管理的评估工具是未来的临床所需。有学者将护理文书质量评估融入电子化的信息管理,实现了护理文书的全程实时监控,这是我国护理文书质量评价进行信息化发展的初步探索^[40]。刘静等^[41]探讨了住院病房护理文书属性及其数据元标准化,表明所有文书均有可能实现电子化和标准化。因此,未来需要继续推动护理质量评价向着数字化、智能化的方向发展,最大限度地提高护理质量和管理效益。

参考文献:

- [1] 张玉英. 护理文书书写规范[M]. 昆明:云南科技出版社, 2018:6.
- [2] 梁少敏.“举证责任倒置”与产科护理管理新思维[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(14):88-90.
- [3] 顾梅丽, 黄梅. 影响科室护理文书质量的原因分析及对策[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(30):252-253.
- [4] 赵洁, 陈质雅. 举证倒置对解决护理行为中存在法律问题的影响及对策[J]. 中国实用医药, 2014, 9(17):251-253.
- [5] Ehnfors M. Nursing documentation practice on 153 hospital wards in Sweden as described by nurses[J]. Scand J Caring Sci, 1993, 7(4):201-207.
- [6] Ofi B, Sowunmi O. Nursing documentation: experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria[J]. Int J Nurs Pract, 2012, 18(4):354-362.
- [7] Ehrenberg A, Ehnfors M, Thorell-Ekstrand I. Towards basic nursing information in patient records[J]. Vard Nord Utveckl Forsk, 1991, 11(3-4):12-31.
- [8] Björvell C, Thorell-Ekstrand I, Wredling R. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record[J]. Qual Health Care, 2000, 9(1):6-13.
- [9] Sousa K H, Kwok O M. Putting Wilson and Cleary to the test: analysis of a HRQOL conceptual model using

- structural equation modeling[J]. *Qual Life Res*, 2006, 15(4):725-737.
- [10] Davis A L, Holman E J, Sousa K H. Documentation of care outcomes in an academic nursing clinic: an assessment[J]. *J Am Acad Nurse Pract*, 2000, 12(12):497-502.
- [11] McCormack B, McCance T. Development of a framework for person-centred nursing[J]. *J Adv Nurs*, 2006, 56(5):472-479.
- [12] Ekman I, Swedberg K, Taft C, et al. Person-centered care-ready for prime time[J]. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2011, 10(4):248-251.
- [13] Broderick M C, Coffey A. Person-centred care in nursing documentation[J]. *Int J Older People Nurs*, 2013, 8(4):309-318.
- [14] Griffith R. What to include in a nursing record[J]. *Br J Nurs*, 2016, 25(9):520-521.
- [15] Jefferies D, Johnson M, Griffiths R, et al. Engaging clinicians in evidence based policy development: the case of nursing documentation[J]. *Contemp Nurse*, 2010, 35(2):254-264.
- [16] Ehrenberg A, Ehnfors M, Smedby B. Auditing nursing content in patient records[J]. *Scand J Caring Sci*, 2001, 15(2):133-141.
- [17] Nordstrom G, Gardulf A. Nursing documentation in patient records[J]. *Scand J Caring Sci*, 1996, 10(1):27-33.
- [18] Nilsson U B, Willman A. Evaluation of nursing documentation. A comparative study using the instruments NoGA and Cat-ch-ing after an educational intervention [J]. *Scand J Caring Sci*, 2000, 14(3):199-206.
- [19] Rykkje L. Implementing electronic patient record and VIPS in medical hospital wards: evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument Cat-ch-Ing[J]. *Nord J Nurs Res*, 2009, 29(2):9-13.
- [20] Darmer M R, Ankersen L, Nielsen B G, et al. Nursing documentation audit—the effect of a VIPS implementation programme in Denmark[J]. *J Clin Nurs*, 2006, 15(5):525-534.
- [21] Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions and outcomes[J]. *Int J Nurs Terminol Classif*, 2009, 20(1):9-15.
- [22] Müller-Staub M, Lunney M, Odenbreit M, et al. Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO[J]. *J Clin Nurs*, 2009, 18(7):1027-1037.
- [23] Linch G F, Rabelo-Silva E R, Müller-Staub M, et al. Validation of the Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) instrument for use in Brazil and the United States[J]. *Int J Nurs Knowl*, 2015, 26(1):19-25.
- [24] Linch G F. Cross-cultural adaptation of the Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) instrument into Brazilian Portuguese[J]. *Int J Nurs Knowl*, 2012, 23(3):153-158.
- [25] Panns W. D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals[J]. *J Adv Nurs*, 2010, 66(6):1388-1400.
- [26] Lunney M. Accuracy of nursing diagnoses: concept development[J]. *Nurs Diagn*, 1990, 1(1):7-12.
- [27] D'Agostino F, Barbaranelli C, Paans W, et al. Psychometric evaluation of the D-Catch, an instrument to measure the accuracy of nursing documentation[J]. *Int J Nurs Knowl*, 2017, 28(3):145-152.
- [28] Tuinman A. Accuracy of documentation in the nursing care plan in long-term institutional care [J]. *Geriatr Nurs*, 2017, 38(6):578-583.
- [29] Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed method systematic review[J]. *J Adv Nurs*, 2011, 67(9):1858-1875.
- [30] Wang N, Björvell C, Hailey D, et al. Development of the Quality of Australian Nursing Documentation in Aged Care (QANDAC) instrument to assess paper-based and electronic resident records [J]. *Australas J Ageing*, 2014, 33(4):18-24.
- [31] 王华芬. 护理病历完整性查检工具的设计与应用[J]. *中国护理管理*, 2015, 15(10):1234-1236.
- [32] 阮鹤瑞, 苏晓洋, 张晓英, 等. 归档病案质控中护理文书缺陷及对策[J]. *中国病案*, 2014, 15(10):35-37.
- [33] 陈冬连, 朱艳艳, 龚黛琛, 等. 护理病历质量监控的探讨[J]. *中国病案*, 2014, 15(7):16-17.
- [34] 贺锦花, 谢继英, 孙玉红. 护理文书质量评价标准细则的制定及应用实践[J]. *护理学杂志*, 2010, 25(6):1-4.
- [35] 李平, 牟善芳, 荆淑红, 等. 中医医院护理文书质量评价指标体系的建立与应用[J]. *护理学杂志*, 2009, 24(4):1-3.
- [36] American Association of College of Nursing. The essentials of master's education for advanced practice nursing [M]. Washington DC: AACN Publishing, 1996:5.
- [37] 陈璐, 陈湘玉. 临床专科护理管理实践[J]. *中国护理管理*, 2013, 13(8):87-89.
- [38] 唐翠. 应用信息技术加强护理质量管理的方法与效果[J]. *护理学杂志*, 2012, 27(21):9-10.
- [39] 孟祥红, 禹小娟, 顾建芳, 等. 基于 JCI 标准的护理记录中护理诊断标准化现状分析[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(5):49-52.
- [40] 谢萍, 郑军, 郭晓娟, 等. 电子护理文书闭环质量控制系统的 应用及效果评价[J]. *中华护理杂志*, 2018, 53(7):806-809.
- [41] 刘静, 刘晓燕, 娄凤兰, 等. 住院病房护理文书属性及其数据元标准化探讨[J]. *护理学杂志*, 2010, 25(1):4-7.