



從病歷書寫品質現況分析來改善病歷寫作教學

郭玲玲¹, 曾進忠², 黃涵薇³, 王淑演⁴, 胡祐寧⁵, 洪瑄¹, 王竣令², 林寶彥⁵, 陳柏帆⁶, 劉清泉^{7*}, 阮俊能^{5*}

*equal contribution

¹ Institute of Education, National Cheng Kung University; ² Department of Internal Medicine, National Cheng Kung University Hospital and Medical College; ³ Department of Neurology, National Cheng Kung University Hospital and Medical College; ⁴ Quality Center, National Cheng Kung University Hospital and Medical College; ⁵ Division of Cardiovascular Surgery, Department of Surgery, National Cheng Kung University Hospital and Medical College; ⁶ Department of Obstetrics and Gynecology, National Cheng Kung University Hospital and Medical College; ⁷ Department of Pediatrics, National Cheng Kung University Hospital and Medical College, National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan

Introduction

病歷是醫療團隊溝通的平台，也是每個病人治療歷程的紀錄，而病歷的內涵則連結了醫學教育當中的六大核心能力：病人照護(Patient Care)、醫學知識(Medical Knowledge)、從工作中學習及成長(Practice-based learning and improvement)、人際關係及溝通技巧 (Interpersonal and communication skills)、專業素養(Professionalism)、以及制度下之臨床工作(Systems-based practice)，因此病歷書寫的重要性不言而喻。

儘管如此，目前成大醫學院的課程當中並沒有以指導病歷書寫為主的課程而在醫學生畢業後，病歷書寫學習的機會更加受限於醫療作業所分配的時間往往沒有辦法花太多的精神在病歷書寫上面。更遑論個人病歷書寫要有那些改進的地方，因此，由病歷書寫所傳遞的教學、自我成長、病人照護等的功能日益薄弱。成大醫院品質管理中心自2018年12月至2019年5月之間進行全院抽電子病歷審查，藉由這樣的審查結果，期望能夠建立一個評估病歷品質的基本標準，也希望能適用於各個不同的科別，醫師依照這個標準撰寫病歷再依照科別特性做病歷內容的延伸。我們運用此審查結果，希望針對各個科別住院醫師在電子病歷的撰寫表現下的缺失予以分析，提供教師們在針對病歷撰寫教學時候，所需要加強的要點資訊。更重要的是，我們期待藉由這樣的病歷審視後所歸納出的撰寫要點，能讓住院醫師與醫學生能夠抓住這些要點，學習歸納重要臨床資訊，也能間接的自我訓練六大核心能力。

Methods

本研究針對住院醫師所撰寫的電子病歷做審視，分階段進行，包含病歷寫作宣導期、電子病歷評分期。針對主治醫師則多增加一個病歷改善方法彙整期。

病歷寫作宣導

第一階段自2018年12月至2019年4月進行宣導，研究團隊首先參考國內醫學中心以及文獻當中，針對病歷內容的要求項目做溝通，共同討論出病歷資料內部應具備的重要資訊及評分標準，建立評分共識。接著研究者至各個科別，以病房為單位，在該單位的住院醫師進行病歷寫作宣傳，總共36個單位，宣導內容包含紀錄是否合乎邏輯性與合理性、縮寫是否全院共通、檢驗資料是否列入單位、檢驗檢查是否有對應的診斷、住院超過七日的病歷是否有週摘要等(表一)。

電子病歷評分期

第二階段自2019年5月1日至31日，研究團隊內總共有七位評分者，針對先前所討論出的重要項目(稱為查核項目，如表一)給予評分等級。

表一、經過研究團隊閱讀文獻與討論後所建立的「住院醫師病歷審查評分表」。

病歷審查表(住院醫師)		2019.02			
病歷號碼	審查日期	年	月	日	
病患姓名	入院日期	年	月	日	
科別	主治醫師				
病房別	總分				
審查項目	審查內容	優	佳	可	改
入院紀錄 (admission note) 25分	1. Present illness內容清楚且依時間順序排列、分節，紀錄完整及正確的病況	8	7	6	0
	2. Review of System若檢查為positive finding，有確實加以說明	5	4	3	0
	3. 身體診察(PE)與疾病的症狀相符合且對應於診斷及治療計畫	7	6	5	0
	4. Education plan確實紀錄預防計畫，非治療計畫	5	4	3	0
問題導向表 (problems list) 8分	5. 於住院期間正確且完整的依次寫出problems	4	3	2	0
	6. Problems list內容與病程紀錄(Progress Note)相對應	4	3	2	0
病程紀錄 (progress note) 25分	7. 病程紀錄內容無一再copy & paste且錯別字重複出現	7	6	5	0
	8. 有描述用什麼方式治療的第幾天，與前幾天比較症狀的好壞及新檢驗數據的變化(如記載抗生素治療天數、手術後天數、放射線治療、...等)	3	2	1	0
	9. 詳細記載新的問題或病況的變化，且有修正診斷或調整治療計畫	6	5	4	0
	10. Objective data已記載的資料，如：實驗數據、影像檢查等，無重複出現在assessment備註：重要者不在此限，連續性追蹤數據宜經整理呈現	3	2	1	0
	11. Plan有註明重要檢查及危險值的適應症以及檢查後有記載結果及下一步計劃	3	2	1	0
	12. 侵入性處置過程紀錄完整或手術過程紀錄詳實完整(手術紀錄單有含術中影像或繪圖者為「優」)備註：未有適用狀況同「佳」	3	2	1	0
週摘要 (weekly summary) 4分	13. 紀錄簡潔扼要，內容包括：何時住院、住院的主要問題、過去一週做的處置、病情及治療反應如何、下周計劃(無複製admission note)備註：未有適用狀況同「佳」	4	3	2	0
	14. 出院診斷填寫，未用簡寫(縮寫)且依主要診斷、次要診斷依順序書寫且無遺漏併發症。(若有手術者，術前術後診斷及手術名稱填寫完整)	8	7	6	0
出院病歷摘要 (discharge note) 25分	15. 出院摘要各項目內容簡潔完整且合適邏輯性	5	4	3	0
	16. 檢查結果(包括實驗室、影像、心電圖、病理、特殊檢查等)重點摘錄，無出現不必要的內容(如全盤複製檢查報告、與疾病診斷無關的內容)	4	3	2	0
	17. 出院摘要依入院病歷修正的部份修改(Admission note 經主治醫師修改過後，於discharge note又出現未修改前的錯誤內容)	8	7	6	0
整體意見 13分	18. 評估、鑑別診斷、聽斷及處置治療計畫合乎思考邏輯	5	4	3	0
	19. 病歷書寫內容前後一致，無使用未規定符號及簡寫(縮寫)	4	3	2	0
	20. 英文拼字正確清晰且文句通暢，無出現過多的文法及用詞不對	4	3	2	0
	加分選項(每一題加3分)		是		否
優良事蹟	21. Therapeutic plan有增加shared decision-making(SDM)或與病患及家屬討論治療計畫之會議內容				
	22. 特殊病例，有做文獻查證結果之紀錄				
	23. 特殊病例，討論會(如：case conference、combined conference或grand round等)結果有摘要記錄於病歷				

總分：

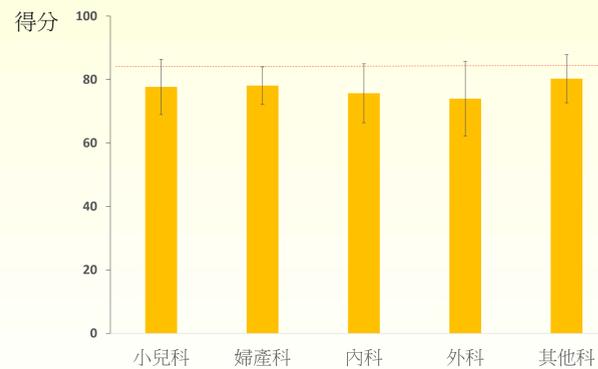
審查委員：

Results

由七位評審各審查149本病歷，在評分過程當中，由於時間的不足，僅有4位委員完成149本病歷之審查，另3位委員則每個單位至少審查3本以上之病歷，我們將住院醫師單位分成五大類別，審查病歷總數、資料數以及抽樣比例資料(括弧數字表示佔該單位病歷總數之比例)如下。

1. 小兒科3個單位有15本病歷審查，審查分數總共有88筆資料 (10%)
2. 婦產科2個單位有8本病歷審查，審查分數總共有52筆資料 (8%)
3. 內科14個單位有74本病歷審查，審查分數總共有390筆資料 (10.6%)
4. 外科8個單位有41本病歷審查，審查分數總共有229筆資料 (10.3%)
5. 其他科3個單位有11本病歷審查，審查分數總共有66筆資料 (7.33%)

各科別的平均總分分別為小兒科77.7 ± 8.3分、婦產科78.1 ± 5.9分、內科75.7 ± 10.3分、外科74.0 ± 10.7分以及其他科80.3 ± 7.6分，圖一。



圖一、各分群總平均分數，紅色虛線代表主治醫師病歷審查總平均分

表二、各組平均分數低於七十分的項次與得分

	小兒科	婦產科	外科	內科	其他科	各分項內容
入院紀錄 (admission note) 25分			68.48±19.86	67.88±18.52		2. Review of System若檢查為positive finding，有確實加以說明
病程紀錄 (progress note) 25分	66.06±20.75	69.62±24.89	68.18±22.46			4. Education plan確實紀錄預防計畫，非治療計畫 8. 有描述用什麼方式治療的第幾天，與前幾天比較症狀的好壞及新檢驗數據的變化(如記載抗生素治療天數、手術後天數、放射線治療、...等) 10. Objective data已記載的資料，如：實驗數據、影像檢查等，無重複出現在assessment備註：重要者不在此限，連續性追蹤數據宜經整理呈現 11. Plan有註明重要檢查及危險值的適應症以及檢查後有記載結果及下一步計劃 12. 侵入性處置過程紀錄完整或手術過程紀錄詳實完整(手術紀錄單有含術中影像或繪圖者為「優」)備註：未有適用狀況同「佳」 13. 紀錄簡潔扼要，內容包括：何時住院、住院的主要問題、過去一週做的處置、病情及治療反應如何、下周計劃(無複製admission note)備註：未有適用狀況同「佳」
	65.66±19.37	61.54±15.32	54.04±23.22	61.11±20.74	68.18±24.14	
	63.13±16.67	62.82±14.24	69.09±20.08	58.59±17.60	61.62±16.79	
	63.64±18.24	60.26±16.22	59.09±21.72	61.62±15.74	64.14±17.84	
	63.64±15.17		662.12±15.34	61.62±12.05		
週摘要 (weekly summary) 4分	68.18±18.37		59.47±26.23		69.32±16.87	
出院病歷摘要 (discharge note) 25分	65.53±12.22	67.79±11.44	63.26±68.18	68.56±16.00		16. 檢查結果(包括實驗室、影像、心電圖、病理、特殊檢查等)重點摘錄，無出現不必要的內容(如全盤複製檢查報告、與疾病診斷無關的內容)
整體意見 13分			68.18±16.72	69.70±16.12		19. 病歷書寫內容前後一致，無使用未規定符號及簡寫(縮寫) 20. 英文拼字正確清晰且文句通暢，無出現過多的文法及用詞不對

表三、各組平均分數高於八十分的項次與得分。

	小兒科	婦產科	外科	內科	其他科	分項說明
入院紀錄 (admission note) 25分	88.26±9.78	90.38±8.07		87.31±8.90	89.02±9.18	1. Present illness內容清楚且依時間順序排列、分節，紀錄完整及正確的病況
出院病歷摘要 (discharge note) 25分	85.98±7.11			87.12±7.90	91.56±9.37	3. 身體診察(PE)與疾病的症狀相符合且對應於診斷及治療計畫 14. 出院診斷填寫，未用簡寫(縮寫)且依主要診斷、次要診斷依順序書寫且無遺漏併發症。(若有手術者，術前術後診斷及手術名稱填寫完整) 17. 出院摘要依入院病歷修正的部份修改(Admission note 經主治醫師修改過後，於discharge note又出現未修改前的錯誤內容)

Conclusion

(一) 在整個病歷的記載當中，極需要給予住院醫師教育訓練的部分包含病程紀錄(progress note)的寫作要點、入院記錄當中的系統性回顧(Review of system)以及教育計劃(Education plan)的具體描述、還有出院病歷當中相關檢查結果的摘錄方法。

(二) 讓住院醫師(及醫學生)在訓練的過程當中，透過病歷書寫(繕打)的經歷而能做反思學習，在各項的檢驗與臨床資訊當中抽絲剝繭，抓住每位患者疾病與治療過程的要點。相信會讓住院醫師的教育更加完備。

參考資料：

Tierney, M. J., Pageler, N. M., Kahana, M., Pantaleoni, J. L., & Longhurst, C. A. (2013). Medical education in the electronic medical record (EMR) era: benefits, challenges, and future directions. Acad Med, 88(6), 748-752. doi:10.1097/ACM.0b013e3182905ceb