提升外科加護病房專科護理師病歷書寫品質-半年追蹤

賴昭翰, 黃敏信, 邱慈芸, 李凱雯, 蘇佩芳

國立成功大學醫學院 外科學科 附設醫院外科部 外科加護病房

國立成功大學 統計學系

目的

進入智慧醫療時代，書寫良好的病歷，提升關鍵字使用，有助智慧資料（smart data）產生而回饋改善病人照護；JCI國際醫院評鑑中，病歷書寫是相當重要的一環。外科加護病房是以「急、重、難、罕」病人為主的單位，臨床照護上，**專科護理師協助主治醫師照護病人，故如何提升專科護理師專業照護能力是重要的課題，其中病歷書寫是重要的一環**。因此本單位由重症主治醫師及資深專科護理師組成「外科加護病房專科護理師病歷改善小組」，期許提升並持續維持專科護理師病歷書寫品質，改善照護品質。

進行方法

對象

附設醫院外科部外科加護病房14位專科護理師。

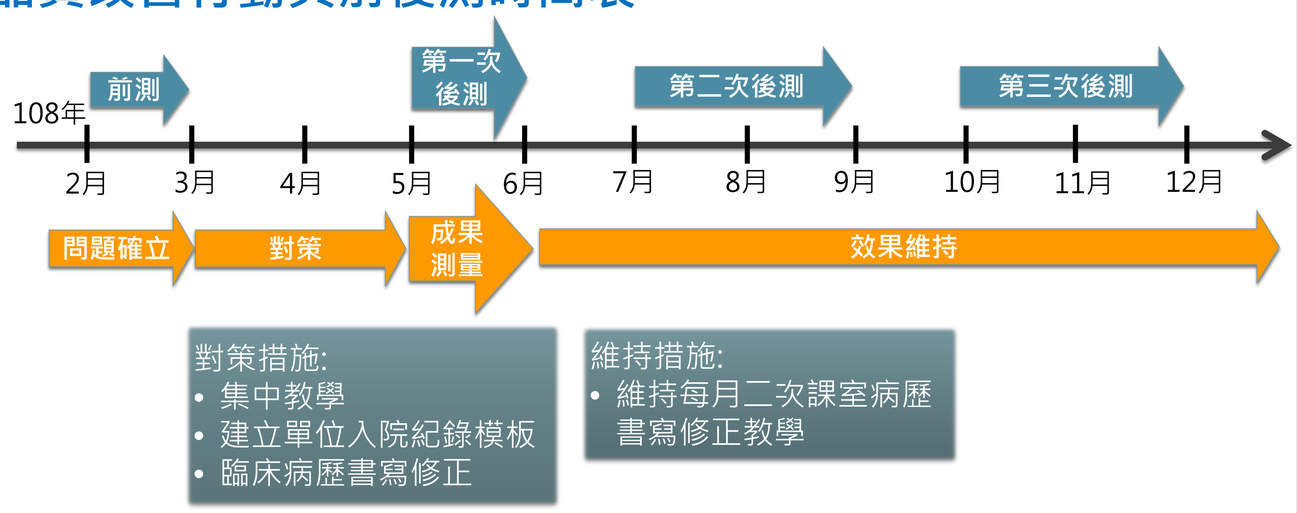
評核方法

依據附設醫院品管中心「病歷書寫品質審查表」設計**入院紀錄及病程紀錄品質評分表。訂定單位專科護理師病歷品質查核入院紀錄須達80分及病程紀錄須達85分，作為單位照護品質重要指標之一**。

入院紀錄
縮寫:(10%) (1)入院診斷不可有縮寫(5%) (2)入院紀錄除公告之全院縮寫外，不可使用縮寫，須完成全名置換(5%)
主訴有書寫症狀及發病的時間(10%)
現病史書寫完整性、邏輯性，理學檢查與臆斷之連貫性與一致性(20%)
有過去病史(4%)、藥物過敏史(2%)、社交史(2%)、旅遊史(TOCC)(2%)等紀錄(10%)
器官系統檢查中有疾病相關之項目標示或說明(10%)
身體診察紀錄詳實完整(有簡單的神經系統檢查)(10%)
完整正確呈現檢驗檢查及影像(10%)
住院診療計畫重要問題有評估及診斷、治療、衛教計畫(20%)
總分

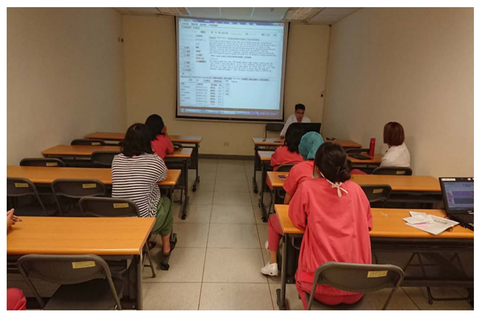
病程紀錄
病程紀錄除公告之全院縮寫外，不可使用縮寫，須完成全名置換(10%)
問題列表(有書寫日期，有依病況增修)(10%)
常規病程紀錄須按POMR格式書寫，並依現行問題書寫(10%)
書寫內容完整性(10%)
病歷內容針對病程變化加以修改，未複製前次內容(10%)
使用重大檢查(PET、CT、MRI等)或進行侵襲性治療、檢查如CXR、EKG、超音波檢查…有記錄其必要性，合理性或副作用，有陳述適應症及檢查後判讀(10%)
重要醫囑變更或改變抗生素使用時，有把理由記載在病歷上(10%)
照會結果有記載於病歷上(10%)
住院超過7天者有書寫Weekly summary(10%)，住院天數未達7天者免寫
超期住院之討論(住院超過30天)(10%)
總分

品質改善行動與前後測時間表



- **做中學- 監督與模板化**

依據外科加護病房常見入院診斷共13種，**由專科護理師書寫入院紀錄，再由主治醫師尤其是病房主任集中教學，並建立病歷模板**，進行臨床病歷書寫修正與指導共12小時，再上傳教學中心網站並建置於病歷書寫系統。



- **再監督**

主治醫師除教學外，另選定3位資深專科護理師進行同儕初篩，**之後再由主治醫師對專科護理師病歷抽查與個別指導**，進而讓每位專科護理師能持續進步。

成果測量

●108年2月1日至2月28日**隨機查核取樣**單位內14位專科護理師書寫的入院紀錄23份與病程紀錄50份列入前測(Pre)

●與前測「配對比較」

- 108年5月1日至5月31日列入第一次後測(Post-1)成果
- 108年7月1日至8月31日列入第二次後測(Post-2)成果
- 108年10月1日至11月30日列入第三次後測(Post-3)成果

統計方法

●以Shapiro-Wilk test檢驗成績是否呈常態分布。

●若成績不屬於常態分布，以無母數檢定Friedman test重複測量，並以Dunn's test兩兩比較作後測檢定。

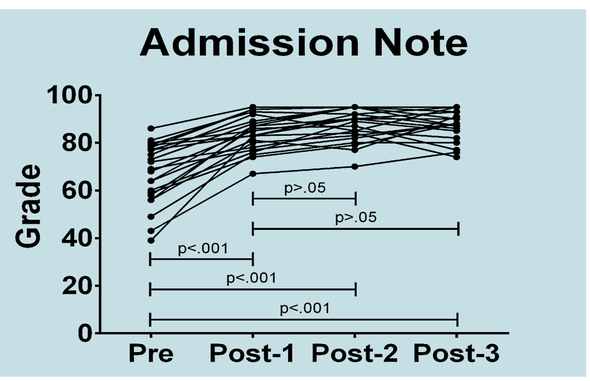
成果統計分析及效益

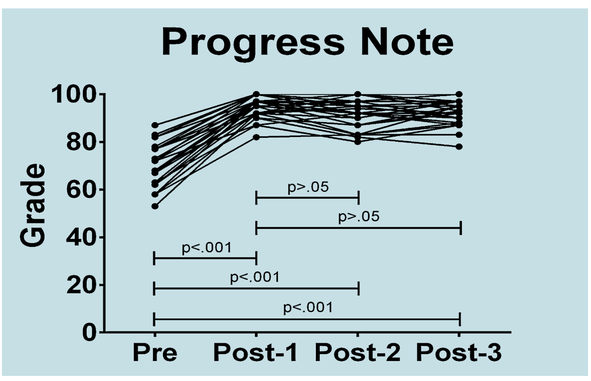
入院紀錄

前測及三次後測入院紀錄成績中位數（四分位距）依序為69.0 (20.0)→ 85.0 (11.0)→ 90.0 (12.0)→ 88.0 (8.0)，成績結果顯示於對策措施後，查核入院紀錄成績有顯著上升且於第二次及第三次後測均維持良好且平穩的成績表現。入院紀錄目標80分達成率依序為13.0%→ 73.9%→ 87.0%→ 87.0%，顯示三次後測目標達成率均較前測明顯改善且效果維持良好。

病程紀錄

前測及三次後測病程紀錄成績中位數（四分位距）依序為72.0 (12.0)→ 97.0 (5.0)→ 95.0 (7.0)→ 97.0 (5.0)。成績結果顯示於對策措施後，查核病程紀錄成績有顯著上升且於第二次及第三次後測均維持良好且平穩的成績表現。病程紀錄目標85分達成率依序為2.0%→ 98.0%→ 88.0%→ 96.0%，顯示三次後測目標達成率均較前測明顯改善且效果維持良好。





透過此次的病歷書寫品質改善活動，本單位14位專科護理師無論是在入院紀錄或病程紀錄均有顯著改善且半年追蹤成果均維持良好且平穩的成績表現。

檢討與改進

評分一致性

本計畫設計之入院紀錄及病程紀錄品質評分表，**將現病史書寫完整性、邏輯性與臆斷之連貫性及一致性列入主治醫師查核重點，可客觀並充分顯示出病歷書寫內容品質**。

持續改進重點

專科護理師的英文語言能力，思考邏輯等皆需要較長時間來進行訓練。在本次活動驅使下，整體病歷品質雖有進步，但在病史邏輯性、臆斷之連貫性及診療計畫等病歷書寫內容則需要再多些時間來進行加強，使其盡善盡美。

未來可推廣性

因應住院醫師工時限縮，專科護理師進入醫療端協助主治醫師照顧病人，專科護理師的專業能力與醫療品質相關，好的病歷品質能反映出好的醫療團隊照護。我國非英語系國家，專科護理師書寫英文有一定困難，本活動過程有具體措施且成效良好，**可做為其他醫療科部團隊於專科護理師教育訓練時的參考**。