

· 医院管理 ·

在院病历质量抽查问题分析及对策

朱志洪,陈羽健,李昌财

〔摘要〕 目的 了解医院病历书写质量情况,提高医疗服务质量。方法 随机抽查某医院 2014 年 1-8 月期间临床科室 361 份在院病历,进行缺陷率统计分析。结果 所抽查的 361 份病历中,存在缺陷的病历 130 份,缺陷率 36%。通过对病历缺陷问题进行统计分析,得出影响在院病历质量的因素包括医生责任意识弱、病人增长快、管理不到位、态度不够严谨等。结论 在院病历管理中应该强化医生病历书写责任意识,推行智能化“电子病历”系统,完善病历质量监督体系,建立健全奖惩制度。通过一系列方法手段提高在院病历管理,最终保证病案质量持续改进。

〔关键词〕 病历质量;问题分析;持续改进

〔中图分类号〕 R197.32 〔文献标志码〕 A doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2015.03.035

病历是医疗活动信息的主要载体。医疗过程中,客观准确的病历,是医疗质量的充分体现,也是医疗安全的保证。病历书写中的缺陷使医院在医疗质量评价和处理医患纠纷时处于被动地位。医院对在院病历实行质量监管,对及时发现在院病历质量问题、改正在院病历缺陷、保证病案医疗质量、确保医疗安全具有特殊意义<sup>[1]</sup>。为此,近年来我院加大了在院病历质量的检查力度,及时质控病历问题,提升医疗服务质量。现将我院 2014 年病历质量抽查情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源 随机抽查我院 2014 年 1-8 月期间在院病历 361 份。

1.2 研究方法 每月由院医务处质控办对各临床科室的在院病历随机抽查若干份并当场进行质量评

估。评价标准按照卫生部《病历书写基本规范(试行)》和南京军区联勤部《绩效考评病案评分标准》量化打分,对个别问题严重的病案及时反馈给当事医生,并立即纠正。

1.3 研究结果 所调查临床科室在院病历 361 份,其中存在缺陷的病历 130 份,病历缺陷率为 36.0%,见表 1。其中缺陷项目依次为病程记录 48 份(占 36.9%),病案首页 40 份(占 30.8%),入院记录 18 份(占 13.8%),同意书 11 份(占 8.5%),辅助检查 13 份(占 10.0%),见表 2。

2 问题及原因分析

2.1 主要存在问题

2.1.1 病程记录拷贝雷同 检查中发现,首次病程记录:病例特点不简洁,病程记录内容重点不突出,千篇一律地套用模板。按照规定,普通会诊申请由

表 1 在院病历抽查缺陷情况

项目	一月	二月	三月	四月	五月	六月	七月	八月	合计
抽查病历数(份)	47	47	36	52	48	50	41	40	361
病历缺陷数(份)	22	15	14	22	6	13	21	17	130
缺陷率(%)	46.8	31.9	38.9	42.3	12.5	26.0	51.2	42.5	36.0

表 2 在院病历缺陷份数具体分布(n=130)

缺陷项目	一月	二月	三月	四月	五月	六月	七月	八月	合计	缺陷率(%)
病程记录	9	6	5	9	2	5	5	7	48	36.9
入院记录	2	2	2	2	1	1	5	3	18	13.8
病案首页	7	5	4	7	1	4	7	5	40	30.8
同意书	2	1	1	2	1	2	1	1	11	8.5
辅助检查	2	1	2	2	1	1	3	1	13	10.0

主治医师提出,在会诊申请记录单中简要记录患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的,会诊申请发出后 48 小时内由相应资质的会诊医生完成,并在病程中记录会诊意见执行情况。检查中发现,在请其他科室会诊时,仅仅由实习生或者住院医生提出会诊申请,申请会诊时间、会诊医生会诊时间应具体到时、分,请会诊原因及会诊医生意见记录不全等。

**2.1.2 病案首页要素不全** 病案首页是对病案主要内容和信息的高度概括,是病案信息的核心部分,也是医院统计的数据源。其质量直接影响着各医疗统计数据的准确性<sup>[2]</sup>。检查中发现,病人基本信息不全、诊断符合情况填写不准确、手术切口和麻醉方式填写错误等问题,如:联系人姓名不完整、关系未填写,身份证号码和手机号码位数不对,切口分类填写不准确,手术记录中为全麻,而首页中却出现椎管内麻醉。

**2.1.3 入院记录不及时** 按照规定,入院记录应在患者入院后 8 小时内完成,但是少数病案中,入院记录超过了入院 8 小时。部分经管医生未在规定的时间内完成病历书写、打印并归档。存在因病人多、查房累、值班晚等借口而未及时书写的病历,随着时间的推移,造成部分病历的书写变成“回忆录”,其真实性大打折扣。

**2.1.4 知情同意书** 检查中发现,病历知情同意制度执行不力。病历中存在已行手术病人,《麻醉同意书》没有及时归档;《手术知情同意书》、《病重通知书》、《输血同意书》、《医患协议书》出现未签名或代签名等情况。

**2.1.5 辅助检查及用药** 检查中发现,部分异常辅助检查结果病程中没有记录分析。如:血常规、尿常规提示异常病程中为分析记录。部分医嘱病程中记录的辅助检查结果未能与相应检查报告单应做到一一对应。部分抗菌药物使用不规范。如:术前使用抗菌药物的时间未注明,取消医嘱未注明时间,部分三线抗菌药物的使用时仅由住院医生下达医嘱。

## 2.2 原因分析

**2.2.1 责任意识弱** 许多医生对病历本身存在的价值认识不够深刻,认为书写病历费时没有经济效益;主管医师及护士缺乏病案的法律意识,没有意识到记录自己医疗行为的病案,日后很有可能成为医疗诉讼中维护医患双方合法权益的法律依据及自己所肩负的法律责任<sup>[3]</sup>,易忽略病历书写及时性和准确性。有些医生把主要精力放在临床或科研上,忽视对病历的及时书写、审查、打印等工作,病案多由低年资住院医师、培训基地轮转医师、研究生、进修

医师和实习生书写,而这部分医师在岗前或许就没有进行病案书写相关知识培训<sup>[4]</sup>。

**2.2.2 工作任务重** 随着我院医疗、教学、科研水平不断提升,区域影响力的不断扩大,病人数量持续增加,医护人员满负荷运转。目前我院每日门诊人数近 1300 人,内、外科住院病床紧张,许多病人出现挂号难、入院难等问题。病人数量快速增长导致在院病历数量增多,医护人员工作量增大,医生常常抱怨压力大,无足够时间书写病历。

**2.2.3 管理不到位** 病历质量管理主体在科室,而科主任作为医院最重要的一线管理者,科室病历质量管理的建设者,其工作质量、管理水平和工作效率直接影响着科室的工作质量、效益及医院的前景<sup>[5]</sup>。科室主任因业务忙、事情多、专心于临床和科研,对病历质量管理不够重视,管理不到位。上级医生对病历质量检查把关不严、签字流于形式、查房制度落实不好,对下级医生要求不严,带教指导工作不够,特别是对进修医生书写的病历把关不够<sup>[6]</sup>。

**2.2.4 态度不严谨** 许多医生不仔细跟踪病情演变情况,没有及时查看检查结果,对更改医嘱等情况不及时记录,按常规套路书写病历,流水账应付交差,出现病历内容前后矛盾,时间不一致。对书写完成的病历,没有认真检查核对,或嫌修改起来麻烦,存在侥幸心理,以期蒙混过关。

## 3 对 策

**3.1 强化病历书写责任意识** 病历书写是医生应具备的基础技能之一。对研究生、实习生、进修生及规培人员应在入院前进行病历书写规范化培训,用病历书写缺陷而造成医疗事故的案例进行分析讨论,使其从感性认识转变到理性认识,树立认真书写病历的观念。定期组织本院医务人员开展病案教育活动,加强主治医师对病案内涵质量的责任感,要求其低年资医师书写的病历认真指导和修改,真正把病历书写质量关,不断提高病历内涵质量。

**3.2 推行智能化“电子病历”系统** 随着“电子病历”系统不断完善,可以有效提高医生书写病历的效率和质量,缓解因病人增加导致的工作压力。一方面可以规范医生书写病历的格式和医学用语,减少书写病历时不必要错误,缩短书写时间;另一方面,可以更方便质控人员对病历质量的监控,做到“足不出户”就能浏览所有病历,随时了解医生书写病历的及时性,把握全院各科书写病历的时效性<sup>[7]</sup>,并且随时反馈信息,及时提出整改意见。

(下转第 331 页)

医疗系统,通过监控患者的生理信息,来预测心脏病、糖尿病和哮喘病患者病发状况,并在患者病发前第一时间通知社区基层医生对其及时救治,进而提高对疾病的防治水平。我国应借鉴外国先进经验,大力发展移动智慧医疗,积极培养社区基层全科医生,充分利用医生多点执业政策,借助移动智慧互联网技术更好地为患者服务。

**4.2 建立移动智慧医疗综合服务体系** 未来智慧医疗系统将利用手机终端设备采集用户的多种生理信息,如体温、血压、血氧、脉搏、心电图<sup>[6]</sup>并将数据发送至医疗机构,医院专家将通过大数据云计算技术结合多种辅助诊疗手段,准确把握患者的真实病情并给予相应治疗方案,然后安排基层社区卫生医疗机构的全科医生上门送药并及时问诊回访,确保治疗方法的安全、准确、得当。目前,我国距离这一标准要求,还相当大的差距。如何通过物联网技术监测监控患者的生理信息,建立完善社区医疗服务体系,及时为患者提供医疗救治和保健服务,是我国移动智慧医疗发展的重要方向。

**4.3 规范统一信息化标准** 目前我国许多医院信息化水平较高,但因标准不统一,医院与医院之间、医

院与卫生行政管理部门之间互联互通、信息共享做得不够。移动智慧医疗想取得长足发展,必须首先统一相关标准,并与国际标准接轨。以移动护理为例,需要规范医嘱术语和护理知识库等,但目前缺乏国家层面的标准,制约了我国移动智慧医疗的发展。因此,国家应加强顶层设计,统一数据结构和技术标准规范,为移动智慧医疗向纵深发展奠定坚实基础。

**【参考文献】**

[1] 柳玉子,周茂辉. 优化门诊服务流程改善患者就诊体验[J]. 吉林医学,2014,35(1):175-176.  
[2] 赵宇飞,李亚红,韦 慧,等. 移动医疗来了[J]. 决策探索(上半月),2014(11):22-27.  
[3] 薛以锋,赵 琦,王艳莉,等. 移动互联网医院云平台的设计与实现[J]. 中国数字医学,2015,10(1):94-95,111.  
[4] 赵宁志,赵伯诚,高 茗,等. 军队医院形象建设的探讨与实践[J]. 人民军医,2013,56(2):238-239.  
[5] 李 瑾,赵宁志,龚 林,等. 军队中小医院营销管理探讨[J]. 东南国防医药,2014,16(3):325-326.  
[6] 林 敏. 移动医疗的需求与发展思考[J]. 移动通信,2010(6):31-35.

(收稿日期:2015-03-09;修回日期:2015-03-23)

(本文编辑:史新中)

(上接第 328 页)

**3.3 完善病历质量监督体系** 医院层面成立由高年资医生组成的质控专家小组,对各临床科室归档病历进行检查,对医生的诊疗过程、用药情况和病历书写等量化打分;质控办进行统计分析,定期公示检查结果,最终以书面形式下发各个科室。加强过程管理,质控办定期组织检查人员深入临床科室,对门诊病历、在院病历进行抽查,对病历存在的问题以“病历反馈通知单”等形式通知科主任,进行有目的的干预,把病案质量与医疗质量紧密结合,在患者住院期间对存在的问题就进行及时的纠正。临床科室成立以科主任为组长的质控小组,对科室内产生的每一份病历在运行期间进行经常性检查,对不能按照时限要求完成、书写质量有问题等病历及时反馈给有关医师,提出整改意见<sup>[8]</sup>,把好病案出科关,从最基层完善病历质量监督体系。

**3.4 建立健全奖惩制度** 病历质量监督仅靠检查和反馈无法持续改进。随着时间推移,有些医生对检查和反馈感到反感和麻木,通过将病历检查的量化打分与科室奖金、个人奖金挂钩,建立奖惩制度。我院从 2014 年 9 月份开始实行千分制,对门诊、在院和归档病历按照病历书写评级标准打分,病案率

未达到甲级(90%),扣科室奖金 5%,这对科主任及各级医生产生了很大触动,引起各级医生对病历质量的重视,促进医疗制度的落实。对优秀病案进行奖励,同时与职称挂钩,进一步激励医生,提高其病历书写的自主性和积极性,提升病历质量。

**【参考文献】**

[1] 陈传本. 加强在院病人病历书写质量监控[J]. 中国病案,2010,11(5):30-31.  
[2] 贺美林,彭传薇. 控制病案首页填写缺陷提高病案质量[J]. 中国病案,2011,12(1):23.  
[3] 郭晓玲,李敬娥,卜清花. 我院病案质量存在的问题与对策[J]. 西南国防医药,2009,19(8):841-842.  
[4] 杜永强,丁慧敏,方 浩,等. 提高病案首页填写质量保证医疗信息的准确性[J]. 中国病案,2009,10(6):19-20.  
[5] 鞠丹丹,姜 桦. 专科医院科主任质量管理现状调查[J]. 中国卫生质量管理,2010,17(3):28-29.  
[6] 王世彤,楚恒群,张力平,等. 582 份手术科室在院病历存在的问题及对策[J]. 中国病案,2009,10(12):17-18.  
[7] 米春香. 电子病历质量监控系统功能探讨[J]. 医学信息,2009,1(9):34-35.  
[8] 宋风兵,于银春. 病历质量持续改进应重点把握“三个层面”的工作[J]. 东南国防医药,2014,16(4):114-115.

(收稿日期:2015-02-26;修回日期:2015-03-13)

(本文编辑:史新中)