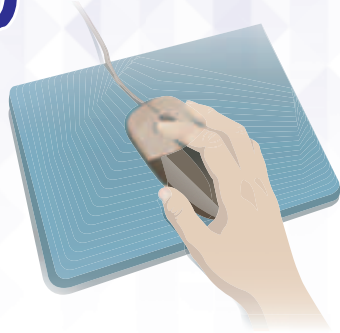


讓 JCI 委員讚賞的 資訊化病歷系統

◎林口長庚病歷管理委員會主席 李明勳

◎林口長庚醫院副院長 黃璟隆校閱



Management of Communication and Information 簡稱 MCI，翻譯成「溝通與資訊管理」，是本人在本院參與 JCI 國際醫院認證所負責的章節。MCI 著重在資訊安全及資料完整性，它涵蓋了醫護的交班、病歷書寫與管理、病歷以能理解的形式語言進行溝通、病歷可用縮寫及不允許使用的規範、病歷查詢的權限及管理、團隊照護呈現以及醫院的訊息如何傳達給員工、病人或家屬。

認證過程之首日是政策（policy）和程序（procedure）的文件審查，JCI 對各項認證標準，沒有硬性規定要怎麼做，但委員看過這些政策或程序後，會核對醫院是否照著這些政策或程序執行。文件若準備不充分或條文不合理，或是委員於隨後幾天的追蹤查核發現醫院沒有照文件的條文執行，都會是重大的缺失。政策和程序的制定是一門學問，內容提綱挈領的方式會流於簡單而不足，本院先前的模擬認證，也深深體認文件裡面所用的名詞定義要清楚明白，所引用的準則及規定也要明示於其中。故政策和程序的制定是醫療人員說、寫、作

一致的根據，且亦需與本院既有的管理制度規章融合，這是 JCI 帶給我們的衝擊，透過多次的溝通協調與教育，凝聚共識而有一致性的做法。

另一項重點為病歷記載內容，它是醫療服務之訊息傳達及醫護溝通的工具，其內容的完整性及團隊醫療照護的呈現，可以讓委員了解醫院是否提供了以病人為中心的照護團隊，及每一個醫療單位藉由醫療資訊的管理、使用，提高病人的用藥安全及治療效益。醫護、藥劑、營養、復健等跨團隊的評估與治療紀錄，加上團隊提供給病人與家屬之衛教資訊平台，將其整合透過病歷達到彼此溝通的目的。故 JCI 對於病歷要求需呈現醫療需求（含診斷及治療需求）、護理需求、提供病人之衛教及可測量的治療目標。可測量的治療目標需具備：明確具體（Specific）、可測量或衡量（Measurable）、可以完成的（Attainable）、具有病人照護相關性（Relevant）以及設定時程（Timely）。

本院雖實施電子病歷多年，但為配合 JCI 的要求，仍大幅度的修增功能。

電子病歷改善小組連同資訊管理人員經過無數次團隊討論，不斷改善使用介面及路徑，主要使醫療人員能透過病歷資訊系統快速溝通、正確提供訊息。故先後建置了醫護交班系統（ISBAR：Introduction、Situation、Background、Recommendation）將交班事項明確規範，整合醫護及其他職類團隊之「團隊照護」資訊，設置於電子病歷工具列方便直接搜尋，病人入院前後用藥呈現於入院病歷中，設置完整的門診摘要系統（含診斷、治療彙總及疼痛評估）等資訊總覽於電子病歷首頁。而翁文能院長及黃璟隆副院長亦極度關切與協助緊盯各級醫師的病歷書寫品質，每週定期舉辦各醫療專科病歷改善情形會報，這樣的政策與做法的確提升了病歷品質。在認證過程中，委員除了檢視病歷記載的病情變化、手術記錄、術前術後記錄之外，還詳細查核病歷內的交班紀錄，病人或家屬同意書，疼痛/營養/功能評估，衛教記錄以及入院前後用藥等。由於本院的病歷記錄採用電子簽章，委員也詢問電子簽章的時效與管控機制。經歷幾個月努力，本院電子病歷的品質及完備的功能搏得委員的讚賞。因為 JCI 得以使我們對病歷記錄的內涵更周全，也更加體認團隊照護記錄呈現的重要性，對提升病人醫療安全及一致性照護頗有助益。

民國 103 年 1 月 17 日評鑑倒數第二天下午，有一閉門式病歷評審（Closed Medical Records Review（簡稱 Closed

MRR），此為 MCI 的重頭戲，委員在前一天 1 月 16 日中午提列了待審病歷的條件。包括眼科、直肛、泌尿、脊椎、關節置換及心血管手術病歷、活體肝或腎移植、感染症、急診或加護病房輸血者、臨終照護、化療、洗腎、牙科及中風病歷等。這些條件除外再加上個別時間條件（限定不同月份及日期），多樣的條件使得病歷室人仰馬翻，加班搜尋符合條件的病例。1 月 17 日當日共有 6 組人員在不同教室內同時進行 MRR，第一組為領隊的委員及固定的醫師及護理師各 5 位，其他 5 組為一個委員加上固定的醫師及護理師各兩位。委員關起門來兩個小時裡依 MRR 工具表審核病歷，因強調溝通的重要性，故委員要求備詢的醫師及護理師即使不是該病歷的負責醫護人員也要看得懂病歷內容。經過此歷程讓我們了解 MRR 工具表是如何評估病歷的完整性。

經過 JCI 洗禮，後續病歷資訊的整合與推展、制度內化與橫向溝通衍生了相對必要性。對此我們擬定了改善計畫：全院專科縮寫統整；融合 MRR 工具表及國內評鑑要求增加品質審查的項目內容與完整性；並定期評核各職類人員的病歷內容；健全住院衛教資訊平台；強化病歷上團隊照護資訊整合性的呈現；醫囑無紙化；落實非病歷室單獨保存病歷管理流程及改善與調整病歷審查的獎懲辦法；藉以達到提升病歷內容完整性之目標，提供病人更完整的服務。👉