

运行病历质控与医疗核心制度落实

王利丽

湛江中心人民医院 广东湛江 524000

摘要：病历对于医院有着关键性作用，但是当前病历当中存在许多不足之处，比如管理不到位，审核制度缺陷等作用，导致医院核心制度无法顺利落实，还有可能造成医疗纠纷，为了保证患者今后就诊的便捷，保证医院核心制度彻底落实，应当运用病历质控管理措施，针对当前的弊端进行分析，实施对应的改进措施。

关键词：病历质控；医疗核心制度；实际应用价值

Run medical record quality control and implement core medical system

Lili Wang

Zhanjiang Central People's Hospital, Guangdong Zhanjiang 524000

Abstract: Medical records play a critical role in hospitals, but there are many shortcomings in the current medical records, such as inadequate management and flawed review systems, which hinder the smooth implementation of the hospital's core systems and may even lead to medical disputes. In order to ensure the convenience of patients' future visits and ensure the thorough implementation of the hospital's core systems, measures should be taken to control and manage medical records. The current drawbacks should be analyzed and corresponding improvement measures should be implemented.

Keywords: Medical Record Quality Control; Medical Core System; Practical Application Value

前言

病历质控主要是运用科学方法，针对病历进行质量控制，管理医疗人员，使其能够按照标准书写病历，虽然当前多数医院均采用电子病历，但是问题仍然频繁出现，推测与医疗人员操作不仔细、不熟练有关。因此，无论是电子病历，还是纸质病历，均需要使用病历质控管理，保证患者病历书写正确，降低不良事件发生概率。

一、运行病历质控发现在核心制度落实上不足之处

1.1 电子病历质控体系的缺陷

截至目前，电子病历已经在临床上得到广泛使用，与纸质病历不同，电子病历方便查阅，便于保存，存储容量较大，可以随时打印，更具有信息化特点，但是当前电子病历尚未实现真正意义的数字无纸化，多数医疗机构均同时使用电子病历与纸质化病历管理方法，最后还是需要医生使用纸质病历签字方可生效。由于我国明文规定，要求所有三甲医院出院病案应当分级，从甲级到丙级，甲级应当达到95%以上，不应该有丙级病案出现。这就要求病案管理人员必须使用大量的时间，耗费巨大的精力去查看纸质病历是否完整，信息是否对应，但是管理人员仅能保证质量问题，针对一些专业性的问题无法明确指出，比如病情进展、使用药物等，部分管理人员或医疗人员未经过专业培训，医疗认知程度不同，在书写过程中容易因为自身认知影响，导致存在一定的主观性，准确率也随之受到影响。最终经过终末质控返回来修正的病案，无法真正提升医疗人员的认知程度，并且从法律层面上来讲，病历归档后不应当返修，如若返修后，患者发现与自己保存的复印件存在差异，将会引发医疗纠纷事件，影响医院的声誉。当前

各个医院的医生针对病历的监管力度欠缺，不重视病历的书写过程。加之部分医生工作量较大，无法及时书写病历，直至病历达到日期的时候再急忙填写，容易出现忙中出错的情况，导致记录不全，病历缺失或者无法准时上交的情况^[1]。

1.2 病历管理制度

病历管理制度当中发生错误最多的地方在于书写过于主观，缺乏认知性，导致缺陷率提升。在记录内容的时候前后不一，记录时间比之医疗发生时间更早，说明医嘱下达时间存在问题，在记录患者生命体征、液体出入量的时候缺乏具体的数值，这属于书写不准确；部分病历还会出现缺乏主要内容的情况，比如诊断、指征、备用诊疗方案缺少，属于书写不完整；还有部分医疗人员不熟悉病历书写内容，往往将存在详细书写的内容，简单书写在病程当中，这属于书写不规范^[2]。

1.3 会诊制度

会诊主要是请其他专科的医生前来科室进行会诊，对患者的病情进行综合评估。在这方面往往会存在缺乏会诊医嘱的情况，部分医疗人员在填写会诊申请单时仅写出患者的性别、年龄等，缺乏基本病情的描述；还有可能初选会诊记录单上申请医师资质过低的情况；在会诊之后需要记录会诊意见以及执行情况，部分医疗机构的人员会忽略这方面的记录，仅记载本科室的医嘱执行情况^[3-4]。

1.4 临床输血审核制度

输血主要是通过静脉输液的方法将血液输送到患者体内。在这期间需要经历多个医疗步骤，需要医生下达医嘱，由护理人员告知家属，填写输血同意书，再由医生签字，

核对患者的姓名、年龄、血型、血量、血液成分等多种，在实际操作过程中容易出现操作顺序颠倒的情况，导致病历书写不正确。

1.5 其他核心制度

其他核心制度当中还存在着许多不同程度的缺陷。其中几种常见的主要缺陷为：①首诊负责制度：在患者入院后应当记录好首次病程、入院记录，应当及时按照规定时间在患者入院后完成，避免记录项目缺少的情况。主要诊断应当由符合资历的工作人员介绍，书写专科就诊告知单或记录转出情况等。②三级查房制度：患者入院后应当在72小时记录首次查房情况，查房情况应当体现出不同级别医师诊断与诊疗水平，在这方面往往缺乏基本的查房记录，无法在规定时间内记录。住院高达一周的患者有规定的医师查房记录，频次不足将会导致病历不完整，书写内容没有重点，应当围绕着患者病情进展、疗效、后续诊疗计划书写。③值班和交接班制度：在重点时段，比如节假日、夜班或双休日，以上均属于重点时段，在这个阶段医护人员数量有限，人员分配紧张，容易出现资质不全的医疗人员书写病历情况；在这段时间接收危重症患者，应当及时向上级医师汇报，并记录交接班情况^[5]。④疑难病例讨论制度：针对疑难重症患者诊断无法明确，并且还会出现病情进展无法达到预期，患者容易出现并发症，以上几种情况均应在病历上清楚表现出来，部分医疗人员会回归忽略这方面的书写，导致病历缺失，在一段时间后想起，已经无法清晰表达出当时的诊断、治疗计划。⑤急危重患者抢救制度：当患者病情发生恶化，应在第一时间参与抢救，记录好抢救时间，使用药物，保证抢救全过程均记录在病历上，主要包含着抢救人员、抢救效果、发病时间、诱发因素等，抢救记录应当在结束后6小时内完整，并且签上抢救人员的名字、职称等，开具抢救医嘱，由护理人员执行，部分医疗人员往往忘记记录，或者在6h后才开始记录医嘱，医嘱下达时间与执行时间存在差异。⑥术前讨论制度：在手术前应当研究好患者的各项指征，分析出预期效果，根据过往资料结合患者当前的情况，探究手术期间的风险，并准备好相应的手术预案，其中还包含着手术者意见、不同级别医师意见等多种，需要其他科室会诊参与的手术，应当记录相关专科人员意见，手术前应当让患者签署好相应的手术同意书，保证手术能够顺利实施，部分医疗人员在实施过程中缺乏以上几个方面的信息，导致信息缺失。⑦手术安全核查制度：在患者手术前、中、后等均应核查项目，检查患者信息是否完整，避免出现缺少签名的情况，如若出现签名缺失的情况，将极有可能导致医患纠纷事件的发生。⑧危急值报告制度：当发生危急值时间的时候，处理记录数与报告书写时间与抢救书写时间一致，不因超过6小时，超出将会影响病历书写完整性，导致发生紧急时刻无法精准判断患者的病情，缺乏危机值分析，还会影响到下一任班内患者的生命健康。

二、病历质控运行措施

2.1 改善病历质控流程

病历质量控制系统的实施与运行能转移病历质量管理

中心，将其落实在各个环节上，从而保证医疗质量能够得到控制。病历质控方法能够通过病历书写时间限制监控进行监督，如若医疗人员在规定的时间内无法完成书写，将不能再次书写，需要申请上报才可以继续完成，从而督促医疗人员自觉按照时间完成病历，并且还可以提升工作效率。还可以设置病历缺陷监控，当医疗人员存在填写缺失或者填写错误的时候，能够自动出现提醒，并无法保存，促使医疗人员能够认真完成病历书写。其中还有病历质量评分功能，能够对病历书写后的整体质量进行评估，判断医疗人员是否认真完成，随后公布在科室内，促进医疗人员能够提升自我能力，避免病历质量不合格。部分医生仅关心自己的患者，往往忽略在班时间其他患者的生命健康水平，因此需要让这些医疗人员能学习这方面的法律知识，最大限度降低医疗不良事件发生情况，保证甲级病历比例能够稳定提升，降低乙级与丙级病案的数量，同时也可以保障患者的生命安全，效果显著。

2.2 起到反馈与预警作用

以往在日常工作中缺乏这方面的了解，忽略质量管理，通过病历质控，能够及时将存在缺陷的问题上报到责任科室，通过办公系统展示，利用监控以及网上监控等，检查医疗人员是否存在未及时记录抢救时间、时间、危急值的情况，同时对每个手术患者的病历进行抽查，检查医疗人员病历书写完整程度，不合格的人员应当给予批评，保障医疗安全，降低风险事件。

2.3 起到分析与评价作用

以往针对以来病历方面缺乏基本的数据，导致各个科室的病历质量无法直观地表现出来，当前运用病历质控，可将病历质量量化，对其进行评分，分析出现病历质量的源头，利用网络检查各个科室病历完成比例，召开医疗病历质量会议，分析各个科室未完整病历的原因，将各个科室的评分公布，让医疗人员能够直观地面对自己的病历信息，掌握自身工作的缺陷，并督促其及时改正，针对不同的医疗人员制定对应的改进措施，还可以利用PDCA循环管理，从而将核心制度彻底落实。

2.4 起到教育与培训作用

当前少数医务人员并不完全了解核心制度，缺乏深入内涵的途径，无法将核心制度与医疗行为相联系，采用病历质控，能够找出缺陷问题，就此展开培训，利用案例模拟与PPT相结合的方法，让所有医疗人员能够直观地掌握相关知识，通过掌握核心制度的内涵，自觉将其落实在各个医疗活动当中，在培训后对所有人员进行考核，促进其提升学习积极性。将责任落实到个人，第一时间记录病历的缺陷，能形成客观考核依据，将最终考核结果与个人绩效联系到一起，在全院开会时公布考核结果，督促所有医疗人员能够提升自身病历能力，保证保障病历书写正确性。

三、病历质控的实际应用价值

於彩霞^[6]在研究中选择了多份病历，分析当前的问题，对其开展病历质控，探究其对医院医疗质量安全制度执行力的影响，结果表示其可以提升病理质量，保证持续改进过程的有效性。欧晓英等^[7]在研究中选择了多份病历，将

执行护理电子病历质控的多份病历设为实验组, 将未进行病历阅改的多份病历设为对照组, 分析两组的护理病历书写缺陷发生情况与护理人员满意度, 最终经过试验发现, 均为实验组更好, 能够有效提升护理书写质量, 避免书写缺陷情况大范围的出现。曹笑霄等^[8]在研究中实施了三级病历质控体系及奖惩细则管理模式, 将其依据实施时间段, 分为实施前与实施后, 对比干预前后病历管理缺陷事情发生率, 以及患者满意度, 均为实施后效果好, 最终得出结论, 应用三级病历质控体系及奖惩细则可以提升医院病历管理效果, 保证管理质量与病历书写质量, 减少医疗纠纷发生风险。万红艳等^[9]在研究中选择了多例神经外科患者及病历作为试验对象, 分析使用现代化三级病历质控体系及奖惩细则管理前后病历管理质量、病历管理缺陷事件发生率以及患者护理满意度, 最终表示其的确可以提高患者满意度, 降低因为各种原因导致的缺陷事件发生率。与本文研究一致, 运行病历质控管理可以稳定提升病历书写质量, 让患者更加满意^[10]。

四、结论

综上所述, 病历质控应用于医院当中, 能够促进医疗核心制度有效落实, 提升医疗人员的综合素质以及责任心, 保证病历书写质量, 减少医疗纠纷发生率。

参考文献:

[1] 方婷, 叶慧娟, 张岩. 我院运行病历质量精细化管理体系的构建 [J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(05): 208-210.

[2] 吴华夏, 王素琴. 保妇康栓对宫颈炎合并 HPV 感染患者免疫功能及血清 CRP、IL-6、TNF- α 水平的影响 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2021, 5(03): 91-93.

[3] 唐瑶, 李凌, 尹龙燕, 等. 临床医生质控员病历质量质控大赛结果分析与改进措施 [J]. 现代医院, 2020, 20(05): 679-681.

[4] 王洪钧, 郭林业, 袁苗苗, 等. 基于知识图谱的病历质控系统的研究与应用 [J]. 软件, 2022, 43(09): 130-132.

[5] 张瑜, 吴青松, 胡和, 等. 基于人工智能的全程病历质控系统的构建与应用 [J]. 中国数字医学, 2022, 17(10): 83-87.

[6] 於彩霞. 病历质控在提高医院医疗质量安全核心制度执行力中的应用 [J]. 中医药管理杂志, 2020, 28(09): 235-236.

[7] 欧晓英, 张蕾. 病历阅改在护理电子病历质控中的应用效果及对护理病历书写质量的影响 [J]. 当代护士 (上旬刊), 2021, 28(12): 183-186.

[8] 曹笑霄, 陈丽. 三级病历质控体系与奖惩细则在医院病历质量管理中的应用 [J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(18): 170-171.

[9] 尹思艺, 庞晓燕, 蔡秀军, 等. 基于自然语言处理的病历智能质控系统的研究与应用 [J]. 中国医药科学, 2021, 11(16): 1-4.

[10] 万红艳, 黄勤慧, 朱金君. 现代化三级病历质控体系及奖惩细则在我院病历质量管理中的应用 [J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(10): 147-148.