

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 函

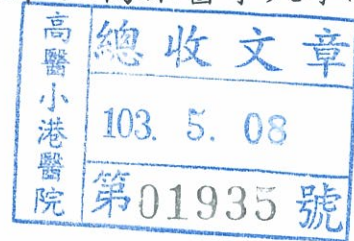
地址：220新北市板橋區三民路二段31號5樓

聯絡人：謝瑜珊

聯絡電話：02-89643000#425

電子信箱：yushan.shie@tjcha.org.tw

受文者：高雄市立小港醫院〈委託財團法人私立高雄醫學大學經營〉



發文日期：中華民國103年5月7日

發文字號：醫品字第1030300146號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文(10303001460-38-1.doc、10303001460-38-2.doc)

主旨：檢送「103年臨床成效指標運用暨病安文化營造發表會」
徵稿說明，敬請惠予協助轉知並踴躍投稿。

說明：

- 一、本會推行臨床照護成效指標多年並鼓勵病安文化營造，各醫院亦著力甚深、成果豐碩，為促進各醫院間交流並觀摩學習，台灣臨床成效指標系統(TCPI)擬於今年11月26日(星期三)舉辦「103年臨床成效指標運用暨病安文化營造發表會」(當日活動訊息另函公告)。
- 二、本活動為鼓勵多元指標收集與運用，徵稿範圍不限運用TCPI指標，詳細徵稿說明請見附件一，徵稿摘要撰寫格式如附件二，敬請轉知院內各單位踴躍投稿。
- 三、投稿時間為103年8月1日至9月15日止，投稿網址將於7月份公告至醫策會網站及TCPI公告區。

正本：高雄市立小港醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)

副本：

台灣臨床成效指標系統 (TCPI)

「103 年臨床成效指標運用暨病安文化營造發表會」徵稿說明

本會推行臨床照護成效指標多年並鼓勵病安文化營造，各醫院亦著力甚深、成果豐碩，本會於今年 11 月 26 日舉辦「103 年臨床成效指標運用暨病安文化營造發表會」，冀望藉此次發表會活動，提供各機構間互相觀摩交流與標竿學習指標運用成功案例。

投稿日期：103 年 8 月 1 日至 103 年 9 月 15 日止。

投稿簡則：

1. 徵稿對象：TCPI 機構、曾參加病安文化調查(PSC)之機構。
2. 徵稿範圍包含：運用臨床成效指標進行品質改善活動以提升病人安全、運用資訊系統提升臨床成效指標收集與應用、運用多元創新的臨床成效指標提升臨床照護品質、病安文化調查與文化營造成果。
3. 投稿摘要撰寫格式說明及摘要範例，請見附件二。
4. 投稿格式：以中文或英文書寫均可，內文以純文字為主，**字數以中文字 1,000 字(含標點符號)為限。**
5. 一律採取網路投稿，投稿網址將於 7 月份公告至醫策會網站及 TCPI 公告區。
6. 投稿截止後恕不接受抽換作者或更改內容。
7. 錄取通知：將於 103 年 10 月中於醫策會網站公告錄取名單，並以電子郵件通知投稿聯絡人稿件審查結果(口頭發表、海報發表或未獲錄取)及後續發表相關細節。
8. 錄取篇數依實際收取稿件後，視場地容額及時間分配後擬定。

投稿獎勵：

- (1) 錄取口頭發表者，活動當天現場頒發優秀案例獎。

103 年臨床成效指標運用暨病安文化營造發表會

(2) 錄取海報發表者，將採審稿委員及活動現場共同評分，擇優頒發
優秀海報發表獎。

備註：

1. 「103 年臨床成效指標運用暨病安文化營造發表會」活動訊息將於活動前一個月以公文通知，公告至醫策會網站及 TCPI 公告區。

2. 投稿及發表會活動連絡人：

電話: (02)8964-3000 分機 425 謝瑜珊小姐、421 吳姿瑩小姐

聯絡信箱：tcpi@tjcha.org.tw

投稿摘要撰寫格式

- (1) 題目
- (2) 作者及服務機關：依照作者順位排列（通訊作者、第一作者、第二作者...），請完整書寫服務機關及作者姓名。（註：經錄取口頭發表的稿件，於發表會上的報告者需為作者之一）
- (3) 前言：選擇該主題的動機？包含背景、界定問題、欲進行的改善措施（目標、執行人員）
- (4) 方法：說明執行介入的研究計畫、評估的方法、分析方法。
- (5) 結果：客觀呈現介入措施造成的改變(如發生率、滿意度等)或收穫益處(如流程簡化、降低多少人物力支出等)。
- (6) 討論、結論與心得：說明研究結果的意義，及所獲的之學習與限制，並提供建議作法作為將來研究之參考。
- (7) 關鍵字 1 至 3 個

摘要範例

題目：OO 醫院導入 STAAR 模式於非計畫性相同診斷再入院率之指標運用經驗分享

機構：OO 醫院

作者：OOO、OOO

目的：「出院 14 天內因相同或相關病情非計畫性再住院率」為醫策會 TCPI 之急性照護指標。本院 2011 年第 4 季指標值為 1.85%(同儕值 1.75%)，其中以 32%為前次已控制疾病再復發為主。但描述性原因對於問題的解決幫助有限，在降低再入院率的成效上似乎無法突破，故本院希望找出改善醫療照護的方法。

方法：本專案由品管中心與相關科部組成品質改善小組，自 2012 年 2 月~7 月執行改善計畫：(一)第一階段：以本院 2011 年出院後在 24 小時內非計畫相同相關診斷再入院共 47 筆個案為對象，應用美國 IHI 於 2009 年所發展的 State Action on Avoidable Rehospitalizations (STAAR)的分類架構，由 1 位醫師進行病歷回顧對再入院個案進行原因了解。(二)第二階段：由品管中心將 STAAR 進行中文化與本土化作業，在院內醫師資訊回饋單張加入 STAAR 中文化表格，自 2012 年 2 月起，每月針對資訊系統登錄之非計劃相同診斷再入院個案，由前次出院主治醫師了解原因，尋找流程或臨床作業可改善處，標竿學習國際間降低可避免的再入院之改善模式。在專案進行期間，除逐案回饋醫師外，亦到科部進行再入院案例分享之相關教育訓練。

結果：以病歷回顧方式 2011 年出院後於 24 小時內非計劃因相同相關診斷重返住院的 47 個個案中，85%為「病人評估」失效；13%為「病人及照顧者教育」失效；2%為「出院後醫療照護」失效。分析 2012

年 2 月在 73 位填答醫師中，有 47 位(48%)認為病人在 14 天內重返住院之原因屬「病人評估」失效，在 7 月 124 位填答醫師中，有 38 位(31%)認為屬「病人評估」失效，經卡方檢定針對兩母群體進行同質性考驗，檢定值達顯著差異($p < 0.01$)，顯示專案進行前後醫師對於病人評估失效的認知呈現顯著差異。

討論、結論與心得：非計劃性再住院意味著醫療系統在出院過程失效，病人自我照護能力的失效，以及出院後的照護社區系統失效。對本院而言，運用 STAAR 於改善可避免的再入院之效益為：(1)STAAR 將再入院視為一種失效，再住院大多是「多重因素」導致再入院，建議第一線同仁多多檢視出院準備流程，進行全面的改善，避免將問題歸因於單一的因素。(2)降低可避免的再入院，需要團隊與系統整體考量才會有很好的突破與進展。(3)就風險管理的角度來看，STAAR 協助員工突破於回溯性的資料分析與檢討，協助醫院建立策略性與系統性降低病人再入院的屏障。

關鍵字：非計畫重返、可避免的再入院、STAAR

