



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
Joint Commission of Taiwan

111-112年度 | 醫院版 |

# 醫療品質及 病人安全工作目標

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會製作

# 下載專區



衛生福利部

台灣病人安全資訊網

Taiwan Patient Safety Net

站內查詢

病人安全年度目標

病安作為

病人安全通報

民眾參與

教育資源

聯絡我們

交流園地

「111-112年度醫療品質及病人安全工作目標」電子檔  
歡迎至【[台灣病人安全資訊網 > 病人安全年度目標](http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/)】下載



台灣病人安全資訊網

<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/>



攜手共進 追求品質 Quality, We Together!



醫院版病安目標手冊

醫院版病安目標海報





- 前言
- 醫院病安目標制訂原則
- 建議參考做法手冊使用說明
- 111-112年醫院醫療品質及病人安全工作目標
  - 年度目標修訂概要
  - 各目標介紹（執行策略、一般原則及參考做法）



# 前言



- 衛生福利部「病人安全委員會」呼應政府施政重點，考量醫院實務執行面的需要，委由醫策會於民國93年研擬我國醫院病人安全目標、策略、原則與參考做法。
- 目的以**醫院向上提升**為宗旨，**非評核基準**。
- 93年初期病人安全年度目標為5項至102年新增為10項，103年下修為8項，於111年新增為9項。
- **參考做法**執行上應視**個別業務需求**及**服務特性**訂定合宜且適當之作業規範，以期能更符合醫院實務作業需要。



# 年度目標制訂原則



## 普遍性

- 以**大部分**的醫療機構都會遇到的狀況為基礎（非僅適用於大型醫院）。

## 可行性

- 儘可能以不增加醫院成本為前提。
- 期望醫院將這些具體做法落實在日常工作中。

## 階段性

- 經評估及檢討各項目標落實情形，以**每兩年**為原則進行目標修訂。

## 重點性

- 不要求醫療機構要將所有目標都列為該院年度的病人安全目標
- 醫院應就所需**優先改善**的項目加強進行。

## 系統性

- 醫院改善作為不侷限於單一科別或部門，需採系統性作為方能有效且持續改善。



# 建議參考做法手冊使用說明



111-112年度 | 醫院版 |



## 醫療品質及病人安全

工作  
目標

Taiwan Patient Safety Goals for Hospitals

- 1 促進醫療人員團隊合作及有效溝通**
  1. 建立機構內團隊領導與溝通機制，落實醫療人員訊息有效傳遞並促進團隊合作
  2. 落實病人於不同單位間共同照護或轉移照護責任時訊息傳遞之安全作業
  3. 加強跨團隊溝通時之病人辨識及交班正確性
- 2 營造病人安全文化、建立醫療機構韌性及落實病人安全事件管理**
  1. 營造機構病人安全文化與環境，鼓勵員工主動提出對病人安全的顧慮及建議
  2. 提升醫療機構韌性，保護醫療場所人員免受暴力侵害
  3. 鼓勵病人安全事件通報，運用人因工程之概念，強化病人安全事件改善成效
- 3 提升手術安全**
  1. 落實手術團隊流程及安全檢核作業
  2. 落實手術前、後安全查核作業
  3. 落實手術團隊整合照護，強化團隊合作
  4. 預防手術過程中不預期之傷害
- 4 預防病人跌倒及降低傷害程度**
  1. 團隊合作提供安全的照護與環境，以降低跌倒傷害程度
  2. 評估及降低病人跌倒風險
  3. 跌倒後檢核及調整照護計畫
  4. 落實病人出現時跌倒風險評估，並提供預防跌倒及預防改善資訊之指導
- 5 提升用藥安全**
  1. 推行病人用藥整合
  2. 加強使用高警訊藥品病人之照護安全
  3. 加強管制快速反應共用管路之輸液使用安全
- 6 落實感染管制**
  1. 落實人員之感染管理
  2. 加強抗生素使用管理機制
  3. 推行組合式照護的措施，降低醫療照護相關感染
  4. 定期確認清潔度及監測消毒品質
  5. 建立醫療器械清洗消毒管理機制
- 7 提升管路安全**
  1. 落實零人性管路之正確置放
  2. 提升管路照護安全及預防相關傷害
- 8 改善醫病溝通並鼓勵病人及家屬參與病人安全工作**
  1. 鼓勵提早關心病人安全，並提供民眾多元參與管道
  2. 應用多元或數位模式，改善醫病溝通，並推行醫病共享決策
  3. 提升在院中及出院後主要照顧者照護功能
- 9 維護孕產兒安全**
  1. 落實產科風險管控
  2. 維護孕產婦及新生兒安全
  3. 預防產科相關病人安全事件

**注意!!**

針對醫療機構已常年執行並納入例行規範之原則與做法，並未列入本手冊中。已下架之病安目標或策略，請參考歷年病安目標，連結至[台灣病人安全資訊網](#)>病人安全年度目標>醫院病安目標。

醫院仍應踏實且穩健地維持原有既定的作業規範與臨床運作，方能穩定醫療系統下之病人安全體制。

## 一般原則

- 針對「目標」及「執行策略」加以闡釋並適用於各醫療機構的通則。

## 參考做法

- 提供實務上常見的情況或建議做法。
- 醫院執行上應視個別業務需求及服務特性訂定合宜且適當之作業規範，以期能更符合醫院實務作業需要。

# 歷年醫院病安年度目標



	2004	2005	2006-2007	2008-2009	2010-2011	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023
1	避免藥物錯誤	提升用藥安全						提升醫療照護人員間的有效溝通	促進醫療人員間及醫病間之有效溝通	促進醫療人員間團隊合作及有效溝通	
2	落實院內感染控制				落實感染控制			落實病人安全事件管理	營造病人安全文化及落實病人安全事件管理	營造病人安全文化、建立醫療機構韌性及落實病人安全事件管理	
3	杜絕手術部位錯誤、病人錯誤及手術程序錯誤	提升手術正確性		提升手術安全							
4	避免病人辨識錯誤	提升病人辨識的正確性		預防病人跌倒及降低傷害程度							
5	預防病人跌倒		鼓勵異常事件通報及資料正確性	鼓勵異常事件通報	落實病人安全事件管理		提升用藥安全				
6		鼓勵異常事件通報	鼓勵異常事件通報	落實感染管制			落實感染管制				
7		改善交接病人之溝通與安全		鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作			提升管路安全				
8		提升民眾參與病人安全		提升管路安全			鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作			改善醫病溝通並鼓勵病人及家屬參與病人安全工作	
9				強化醫院火災預防與應變	強化醫院火災預防與應變					維護孕產兒安全	
10						加強住院病人自殺防治					



# 111-112年病人安全年度目標 加強重點



- 透過伸手可及的乾洗手，提高手部衛生落實度
- 訂有重大疫情的準備及因應機制

感染管制

加強運用  
團隊合作

- 運用團隊合作落實醫療人員**訊息有效傳遞**
- 強化**整個醫療團隊參與預防跌倒**

病人  
安全

維護孕產  
兒安全

建立  
機構韌性  
落實病人  
安全管理

- 除原先病安調查、鼓勵組織通報學習外，新增：
- (1) 保護醫療場所人員**免遭受暴力侵害**
  - (2) **運用人因工程**之概念，強化病人安全事件**改善成效**

落實手術  
麻醉整合  
照護

- 鼓勵術後加速康復（ERAS）跨領域團隊照護，以**跨專業整合醫療架構**，達到**全人照護**



# 111-112年目標修訂概要<sup>(1)</sup>



- 目標一加強如何運用團隊合作與醫療人員之溝通、目標二新增醫療場所人員免遭受暴力侵害、目標三強化手術麻醉整合照護

111-112年病安目標		111-112年執行策略
目標一	促進醫療人員間團隊合作及有效溝通	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 建立機構內團隊領導與溝通機制，落實醫療人員訊息有效傳遞並促進團隊合作</li> <li>2. 落實病人於不同單位間共同照護或是轉換照護責任時訊息溝通之安全作業</li> <li>3. 加強於困難溝通情境之病人辨識及交班正確性</li> </ol>
目標一	營造病人安全文化、建立醫療機構韌性及落實病人安全事件管理	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出對病人安全的顧慮及建議</li> <li>2. 提升醫療機構韌性，保護醫療場所人員免遭受暴力侵害</li> <li>3. 鼓勵病人安全事件通報，運用人因工程之概念，強化病人安全事件改善成效</li> </ol>
目標三	提升手術安全	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 落實手術辨識流程及安全查核作業</li> <li>2. 落實手術輸、備血安全查核作業</li> <li>3. 落實手術麻醉整合照護，強化團隊合作</li> <li>4. 預防手術過程中不預期的傷害</li> </ol>



# 111-112年目標修訂概要(2)



- 目標四強化整個醫療團隊參與預防跌倒、目標六新增因應疫情之感控處理

111-112年病安目標		111-112年執行策略
目標四	預防病人跌倒及降低傷害程度	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 團隊合作提供安全的照護與環境，以降低跌倒傷害程度</li> <li>2. 評估及降低病人跌倒風險</li> <li>3. 跌倒後檢視及調整照護計畫</li> <li>4. 落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒及預防或改善衰弱之指導</li> </ol>
目標五	提升用藥安全	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 推行病人用藥整合</li> <li>2. 加強使用高警訊藥品病人之照護安全</li> <li>3. 加強需控制流速或共用管路之輸液使用安全</li> </ol>
目標六	落實感染管制	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 落實人員之健康管理</li> <li>2. 加強抗生素使用管理機制</li> <li>3. 推行組合式照護的措施，降低醫療照護相關感染</li> <li>4. 定期環境清潔及監測清潔品質</li> <li>5. 建立醫材器械消毒或滅菌管理機制</li> </ol>



# 111-112年目標修訂概要<sup>(3)</sup>



- 考量目前疫情後加速醫病溝通的數位轉型，目標八強化運用多元或數位模式；新增目標九「維護孕產兒安全」。

111-112年病安目標		111-112年執行策略
目標七	提升管路安全	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 落實侵入性管路之正確置放</li><li>2. 提升管路照護安全及預防相關傷害</li></ol>
目標八	改善醫病溝通並鼓勵病人及家屬參與病人安全工作	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 鼓勵民眾關心病人安全，並提供民眾多元參與管道</li><li>2. 運用多元或數位模式，改善醫病溝通，並推行醫病共享決策</li><li>3. 提升住院中及出院後主要照顧者照護知能</li></ol>
目標九	維護孕產兒安全	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 落實產科風險管控</li><li>2. 維護孕產婦及新生兒安全</li><li>3. 預防產科相關病人安全事件</li></ol>





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
Joint Commission of Taiwan

# 目標一、 促進醫療人員間 團隊合作及有效溝通



修

一、建立機構內團隊領導與溝通機制，落實醫療人員訊息有效傳遞並促進團隊合作

修

二、落實病人於不同單位間共同照護或是轉換照護責任時訊息溝通之安全作業

修

三、加強於困難溝通情境之病人辨識及交班正確性





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

# 一般原則與 參考做法

# 一、建立機構內團隊領導與溝通機制，落實醫療人員訊息有效傳遞並促進團隊合作



## 1.1 醫院對於影響病人安全的重大政策訂立訊息發布與傳遞的機制。

對影響病人安全的重大政策改變，建立訊息發布的多元途徑，確保訊息的傳達。

如：電子郵件、網頁公告、簡訊通知與通訊媒體等多重管道。

訊息發布機制應依不同對象與緊急程度規劃。

如：中央流行疫情指揮中心要求醫療機構以簡訊或通訊媒體發布政策。

重要訊息發布以後，應有確認接收或稽核訊息傳遞的機制。

如：中央流行疫情指揮中心要求醫療機構以通訊媒體群組上訊息的閱讀比率做為稽核機制。

對重大訊息發布，必要時機構領導階層應親自公開說明，以釐清疑慮與鼓舞士氣，並應有接受提問與回覆的雙向溝通機制。

如：公開演講、廣播、發布說明影片、撰文說明等。



# 一、建立機構內團隊領導與溝通機制，落實醫療人員訊息有效傳遞並促進團隊合作



## 1.2 醫院應推動團隊合作訓練，並發展於重要醫療情境的醫療團隊合作策略，尤其是於環境快速變動時。

針對醫療作業緊密耦合之部門，醫院應制定政策，推動團隊合作訓練，訓練對象應包含團隊的所有成員。

團隊合作訓練成員，如嚴重特殊傳染性肺炎之病人運送團隊除醫師、護理師以外，應包含保全、清潔與工務人員等。

為強化醫療團隊的領導溝通、建立醫療人員韌性，在重要、急迫或複雜的醫療作業或任務開始前，團隊應該進行「事前說明」( Brief )，任務進行中情境轉變或是團隊成員有疑慮時，鼓勵成員可以「過程中討論」( Huddle )以凝聚共識，任務完成時可以進行「事後檢視」( Debrief )。

應該檢視容易發生錯誤的醫療作業情境，運用技巧建立可以強化安全的策略。

如：急診室急救區的醫療人員定位隔離病房中著防護衣的醫療人員如何溝通等。

在因應環境的快速改變時，醫院的組織應該做敏捷應變，並有人員角色任務的調整機制，作業流程也應做彈性調整。

如：資訊流程。



# 一、建立機構內團隊領導與溝通機制，落實醫療人員訊息有效傳遞並促進團隊合作



## 1.3 醫院訂定醫療人員交接班之標準作業程序，醫療人員間訊息傳遞時採口頭及文字等多重方式，並有釐清疑問的機制。

應就單位內、單位間建立交接班共識項目，並以結構性方式呈現交接班內容。

如：ISBAR。

醫療人員交接班應遵照標準作業程序，且有相互提問與回答的機制，主動將重要資訊及時回饋給接班之醫療照護人員，並有**覆核確認**。

如：執行Check-Back。

醫療人員間訊息傳遞時，建議以口頭方式搭配書面資料同步進行，書寫時字跡應清楚、易辨認，資訊系統介面的文字，應注意重點資訊字體清晰易辨認。

接受口頭醫囑時，接收者應先將醫囑寫下，然後依紀錄內容覆誦，再由訊息傳遞者確認其正確性，以確定資訊傳遞無誤。紀錄應於單位內保存備查。

病歷和醫療作業系統應使用正式訂定的醫療相關字詞縮寫表，避免使用容易誤解、罕用或自創的縮寫，以避免產生混淆或誤解。



# 訊息傳遞技巧--ISBAR



## Introduction (介紹)

- 自我介紹與確認交班對象，以及所要交接或溝通的病人。

I

## Situation (情境)

- 病人現況或觀察到改變狀況。有需要時可提供最近一次生命徵象數據和各類檢查/檢驗結果。

S

## Background (背景)

- 重要病史、目前用藥（尤其是特殊用藥）及治療情形。

B

## Assessment (評估)

- 交接人對於病人情況的評估和認定。

A

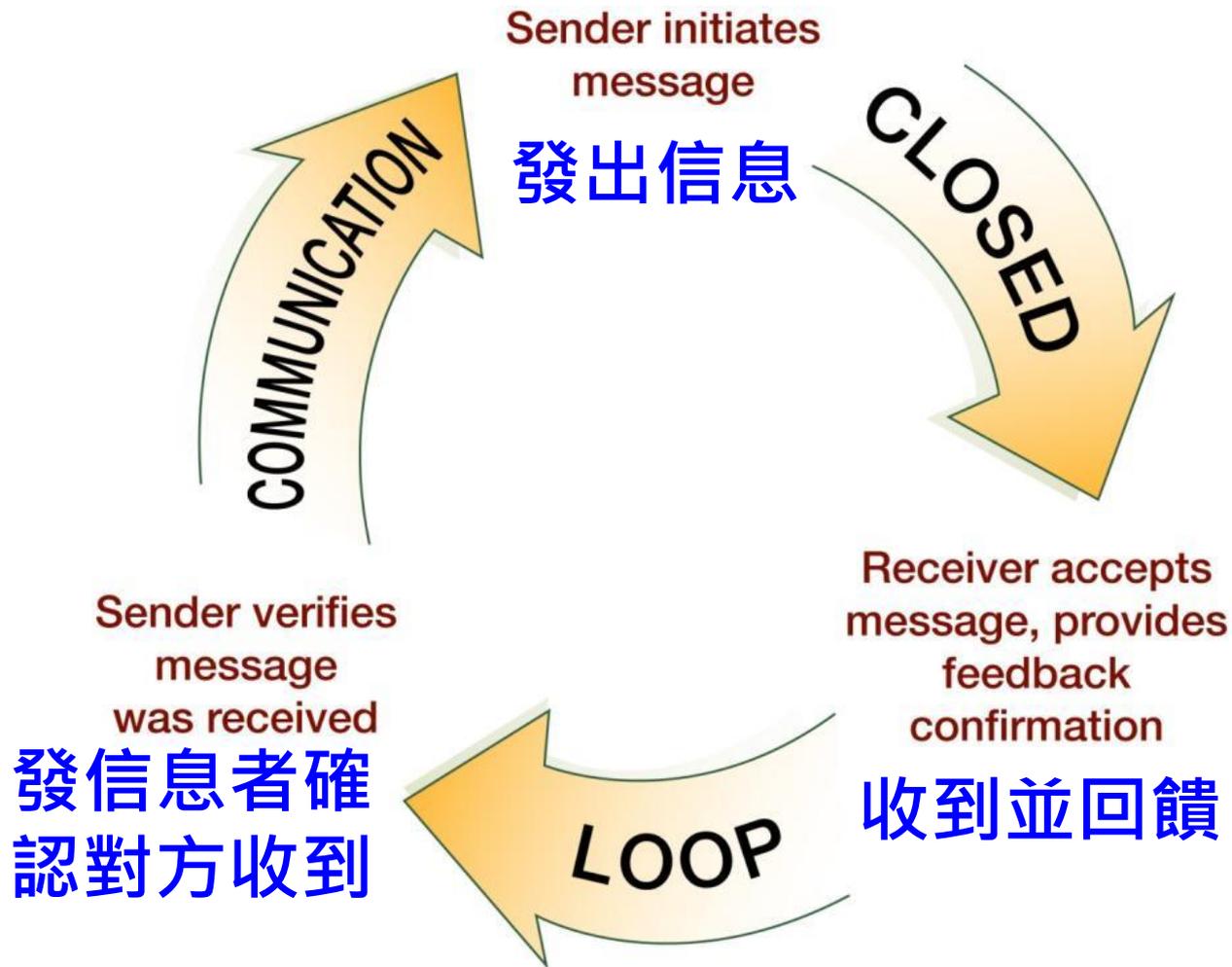
## Recommendation (建議)

- 後續處理措施或方向、可能發生危急狀況的預防。

R



# Check-Back(覆誦確認)



# 一、建立機構內團隊領導與溝通機制，落實醫療人員訊息有效傳遞並促進團隊合作



## 1.4 醫院應建立生命徵象監測儀器及維生設備之警示系統 ( alarm system ) 安全管理。

建立生命徵象監測儀器及維生設備之警示系統的安全管理規範 ( 包含評估是否有不必要地警示噪音，導致警示疲勞 )，並定期檢討，以避免沒有注意到警示提醒，或警示系統故障時對病人造成之風險。

盤點院內高風險區域或高風險的臨床狀態下，所使用具警示功能之生命徵象監測儀器及維生設備，了解預設值及適當的警示值。

確保危急警示聲音在照護區域內可聽到。

依照病人狀況，設定生命徵象監測儀器及維生設備之警示並確實交班，避免關閉警示系統。

確保相關新進人員接受醫療警報器使用教育訓練，儀器更新或新儀器引入時，醫療團隊應接受持續的訓練，並了解儀器警示系統的安全管理規範。



# 依據The Joint Commission 警示訊息， 85-99%的警報無需處理



- Joint Commission Sentinel Event database 2009年至2012年6月的資料顯示，98件與警報相關的異常事件中，有80件導致病人死亡。



[http://www.jointcommission.org/assets/1/6/medical\\_device\\_alarm\\_safety\\_infographic.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/medical_device_alarm_safety_infographic.pdf)



# ALARM FATIGUE 警示疲乏



**Alarm Fatigue:**  
*Condition that occurs when a user is*  
**desensitized** *by the presence of excessive/false alarm signals and*  
**no response** *to the alarm occurs*

頻繁的警報

假警報

醫療人員被  
警報淹沒

醫療人員對  
警報聲不敏感



# 一、建立機構內團隊領導與溝通機制，落實醫療人員訊息有效傳遞並促進團隊合作



## 1.5 建立醫療團隊間溝通模式，強化團隊合作的概念與行動。

利用相關活動或教育訓練，加強醫療照護人員對團隊溝通之重視。

宜以實際觀察、角色扮演或模擬演練等方式進行員工培訓，以促進團隊合作技能。

醫療團隊在互助合作及溝通時，領導者宜有評估及掌握成員間共享的資訊、資源的能力，每個人能明確自己的角色和職責，以使團隊的執行能力及工作效益發揮最大化，並於事後有反饋、修正之檢討機制。

因應新科技導入，例如遠距醫療或照會等新情境，醫院應利用教育訓練或演練，以確保病人安全，促進醫療人員對新情境下的溝通與合作。



## 二、落實病人於不同單位間共同照護或是轉換照護責任時訊息溝通之安全作業



### 2.1 醫院應訂定病人運送標準作業程序，包括運送風險評估、人力設備與運送流程，以確保運送途中病人安全及訊息傳遞正確。

訂定病人運送安全作業標準，包括事先評估病人嚴重度、護送人員資格與層級、運送途中所需監測與維生設備、輸注幫浦正常運作且電量充足、運送中使用的藥品及氧氣量足以供應整個運送過程、病況改變或突發狀況之應變方式，及事先通知送達單位必要備物等，並有要求醫療人員落實的督導機制。

醫療人員轉運病人應遵照標準作業程序，轉運前後務必親自檢視病人，以結構性交接單逐項確認，且完成紀錄查核與簽署，並向病人或家屬說明。

醫院內轉運病人到其他部門檢查或治療，轉送前，應先聯繫及確認轉入單位已備妥病人所需相關儀器設備、感染管制隔離需求，與可轉送的時間。並依照病人交接標準作業程序執行，確實做好病人辨識，且確認病人及家屬了解即將接受的檢查/治療項目，準時轉送病人。



## 二、落實病人於不同單位間共同照護或是轉換照護責任時訊息溝通之安全作業



### 2.2 醫院應訂定雙向轉診流程，包括病人重要訊息正確傳遞及回饋機制。

訂有院所間雙向轉診作業標準，包括病人持續照護的需求、具有臨床意義報告之重要警示結果，及提供原轉診醫師有關病人病況回覆記錄。

應有與院外合作機構間溝通改善的機制。



## 二、落實病人於不同單位間共同照護或是轉換照護責任時訊息溝通之安全作業



### 2.3 醫院應訂定檢查、檢驗危急值報告，及具有臨床意義之病理、放射報告等重要警示結果及時通知機制，並有評估及檢討。

依照醫療照護需求訂定危急值或重要結果報告之通報準則，制定通報流程、時效及處理要求，並定期監測各項通報要求執行成效，尤其針對緊急與重症個案，應訂有合理危急值通報時間，並積極落實。

整合檢查、檢驗、放射及病理等不同資料庫，以有效串連病人相關生理數值，能夠獲得即時警示的效應。

定期檢討檢查、檢驗危急值報告，或具有臨床意義的病理報告等重要警示結果通報機制的時效性，及無法達成的影響因素。





## Diagnostic Stewardship and Test Result Management Using EHRs

# 1

## 電子健康記錄的診斷、檢查管理

When diagnoses and test results are not properly communicated or followed up, the potential exists to cause serious patient harm or death. Providers have begun relying on the electronic health record (EHR) to help with clinical decision support, to track test results, and to flag issues. However, the EHR is only part of the solution. "Technology is just a tool—there's currently not an algorithm that is going to identify all the key elements and analyze them to give you the correct diagnosis," says Lorraine B. Possanza, DPM, JD, MBE, program director, *Partnership for Health IT Patient Safety*.

According to Patricia Stahura, RN, MSN, senior analyst and consultant, ECRI Institute, three key components—the diagnosis, the treatment plan, and the follow-up plan—must be clearly communicated in the EHR. "The information must be accurate and must be written so that future clinicians looking at the EHR can understand it," says Stahura. "If you have faulty information or missing test results, you are predisposed to making a diagnostic error."

"If you don't get the diagnosis right, appropriate care cannot follow."

To help "close the loop," providers must not only fully utilize an EHR designed to meet their practices' unique needs, but also recognize the importance of clear communication, both among caregivers and between caregivers and patients.

"You need to have all the information and test results available, and you have to know when and where to look for that information to make the right diagnosis," says Possanza. "If you don't get the diagnosis right, appropriate care cannot follow."



- 失效點：醫療人員間若沒有適時的溝通或沒有去追蹤病人的診斷和檢查結果，可能會產生病安疑慮。
- 建議：醫療機構應設計符合使用需求的電子健康記錄系統，更應重視醫療人員間溝通的重要性和有效性。

ECRI (2019). Top 10 Patient Safety Concerns for 2019. Retrieved from <https://www.ecri.org>



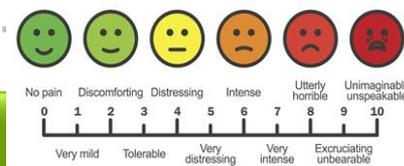
# 三、加強於困難溝通情境之病人辨識及交班正確性。



## 3.1 醫院應訂定「困難溝通病人」之範圍。

應考量病人生理及心理**原本限制或是狀態改變**，訂定困難溝通病人的範圍。

如：新生兒、幼童、重病虛弱、認知障礙、意識不清等無法清楚應答或語言差異之病人。



## 3.2 建立於困難溝通情境之病人的辨識原則及方式。

醫院急診對於危急傷患、意識不清，且身分無法進行辨識者，應給予病人唯一的臨時辨識碼。

對於病人無法親自應答，醫護人員每次執行措施前，應透過病人家屬或主要照顧者進行病人身分核對。

對於困難溝通病人的辨識，醫院可導入資訊科技自動化識別方式，如條碼掃描等，以提升辨識正確性。

對於困難溝通情境裡的病人，於交接班或共同照護時，醫療人員間應對於溝通方式特別進行交班，確保訊息不漏接。



# 台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息

## 維生設備在病人運送前應確認功能足以應付整個過程

### 提醒

依賴維生設備的病人在運送前應確認蓄電及氧氣能正常運作到完成，警示音更應妥為處理。

### 建議作法

1. 依賴維生設備的病人在運送前，要先確認維生設備的蓄電功能及必要的供應（如氧氣）是否充裕，足以應付轉送及萬一過程發生延誤之所需。
2. 出發前，應該先備妥相關急救設備（如甦醒球），並先備好應急方案，萬一設備發生無法正確運作時，能夠立即採用替代措施取代維生設備的功能。
3. 重症病人轉送交接時，雙方人員必須共同確認病人的情況及各項維生設備的正常運作才能離開。當團隊成員不只一人時，更要注意相關權責的釐清，避免發生旁觀者效應（bystander effect），每個人都誤以為其他人有確認，其實沒有人真正確認。
4. 各種儀器設備的蓄電功能檢測、鋼瓶氧氣存量檢查及維生設備異常的病人端緊急處理，必須是在重症單位工作的醫護人員基本訓練之一。每一項新的儀器設備購置啟用時，蓄電量的基本檢測，必須教導給醫護人員。
5. 氧氣鋼瓶空瓶應該明顯標示，以免緊急時誤拿，延誤病人病情。轉送前，要先預估路程可能需要的時間及需要的氧氣量，事先測試鋼瓶的氧氣存量。如果沒有把握，寧可使用剛灌滿的氧氣鋼瓶。
6. 對於運送過程不可預期的事故（如電梯故障而導致病人受困），要有適當的應變計畫，並且平時有進行演習。
7. 新購置儀器設備時，設備維修部門應該加以確認是否使用電池、電池的型號、壽命、及充電的要訣。在儀器的定期保養時（二級保養），設備維修人員必須注意電池的剩餘壽命及蓄電功能是否正常，如果有安全顧慮，應依照儀器的維修指引更換蓄電池。

# 病安目標相關警示訊息一覽表- 有效溝通



編號	篇名
46	交接侵入性檢查病人注意事項
47	重要異常結果應急速通報
48	血糖機的定期校正與品管
74	院內單位間運送病人注意事項
76	呼吸器之潮濕器-人工補水注意事項
77	「大聲說出」重要訊息，使醫療團隊成員即時明瞭
83	呼吸器失去電力時的因應
92	病人運送途中小量氧氣筒氧氣餘量不足
96	生化檢驗分析前血液檢體採集注意事項
99	確保病人送檢過程中輸液幫浦功能正常
131	重症病人使用BiPAP注意事項
134	更換低電力的暫時性心臟節律器導致病人失去意識
138	病人同時接受放射治療及化學治療，治療前未確認病人檢驗異常值，導致嚴重免疫力低下
145	維生設備在病人運送前應確認功能足以應付整個過程



# 病安目標相關警示訊息一覽表- 有效溝通



編號	篇名
146	兒科氣切病人安全事件
147	院內輸送病人安全事件
160	確保牙齒處置部位正確性

請參考台灣病人安全資訊網\教育資源\學習案例。短網址：[goo.gl/kXuJJ3](http://goo.gl/kXuJJ3)





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

# 目標二、 營造病人安全文化、 建立醫療機構韌性及 落實病人安全事件管理



修

一、營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出對病人安全的顧慮及建議

修

二、提升醫療機構韌性，保護醫療場所人員免遭受暴力侵害

修

三、鼓勵病人安全事件通報，運用人因工程之概念，強化病人安全事件改善成效





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

# 一般原則與 參考做法

# 一、營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出對病人安全的顧慮及建議



舉辦病人安全文化調查，可鼓勵參與跨機構或全國性病人安全文化調查，針對調查分析結果進行檢視與討論，以做為機構或單位內營造病安文化之依據。

透過各種調查與反映管道，了解全醫院與各部門員工病安意識狀況，以適時介入與提供協助。

規劃全院性教育訓練，了解病人安全的政策，教導病安事件通報系統及相關案例學習，宣導通報意義與重要性，使人員對病人安全產生內化以形成文化。

1.1

積極營造病安文化，定期辦理病人安全文化調查並分析與改善。



# 一、營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出對病人安全的顧慮及建議



1.2

營造病人安全優先的組織文化，鼓勵員工主動提出對病安的顧慮及建議。



## 宣示病人安全優先政策

### Patient Safety First

醫院宜有宣示病人安全優先及營造病人安全文化的政策。



## 為病安發聲 - 主動說出

### Speak up for Patient Safety

推動為病安發聲的運動，提供管道讓員工適時說出病安顧慮並能以適切的方式提出建議，尤其是當進行中的醫療處置可能造成病人危害時，鼓勵員工要主動說出來。



## 病安提案/訪視

### Patient Safety WalkRounds

主管可以病人安全提案制度，或導入病人安全訪視，聆聽及了解病人安全的障礙、聽取員工的意見或建議。



# 評估安全文化的氛圍

## safety climate measurement in health care



measurement in health care, Flin, Burns, Mearns, Yule and Robertson (10) identified 10 common themes that were prioritised or included across the range of measurement tools. These were:

1. Management/supervisors
2. Safety systems
3. Risk perception
4. Job demands
5. Reporting/speaking up
6. Safety attitudes/behaviours
7. Communication/feedback
8. Teamwork
9. Personal resources (such as stress)
10. Organisational factors.

1. 監督管理
2. 安全系統
3. 風險觀點
4. 工作面向
5. 通報/為病安發聲
6. 安全態度/行為
7. 溝通/回饋
8. 團隊合作
9. 個人資源(如：壓力)
10. 組織因素

資料來源：<https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Safety-Culture-Assessment-in-Health-Care-A-review-of-the-literature-on-safety-culture-assessment-modes.pdf>



# 11 Tenets of a Safety Culture

## Definition of Safety Culture

Safety culture is the sum of what an organization is and does in the pursuit of safety. The Patient Safety Systems (PS) chapter of The Joint Commission accreditation manual defines safety culture as the product of individual and group beliefs, values, attitudes, perceptions, competencies, and patterns of behavior that determine the organization's commitment to quality and patient safety.

- 1 Apply a transparent, nonpunitive approach to reporting and learning from adverse events, close calls and unsafe conditions.
- 2 Use clear, just, and transparent risk-based processes for recognizing and distinguishing human errors and system errors from unsafe, blameworthy actions.
- 3 CEOs and all leaders adopt and model appropriate behaviors and champion efforts to eradicate intimidating behaviors.
- 4 Policies support safety culture and the reporting of adverse events, close calls and unsafe conditions. These policies are enforced and communicated to all team members.
- 5 Recognize care team members who report adverse events and close calls, who identify unsafe conditions, or who have good suggestions for safety improvements. Share these "free lessons" with all team members (i.e., feedback loop).
- 6 Determine an organizational baseline measure on safety culture performance using a validated tool.
- 7 Analyze safety culture survey results from across the organization to find opportunities for quality and safety improvement.
- 8 Use information from safety assessments and/or surveys to develop and implement unit-based quality and safety improvement initiatives designed to improve the culture of safety.
- 9 Embed safety culture team training into quality improvement projects and organizational processes to strengthen safety systems.
- 10 Proactively assess system strengths and vulnerabilities, and prioritize them for enhancement or improvement.
- 11 Repeat organizational assessment of safety culture every 18 to 24 months to review progress and sustain improvement.



# 11項安全文化原則



1. 採取透明化、非懲罰性的方式進行通報與學習不良事件、跡近錯失和不安全情況。
2. 以風險觀點藉由不安全行為中，辨識出人為錯誤和系統錯誤。
3. 所有高階主管或領導者應採取適當行為並建立模式，倡導消除根深蒂固的行為。
4. 政策支持安全文化和不良事件、跡近錯失和不安全情況之通報。這些政策應被強制執行與傳達所有團隊成員。
5. 了解醫療照護團隊成員其通報不良事件、跡近錯失、辨識不安全情況或”好的安全”建議改善，並與所有團隊成員分享這些免費的學習經驗。
6. 運用驗證過之工具以評估判斷組織安全文化的表現情形。
7. 分析整個”組織的”安全文化調查結果，以能發現品質改善和提升安全的機會。
8. 運用安全評估和/或調查以建立和實施”單位的”品質改善和提升安全計畫。
9. 安全文化團隊訓練納入品質改善計畫和組織過程以加強安全系統。
10. 主動評估系統優/劣勢，並以提升或改善為優先。
11. 每18~24個月檢視組織的安全文化，以評估進度並保持改善。

資料來源：

[https://www.google.com.tw/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=19&ved=2ahUKEwjDh\\_TX0oroAhWRLqYKHTVgCPkQFJASeGQlChAB&url=https%3A%2F%2Fwww.jointcommission.org%2Fassets%2F1%2F6%2FSEA\\_57\\_infographic\\_11\\_tenets\\_safety\\_culture.pdf&usg=AOvVaw2EbHSor2MkN\\_rplk-Lxkww](https://www.google.com.tw/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=19&ved=2ahUKEwjDh_TX0oroAhWRLqYKHTVgCPkQFJASeGQlChAB&url=https%3A%2F%2Fwww.jointcommission.org%2Fassets%2F1%2F6%2FSEA_57_infographic_11_tenets_safety_culture.pdf&usg=AOvVaw2EbHSor2MkN_rplk-Lxkww)



Patient safety is a serious global public health concern. **Estimates show that in high-income countries, as many as one in 10 patients is harmed while receiving hospital care. The harm can be caused by a range of adverse events, of which almost 50% are preventable.**

Without improving people's access to quality health care services – a fundamental principle of universal health coverage and key to achieving health-related Sustainable Development Goal (SDG) 3 – the occurrence of adverse events, resulting from unsafe care, is likely to become one of the top 10 leading causes of death and disability worldwide.

# Speak up for patient safety!

No one should be harmed  
in health care



# Speak up for Patient Safety



## 1. Put your patients' interest first 病人安全至上：

Correcting something which is not right, however small it may seem, can make a big difference.

"We are not looking for credit or pinpointing other's mistakes; we are encouraging each other to save lives and prevent harm from reaching our patients,"

## 2. Treat mistakes as learning points 學習錯誤：

Human errors are unavoidable. How one views and learns through the mistakes can shape the level of trust in the organisation's work culture.

"Nobody who works in a hospital wants to make mistakes. If somebody checks your work, it's to help you avoid mistakes. That's out of concern for the patient, and for you too. I've made errors before and felt awful when I found out. What is more important is that everyone learns from them,"

## 3. Be tactful 委婉語言溝通：

"For example, instead of saying, 'this is wrong', you could frame it as a question, such as, 'Could we please reconfirm?'"

## 4. Learn from others 強調與他人學習：

Seeing how others voice their concerns and are supported by their supervisors and colleagues can boost your confidence in speaking up.





## 背景

這系統的一個重要組成是高層領導的強烈支持並鼓勵安全文化。Allan Frankel 博士在 IHI 會議中構思了 WalkRounds，以作為高層領導與一線員工連結 (connect) 的一種工具，並作為教育高層領導有關安全問題，呈現高層領導對一線人員的支持，並致力於營造安全文化。

## 機構執行安全巡檢的目的

1. 彰顯對安全的支持
2. 促使病人安全文化的改變
3. 提供高層人員學習機會以了解病人安全
4. 找出改善安全的契機
5. 建立與員工、主管、管理者以及員工之間有關病人安全的溝通管道
6. 建立以提高安全為基礎的快速檢測計畫
7. 鼓勵議題、錯誤和跡近錯失事件通報
8. 制定醫院之解決方案使風險降至最低

上述摘錄IHI資料，資料來源<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx>





## 如何執行WalkRounds

- 規則說明
  - 組織應決定是否公佈WalkRounds的時間和地點，且這決策應經由高層領導者和管理者同意。
  - 組織應向員工保證，所有在WalkRounds討論的訊息嚴格保密（strictly confidential）。
- 多久執行一次
  - 高階領導(如：醫療部主任、護理部主任、檢驗檢查或各部門主管等)應支持每週至少一次、至少為期一年、避免取消行程，予以進行WalkRounds（情況可請求從原訂日期延後，但WalkRounds仍應發生於預定日期的一週內），高層主管團隊之成員可以輪替，以便於調度，但是，高層領導最好每週應該執行WalkRounds。
- 形式：領導者與3~5個員工可以以各種結構化方式進行對話，包括
  - 走廊談話
  - 連續式個別談話
  - 與特定職責或工作類型之員工進行對話
  - 每星期在同一地點進行對話

資料來源：<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx>



# Step by Step Guide to Quality and Safety Walk-rounds



## 步驟1：組織團隊

<b>Step 1</b> <b>Establish Teams</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Set up Steering Group/Project Group</li> <li>● Identify coordinator</li> <li>● Identify leadership team (Visiting)</li> <li>● Identify unit teams (Participating)</li> </ul>	<b>Terms of Reference Steering Group</b> (Resource 1) <b>Contact Information</b> (Resource 2)
---	---	--

## 步驟2：建立訓練計畫/工具

<b>Step 2</b> <b>Develop Training Programme / Refine Tools</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identify training needs</li> <li>● Develop training programme / workshops</li> <li>● Review available tools and templates</li> <li>● Customise and test tools</li> <li>● Agree measures of improvement</li> </ul>	<b>Walk-rounds Process</b> (Resource 3) <b>Opening and Closing Statements</b> (Resource 4) <b>Customised Questions</b> (Resource 5) <b>Transcription Template</b> (Resources 6)
---	--	--

## 步驟3：溝通進度

<b>Step 3</b> <b>Communicate Schedule</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Develop a communication plan</li> <li>● Create schedule for year</li> <li>● Notify staff</li> <li>● Remind leadership and unit teams</li> </ul>	<b>Notification E-mail</b> (Resource 7) <b>Notice</b> (Resource 8) <b>Leaflet</b> (Resource 9) <b>Schedule</b> (Resource 2)
--	--	--

## 步驟4：舉辦安全巡檢

<b>Step 4</b> <b>Undertake Walk-rounds</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Meet unit team</li> <li>● Meet service users/family</li> <li>● Discuss quality and safety topics</li> </ul>	<b>Transcription Template</b> (Resource 6)
---	--	--

## 步驟5：行動計畫

<b>Step 5</b> <b>Agree Action Plans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Record agreed actions</li> <li>● Circulate to team in draft</li> <li>● Confirm actions</li> </ul>	<b>Transcription Template</b> (Resource 6) or <b>Action Plan</b> (Resource 10) <b>Communication After Walk-round</b> (Resource 11 & 12)
--	--	---

## 步驟6：追蹤與報告

<b>Step 6</b> <b>Track and Report on Trends</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Update central records/database</li> <li>● Identify trends</li> <li>● Report on progress to relevant committees</li> <li>● Close the loop on actions</li> </ul>	<b>Transcription Template</b> (Resource 6) <b>Action Plan Template</b> (Resource 10) <b>Database</b> (Resource 13)
--	--	--

## 步驟7：評估、推廣、維持

<b>Step 7</b> <b>Evaluate, Spread and Sustain</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Review effectiveness of process</li> <li>● Analyse outcomes and measures of improvement</li> <li>● Identify further training needs</li> <li>● Share learning with staff and service users locally and nationally</li> </ul>	<b>Database</b> (Resource 13) <b>After Action Review</b> (Resource 14)
--	--	---

# Impact of Staff-Led Safety WalkRounds



**Table 1. Examples of comments made to Team Safety members during walk rounds**

Care delivery	<ul style="list-style-type: none"> <li>Request for education and consistency regarding insulin administration.</li> <li>Missed and delayed orders after new order process implemented.</li> <li>Difficult to access virtual medical library and electronic drug handbook.</li> </ul>
Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incomplete hand-off from cardiac catheterization laboratory to other areas.</li> <li>Difficult to access electronic version of policies and procedures.</li> </ul>
Environment	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plastic bags covering clean linens pose risk to toddlers.</li> <li>Nail and screw tips protruding into drawers pose risk to staff and visitors.</li> </ul>
Equipment	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insufficient number and remote placement of resuscitation bags and masks.</li> <li>Missing pieces on ECG machines.</li> </ul>
Intrahospital transport	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inadequate communication between RN, transporter, and radiology department.</li> <li>Lack of process for providing staff to accompany and stay with patient.</li> </ul>
Medication	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inconsistent naming of trimethoprim-sulfamethoxazole (generic vs. trade).</li> <li>Risk of medication error involving patients with same last name.</li> </ul>
Security	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficult to distinguish patients from visitors with current system.</li> <li>Difficult to monitor/control visitor movement in/out of care areas.</li> </ul>
Staffing	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acuity/census changes faster than number of RNs increase.</li> <li>Difficult to maintain appropriate skill mix when acuity rapidly changes.</li> </ul>

- 藉由觀察、訪談等進行安全巡檢，搭配相關品質安全數據，以獲得更全面訊息。
- 摘錄AHRQ相關資料，安全巡檢可以獲得相關評估面向，如：服務傳遞過程、溝通(含交接班)、環境安全、儀器設備、院內運送、用藥安全、人員安全等。

# 一、營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出對病人安全的顧慮及建議



1.3

醫院應確保環境的安全，以**降低潛藏風險**。

## 落實可能危害因子的安全控管

應依照場所的特性，控管各種可能危害安全的因子，包括高耗能電器、易燃物、高壓氣體鋼瓶、庫房、各種重要管線之控制面盤。

## 定期舉行全院性環境安全巡檢

應定期舉行全院性的環境安全巡檢，監督各單位的落實程度，並前瞻性地發覺潛藏的安全問題，進行改善及控制。

## 主動通報環境設施相關病安事件

應鼓勵員工主動通報環境設施相關之病安事件，如有造成人員或病人傷亡風險時，應進行適當之控管及警告，直到風險被排除。



## 二、提升醫療機構韌性，保護醫療場所人員免遭受暴力侵害



### 2.1

醫院應建立機制**提升員工韌性**，及早辨識、預防及**因應壓力產生之耗竭**。

可建立員工關懷平台、提升韌性、預防員工耗竭或相關機制，提供需要協助之員工進行通報，並能積極提供關懷與必要之協助。

可安排醫院主管接受辨識員工耗竭與提升韌性之訓練，並能積極協助員工。

### 2.2

醫院應建立**友善支持的執業環境**，透過制度的持續改善，使員工安心工作。

鼓勵員工意見反映，高層主管應主動支持鼓勵，並協助各層級主管，以正向態度傾聽員工意見與解決問題。

建立員工意見處理的機制，針對員工反映的問題，能進行登錄與追蹤，並協調相關部門以系統化、科學化、個別化的方式，解決員工工作上的問題與阻礙。



# 人員復原力 VS. 系統復原力



## What is resilience?

Life may not come with a map, but everyone will experience twists and turns, from everyday challenges to traumatic events with more lasting impact, like the death of a loved one, a life-altering accident or a serious illness. Each change affects people differently, bringing a unique flood of thoughts, strong emotions and uncertainty. Yet people generally adapt well over time to life-changing situations and stressful situations — in part thanks to resilience.

Psychologists define resilience as the process of adapting well in the face of adversity, trauma, tragedy, threats or significant sources of stress — such as family and relationship problems, serious health problems, or workplace and financial stressors. As much as resilience involves "bouncing back" from these difficult experiences, it can also involve profound personal growth.

While these adverse events, much like rough river waters, are certainly painful and difficult, they don't determine the outcome of your life. There are many aspects of your life that you can control, modify and grow with. That's the role of resilience. Becoming resilient not only helps you get through difficult circumstances, it also helps you to grow and even improve your life along the way.



人員復原力  
( Building your  
resilience )

*The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*

### Conference Report

## Resilience and Resilience Engineering in Health Care

*Rollin J. Fairbanks, MD, MS; Robert L. Wears, MD, MS, PhD; David D. Woods, PhD; Erik Hollnagel, PhD; Paul Plsek, MS; Richard I. Cook, MD*

A system is *resilient* if it can adjust its functioning before, during, or following events (changes, disturbances, or opportunities) and thereby sustain required operations under both expected and unexpected conditions. Resilience is found in complex adaptive systems such as health care, which have specific features that encourage and require resilience. The study of health care resilience has the potential to expand the understanding and application of resilience concepts in health care and other safety-critical domains. Resilience makes a large but largely hidden contribution to patient safety. This article is a summary of the workshop *Ideas to Innovation: Stimulating Collaborations in the Application of Resilience Engineering to Healthcare*, held June 13–14, 2013, at the Keck Center of the National Academies in Washington, DC, sponsored by the University-Industry Demonstration Project of the National Academies and by the MedStar Health Research Institute. The workshop consisted of presentations from resilience experts and clinicians from acute care safety practitioners. The goal of the workshop was to search for possible applications of resilience concepts in health care, and to stimulate collaborations between health care, government, and industry stakeholders to pursue resilience engineering in health care.\*

The purpose of this article is to provide a summary of the workshop.

binations of usual and unusual demands; environmental disruptions; variations in staffing or other resources; information losses or corruptions; diffuse, varying, or conflicted goals; and, critically, incessant change. It is the resilience of these systems that gives them the ability to produce success despite conditions that could easily lead to failure—and that allows them to recover quickly and safely after failure. Current understanding of resilience is based on empirical observations of work domains. An example of resilience in action is shown in Sidebar 1 (page 377). In addition to emergency departments (EDs), studies have found resilience in operating rooms (ORs), ICUs, clinics and home care settings, air traffic control rooms, computer network operations centers, and military mission environments. Some resilience demonstrations from other domains are shown in Table 1 (page 377). Although different in many respects, these domains all involve high stakes and substantial risk—while workloads and operational tempos widely vary. The domains use complicated technology but also rely heavily on human experts for direction and control. Their operations are often dynamic and constantly changing, resulting in constant economic pressure. Human work requires coping with complexity and uncertainty. Finally, these work domains exhibit continuous technical and organizational change.



系統復原力  
(system  
resilience)

# 人員復原力(resilience)定義



- 定義：當個體處於逆境、創傷、挫折、威脅或重大壓力源(如：家庭和人際關係問題、嚴重健康問題、工作和財務壓力源等)時，個體有良好適應的過程。復原力可從一些困難/棘手的經歷中「回彈(bouncing back)」，這可能也牽涉個人成長經驗。(American Psychological Association Web)

Psychologists define resilience as the process of adapting well in the face of adversity, trauma, tragedy, threats or significant sources of stress — such as family and relationship problems, serious health problems, or workplace and financial stressors. As much as resilience involves “bouncing back” from these difficult experiences, it can also involve profound personal growth.(American Psychological Association Web.)

- 復原力是個體從壓力、逆境、創傷或重大挫折後迅速恢復的因應能力。如果您有復原力，那麼在面對生活挑戰時，您將能夠保持鎮定並保持身心健康的平衡。如果您的復原力較差，則您可能感到不知所措，使用不健康的因應策略來應對壓力，並產生焦慮和抑鬱感。(Mayo Clinic Web)

Resilience is your ability to adapt well and recover quickly after stress, adversity, trauma or tragedy. If you have a resilient disposition, you are better able to maintain poise and a healthy level of physical and psychological wellness in the face of life's challenges. If you're less resilient, you're more likely to dwell on problems, feel overwhelmed, use unhealthy coping tactics to handle stress, and develop anxiety and depression.(Mayo Clinic Web.)

資料來源：<https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/resilience-training/about/pac-20394943>



# 人員復原力 ( Building your resilience )



## Tips to improve your resilience

If you'd like to become more resilient, consider these tips:

- **Get connected.** Building strong, positive relationships with loved ones and friends can provide you with needed support and acceptance in both good times and bad. Establish other important connections by volunteering or joining a faith or spiritual community.
- **Make every day meaningful.** Do something that gives you a sense of accomplishment and purpose every day. Set goals to help you look toward the future with meaning.
- **Learn from experience.** Think of how you've coped with hardships in the past. Consider the skills and strategies that helped you through rough times. You might even write about past experiences in a journal to help you identify positive and negative behavior patterns — and guide your future behavior.
- **Remain hopeful.** You can't change the past, but you can always look toward the future. Accepting and even anticipating change makes it easier to adapt and view new challenges with less anxiety.
- **Take care of yourself.** Tend to your own needs and feelings. Participate in activities and hobbies you enjoy. Include physical activity in your daily routine. Get plenty of sleep. Eat a healthy diet. Practice stress management and relaxation techniques, such as yoga, meditation, guided imagery, deep breathing or prayer.
- **Be proactive.** Don't ignore your problems. Instead, figure out what needs to be done, make a plan, and take action. Although it can take time to recover from a major setback, traumatic event or loss, know that your situation can improve if you work at it.

<https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/resilience-training/in-depth/resilience/art-20046311>

## 10 Ways to Build Resilience

from American Psychological Association

**Make connections.** Good relationships with close family members, friends, or others are important. Accepting help and support from those who care about you and will listen to you strengthens resilience. Some people find that being active in civic groups, faith-based organizations, or other local groups provides social support and can help with reclaiming hope. Assisting others in their time of need also can benefit the helper.

**Avoid seeing crises as insurmountable problems.** You can't change the fact that highly stressful events happen, but you can change how you interpret and respond to these events. Try looking beyond the present to how future circumstances may be a little better. Note any subtle ways in which you might already feel somewhat better as you deal with difficult situations.

**Accept that change is a part of living.** Certain goals may no longer be attainable as a result of adverse situations. Accepting circumstances that cannot be changed can help you focus on circumstances that you can alter.

**Move toward your goals.** Develop some realistic goals. Do something regularly -- even if it seems like a small accomplishment -- that enables you to move toward your goals. Instead of focusing on tasks that seem unachievable, ask yourself, "What's one thing I know I can accomplish today that helps me move in the direction I want to go?"

**Take decisive actions.** Act on adverse situations as much as you can. Take decisive actions, rather than detaching completely from problems and stresses and wishing they would just go away.

**Look for opportunities for self-discovery.** People often learn something about themselves and may find that they have grown in some respect as a result of their struggle with loss. Many people who have experienced tragedies and hardship have reported better relationships, greater sense of strength even while feeling vulnerable, increased sense of self-worth, a more developed spirituality, and heightened appreciation for life.

**Nurture a positive view of yourself.** Developing confidence in your ability to solve problems and trusting your instincts helps build resilience.

**Keep things in perspective.** Even when facing very painful events, try to consider the stressful situation in a broader context and keep a long-term perspective. Avoid blowing the event out of proportion.

**Maintain a hopeful outlook.** An optimistic outlook enables you to expect that good things will happen in your life. Try visualizing what you want, rather than worrying about what you fear.

**Take care of yourself.** Pay attention to your own needs and feelings. Engage in activities that you enjoy and find relaxing. Exercise regularly. Taking care of yourself helps to keep your mind and body primed to deal with situations that require resilience.

<https://www.apa.org/topics/resilience>



# IHI Framework for Improving Joy in Work



## 9個關鍵因子

### 9. 定期評估

**Real-Time Measurement:**  
Contributing to regular feedback systems, radical candor in assessments

### 8. 員工健康與復原力

**Wellness & Resilience:**  
Health and wellness self-care, cultivating resilience and stress management, role modeling values, system appreciation for whole person and family, work/life balance, mental health (depression, anxiety) support

### 7. 系統或流程改善

**Daily Improvement:**  
Employing knowledge of improvement science and critical eye to recognize opportunities to improve; regular, proactive learning from defects and successes

### 6. 友愛與團隊合作

**Camaraderie & Teamwork:**  
Commensality, social cohesion, productive teams, shared understanding, trusting relationships



### 1. 身心健康安全

**Physical & Psychological Safety:**  
Equitable environment, free from harm, Just Culture that is safe and respectful, support for the Second Victim

### 2. 找到工作的意義及目標

**Meaning & Purpose**  
Daily work is connected to what called individuals to practice, line of sight to organization mission and goals, constancy of purpose

### 3. 具有選擇及自主性

**Choice & Autonomy**  
Environment supports choice and flexibility in work, hours, and use of electronic health records

### 4. 認可與獎勵

**Recognition & Rewards:**  
Leaders understand daily work, recognizing what team members are doing, and celebrating outcomes

### 5. 參與式管理

**Participative Management:**  
Co-production of joy; leaders create space to hear, listen, and involve before acting; clear communication and consensus building as a part of decision making

## 二、提升醫療機構韌性，保護醫療場所人員免遭受暴力侵害



### 2.3

施行防範醫療暴力風險控管，以防止醫療場所人員遭受暴力。

建立醫療場所暴力事件通報機制，發生醫療場所暴力事件，確實依「醫院發生滋擾醫療秩序或妨礙醫療業務執行案件通報與處置標準流程」通報衛生局及警察局。

加強醫院職場安全，醫院依醫療服務特性及醫院暴力事件通報結果，進行適當之空間、門禁安全控管，可實施安全環境診斷評估，如實地現場檢視醫院急診室監視器位置、數量及相關安全設計，以確保工作人員及病人之安全。

設有暴力事件應變小組，並訂定暴力事件應變標準作業流程，每年定期演練。

醫療機構應主動協助受害人員關懷機制，如：協助就診及後續處理等。



# 三、鼓勵病人安全事件通報，強化病人安全事件改善成效



## 3.1

醫院應對全院所有員工（含外包人員）**加強病人安全觀念的宣導**，並依據單位層級特性給予適性的繼續教育，**營造不苛責的病人安全通報制度**。

宣導通報意義與重要性，以建立員工對病人安全事件通報的正確觀念（宣導通報目的著重在檢討是否因系統上的缺失導致事件發生，尋求改善機會，並且避免同樣的事件重複發生）。

可建立病安事件通報平台或至醫策會台灣病人安全通報系統進行通報，鼓勵不僅對於已造成嚴重後果的病安事件主動通報，同時對於輕微傷害的病安事件，或差一點就發生的跡近錯失事件（Near Miss），都能進行通報。

營造不苛責的病人安全通報制度，摒棄病安事件發生後立即追究個人責任的作法，以系統性的角度分析發生原因，積極營造公平、學習與不以懲罰為目的之通報環境。



# 三、鼓勵病人安全事件通報，強化病人安全事件改善成效



## 3.2

醫院應定期檢討病人安全通報事件，**必要時進行根本原因分析**，並根據分析結果提出具體可行之改善措施，避免類似事件重複發生。

有適當單位進行病安通報事件之收集、分析與報告，了解其正確性。

進行病人安全通報事件分析時，宜考慮**人為因素 ( Human factors )**的角度分析，以找到能真正解決問題、具體可行的改善策略。

應就院內通報事件分析結果，可依據衛生福利部公告之「病人安全事件根本原因分析作業程序」參考指引或國內外文獻制定政策，界定重大病安事件及警訊事件，針對上述事件應進行根本原因分析，找出系統內潛在失誤因素並進行改善。

重大病安事件之根本原因分析結果，應與院內過去案例或相關資料進行分析比較，用以了解系統性缺陷，並據以改善。

應根據分析結果提出可行的改善方案，包括欲改善之流程或作業、負責執行的單位或人員、改善時限、評值成效，並持續監測。

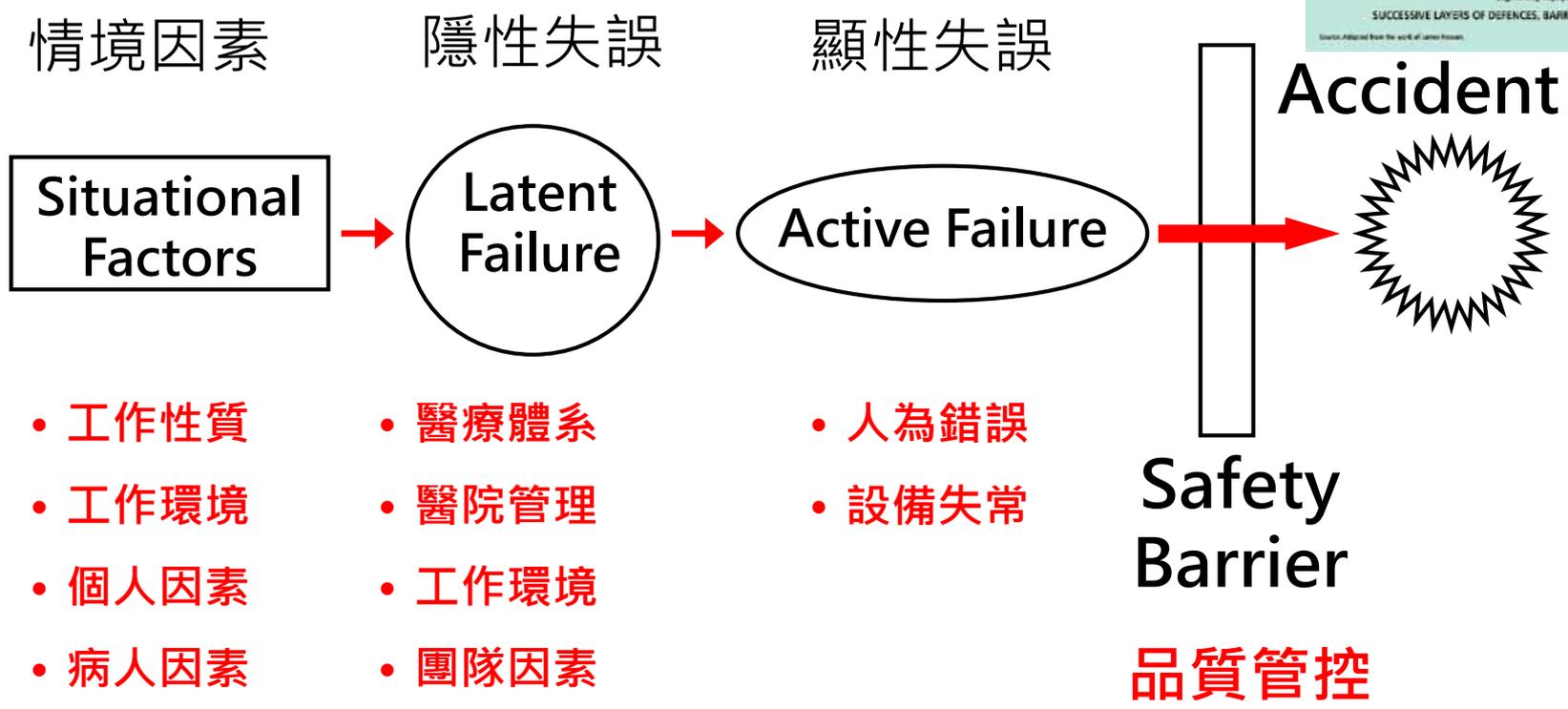
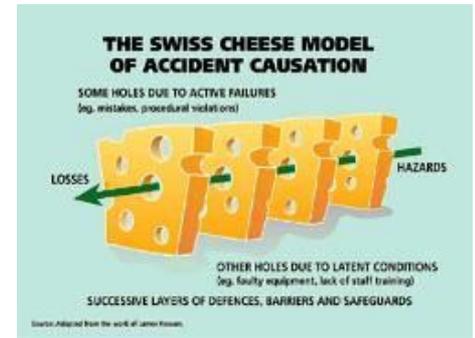
分析結果應有適當回饋機制，並運用適當管道提供警訊事件、學習案例或相關改善措施，便於醫療照護人員學習與及時提醒。

※根本原因分析工具書：

<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Messagess/contents.aspx?&SiteID=1&MmmID=15002&Keyword=根本原因&MSID=655631151556356320>

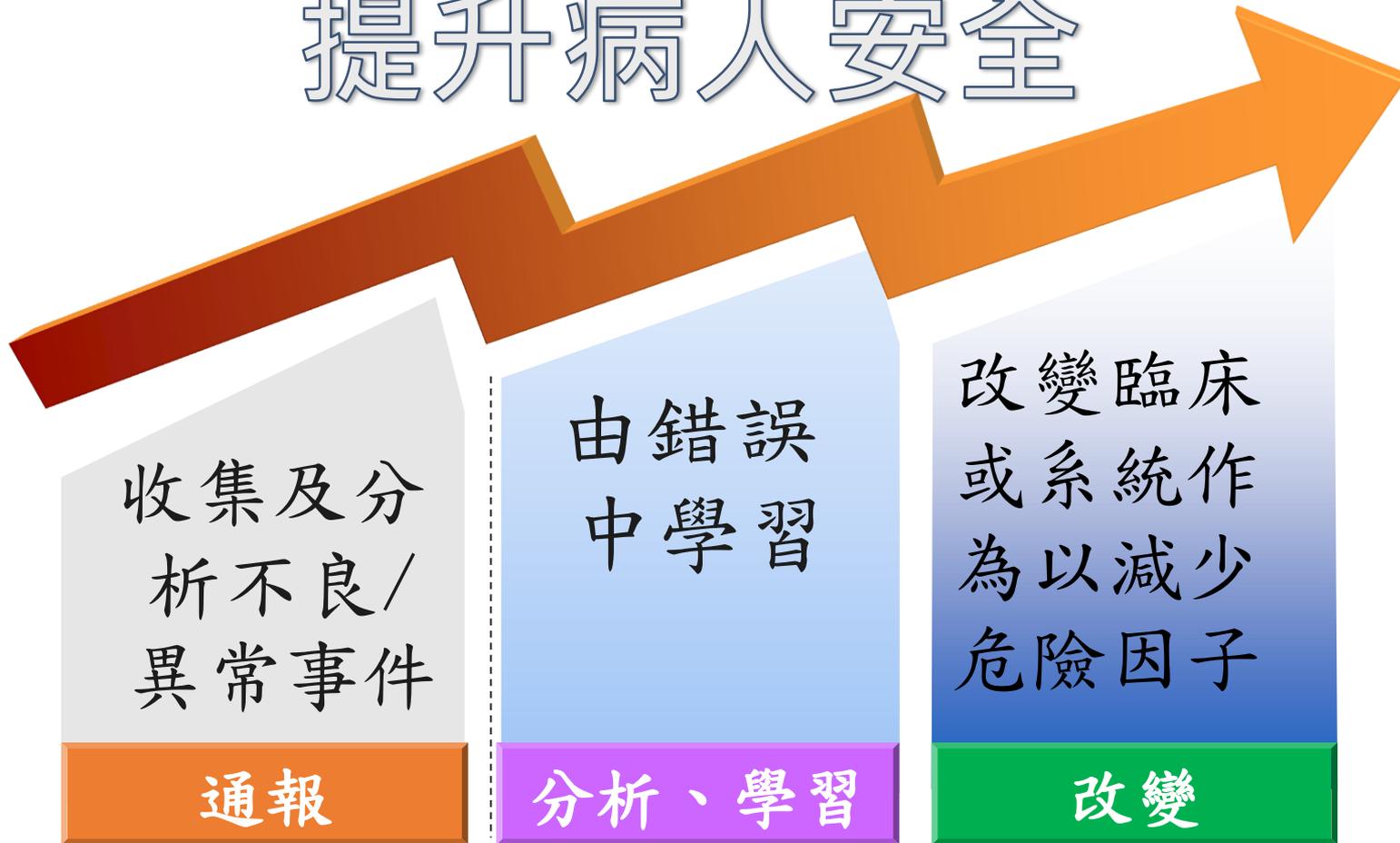


# 醫療錯誤發生的模式





## 提升病人安全



***to improve patient safety by reducing the risk of harm through errors!***



# 台灣病人安全通報系統

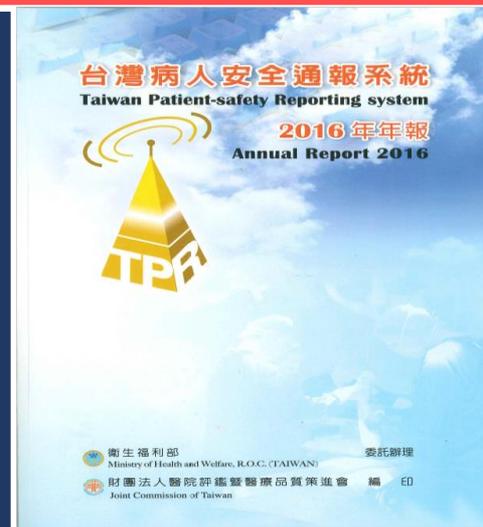
## TPR (Taiwan Patient-safety Reporting system)



原則：匿名、自願、保密、不究責、共同學習

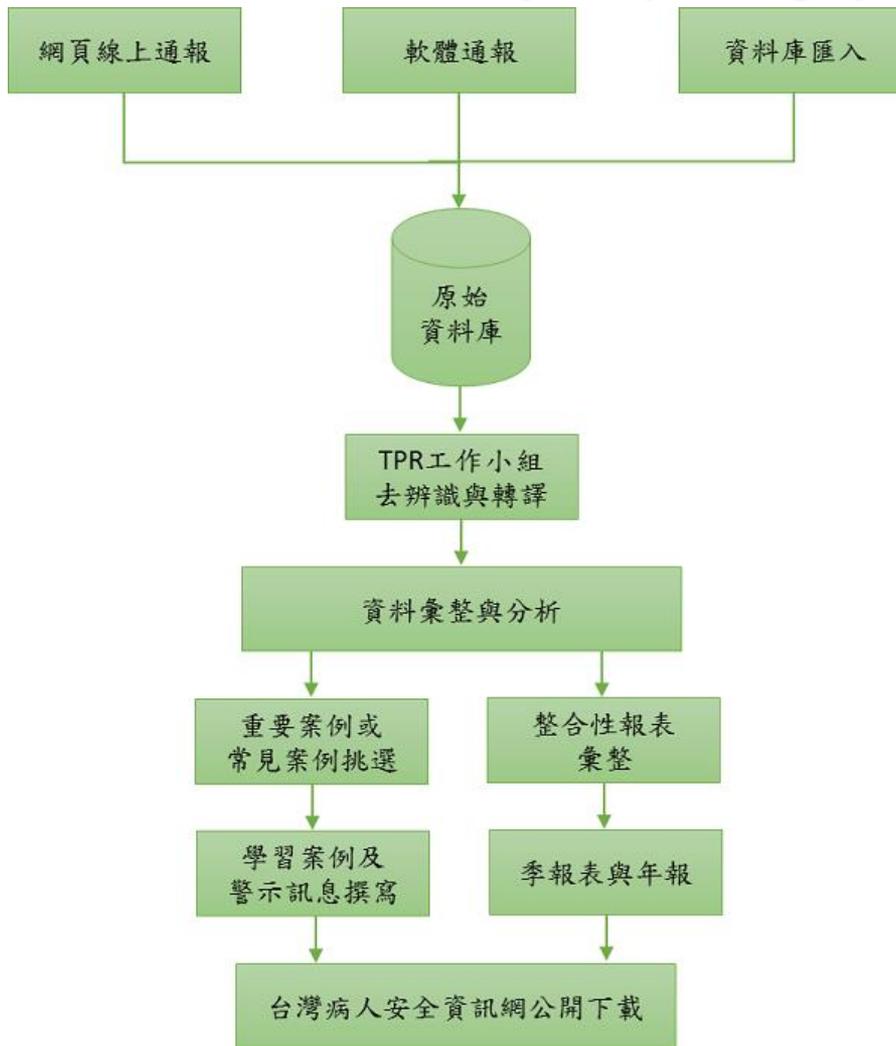
- 開放個人及機構作通報
- 不介入作事件調查
- 不對單一案件作改善建議，採整合多案同質性的通報資料，提醒機構對某類事件之共通處理原則

- 協助醫院建立**院內通報系統**與資訊交換平台。
- 引藉通報系統，嘗試提供醫院警訊訊息，並提出台灣年度病人安全目標。
- **挑選重要議題**邀請專家提出建議做法。
- 發展教育題材-彙編學習教案。



# 台灣病人安全通報系統

TPR (Taiwan Patient-safety Reporting system)



# 台灣病人安全通報系統 ( 續 )



## ● 通報事件類別

### 1. 藥物事件

- 與給藥過程相關之異常事件

### 2. 跌倒事件

- 因意外跌落至地面或其他平面

### 3. 手術事件

- 在手術前、手術中、手術後過程中之異常事件

### 4. 輸血事件

- 自醫囑開立備血及輸血過程相關之異常事件

### 5. 醫療照護事件

- 醫療、治療及照護措施相關之異常事件

### 6. 公共意外

- 建築物、通道、其他工作物、天災、有害物質外洩等相關事件

### 7. 治安事件

- 如偷竊、騷擾、誘拐、侵犯、病患失蹤、他殺事件

### 8. 傷害行為事件

- 如言語衝突、身體攻擊、自殺/企圖自殺、自傷事件

### 9. 管路事件

- 任何管路滑脫、自拔、錯接、阻塞、未開啟事件

### 10. 院內不預期性心跳停止事件

- 發生在醫療院所內非原疾病病程可預期之心跳停止事件

### 11. 麻醉事件

- 與麻醉過程相關之異常事件。

### 12. 檢查/檢驗/病理切片事件

- 與檢查、檢驗及病理切片的過程相關事件

### 13. 其他事件

- 非上列之異常事件



# 三、鼓勵病人安全事件通報，強化病人安全事件改善成效



## 3.3

醫院應**建立醫療資訊**相關的病人安全事件通報與風險管理。

醫療資訊系統在正式上線前，宜充份測試系統和模擬界面，並提供使用者足夠的訓練與支援，以確保符合預期的功能。

在新系統上線時應加強系統監控及問題回報機制，以利即時修正。

教育使用者通報資訊相關事件可能導致的病人安全危害及風險因子（如：資訊系統資料連結正確性、人機介面友善度、使用複製貼上之資料辨別問題等）。

應該對於發生資訊中斷時的醫療運作持續危機，進行風險分析及應變規劃，特別是電子病歷記錄、用藥安全（含過敏及交互作用）、病人辨識等，是否會因為資訊中斷而危及病人的安全。

建議參考國內外醫療資訊病人安全指引或文獻做為設計與改進資訊系統的依據。

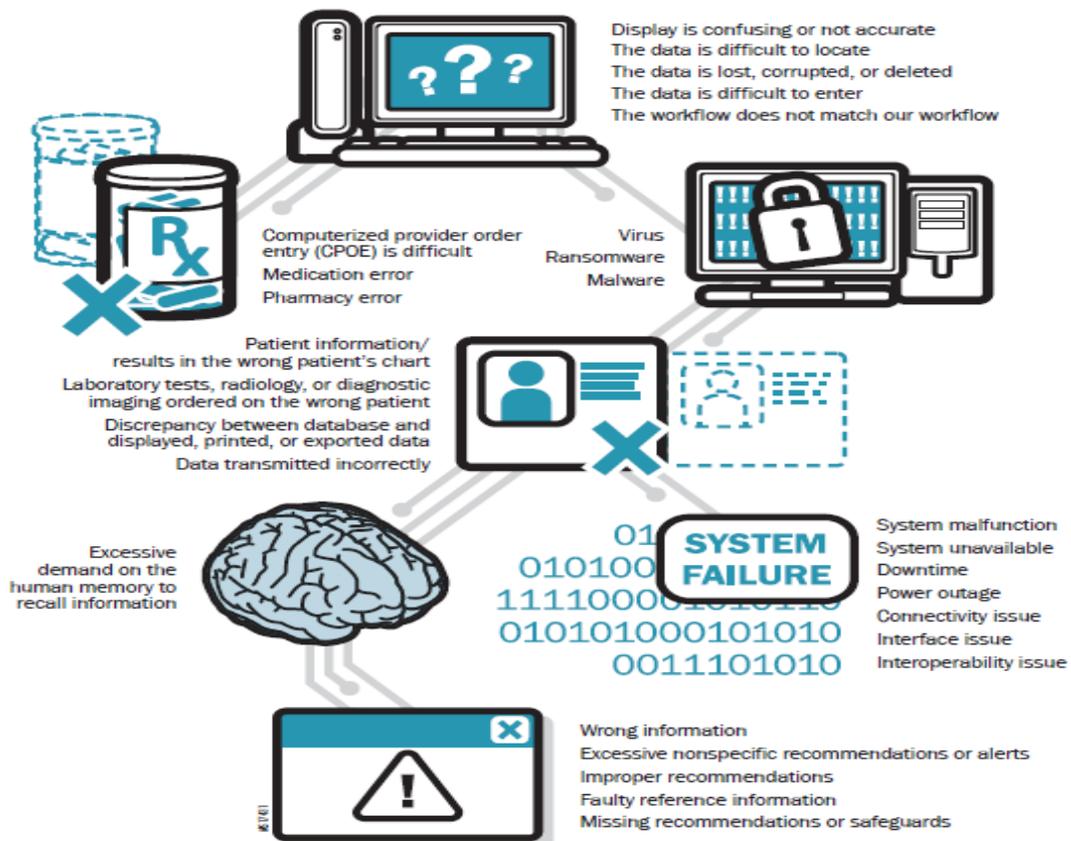


# 哪些Health IT 可能導致病安事件的發生?



## Is Your Patient Safety Event Health IT-related?

Definition: A health information technology (IT)-related patient safety event is any event triggered by, or related to, the technology that has caused patient harm, has the potential to cause patient harm, or that causes a delay in treatment or misdiagnosis. These errors would not occur but for the use of technology.

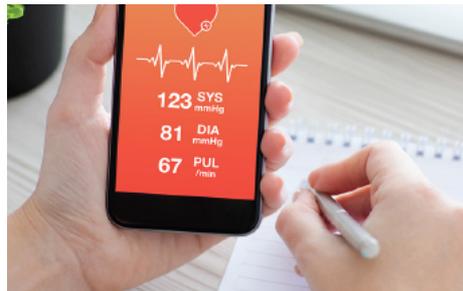


**PARTNERSHIP for**  
**HEALTH IT PATIENT SAFETY**  
*Making healthcare safer together*

GORDON AND BETTY  
**MOORE**  
FOUNDATION

**ECRI Institute**  
*The Discipline of Science. The Integrity of Independence.*

# 行動化的健康照護相關病安議題



## Patient Safety Concerns Involving Mobile Health



Mobile health technology opens up a world of opportunities by transporting healthcare from traditional settings into the home. It also opens up a world of risk.

Risks of mobile health technology include lack of regulation of new technologies, barriers to ensuring that providers are accurately receiving the data a device collects, and the possibility that a patient is not using the technology correctly or is not using it at all.

Mobile health is a constantly evolving area. Many devices are released without U.S. Food and Drug Administration testing. Healthcare organizations must ensure the safety and validity of any device they recommend to a patient and be certain the device will work when the patient leaves the healthcare facility.

"The measurement itself may be working, but how well does it work in the real world?" asks Juuso Leinonen, senior project engineer, Health Devices Group, ECRI Institute. "Part of that goes to usability. It has to be almost foolproof."

"It's no use to have a technology that the patient is supposed to use at home if the patient is not going to use it."

Usability concerns mean that methods for informing clinicians about user error and inactivity must be established. Along with assessing ease of use, organizations must identify the right candidates for mobile health, and provide training for both providers and patients on how to use a device.

"It's no use to have a technology that the patient is supposed to use at home if the patient is not going to use it," says Leinonen. Providers must clearly define objectives before recommending any care plan featuring mobile health technology. Most important is matching patient health conditions to the right piece of technology as well as assessing the likelihood the patient will accept mobile technology.



- 行動化的健康照護 (Mobile health) 仍處在日新月異不斷發展的階段，而行動化健康照護所面臨的風險包含缺乏管理法令及規範、醫療人員未接收到行動裝置回傳資料，以及病人未正確使用或操作該設備等。
- 建議提供給病人的裝置設備除考量到易用性外，還要有防呆機制 (foolproof)，並提供教育訓練以協助醫療人員及病人。



# 2019年公告ISMP藥物資訊電子溝通安全指引



█ 摘錄ISMP，針對醫令資訊系統之藥名呈現、劑量或單位、藥品搜尋、系統設計、藥品處方、藥品訊息等提出**54**項建議做法供各界參考，以避免混淆造成給藥錯誤。

█ 如：相似藥名使用**Tall man lettering**方式，針對「相似對稱藥名或特定不同字母組」運用單一部份藥名大寫字母加粗字體或其他差異化方法（如：顏色、粗體或對照），加強看起來相似的藥名的不同處，可以增強藥品名稱的知覺（*perception*），以提醒醫療人員選擇提供藥品給病人避免與另一藥名混淆與正確區辨，如：vin**CRIS**tine, vin**BLAS**tine。

**ISMP**

## ISMP Guidelines for Safe Electronic Communication of Medication Information

### Safe Presentation of Drug Names

- ① When expressing a generic drug name, use all lowercase letters (unless using tall man letters as mentioned in item #5) as the primary expression of drug nomenclature, ensuring that each matches the US Food and Drug Administration (FDA)-approved nomenclature so that electronic medication records agree with all carton and container labels.
- ② When expressing a generic drug name, do not include the salt of the chemical unless there are multiple salts available (e.g., hydroXYzine HCl and hydroXYzine pamoate) or the salt alters the drug release (e.g., fluPHENAZine HCl and fluPHENAZine decanoate) and thus conveys meaningful information. If the salt is used as part of the name, display the full name of the salt unless an abbreviation has been approved by USP (i.e., K [potassium], Na [sodium], HBr [hydrobromide], and HCl [hydrochloride]). The salt should follow the drug name.  
*Comment: The symbols Na and K are intended for use in abbreviating the names of the salts of organic acids, but these symbols should not be used when the word sodium or potassium appears at the beginning of an official drug name (e.g., Na bicarbonate is not acceptable because it may be misread as "no bicarbonate").*
- ③ When expressing a brand drug name, use an uppercase first letter. Trademark symbols (e.g., TM, ®) should not be used.  
*Comment: Although the use of all uppercase letters is a standard convention for trademarks, mixed case and lowercase letters are more unique and distinguishable than all block-like uppercase letters, which look similar and are more difficult to read, especially in low lighting.<sup>1</sup> Also, using all uppercase letters to express brand names does not allow for the use of tall man letters when indicated, as mentioned in item #5.*
- ④ Include the word "Mix" and any numerical values that are part of the brand name for fixed combination insulin products (e.g., Novo**LOG** Mix 70/30) together on the same line on all computer screens, medication administration records (MARs), and other electronic forms of communication.
- ⑤ Use **bolded**, UPPERCASE tall man letters (e.g., vin**CRIS**tine, vin**BLAS**tine) for specific groups of dissimilar letters in look-alike drug name pairs or trios to visually differentiate them on electronic screens. This helps minimize the risk of selecting the wrong product, particularly when medication names appear alphabetically in drop-down menus and

<https://www.ismp.org/system/files/resources/2019-03/Electronic-Guidelines-2019.pdf>





## Responding to and Learning from Device Problems

# 4

事先準備好計畫可使組織及時有條理做出回應，這也增加組織蒐集有用的訊息，從中學習並防止事件再次發生。

When an incident occurs involving a medical device, "a lot needs to happen right away to improve the effectiveness of an incident investigation," says Scott R. Lucas, PhD, PE, director, Accident and Forensic Investigation, ECRI. At first, the focus is appropriately on the patient. But if the organization lacks a comprehensive plan for investigating device-related incidents, key steps can be missed. "Develop a plan to investigate a device-related incident now because eventually it will happen," says Lucas. Having a plan ready to go enables the organization to respond in a timely and methodical way. This increases the likelihood that the organization will gather useful information, learn from it, and prevent recurrence.

The initial steps are key but can be easily missed in the aftermath of an incident. ECRI offers a poster listing immediate action steps (see Resources). The organization should also have protocols for investigating incidents involving specific types of devices, equipment, or disposables. Consider issues such as what data logs are kept, which accessories are included, how the equipment would be sequestered and tagged, additional devices or systems with which it interfaces, and what information must be documented and by whom.

Incidents involving medical devices or equipment can occur in any setting where they might be found, including aging services, physician and dental practices, and ambulatory surgery. The devices and domain-specific expertise available in these settings might differ from that of a hospital. However, "the process is the same, the need for a plan is the same," says Lucas. These settings should identify individuals that have the skill set to coordinate investigations and those who can supply domain expertise.

Planning is essential to conducting a thorough investigation. Like having a fire escape plan, "it's about getting ahead of it," says Lucas. Then, when an incident occurs, "You just hit 'go.'"

# DEVICE INCIDENT RESPONSE



## Immediate Action Steps

Using your best judgment:

- 1 Attend to the injury of the patient or clinician.  
注意病人或醫療人員的傷害
- 2 Preserve the equipment or devices, leaving accessories and components assembled as they were at the time of the incident.  
在異常事件發生時，保留儀器設備、器械之組件、配件之原狀。
- 3 Immediately call Risk Management at \_\_\_\_\_.  
立即通知風險管理師
- 4 Print or download patient data from equipment memory (e.g., monitor trend data) before power down to prevent loss of data.  
斷電前，從設備儲存中列印或下載病人數據測區是數據)，以防止數據遺失。
- 5 Sequester suspect equipment or devices with their accessories, available packaging, and printouts.  
封存可疑儀器設備、器械及其組件，可用的封裝和列印輸出。
- 6 Download data stored by the equipment or devices.  
下載儀器設備、器械的儲存數據。
- 7 Contact ECRI Institute Accident and Forensic Investigation, +1 (610) 825-6000, accidents@ecri.org for assistance or on-site investigation.

<https://assets.ecri.org/PDF/Solutions/AFIG/ECRI-ImmediateActionSteps-AccidentInvestigationPoster.pdf>

UR

# 三、鼓勵病人安全事件通報，強化病人安全事件改善成效



## 3.4

積極參與**台灣病安通報系統**，並主動分享經驗，以達到共同學習的目的。



可參與台灣病人安全通報系統或其他院際間的資訊交流管道，透過改善經驗的分享，來建立和改善院內病人安全的各種措施，避免重大病安事件的發生。

## 3.5

積極參與**醫療器材不良事件通報**。



疑似醫療器材所引起的不良反應時，醫療機構於獲知後，宜**進行檢討分析**並**主動通報**至衛生福利部食品藥物管理署之「**醫療器材不良反應通報系統**」。

FDA 衛生福利部食品藥物管理署

### 藥品醫療器材食品化粧品上市後品質管理系統

帳號:

密碼:

「藥品不良品通報」及「藥品療效不等通報」已開放使用智慧型手機快速通報，直接使用手機連結本網站，免下載，條碼掃藥、照片上傳，一手搞定。

(1)醫療人員、民眾及食品廠商:



### 三、鼓勵病人安全事件通報，強化病人安全事件改善成效



3.6

提升人因工程等跨領域相關專業，以促進病人安全。

鼓勵人員**接受**人因工程相關訓練，以**人為因素**角度，識別易出錯或有潛在危險的系統性問題。

在建構醫療作業流程、設計環境與設備採購時，可**導入**人因工程之概念，以**減少員工生、心理負荷、降低因遺漏、誤判或誤觸**等人為因素所造成之病安事件。

**鼓勵**醫院於重要的新系統導入前或發生重大的病安事件後，建議納入人因專家意見，並作為系統採購與病安事件通報分析參考。



# 病安目標相關警示訊息一覽表-病安

## 事件管理



### ◆ 與醫療資訊系統相關之病安事件

編號	篇名
101	醫療資訊化衍生的病人安全事件
149	加護中心高警訊用藥給藥異常事件
156	預防因小數點誤植或誤判所造成的給藥問題

### ◆ 與工作安全之議題

編號	篇名
154	護理之家護理師遭病人家屬砍傷事件
162	員工遭霸凌之傷人暴力事件

請參考台灣病人安全資訊網\教育資源\學習案例。短網址：[goo.gl/kXuJJ3](http://goo.gl/kXuJJ3)





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
Joint Commission of Taiwan

# 目標三、 提升手術安全



一、落實手術辨識流程及安全查核作業

二、落實手術輸、備血安全查核作業

修

三、落實手術麻醉整合照護，強化團隊合作

四、預防手術過程中不預期的傷害





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

# 一般原則與 參考做法

# Sentinel Events

## (The Joint Commission)



### Definition of Sentinel Event

A sentinel event is a patient safety event (not primarily related to the natural course of the patient's illness or underlying condition) that reaches a patient and results in any of the following:

- Death
- Permanent harm
- Severe temporary harm\*

An event is also considered sentinel if it is one of the following:

- Suicide of any patient receiving care, treatment, and services in a staffed around-the-clock care setting or within 72 hours of discharge, including from the hospital's emergency department (ED)
- Unanticipated death of a full-term infant
- Discharge of an infant to the wrong family
- Abduction of any patient receiving care, treatment, and services
- Any elopement (that is, unauthorized departure) of a patient from a staffed around-the-clock care setting (including the ED), leading to death, permanent harm, or severe temporary harm to the patient
- Administration of blood or blood products having unintended ABO and non-ABO (Rh, Duffy, Kell, Lewis, and other clinically important blood groups) incompatibilities,<sup>7</sup> hemolytic transfusion reactions, or transfusions resulting in severe temporary harm, permanent harm, or death<sup>2</sup>
- Rape, assault (leading to death, permanent harm, or severe temporary harm), or homicide of any patient receiving care, treatment, and services while on site at the hospital<sup>5</sup>
- Rape, assault (leading to death, permanent harm, or severe temporary harm), or homicide of a staff member, licensed independent practitioner, visitor, or vendor while on site at the hospital
- Surgery or other invasive procedure performed at the wrong site, on the wrong patient, or that is the wrong (unintended) procedure for a patient<sup>1</sup>

- Unintended retention of a foreign object in a patient after an invasive procedure, including surgery<sup>6</sup>
- Severe neonatal hyperbilirubinemia (bilirubin >30 milligrams/deciliter)
- Prolonged fluoroscopy with cumulative dose >1,500 rads to a single field or any delivery of radiotherapy to the wrong body region or >25% above the planned radiotherapy dose
- Fire, flame, or unanticipated smoke, heat, or flashes occurring during direct patient care caused by equipment operated and used by the hospital. To be considered a sentinel event, equipment must be in use at the time of the event; staff do not need to be present.<sup>11</sup>
- Any intrapartum (related to the birth process) maternal death
- Severe maternal morbidity (not primarily related to the natural course of the patient's illness or underlying condition) when it reaches a patient and results in permanent harm or severe temporary harm<sup>17</sup>

The Joint Commission 將手術或其他侵入性處置(含部位錯誤、病人錯誤、錯誤的侵入性治療)納入警訊事件(sentinel events)內。

# Never Events list (NHS Improvement)



- **Surgical**
  - **1. Wrong site surgery**
  - **2. Wrong implant/prosthesis**
  - **3. Retained foreign object post procedure**
- **Medication**
  - **4. Mis-selection of a strong potassium solution**
  - **5. Administration of medication by the wrong route**
  - **6. Overdose of insulin due to abbreviations or incorrect device**
  - **7. Overdose of methotrexate for non-cancer treatment**
  - **8. Mis-selection of high strength midazolam during conscious sedation**
- **Mental health**
  - **9. Failure to install functional collapsible shower or curtain rails**
- **General**
  - **10. Falls from poorly restricted windows**
  - **11. Chest or neck entrapment in bed rails**
  - **12. Transfusion or transplantation of ABO-incompatible blood components or organs**
  - **13. Misplaced naso- or oro-gastric tubes**
  - **14. Scalding of patients**
  - **15. Unintentional connection of a patient requiring oxygen to an air flowmeter**
  - **16. Undetected oesophageal intubation **Temporarily suspended as a Never Event****

- 英國NHS Improvement 將Never Events分為四大類16項事件，分別為手術事件、藥物事件、精神照護事件、一般照護事件。其中在手術事件，包含部位錯誤、錯誤植入物、異物滯留等。
- 英國也定義「嚴重異常事件(serious incidents)」，所有Never Events等同於嚴重異常事件 (serious incidents)，雖然所有Never Events不一定會造成嚴重傷害或死亡。

資料來源：

[https://improvement.nhs.uk/documents/2899/Never\\_Events\\_list\\_2018\\_FINAL\\_v7.pdf](https://improvement.nhs.uk/documents/2899/Never_Events_list_2018_FINAL_v7.pdf)



# 一、落實手術辨識流程及安全查核作業



## 病人辨識

- 主動詢問病人辨識身份及手術部位的問題。
- 使用至少二種以上資料辨識病人身分。

## 手術部位標記及辨識

- 手術前與病人（或家屬）共同確認手術部位並做標記。
- 手術部位標記須於進入手術室前完成。
- 落實手術部位標記及辨識。
- 標記以在皮膚消毒及鋪上無菌被單之後仍然可以看見為原則。
- 手術前資料需完備。

## 手術安全查核

- 研訂術前準備查核表。
- 重症病人運送手術室應有相關檢查機制，並確實交班。
- 手術前確認病人是否有藥物過敏史、服用抗凝血劑/抗血小板藥的停藥天數、血小板過低、貧血、及各項足以影響手術安全之病史。
- 於不同時機確認病人身分及手術部位
- **劃刀前time-out!**
- **多節段手術**應確認手術部位。
- 縫合前/後應清點手術器械等。
- 轉送恢復室，應交班說明注意事項。
- 每一個檢體容器上應有至少二種屬於病人的基本辨識資料



# 手術安全查核項目



應包括：術前照護、病人運送、擺位、感染管制、各項衛材之計數、儀器設備、放射線使用、正確給藥、輸血、檢體處理及運送等安全作業

## 術前準備查核表

- 是否禁食、移除項目、皮膚清潔、灌腸、備血等
- 對不同手術之特殊準備項目是否攜帶
- 手術及麻醉同意書
- 是否完成手術部位標記

## 重症病人運送手術室前

- 隨行人員
- 呼吸器之設定
- **氧氣瓶存量**
- 各類監視器、幫浦、管路之種類及數量
- 使用中藥物之劑量

## 手術前

- 確認病人是否有藥物過敏史、持續服用抗凝血藥劑/抗血小板藥、血小板過低、貧血、及其他足以影響手術安全之病史等

## 劃刀前

- **作業靜止期(time-out)**

## 手術中

- 訂有輸血（包括緊急輸血）作業準則或作業規範。
- 應有手術中緊急大量輸血的機制，迅速提供血品。

## 傷口縫合前及縫合後

- 清點手術器械、紗布、針頭和其他手術無菌區之物品(如：血管夾、血管環帶、鉛片等)

## 病人離開手術室送至恢復室之前確實交班

- 在恢復室和治療期間的主要注意事項
- 提出手術過程中有無任何設備問題

## 檢體容器

- 有至少二種屬於病人的基本辨識資料
- 有雙重核對之標準作業流程

鼓勵以資訊科技，如臨床決策支援系統（Clinical Decision Support System）之運用，並以正確用血及輸血安全為目標，建構智慧化的輸血安全作業。

# 手術部位標記可用書面記載代替

- ① 病人拒絕標記；
- ② 解剖學上或技術上無法標記的部位（如：口腔、牙齒、陰道、尿道、肛門）；
- ③ 經由皮膚或自然開口（如：口、肛門）治療單側內臟器官的微創手術或處置；
- ④ 早產兒，因為標記可能造成永久性的紋身。



# 手術安全查核表

麻醉誘導前 (Before induction of anaesthesia) (參與者：護理人員/麻醉人員)
● 是否已確認病人資料、手術部位、手術名稱，以及麻醉/手術同意書？ <input type="checkbox"/> 是
● 手術部位是否已標示？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不適用
● 是否已完成麻醉設備與藥物安全評估之查檢？ <input type="checkbox"/> 是
● 是否已確認血氧飽和濃度儀已安裝且功能正常？ <input type="checkbox"/> 是
● 病人是否有： 已知的過敏？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 發生困難插管或吸入性肺炎的風險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，已備有儀器設備或後援失血量超過500ml (孩童7ml/kg) 的可能？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，已具有至少兩條靜脈/中央靜脈導管之準備並備妥適當之輸液

劃刀前 (Before skin incision) (參與者：護理人員、麻醉人員、主刀醫師)
<input type="checkbox"/> 確認手術團隊成員認識彼此的姓名與角色
<input type="checkbox"/> 手術醫師、麻醉人員及護理人員共同口頭確認病人的姓名、手術部位、手術名稱
● 是否已在劃刀前60分鐘內給予預防性抗生素？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不適用
● 重要事項評估： 手術醫師： <input type="checkbox"/> 確認有無急迫或非原訂計畫的手術步驟 <input type="checkbox"/> 評估手術時間 <input type="checkbox"/> 預期失血量為何 麻醉人員： <input type="checkbox"/> 確認病人有無應注意之特殊狀況 護理人員： <input type="checkbox"/> 確認無菌區內所有用物已完成滅菌 <input type="checkbox"/> 確認器械無異常
● 是否已確認與手術相關的影像資料？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不適用

病人送出手術室前 (Before patient leaves operating room) (參與者：護理人員、麻醉人員、主刀醫師)
由護理人員與手術團隊共同口頭確認下列事項： <input type="checkbox"/> 手術名稱已記錄 <input type="checkbox"/> 手術器械、紗布、針頭與其他置於手術區的物件清點數量正確 (或本項不適用) <input type="checkbox"/> 手術檢體已正確標記 <input type="checkbox"/> 有無發生應做後續處理的設備問題
由手術醫師、麻醉人員與護理人員共同確認事項： <input type="checkbox"/> 病人麻醉恢復與術後照護的注意事項

註：本查核表是依據世界衛生組織2009年Surgical Safety Checklist (第2版) 製作。本表僅供參考，不代表所有的應查核項目，各醫療機構可自行增修，製作合用之查核表。





(<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303637150114&Msid=2014122510595728170>)

No.119

### 台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息

2013-A-10



發佈日期：2013.11.20

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：機構投稿

審稿專家：外部專家改寫、TPR 工作小組潤稿

### 手術進行過程紗布計數問題

#### 提醒

**手術進行前、中、後，刷手及巡迴護理人員應共同齊聲逐一計數紗布數量，共同負責病人安全；計數過程中如有疑慮，應立即反應醫師，確認後再進行手術。**

#### 案例描述

林先生因口腔癌進行腫瘤切除及皮瓣移植手術。耳鼻喉科醫師在腫瘤切除手術結束後，將二塊濕顯影紗蓋住腫瘤切除部位，待整外醫師進行皮瓣手術，經物品計數正確無誤後，請清潔人員進行清潔工作，包含：清理房內各類的垃圾桶。

巡迴及刷手護理人員於整形外科醫師到達前，已完成整形外科手術用物，包含：對點大白紗 20 塊、針頭、縫線數量及消毒鋪單。整外醫師評估傷口大小後，需變更取皮瓣之肢體，故團隊人員重新消毒鋪單，因手術房內包布桶已滿，巡迴護理人員又請清潔人員入內更換包布桶及垃圾桶。

15：20刷手護理人員換班交接時，僅交接器械包盤、針頭、縫線數量及器械動向，因正進行顯微手術，故只交班紗布總數量。手術縫合傷口前計數紗布發現少1塊白色紗布，立即告知整形外科醫師，並找尋手術室內紗布桶、回收桶、垃圾桶、污衣桶，均未發現。依醫囑進行Portable X-ray經醫師確認無遺留紗布在體內，疑為重新消毒鋪單時掉落，與清潔包布桶及垃圾桶一併被清除，故將紗布計數不完整之事件記錄於記錄單，並進行異常事件通報。

#### 建議作法

- 1.手術團隊應建立共識：制定各科手術須計數紗布之術式，對深且大的傷口、進入體腔，應確實使用顯影紗布進行計數。
- 2.確保術中紗布、尖銳物、器械計數正確：
  - 2.1 刷手及巡迴護理人員於展開無菌包布類前共同檢視環境是否遺留多餘之紗布及其他需計數之敷料。
  - 2.2 刷手與巡迴護理人員應於手術前共同確認計數縫針、敷料、紗布及手術檯上包盤內器械數量與器械單之數量正確。
  - 2.3 手術進行中，刷手護理人員須隨時注意所有紗布、尖銳物品、器械等物品動向，使用過之紗布應丟在紗布桶中，並確認遞出及收回數量正確及手術部位上的紗布數量。
  - 2.4 應詳實將種類和數量記錄於手術室記錄單中。

#### 3.計數時機：

- 3.1 手術開始前。
- 3.2 於手術中追加各類物品。
- 3.3 關閉深且大的傷口及體腔前，如：關閉胃內膜、膀胱內膜、子宮內膜等前。
- 3.4 關閉腹膜、胸膜、筋膜等前。
- 3.5 在縫合皮下組織時。
- 3.6 更換巡迴或刷手護理人員時。
- 3.7 在手術完成前。
- 3.8 照會手術進行的前、中、後。

#### 4.計數方式：

- 4.1 計數前將紗布紙帶擱開，一次以折一包為限，且紗布勿鬆脫以利計數。
- 4.2 刷手與巡迴護理師同時檢視顯影線帶。
- 4.3 發現無顯影線帶、紗布量不足、超過或紗布不完整顯影線有遺漏，則整包交由巡迴護理師攜出手術房間不再使用。
- 4.4 計數時勿中斷或做其他事。
- 4.5 計數中如有鬆脫或中斷等異常，應重新計數一次。
- 4.6 紗布或腹部墊計數前後，不得覆蓋任何物品於紗布或腹部墊上。
- 4.7 以一手依序將紗布一塊塊重疊，置於歐氏器械桌上，並使顯影線露出且與巡

2013-A-10

巡迴護理師齊聲唸出聲音計數。

- 4.8 刷手與巡迴護理師共同將計數結果，大聲告知手術醫師，如：「紗布、腹部墊第x次計數正確。」
- 4.9 手術中，如遇二個以上刀口都需使用顯影紗布或腹部墊時，於第一個刀口結束時，以顯影紗布或腹部墊暫時覆蓋並交班記錄數量，待第二個傷口關閉手術結束計數完成後，再折非顯影紗布使用。
- 4.10 若需改變病人姿勢，顯影紗布及腹部墊，勿壓在病人身體下或輔助墊下，如病人更換姿勢，關第一道傷口即進行術後計數，覆蓋紗布後請清潔人員整理環境，應將已使用的包布及垃圾先打包暫放手術房間門口，以利計數有誤時可尋找，凡備新的用物及布類品時皆須重新計數。

#### 5.手術團隊清楚計數結果數目不符時異常處理流程：

- 5.1 尋找手術檯面、歐氏器械桌上，包括器械袋、器械包盤、大工作車及雙座臉盆架車。
- 5.2 查看手術檯周圍、各種種類及地板。
- 5.3 查看醫師脫下的手套內是否有不慎丟入之紗布。
- 5.4 再次核對已算過的紗布及手術檯上的剩餘紗布。
- 5.5 告知醫師再次檢查體腔內是否有紗布存留。
- 5.6 查詢每一位參與該手術的醫護人員。
- 5.7 報告當班主管。
- 5.8 傷口關閉前發現，應立即報告主刀醫師，依醫囑照 Portable X光。
- 5.9 經 X光片顯示，證實手術部位內無紗布存留體腔內，應將異常處理經過記錄於病歷中，並進行異常通報及改善。

#### 6.運用手術安全查核(SIGN OUT)機制，強化手術團隊成員間有效且即時的溝通：

- 6.1 SIGN OUT 執行過程中應包含器械、紗布、尖銳物品等材料之清點數量正確，並獲得團隊成員有效回應。
- 6.2 鼓勵每位團隊成員在過程中有疑慮時均應立即提出，經團隊確認無誤後再繼續執行。

#### 參考資料

1.行政院衛生署(2012)。醫療品質及病人安全年度工作目標建議參考做法手冊。



## 二、落實手術輸、備血安全查核作業



2.1

建立系統性策略

確保輸血安全

- ① 應訂有輸血（包括緊急輸血）作業準則或作業規範。
- ② 輸血流程的每一步驟（如：輸血前血液採樣、輸血給病人）都必須正確地執行。
- ③ 監測和追蹤輸血流程的所有步驟，並定期檢討病安事件，如：血液製品類型錯誤、貼錯標籤、從血庫發出錯誤的血液製品等。
- ④ 應有手術中緊急大量輸血的機制，迅速提供血品。
- ⑤ 鼓勵以資訊科技，如臨床決策支援系統（Clinical Decision Support System）之運用，並以正確用血及輸血安全為目標，建構智慧化的輸血安全作業。



## 二、落實手術輸、備血安全查核作業



2.2 手術及麻醉醫師應於手術前評估病人是否有凝血及高失血量風險，並有因應措施

### 麻醉前

- 麻醉科醫師應評估是否有凝血異常及高失血量之風險。

### 手術前

- 手術醫師應評估是否有凝血異常及高失血量之風險。
- 手術及麻醉醫師應**共同評估手術中**是否有凝血異常及大量出血的可能性，並確認血庫的相關血品是否準備充足。
- 若有大量出血的可能性，於手術進行前應先**確認是否已建立足夠的輸血通路**，並考慮適當使用減少失血量的方式進行手術。

### Time-Out

- 在劃刀前的靜止期，手術醫師應告知所有成員預期失血量。



# 三、落實手術麻醉整合照護，強化團隊合作



## 3.1 應由麻醉專科醫師負責麻醉前評估、麻醉中的生理監控及手術後的恢復，並訂有標準作業流程

### 麻醉醫師於病人進入手術室前

- 完成術前評估並填妥麻醉前評估表（急診病人除外）。
- 向病人及家屬說明麻醉計畫、併發症及風險。
- 確認病人及家屬已了解方可簽署麻醉同意書。

### 執行麻醉之人員與教育訓練

- 全身及區域麻醉，應由麻醉專科醫師負責執行或在其全程指導下由麻醉護理師協助完成。
- 麻醉護理師應受專門訓練，恢復室護理師應受過麻醉或手術後病人恢復照護之專門訓練。

### 高風險麻醉病人之因應措施

- 應有事先對麻醉團隊提醒之機制。
- 術後對高風險之病人（如：ASA $\geq$ 3），有對後續照護團隊交班及運送之標準作業流程。

### 建立病人送出恢復室之標準及流程

- 門診病人手術後出院標準及注意事項。
- 住院及加護病房手術後之病人送出標準流程
- 交班流程。

# 三、落實手術麻醉整合照護，強化團隊合作



## 3.2 麻醉機、各類監視器及麻醉藥物之管理及使用應建立標準機制

### 定期檢測麻醉機 及基本生理監視 器

- 包含心電圖、血壓計、體溫計、電擊器、動脈血氧濃度及潮氣末二氧化碳監視器等設備儀器，**確認其功能正常，並對儀器的操作和安全管理進行訓練。**

### 藥品存放 及取用機制

- 每位麻醉同仁均清楚麻醉和急救藥品及醫材之存放位置。
- 已抽取藥品均應在針筒上以麻醉藥物標準標籤標示藥名，並註明藥物濃度。
- 注射前有再確認及覆誦的機制。

### 建立麻醉藥品 抽藥準備與黏 貼標籤標準作 業流程



# 麻醉藥物標準標籤製作與使用參考作業指引

(<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303651512273&Msid=2014122418150911560>)



麻醉藥物標準標籤製作與使用參考作業指引

## 麻醉藥物標準標籤製作與使用參考作業指引

### 壹、前言

麻醉科用藥多屬高風險藥物，且當需要在短時間內，甚至緊急情況下，使用多種藥物，並常需預先抽取藥物後備用，故需設計良好的藥物辨識標籤，以確保用藥安全。本作業指引所稱「麻醉藥物標準標籤」即指黏貼於抽取麻醉藥物的注射針筒上之標籤。

### 貳、目的

藉由建立一致的麻醉藥物標籤格式，利用不同顏色與式樣的標籤，代表不同類別的藥物，以利麻醉照護人員辨識所抽取的藥物，且當照護人員在不同醫療機構間異動時，無需重新熟悉麻醉藥物標籤樣式，以減少給藥錯誤。

### 參、對象及適用範圍

1. 麻醉照護人員黏貼標籤於抽取藥物的注射針筒上時，應遵守本作業指引，以便在給予麻醉藥物時能清楚辨識該注射針筒內之藥物。
2. 本作業指引所採用的標籤色彩僅是為了幫助識別不同類別的藥物，使用者在給藥前不可忽略辨識標籤內容及確認藥物的步驟。
3. 建議藥物製造商所提供欲黏貼於注射針筒之標籤，其格式亦依照本作業指引。

麻醉藥物標準標籤製作與使用參考作業指引

## 肆、參考作業指引

### 一、基本要求

1. 標籤必須為自黏式，在抽取藥物後，合理的使用期間內，當用手碰觸已黏貼之標籤時，標籤須不會輕易移位，且標籤之角落也不能捲曲或翹起。
2. 如果標籤是製作成膠帶的形式，在標籤分割處需事先打洞或有明確標示。如果標籤有背貼，則標籤必須能與相連的標籤及背貼可輕易的分離。
3. 標籤的材質應容許可以在標籤上書寫文字（例如藥物濃度），且書寫後不致模糊不清或形成污跡。

### 二、標籤格式

1. 標籤的背景顏色及設計應符合 ISO 26825:2008 的規定，請參考附錄及圖例。
2. 拮抗劑：為標示作用相反的藥物，應使用 1 毫米寬的斜條紋，斜條紋之顏色為原促效藥標籤所使用之顏色與白色條紋相互交替。斜條紋應該以 45(±5)度角對應於長軸，從左下角往右上角延伸。藥物名稱背景及下方的斜條紋應省略。如圖例 1。
3. 標籤的大小尺寸：標籤長度介於 25 到 40 毫米，寬度介於 10 至 15 毫米，如圖例 2。

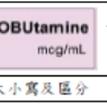
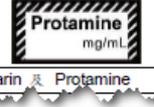
麻醉藥物標準標籤製作與使用參考作業指引

6. Guidelines for the Safe Administration of Injectable Drugs in Anaesthesia, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2009.

### 柒、附錄

類別	Colour	RGB	CMYK	Pantone System
麻醉誘導藥物	Yellow	255.255.0	0.0.100.0	Process yellow C
鎮定安眠類	Orange	255.102.0	0.60.40.0	Orange 151
肌肉鬆弛劑	Warm red	245.64.41	0.75.90.0	Warm red 805
	Fluorescent red	253.121.86	0.52.65.1	Fluorescent red 811
止痛劑	Blue	133.199.227	37.11.0.11	Blue 297
升壓劑	Violet	222.191.217	0.12.2.13	Violet 256
局部麻醉劑	Grey	194.184.171	0.4.9.24	Grey 401
抗膽鹼藥	Green	163.217.99	21.0.46.15	Green 367
止吐劑	Salmon	237.194.130	0.17.42.7	Salmon 156
其他	White	255.255.255	0.0.0.0	White

### 圖例

			
圖例 1 拮抗劑	圖例 2 標籤尺寸	圖例 3 標籤字體大小寫及區分	
			
圖例 4 印製濃度	圖例 5 邊緣距離	圖例 6 反底色印刷	
		圖例 7 Heparin 及 Protamine	





No127

2014-A-06

## 台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息

### 麻醉監視器警告系統的設定及檢查

#### 提醒

麻醉前所有監視器的警告系統需做例行性的查檢、設定及測試，以便在發生異常狀況時提早發出警訊，保障病人的安全。

#### 建議作法

1. 統一設定各類監視器開機後的預設警戒值，及根據工作環境調整的預設警示聲音量。制定監視器警告系統的標準操作手冊，確認所有同仁都能正確執行警告系統的設定調整及開啓關閉。
2. 麻醉前實施例行性的警告系統維護和測試，確保警告系統功能正常，並檢查監視器的警戒上下限值及音量是否符合預設值。麻醉時所有監視器的警告系統必須開啓，事先指定除了某些特殊狀況才能把警告系統暫時關閉（如監視器未與病人接上前、病人躁動不安、電燒干擾等）。
3. 制定警告系統出現警示聲時的處理流程，所有的警報都必需即時回應並處理。因應病人的狀況而需要調整警告系統的設定時，需參考預先訂定的作業指引。
4. 過多的警報會造成照護上的負擔、分散照護者的注意力甚至忽略重要的警訊，

# 三、落實手術麻醉整合照護，強化團隊合作



3.3 運用實證醫學最佳的策略，由跨領域團隊落實手術麻醉的整合照護，提升病人手術安全。

建議參考ERAS Society公告之最新臨床指引

( <https://erassociety.org/guidelines/> )，依**不同手術選擇**相對應**ERAS**臨床指引執行，並在執行不同術式的ERAS臨床指引時，先與手術醫師進行臨床共識，確認可執行後始於臨床操作，以減少「知行落差」錯誤。

鼓勵術後加速康復 ( Enhanced Recovery After Surgery, ERAS ) 跨領域團隊照護，建議醫院以**跨專業**整合醫療架構，達到全人照護的目的。

ERAS跨領域團隊可由**手術相關各醫療專科及相關職類人員組成**，如：外科醫師、麻醉醫師及相關職類。手術前、中、後，跨領域團隊成員間，宜進行有效團隊溝通及內部共識討論。



## 四、預防手術過程中不預期的傷害



### 4.1 應依病人特性、術式及手術時間，給予適當減壓措施，以利良好循環

- 搬動病人時，有足夠人員，動作符合人體工學
- 擺位時，注意病人呼吸及血液供應，保護神經，防止受到不適當的壓力
- 評估手術發生壓力性損傷 (pressure injury) 的危險因子
- 長時間手術病人應執行減壓措施
- 監測手術期壓力性損傷的發生率

### 4.2 留意熱源及易燃物，避免發生燒燙傷

- 易燃性消毒液乾燥後再鋪單
- 注意手術部位洞巾開口之鋪單下的高濃度氧氣聚積情形。
- 進行頭、臉、頸、上胸部手術時，應儘可能避免使用高濃度氧氣或笑氣
- 電燒前應停止使用笑氣並將氧氣濃度降至30% 以下至少一分鐘以上
- 氣管切開手術不要使用電刀切開氣管
- 雷射手術時應根據使用之雷射種類選擇專用氣管內管
- 使用電力之手術器械操作注意事項列入標準作業流程並施以教育訓練
- 訂定手術過程中不慎發生火災之處置規範及流程，並舉辦教育訓練，以降低病人或手術團隊傷害風險。



# 手術火災預防與緊急應變 安全參考作業指引

(<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303651512273&Msid=2014122418155031867>)



手術火災預防與緊急應變安全參考作業指引

## 手術火災預防與緊急應變安全參考作業指引

### 壹、前言

手術火災 (surgical fire) 係指手術過程中引發之火災，發生於手術病人身上，造成病人非預期的傷害。火災發生的三要素包括：熱源 (heat and ignition sources)、燃料 (fuel) 及 氧氣或助燃劑 (oxidizer)。手術中使用之電刀、雷射、電燒為高溫熱源；導管、紗布、無菌單、毛毯、揮發性消毒劑等為易燃物質；氧氣及笑氣 ( $N_2O$ ) 為助燃劑，因此，手術實為火災發生的高風險環境，應制定安全作業規範，提供手術團隊成員教育訓練，以利營造安全手術環境，落實病人安全目標。

### 貳、目的

- 一、預防手術火災發生
- 二、降低手術火災造成之傷害

### 參、適用對象與範圍

手術相關醫護人員、手術室管理人員、手術器材設備維修檢測人員

手術火災預防與緊急應變安全參考作業指引

## 肆、參考指引

### 一、教育訓練

1. 手術相關人員應接受手術火災預防及管理之教育訓練，且手術團隊成員應明瞭個人在手術中需負責管控的火災三要素，例如：手術醫師管控熱源，麻醉人員管控氧氣及笑氣 ( $N_2O$ )，護理人員管控可燃物。
2. 火災應變教育應包含火警察覺、應變編組分工、初期滅火、限制災情、火警通報、訊息傳遞及溝通、緊急疏散路線與病人救護、避難引導等，並進行擬真訓練。
3. 儀器使用人員應詳閱操作規範，並接受儀器操作訓練，包含使用原理、附屬器械、迴路片放置、異常警示內容、簡易障礙排除等，並規定最低訓練時數。

### 二、術前準備

#### (一) 儀器準備與監測

1. 手術室儀器定期檢查與維修，檢視儀器機組與配件是否有缺陷，並應有操作手冊、維修檢測記錄與管理及保養規範。
2. 儀器警示系統依操作說明設定並定期監測。
3. 術前查檢各器材確認功能正常並記錄。如器械絕緣握把是否完整、電刀迴路片之大小是否適合病人、是否有破裂、磨損、敲

手術火災預防與緊急應變安全參考作業指引

折等不適用情形。

4. 使用電毯或加溫器時，於術前檢視是否有漏電、漏水或破損情形。

#### (二) 術前作業及手術環境準備

1. 評估鑒別手術部位是否為引發手術火災之高危險部位，如：頭頸部、氣道、消化道等。
2. 術中使用的氧氣濃度越高，手術火災風險越高，所謂高氧環境係指高於 30% 的氧氣濃度或合併使用任何濃度的笑氣 ( $N_2O$ )，應視病人需求評估使用的氧氣濃度，一般情況下使用 30% 氧氣濃度即可。
3. 配合術式及手術部位選用合適器械與供氧設備，如頭頸部手術時如需使用電刀時，應避免使用鼻導管 (nasal cannula) 或面罩 (mask) 供應氧氣；氣道內為高氧環境，手術時避免使用電毯；消化道易產氣，避免使用電刀切割；雷射手術時使用專用氣管內管，以防止穿透燃燒。
4. 麻醉時可將紗布浸濕，環繞於口腔或氣切管周圍，減少氧氣及 笑氣 ( $N_2O$ ) 的外洩。
5. 使用易燃性消毒液消毒後，應有足夠的乾燥時間。
6. 鋪設手術布單時應密實，避免留下空間使氧氣或消毒液揮發之



# 病人安全事件提醒—

# 手術過程發生燒燙傷意外事件



(<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303637150114&Msid=2014122510504599019>)

## No.63

病人安全事件提醒—手術過程發生燒燙傷意外事件

### Patient Safety Alert — Warning Information of Patient Burned in the Surgery

**提醒：使用電燒及電刀等引燃物質時，應避免高氧氣濃度環境，以避免發生病人燒燙傷意外。**

**對象：所有醫療機構/手術相關醫護人員**

**發布時間：2009年9月**

**撰寫人：台灣病人安全通報系統工作小組王拔群委員**

#### TPR 通報案例

**案例一：**病人於術中使用 100% O<sub>2</sub> 單管的氣管內管麻醉，因病人肺部有破洞導致氧氣外漏至周遭空氣中，使用電燒及紗布止血時，手術傷口迸出火花，造成傷口旁燒傷及手術醫師手部燙傷，護理人員及時將著火的紗布擲至地上並以腳踩熄，並以濕紗布覆蓋傷口。術後醫護人員再次確認傷口情形及病人情況後，給予傷口照護並護理交班。

**案例二：**術中接上電燒線的 grasp forceps 置於病人胸前，因跟刀醫師誤踩電燒踏板，導致病人左側肋緣有兩處約 0.2×0.2cm 的焦黑傷口，發生後檢查 grasp forceps，發現器械握把處有破損，金屬外露。術後於傷口塗抹 erythromycin，續觀察。可能原因：器械握把處有破損，金屬外露，誤踩電燒踏板後，導致病人皮膚電氣灼傷。

**案例三：**病人因頸部前胸、左右腋下、左右大腿內側身上多處皮膚疔，來院由醫師執行燒灼手術，先完成前胸部手術後續執行右腋下手術，醫師擦拭完酒精性碘液後拿起電燒燒灼，引燃酒精起火。醫師與護士見病人身上著火便

趕緊拍熄，後發現病人身上出現有 8×8 公分皮膚紅腫第一度燙傷，醫師囑由流動護士及刷手護士馬上給予生理食鹽水紗布濕敷約四十分鐘後擦抹燙傷藥膏，傷處包裝後注射 Gentamycin 80mg IM，再由主刀醫師向病人及家屬解釋。

#### 背景說明

美國醫療機構評鑑聯合委員會(The Joint Commission)將「Surgical Fire」定義為外科手術過程中引發火災，造成病人非預期的傷害。火災發生的三要素為熱源(ignition source)、燃料(fuel)及空氣(oxidizer)，在手術室中，熱源包含了電刀、雷射、電燒導電片等；燃料為導管、紗布、氧氣罩、毛毯等可燃物質；空氣如氧氣或麻醉用氣體等助燃物，由此可知，手術室為發生火災的高風險環境。

據統計，美國每年約有 2,260 件醫院火災事件，其中有 20-30 件發生於手術室，手術室火災事件最常發生於頭、頸及呼吸道等三種外科手術，醫院及醫護人員應重視火災預防及管理，營造安全的手術環境，落實病人安全的管理目標。

#### 建議做法

1. 手術相關醫護人員必須定期接受手術過程中火災預防及管理之教育訓練。
2. 手術室器械應定期檢查與維修，檢視儀器機組與配件是否有缺陷。
3. 注意手術室氧氣濃度是否過高，手術時應依病人的生理狀況評估是否需要給予 100% 濃度的氧氣，在一般的情況下，只需使用 30% O<sub>2</sub> 即可。
4. 麻醉時可將紗布浸濕，環繞於口腔或氣切管周圍，減少氧氣及易燃麻醉氣體的外洩。
5. 使用 O<sub>2</sub> nasal cannula 或 mask 者為手術火災的高危險群，且發生在臉部的火災將會對病人造成嚴重的傷害，因此在臉部位使用電刀時，應避免使用 nasal cannula 或 mask 供應氧氣。
6. 鋪設手術布單時應密實，避免布單之間留有空間，因後者可能會造成氧氣或易燃氣體的聚集。
7. 使用易燃性皮膚消毒溶液後，需保留足夠的乾燥時間。
8. 使用電刀或電燒之帶電手術器械，在手術過程中若暫停使用，應關閉電源，並放置於安全護套中，同時留意避免讓病人接觸接地物品，以免造成電流通路。

#### 參考資料

1. Joint Commission (2003). Preventing surgical fires. Retrieved July 30, 2009, from [http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea\\_29.htm](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_29.htm)
2. Practice Advisory for the Prevention and Management of Operating room fires. Anesthesiology, 2008;108:786-801.
3. Podnos YD, Williams RA. Fire in the operating room. Retrieved July 30, 2009,

from <http://www.facs.org/about/committees/cpc/oper0897.html>

4. Emergency Care Research Institute. A clinician's guide to surgical fires: how they occur, how to prevent them, how to put them out. Health Devices. 2003; 32: 5-24.

# 病安目標相關警示訊息一覽表-

## 手術安全

請參考台灣病人安全資訊網\教育資源\學習案例。短網址：[goo.gl/kXuJJ3](http://goo.gl/kXuJJ3)



編號	篇名
11	使用電刀時手術消毒液應延長乾燥時間
17	術後體內遺留異物
63	手術過程發生燒燙傷意外事件
86	給錯麻醉藥物
87	手術後陰道留置紗布未取出
90	手術部位錯誤事件
109	插管相關牙齒傷害之風險管理
119	手術進行過程紗布計數問題
122	麻醉後呼吸迴路阻塞造成病人缺氧
127	麻醉監視器警告系統的設定及檢查
128	新生兒戴錯手腳圈事件
137	緊急手術安排後30分鐘仍未至手術室
141	全靜脈麻醉(TIVA)術中發生給藥管路鬆脫，術後訪視發現病人有術中甦醒 (intraoperative awareness)
150	改善紗布遺失異常事件
160	確保牙齒處置部位正確性
164	手術中火災造成病人燒燙傷
168	侵入性處置之部位錯誤

## 四、預防手術過程中不預期的傷害



### 4.3 確認手術器械的可用性及安全性。

所使用之手術器械需有衛福部核發之醫材許可證明。

建議使用「手術器械滅菌追蹤管理系統」申領器械。

領取手術器械時，需確認無菌品質及功能，如：辨識包外及盤包內部指示劑變色情形、確認器械潔淨度及功能。

應依手術器械檢附之操作說明書，進行拆卸、浸泡酵素等清洗流程，並依操作說明進行滅菌及監控滅菌。





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

# 目標四、 預防病人跌倒及 降低傷害程度

# 執行策略



修

一、團隊合作提供安全的照護與環境，以降低跌倒傷害程度

二、評估及降低病人跌倒風險

三、跌倒後檢視及調整照護計畫

修

四、落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒及預防或改善衰弱之指導





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
Joint Commission of Taiwan

# 一般原則與 參考做法

# 一、團隊合作提供安全的照護與環境， 以降低跌倒傷害程度



## 病床周邊

- 病人可能使用之物品置於病人隨手可得之處
- 床輪固定並定期檢視功能
- 不做治療時，病床高度降至病人坐於床緣時可雙腳著地以防反作用力前傾跌倒
- 教導正確床欄使用方法
- 下床時可提供家屬**使用移位固定帶**

## 輔具與支撐物

- 視病人身體活動需求，主動提供床欄及輔具
- 支撐時避免使用會傾斜或可能會滑動的家具或設備支撐
- 體重計加裝扶手，或底下加裝止滑墊或加強固定
- 乘坐輪椅及嬰兒推車時給予適當固定，如使用安全固定帶

## 病房至浴廁動線

- 保持乾燥、無障礙物、照明充足。
- 地面潮濕時則需設置警示標誌。
- 浴廁加裝止滑設施、扶手及叫人鈴。

## 病人穿著

- 如：大小合適之衣褲及防滑厚底且大小適宜的鞋子等。

## 周邊單位之跌倒防範及交班

- 如：檢查室、手術室、手術恢復室...等周邊單位。

- (1) 定期檢測醫院各項輔具功能（如：輪椅、助行器等）。
- (2) 落實防跌安全環境查核。



## 二、評估及降低病人跌倒風險



### 防跌宣導教育

( 醫院工作人員、病人、家屬及其照顧者 )

### 跌倒風險評估

( 評估工具、時機、方法..... )

### 辨識跌倒危險因子

( 年齡、跌倒經驗、生理狀況及身體活動功能、頻尿、用藥、意識躁動或不清..... )

### 提供防跌措施

( 依個別病人屬性提供不同程度與個別性的跌倒防範措施 )



# 二、評估及降低病人跌倒風險



## 防跌藥注意

國內外的研究調查報告顯示老人跌倒受傷的比例高達70%，而每十次跌倒就有一次會造成嚴重的傷害，包括關節骨折、其他部位骨折、硬腦膜下出血或頭部外傷。

年齡和使用藥物都是造成跌倒的危險因子之一，提醒您，當您或自己的家人服用的藥物有下列相關藥物時，或藥師有提醒其作用或副作用可能引起步態不穩或頭暈時，應該多提高警覺，防範跌倒。

⚠️ 鎮靜安眠劑

⚠️ 利尿劑

⚠️ 軟便劑

⚠️ 抗心律不整藥

⚠️ 抗高血壓藥、抗憂鬱劑

⚠️ 肌肉鬆弛劑

⚠️ 麻醉劑及止痛劑

第1知



病人覺得頭暈或正在服用可能引起頭暈或低血壓的藥物(如：安眠、鎮靜、止痛、降壓、利尿及精神科等)，要下床時，應慢慢起身，先坐在床緣，再由家屬或照護人員攙扶下床。

第2知



當病人需要任何協助而無家屬在旁時，請按叫人鈴通知護理人員。

第3知



病人使用浴廁時，有緊急事故，請按廁所內緊急呼叫鈴通知護理人員。

第10知



物品請盡量收於櫃內，以保持走道寬敞。

第9知



地面弄濕，請立即告訴護理人員，最好穿防滑鞋，切勿打赤腳。

第8知



病房盡量保持燈光明亮。

第7知



床欄已拉起時，病人若需下床，應先將床欄放下，切勿翻越。

第6知



病人躁動、不安、意識不清時，家屬或照護人員主動將床欄拉起，必要時護理人員將予約束保護。

## 預防跌倒十知



誰是跌倒高危險群?!

- ✓ 年紀大於六十五歲
- ✓ 乏人照顧的病患
- ✓ 有跌倒病史
- ✓ 步態不穩
- ✓ 貧血或姿勢性低血壓
- ✓ 使用影響意識或活動之藥物，例如：利尿劑、止痛劑、鎮靜安眠藥、心血管用藥
- ✓ 營養不良、虛弱、頭暈、意識障礙(失去定向感、躁動混亂等)
- ✓ 睡眠障礙
- ✓ 肢體功能障礙

第4知



生活必需品置於病人易取得之處。

第5知



若病人的衣褲太大時，請更換合適的衣褲，以免絆倒。



「病人安全資訊網」：<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/>

Facebook粉絲頁「就醫安全非知不可」：<https://www.facebook.com/patientsafety.tw>

指導單位：衛生福利部  
Ministry of Health And Welfare

主辦單位：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation

廣告



「病人安全資訊網」：<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/>

Facebook粉絲頁「就醫安全非知不可」：<https://www.facebook.com/patientsafety.tw>

指導單位：衛生福利部  
Ministry of Health And Welfare

主辦單位：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation

廣告

## 二、評估及降低病人跌倒風險



### 2.1 對醫院工作人員、病人、家屬及其照顧者應提供跌倒預防的宣導教育

#### 宣導對象

1. 醫院工作人員
2. 一般民眾（病人、家屬及其照顧者）

#### 宣導重點

##### 1. 教導病人及照顧者

- 如何協助病人下床。
- 離開病人視線範圍時應告知醫護人員。
- 如何正確使用床欄及床上便盆。
- 穿著合適衣物及鞋子

##### 2. 指導後：

- 評估病人及照顧者對於內容的瞭解程度。
- 建立防範跌倒之共識。



# 二、評估及降低病人跌倒風險



## 2.2 定期檢討風險評估工具及早發現跌倒高危險群的病人

### 跌倒風險評估

#### 入院評估

- 利用具信效度的跌倒評估工具來篩檢具跌倒危險傾向的病人

#### 住院再評估

- 應有再評估機制，及早辨識新的跌倒危險因子
- 與病人或照顧者共同進行跌倒危險評估
- 定期檢視各單位跌倒評估作業流程、評估方式及量表之適當性

#### 離院前再評估

- 宜有防跌再評估機制及提供個別之護理措施

### 辨識跌倒危險因子

- 年齡**65歲**以上及**5歲**以下
- 跌倒經驗：
  - 曾有住院期間跌倒經驗
  - 過去一年內曾跌倒
- 生理、意識狀況及身體活動功能
  - ✓ 頭暈、虛弱感...
  - ✓ 肢體無力、步態不穩、協調或平衡能力差、移位步行需他人協助...
  - ✓ 頻繁如廁
  - ✓ 藥品使用
  - ✓ 意識躁動或不清

### 提供預防跌倒措施

- 入院後發現跌倒危險因子
  - 再評估並列入交班
  - 給予適當的護理措施
- 高危險族群
  - 增加探視頻次
  - 全院應有一致性預防跌倒的警示，如手圈、臂章
  - 評估有無可改變的跌倒因子
  - 照護者與病人建立關懷的信任關係、給予情緒支持，並說明跌倒可以預防

## 二、評估及降低病人跌倒風險



### 2.3 針對不同病人屬性提供不同程度與個別性的跌倒防範措施

#### 事先防範

給予個別性護理措施及配套做法

- 依病況或照護情況安排床位，如無照顧者盡量安排在靠近護理站處等方便照護或調整巡視頻率。
- 評估有無可改變的跌倒因子，如：檢討使用易跌倒風險藥品之必要性、改善視力、姿勢性低血壓處置、提供適當輔具。
- 正確指導安全移動病人的方式，如：
  - 指導照顧病兒隨時須於視線範圍內，減少病兒不慎跌落風險。

照護人員需以討論方式徵詢意見，以尊重其感受。針對病人及家屬提供預防跌倒措施或護理指導時，

- **強化**病人及家屬對跌倒危險因子之認知，降低需要尋求協助時的心理障礙，需要時即可尋求協助。
- 教導相關輔具的使用（如：床欄、夜燈、呼叫鈴、便盆椅等），並確認能正確使用。



# 病人安全事件提醒— 門診血液透析病人之跌倒預防

<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303637150114&Msid=2014122511004144511>



## NO.124 門診血液透析病人之跌倒預防

### 提醒

經由護理評估，針對跌倒高危險群病人提供個別性的護理措施，可降低門診洗腎病人之跌倒發生率。

### 案例描述

病人為70歲男性，行血液透析約5年，有陳舊性腦中風併左側肢體乏力，平時可使用助行器行動，本次結束血液透析後，血壓：95/55 mmHg，無不適症狀，休息十分鐘後血壓回穩至110/60mmHg，病人亦表示無頭暈不適，由家屬陪同至坐式磅椅測量洗腎後體重，病人在磅體重轉位欲坐下時，身體向左側傾倒，連同磅秤座椅與底盤分離，一起跌落，意識不清約1分鐘，經電腦斷層檢查，診斷為顱內出血，因此入住加護病房，5日後病情穩定出院，安排神經外科門診追蹤。

### 建議作法

慢性腎衰竭會影響骨組織的代謝，進而造成腎性骨病變 (Renal osteodystrophy)，是透析病人的主要併發症之一，因此透析病人可能輕微的碰撞就會造成骨折的發生，若是發生跌倒，所造成的影響會較健康人更嚴重；透析過程中血壓下降是常見的問題，若未能及早發現血壓下降的情形或處理的方法不當，則易造成病患跌倒、休克或動靜脈瘻管血流喪失等危險；找出單位的跌倒危險因子或族群對預防病人跌倒相當重要。

1.護理評估：當病人來院接受透析時，由護理人員依據「跌倒危險評估表」執行護理評估，若為高危險群病人，立即提供合宜護理措施。

2.提供高危險跌倒病人護理指導：

(1)透析病人容易失眠，常服用安眠藥物，以及透析前服用安眠藥，利用透析中睡眠，因此下床時需有人員陪伴。

(2)透析中血壓降低導致便意感，以及服用軟便藥等因素，易於透析中想要上廁所，可於床上使用尿布解便、或備床邊便盆椅或下床至洗手間時需有人陪伴。另，服用軟便劑病人，若有腹瀉症狀須停藥。

(3)服用降血糖藥物病人，需告知病人低血糖的表徵及緊急處理方式。

(4)中風或行動不變者在移動及轉換位置時需做好安全防護工作(床欄、拐杖或輪椅等輔具的使用)。

3.利用預防跌倒護理指導單張教導病人，如：鼓勵個案來院透析時使用拐杖或輪椅、等待電梯時可於旁邊設置椅子及家中浴室增加扶手等。

4.預防低血壓發生，透析前詢問個案前次透析後有無頭暈、耳鳴、抽筋等情形，及觀察調整後的乾燥體重是否適當，持續監測生命徵象，需瞭解個案用藥情形是否有使用引起血壓下降的藥物。

5.透析前及透析結束後皆須測量平躺及坐姿血壓，若有姿勢性低血壓時須採漸進式移位，如：先坐於床邊 5-10 分鐘，待血壓穩定後再下床。

6.移除環境危險物，保持走道障礙物通暢，地面保持清潔乾燥及適當的照明，穿合適的鞋子。

7.檢視坐式磅椅功能，因座椅與底盤可分離，易造成病人跌倒危險，與廠商聯絡，定期檢修設備功能。

8.新腎友初次到院治療時，給予完善的環境介紹，以減少因對環境陌生所帶來的不適應，進而造成意外事件的發生。

9.確實交班此個案為跌倒高危險群病人，並貼上「預防跌倒」之標示牌於血液透析記錄本外，以提醒同仁注意。

# Preventing Falls

1. Lead an effort to raise awareness of the need to prevent falls resulting in injury.
2. Establish an interdisciplinary falls injury prevention team or evaluate the membership of the team in place to assure organizational infrastructure and capacity to reduce injury risk from falls.
3. Use a standardized, validated tool to identify risk factors for falls (e.g., Morse Fall Scale or Hendrich II Fall Risk Model), preferably integrated into the electronic medical record.
4. Develop an individualized plan of care based on identified fall and injury risks, and implement interventions specific to a patient, population or setting.
5. Standardize and apply practices and interventions demonstrated to be effective, including: A standardized hand-off communication process, One-to-one education of each patient at the bedside.
6. Conduct post-fall management, which includes: a post-fall huddle; a system of honest, transparent reporting; trending and analysis of falls which can inform improvement efforts; and reassess the patient.

# 三、跌倒後檢視及調整照護計畫



## 3.1 跌倒後重新檢視照護計畫並適時調整預防措施

- 對發生跌倒病人重新再評估危險因子正確與否，並適時調整照護措施。

### (1) 頻尿或腹瀉病人

- 檢視其飲食型態及用藥情形
- 檢視其疾病史，如前列腺肥大或尿道感染
- 適時照會及處理

### (2) 病人躁動不安

- 評估造成病人躁動不安的原因
- 給予適當保護措施

### (3) 活動移位困難

- 提供適當輔具並教導正確使用
- 如廁時全程陪伴  
( 照護者或護理人員 )

### (4) 多重用藥病人

- 重新檢視藥品使用的必要性
- 必要時予藥品調整



# 三、跌倒後檢視及調整照護計畫



## 3.2 醫療團隊能全面評估跌倒發生率，並調整預防措施

每年分析跌倒發生率及相關因素，檢討危險因子與照護措施運用平衡性，並依專科特性不同，適時調整照護措施，如一般病人首次下床執行平衡測試，骨科或腦中風病人則行肌力測試。



讓我們一起杜絕跌倒的可能因子，讓病人在院時做個快樂不倒翁，為他們的生活安全再加分。

第2知

當病人需要任何協助而無家屬在旁時，請按叫人鈴通知護理人員。

第4知

生活必需品置於病人易取得之處。

第6知

病人躁動、不安、意識不清時，家屬或護理人員主動將床欄拉起，必要時護理人員將予約束保護。

第8知

病房盡量保持燈光明亮。

### 住院防跌「小撇步」

### 住院病人防跌十知



#### 拉：拉放床欄護安全

- 在院病人臥床休息時請把床欄拉上。
- 上下床移動前應先徵求支撐物或輔具再放下床欄。

#### 定：固定輪子不滑動

- 病人移位前，請將輪椅、床輪、便盆椅固定卡榫鎖實卡緊，再移動病人。

#### 壓：請人協助視壓鈔

- 學習觀察可能發生跌倒的危險狀況，必要時主動求助。



欲了解更多资讯請上  
病人安全資訊網：  
<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw>



### 誰是跌倒高危險群?!

- ✓ 年紀大於六十五歲
- ✓ 乏人照顧的病患
- ✓ 有跌倒病史
- ✓ 步態不穩
- ✓ 貧血或姿勢性低血壓
- ✓ 使用影響意識或活動之藥物，例如：利尿劑、止痛劑、鎮靜安眠藥、心血管用藥
- ✓ 營養不良、虛弱、頭暈、意識障礙（失去定向感、躁動混亂等）
- ✓ 睡眠障礙
- ✓ 肢體功能障礙



第1知

病人覺得頭暈或正在服用可能引起頭暈或低血壓的藥物(如：安眠、鎮靜、止痛、降壓、利尿及精神科等)，要下床時，應慢慢起身，先坐在床緣，再由家屬或護理人員攙扶下床。



第3知

病人使用浴廁時，有緊急事故，請按廁所內緊急呼叫鈴通知護理人員。

第5知

若病人的衣褲太大時，請更換合適的衣褲，以免絆倒。



第7知

床欄已拉起時，病人若需下床，應先將床欄放下，切勿翻越。



第9知

地面弄濕，請立即告知護理人員，最好穿防滑鞋，切勿打赤腳。

第10知

物品請盡量收於櫃內，以保持走道寬敞。



# 四、落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒及預防或改善衰弱之指導



## 跌倒高危險群病人

### 出院預防措施

- 評估病人即將離院後之跌倒和衰弱風險，並將高危險跌倒和衰弱病人列入後續照護機構，包括居家護理之交班事項。
- 跌倒高風險病人若有申請居家無障礙環境評估與改善需求，且符合長照2.0服務條件之病人，應協助進行轉介。
- 提供返家照顧及輔具使用之護理指導，如於家中翻身擺位、移位下床、居家環境安全檢視等注意事項，以避免跌倒或摔落。
- 醫療團隊成員參與衰弱預防工作，如：訂定預防衰弱評估和照護準則。
- 評估病人上下肢肌力，並將高危險病人之肌力訓練列入後續照護機構，包括居家護理之交班事項。

## 提供病人及主要照顧者

### 預防跌倒及衰弱護理指導

- 4.2.1 針對高危險跌倒和衰弱病人，提供病人或照顧者個別性預防跌倒及衰弱的護理指導及單張。
- 4.2.2 應確認主要照顧者了解與病人返家後相關之跌倒和衰弱危險因子及須再加強警覺之要項。
- 4.2.3 主要照顧者若為外籍看護，應使用其了解之語言溝通，並提供其了解之護理指導單張，必要時應回覆示教。

因應整合照護，  
與機構、家屬或照顧者  
進行連續性照護  
交接班。



# 病安目標相關警示訊息一覽表-

## 預防跌倒



編號	篇名
39	進出電梯、電動門及電扶梯注意事宜
41	跌倒致頭部外傷
44	MRI檢查室門禁管制
67	易增加跌倒風險的藥品
124	門診血液透析病人之跌倒預防
151	改善病人X光檢查跌倒骨折事件
165	筆型針劑藥品使用不當

請參考台灣病人安全資訊網\教育資源\學習案例。短網址：[goo.gl/kXuJJ3](http://goo.gl/kXuJJ3)





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
Joint Commission of Taiwan

# 目標五、 提升用藥安全

# 台灣病人安全通報系統 ( TPR ) 2020年年報

## 近 5 年事件類別排行榜



表 2-0-0-1 近 5 年通報事件類別排行榜 ( %係指該類事件佔當年度事件數之比例 )

2016 年		2017 年		2018 年		2019 年		2020 年	
類別	件數 (%)								
藥物 事件	20,245 (30.8)	藥物 事件	22,125 (32.6)	藥物 事件	27,567 (35.2)	藥物 事件	28,460 (34.7)	藥物 事件	25,528 (31.6)
跌倒 事件	16,635 (25.3)	跌倒 事件	17,104 (25.2)	跌倒 事件	18,259 (23.3)	跌倒 事件	18,966 (23.1)	跌倒 事件	20,228 (25.0)
管路 事件	10,169 (15.5)	管路 事件	9,008 (13.3)	管路 事件	10,333 (13.2)	管路 事件	10,794 (13.2)	管路 事件	10,907 (13.5)
傷害 行為	4,808 (7.3)	傷害 行為	5,150 (7.6)	傷害 行為	5,945 (7.6)	傷害 行為	5,763 (7.0)	傷害 行為	6,907 (8.5)
檢查 檢驗	3,985 (6.1)	檢查 檢驗	4,245 (6.3)	檢查 檢驗	5,000 (6.4)	檢查 檢驗	5,742 (7.0)	檢查 檢驗	5,505 (6.8)
治安 事件	2,597 (3.9)	治安 事件	2,726 (4.0)	治安 事件	3,025 (3.9)	治安 事件	2,988 (3.6)	醫療 照護	2,745 (3.4)
醫療 照護	2,152 (3.3)	醫療 照護	1,990 (2.9)	醫療 照護	2,354 (3.0)	醫療 照護	2,770 (3.4)	治安 事件	2,398 (3.0)

# WHO Global Patient Safety Challenge



## 1<sup>st</sup> Challenge

“Clean Care is Safer Care” (launched 2005)

Hand hygiene is one very simple action that can greatly reduce health care associated infection and its risks



## 2<sup>nd</sup> Challenge:

“ Safe Surgery Saves Lives” (launched 2008)

Surgery is often the only therapy that can alleviate disabilities and reduce the risk of death from common conditions.



## 3<sup>rd</sup> Challenge:

“Medication Without Harm” (launched 2017)

Unsafe medication practices and medication errors are a leading cause of injury and health care associated harm around the world.

- ✓ Medication errors can occur at any stage of the medication use process—prescription, transcription, preparation, administration and/or monitoring.
- ✓ Worldwide, the cost associated with medication errors has been estimated as \$42 billion annually. This is almost 1% of total global health expenditure.
- ✓ The overall goal “to reduce medication errors by 50% in the next five years”.

Magnitude	Incidence	Medications
<b>1 in 10</b>	<b>43 million</b>	<b>\$42 billion</b>
As many as 1 in 10 patients are harmed whilst receiving health care	Approximately 43 million patient safety incidences occur every year	Medication errors cost an estimated 42 billion USD annually
Evidence of unsafe care	BMJ article: The global burden of unsafe medical care	WHO Global Patient Safety Challenge on Medication Safety

WHO's Global Patient Safety Challenge. Retrieved from <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>





## 一、推行病人用藥整合

## 二、加強使用高警訊藥品病人之照護安全

(1) 化學治療藥品

(2) 抗凝血劑

(3) 降血糖針劑

(4) 類鴉片止痛藥品

## 三、加強需控制流速或共用管路之輸液幫浦使用安全





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

# 一般原則與 參考做法

# 多重用藥(Polypharmacy)



## Medication Safety in Polypharmacy (WHO, 2019)

- Polypharmacy is the concurrent use of multiple medications. Although there is no standard definition, polypharmacy is often defined as the routine use of **five or more medications**.
- This includes **over-the-counter, prescription and/or traditional and complementary** medicines used by a patient.
- Polypharmacy has been described as a significant public health challenge. **① It increases the likelihood of adverse effects, ② with a significant impact on health outcomes and ③ expenditure on health care resources.**

## 多重用藥之用藥安全

- 多重用藥是同時使用多種藥物，儘管目前沒有標準定義，但是多重用藥定義為「平日使用5種以上藥物或更多藥物」。
- 這包括病人使用的非處方藥(開架式藥物)、處方藥/中醫和營養補充品。
- 多重用藥被闡述為一項重大公共衛生挑戰。包含：增加不良反應的可能性、對健康產生重大影響、對醫療資源的支出。



# 一、推行病人用藥整合



✓ 醫院應有適當機制提醒住院及門診病人主動提供使用藥物參考；醫師開立處方前應注意病人多重用藥及潛在不適當用藥情形。

✓ 用藥資料應適當整合呈現於病歷或資訊系統；出院時提供最新的用藥清單，並提醒病人轉交給之後的醫療提供者。

✓ 請病人就醫時提供所有正在服用的藥物(或藥袋/藥單)給醫師做為用藥評估參考，另可向病人說明單獨或合併用藥的風險。



## 二、加強使用高警訊藥品病人之照護安全



### 建立管理及監測機制

- 高警訊藥品自醫囑、調劑至給藥應有防錯機制，建議透過資訊系統建置高警訊用藥提醒機制。
- 抽取瓶裝胰島素藥劑時應使用胰島素專用空針，且建議註記胰島素施打部位。
- 高風險病人(如：有併用其他鎮靜藥物、睡眠呼吸中止、呼吸道阻塞等)必須使用類鴉片止痛劑時，建議持續性監測病人血氧飽和度及換氣功能。
- 類鴉片止痛劑使用硬脊膜外給藥時，要特別注意預防管路錯接。
- 建立侵入性檢查及手術前後使用抗凝血劑或抗血小板製劑的作業流程規範，協助醫療團隊評估病人出血及栓塞風險。

### 加強醫療人員認知

- 加強使用化學治療藥品之工作環境安全。
- 訂定化學治療調劑之藥事人員、給藥護理人員之資格並提供相關教育訓練(如：防護裝備、危害性藥品處理、藥物滲漏)
- 對於服用抗凝血劑/抗血小板藥之手術病人應有管理機制。
- 醫院在採購降血糖針劑應考慮簡化原則。名稱相似或外觀相似，應有明確區別方式。
- 進行疼痛處置應優先採取多重模式的混合式治療法。

### 提升病人或照顧者認知

- 指導病人或照顧者觀察注射部位有否任何不適狀況。
- 衛教病人或照顧者定時服用抗凝血劑的重要性，不要隨意停用或增加藥物。
- 衛教病人使用降血糖針劑應注意血糖值變化。
- 若由主要照顧者控制給藥，需指導病人或照顧者了解正確的使用方式及可能風險。

## 二、加強使用高警訊藥品病人之照護安全



### 對於服用抗凝血劑/抗血小板藥之手術病人應有管理機制

表 5. Warfarin 術前停藥、肝素橋接及術後啟用建議 [1,2,12,13,14]

		手術出血風險 (各術式詳列於表 2)		
		極低 <sup>a</sup>	低	高
栓塞風險層級 (評估詳見表 1)	低 (小於 5%)	術前	不須停用	<ul style="list-style-type: none"> <li>若臨床可接受，不須停用 warfarin</li> <li>若臨床需達無抗凝血藥效，於術前五天停用</li> </ul>
		術後	不須停用	手術結束當天晚上或術後 12-24 小時且確定止血後，即可恢復術前所服用之 warfarin 劑量
		肝素橋接	不須要	不須要
	中 (5   10%)、高 (大於 10%)	術前	不須停用	<ul style="list-style-type: none"> <li>若臨床可接受，不須停用 warfarin</li> <li>若臨床需達無抗凝血藥效，於術前五天停用</li> </ul>
		術後	不須停用	手術結束當天晚上或術後 12-24 小時且確定止血後，即可恢復術前所服用之 warfarin 劑量
		肝素橋接 <sup>c</sup>	不須要	高栓塞風險建議給予肝素橋接；中栓塞風險請與外科醫師討論是否需要肝素橋接 <sup>bc</sup> ： <ul style="list-style-type: none"> <li>術前啟用：INR 低於目標值下限時</li> <li>術前停用：術前 24 小時停用 LMWH/ 術前 4-6 小時 Unfractionated heparin (UFH)</li> <li>劑量：請參考附註<sup>d</sup></li> <li>術後啟用：                             <ul style="list-style-type: none"> <li>低出血風險手術於術後 24 小時且確定止血後</li> <li>高出血風險手術於術後 48-72 小時且確定止血後</li> </ul> </li> <li>術後停用：併用 heparin 跟 warfarin 至 INR 達目標</li> </ul>

資料來源：曾如慧、張瑞家(2018)。手術前後抗血栓藥品使用原則。北市醫學雜誌，15(2)，第28-38頁。

(1) 建立辨識手術部位出血或栓塞風險等級之制度。

(2) 提供跨專業團隊溝通及諮詢機制，如：決定手術前後應何時停藥、是否需進行肝素橋接 (Heparin bridge) 與恢復啟用藥品的時機。

(3) 落實停藥、換藥及復藥時機之執行，並定期檢討與回饋。





# Sentinel Event Alert

A complimentary publication of The Joint Commission

Issue 61, July 30, 2019

## Managing the risks of direct oral anticoagulants

An elderly woman on anticoagulant therapy for atrial fibrillation slipped on ice, fell and hit her head. After a brief loss of consciousness, she awoke and was taken to the hospital as a precautionary measure by her daughter. In the emergency department, she was found to have a subdural hematoma. To minimize bleeding, she was given fresh frozen plasma (FFP). While she was awaiting surgery in pre-op, her anesthesiologist noticed that home medications included a direct oral anticoagulant (DOAC) rather than warfarin. The physician consulted with the hospital pharmacist, who advised reversal with the specific antidote for the prescribed DOAC. Surgery was briefly and appropriately delayed to administer this medication; after receiving the reversal agent, she underwent successful surgical evacuation of subdural hematoma. After surgery, she regained consciousness without neurological deficits and was discharged on the second post-operative day in stable condition.

This scenario illustrates that serious and potentially deadly consequences related to bleeding risks for patients on DOACs can be avoided with appropriate and timely treatment. Anticoagulants have been named second of the top 10 medications involved in error incidents causing death or serious harm.<sup>1</sup>

### DOACs include:

Apixaban (Eliquis®)  
Betrixaban (Bevyxxa®)  
Dabigatran (Pradaxa®)  
Edoxaban (Savaysa®)  
Rivaroxaban (Xarelto®)

While DOACs offer ease of use to patients, stopping bleeding events in patients on DOACs is more complicated, requiring different strategies than those for patients on warfarin (Coumadin®) and heparin. Unlike the more widely available reversal agents for warfarin and heparin, reversal agents for DOACs are lesser known and may not be available in every care setting.<sup>2</sup> Also, some DOACs have no FDA-approved reversal agent at this time.<sup>3</sup> Therefore, bleeding complications can be severe if these patients are not assessed according to guidelines on the management of DOACs.<sup>2</sup> Intracranial hemorrhage is the most serious emergent bleeding risk.

In response to an increase in adverse events related to these widely prescribed medications, this alert provides guidance on the safe use and management of DOACs to all medical practitioners and health care organization leaders, particularly chief medical officers, pharmacists, emergency department clinicians, and quality and safety officers. This patient safety concern applies to all settings – hospitals, ambulatory care, nursing care centers, home care, pharmacy, and behavioral health – because bleeding complications can stem from blunt trauma and other injuries treated in all of these settings.\*

\*Note: The Joint Commission's National Patient Safety Goal (NPSG) 03.05.01 that addresses anticoagulant therapy applies to hospitals, critical access hospitals, nursing care centers, and ambulatory care organizations that initiate, manage, and adjust dosage for anticoagulation medications. However, the information in this alert is relevant to providers in all care settings.

© 2019 The Joint Commission | Division of Healthcare Improvement

The Joint Commission

jointcommission.org

目前The Joint Commission網站公布第61篇警示訊息 ( Sentinel Events Alert )，主題為「管理直接口服抗凝血劑 ( direct oral anticoagulants, DOACs ) 的風險」，藥物事件「藥物處方延遲或被遺漏」造成病人嚴重傷害或死亡的第一名，「抗凝血劑 ( Anticoagulants )」被列為藥物事件第二名，第三名則是「鴉片類止痛藥 (Opioid analgesics)」。

文中指出抗凝血劑(例如：Warfarin、Heparin)其治療範圍狹窄、起始作用慢、半衰期長、劑量調控不易、需定期抽血監測、容易與食物及藥品有諸多交互作用等缺點，但DOACs較少有藥物交互作用、以固定劑量給予且不需定期監控凝血狀況，使病人方便使用與日漸盛行。

但DOACs止血過程非常複雜，幾乎沒有反轉劑，而某些DOACs反轉劑也沒有受到FDA核准，醫院不一定有購置藥品反轉劑，若沒有按照DOACs的管理指引對病人進行評估，嚴重會引起出血併發症，其中顱內出血是最嚴重的出血風險。

因此，手術前需評估出血風險、避免重複用藥並提供病人及家屬衛教，包括使用DOACs的病人及家屬應了解DOACs包含的所有藥物、應知道持續服藥的重要性、食品與藥物的潛在交互作用等。





## 病人安全事件提醒：化療藥品潑灑之預防與處理

**提醒：化療藥品不慎潑灑時，宜由受過訓練的專業人員，迅速、確實、安全地處理，以避免化療藥品對於人員或環境造成毒害。**

資料來源：

<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303637150114&Msid=2014122510534552003>

## 台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息

### 化學藥物給藥時因管路拉扯而發生外滲

#### 提醒

**化學藥物治療前，衛教病人若有異常狀況應即時通知醫護人員協助；  
外滲發生時，需視藥物性質採取相應的處理流程。**

資料來源：

<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303637150114&Msid=2014122510571612252>



# Insulin



2017

## ISMP Guidelines for Optimizing Safe Subcutaneous Insulin Use in Adults



### Introduction

Diabetes mellitus is an increasingly common diagnosis encountered and managed in both the inpatient and outpatient settings. One of the primary goals in diabetes treatment is to reduce episodes of hyperglycemia while minimizing the risk of hypoglycemic episodes. While subcutaneous insulin therapy is the cornerstone of hyperglycemic treatment, insulin is a high-alert medication that can be associated with significant patient harm when used in error.



### Insulin as a High-Alert Medication

Medications that are associated with the highest risk of injury when used in error are known as high-alert medications. Insulin has long been identified as belonging to this group of medications.<sup>1</sup> According to a 2014 survey of pharmacists and nurses conducted by the Institute for Safe Medication Practices (ISMP), intravenous (IV) insulin ranked first, and subcutaneous insulin ranked ninth among nearly 40 drugs and drug classes identified as high-alert medications that concerned practitioners.<sup>2</sup> Yet, of all the high-alert medications, subcutaneous insulin came in last place when pharmacists and nurses were asked to rank how confident they were regarding the effectiveness of hospital-wide precautions to prevent serious errors. The survey findings suggest a consensus among pharmacists and nurses that hospitalized patients are vulnerable to errors with subcutaneous insulin, and that more must be done to prevent patient harm with this high-alert medication.

### Incidence of Insulin Errors

For many years, insulin has been shown to be associated with more medication errors than any other type or class of drugs. As early as 1998, insulin was associated with 11% of all harmful medication errors in hospitals.<sup>1</sup> More recent studies add evidence to the high frequency of insulin involvement in harmful medication errors. In 2004, a state reporting program established that 25% of all reported medication errors involved high-alert medications, and 16% involved insulin alone.<sup>3</sup> Data published in 2008 showed that insulin was the leading drug involved in harmful medication errors, representing 16% of all medication error events with reported harm.<sup>4</sup> A 2010 study found that the most common medical errors in critical care patients were insulin administration errors.<sup>5</sup>

### Types and Causes of Insulin Errors

A variety of error types have been associated with insulin therapy, including administration of the wrong insulin product, improper dosing (under-dosing and overdosing), dose omissions, incorrect use of insulin delivery devices, wrong route (intramuscular versus subcutaneous), and improper patient monitoring. Many errors result in serious hypoglycemia or hyperglycemia.

Hypoglycemia is often caused by a failure to adjust insulin therapy in response to a reduction in nutritional intake, or an excessive insulin dose stemming from a prescribing or dose measurement error.<sup>6-8</sup> Other factors that contribute to serious hypoglycemia include inappropriate timing of insulin doses with food intake, creatinine clearance, body weight, changes in medications that affect blood glucose levels, poor communication during patient transfer to different care teams, and poor coordination of blood glucose testing with insulin administration at meal times.<sup>9</sup>

# 台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息

## 高濃度胰島素給藥劑量錯誤導致嚴重低血糖

### 提醒

高濃度胰島素給藥需特別標示 " 高濃度 " ，除胰島素筆專用筆針外，不可使用胰島素空針(U-100專用)抽取高濃度胰島素，否則易導致劑量錯誤，可能造成嚴重低血糖。

**建議作法** 醫療人員與病人應該熟悉高濃度胰島素與一般胰島素製劑的差異，並且遵從指示，除胰島素筆專用筆針外，不可使用胰島素空針(U-100專用)抽取高濃度胰島素，避免因為劑量錯誤導致嚴重不良反應。





## 台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息

提醒

### 病人自控式止痛(PCA)之使用安全

藥劑處方簡單化、藥劑濃度固定化、給予路徑特殊化，  
並配合團隊教育、二次獨立校對，有助於提升PCA使用安全。

#### 建議作法

一、團隊教育：“ECFA” (Education & Equipment, Communication, Familiarity, Alert & Alarm)

**Education & Equipment**：教導病人及家屬正確使用PCA機器、舉辦對醫護人員有關疼痛知識的教育課程、機器設定避免複雜。

**Communication**：醫師與護理師之間、交班要確實

**Familiarity**：PCA小組必須熟悉PCA機器

**Alert & Alarm**：醫護人員對併發症應具警覺性，留意病人的呼吸速率，可使用血氧監測儀或潮氣末二氧化碳監測儀(Capnography)，異常時可即時發出警示。

二、依病人自控式止痛控制使用流程建立防錯機制：

(一) 處方階段：藥劑處方簡單化、藥劑濃度固定化、給予路徑特殊化。

(二) 配藥階段：藥劑配置獨立、藥劑部管理流程、麻醉科保管使用。

(三) 給藥前：三讀五對、二次獨立校對(Independent double check of orders)。

(四) 給藥後：以醫師為首，成立PCA小組，護理人員每天三班訪視病人，若有問題應通報，由醫師確認後決定處置方式，以團隊方式預防及處置合併症。



### 三、加強需控制流速或共用管路之輸液使用安全



建立需  
控制流  
速或特  
殊濃度  
之輸液  
幫浦管  
理機制

明定需使用流速或特殊濃度之輸液藥品

醫令系統或資訊設計有計算流速功能

對相關人員提供持續的輸液幫浦教育訓練

訂有輸液幫浦的定期檢測與維護管理規定







No.61

## 病人安全事件提醒 - 正確使用輸液幫浦(Infusion Pump) 注意事項

### Patient Safety Alert – Right implication of Pumps to Prevent Errors in the Infusion Process

**提醒：**

1. 設定幫浦輸液前可從掛在幫浦上之稀釋溶液藥物延著管路經由幫浦路徑至病人接受輸液之部位，是否正確連接。
2. 除了護理人員外，在工作過程中最常有機會搬動或操作幫浦之其他專業人員也應接受操作幫浦之教育訓練。

資料來源：

<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/download.ashx?SiteID=1&MmmID=621273303637150114&Msid=2014122510502964550>



# 病安目標相關警示訊息一覽表-

## 用藥安全



編號	篇名
20	從「藥物治療連續性」談藥物過敏史
21	分裝藥物未標示
23	談藥物過敏之預防
25	兒童中心靜脈營養輸注相關的併發症
26	藥物過敏反應
43	給藥錯誤
61	正確使用輸液幫浦(Infusion Pump)注意事項
62	採用口頭醫囑注意事項
64	電子化醫令系統輸入介面設計不良導致藥物錯誤
68	靜脈滴注給藥發生藥物過敏
79	口頭給藥醫囑之覆誦確認
80	住院病人自備藥品之管理
82	開給多種外用藥避免使用部位錯誤
84	化療藥品潑灑之預防與處理
85	顯影劑過敏事件

請參考台灣病人安全資訊網\教育資源\學習案例。短網址：[goo.gl/kXuJJ3](http://goo.gl/kXuJJ3)



# 病安目標相關警示訊息一覽表-

## 用藥安全



編號	篇名
95	複方藥可能造成病人重複用藥
100	長效型藥物作用期間內避免重複用藥
103	腦室引流導管之給藥跡近錯失
104	高張高濃度藥物發生給藥滲漏
105	交接班溝通問題導致給藥錯誤
106	化學藥物給藥時因管路拉扯而發生外滲
108	病人自控式止痛(PCA)之使用安全
126	特殊藥物靜脈輸注用對管路確保病人安全
128	新生兒戴錯手腳圈事件
129	過敏警示系統失效案例分享
133	兒童藥水劑量服用錯誤
136	兒童檢查前鎮靜藥物(Ketamine)注射劑量錯誤
140	高濃度胰島素給藥劑量錯誤導致嚴重低血糖
144	門診病人非常規頻次服藥之系統改善，以warfarin為例



請參考台灣病人安全資訊網\教育資源\學習案例。短網址：[goo.gl/kXuJJ3](http://goo.gl/kXuJJ3)

攜手共進 追求品質 Quality, We Together!

# 病安目標相關警示訊息一覽表-

## 用藥安全



編號	篇名
148	Urokinase給藥濃度錯誤
149	加護中心高警訊用藥給藥異常事件
152	預防高警訊藥品給藥錯誤
155	危害性化學品管理之注意事項
156	預防因小數點誤植或誤判所造成的給藥問題
157	改善工作環境與流程，以減少人員不安全的行為-以RO水稀釋藥品為例
163	電腦處方系統設計不良導致藥物溝通錯誤
165	筆型針劑藥品使用不當
169	高濃度靜脈營養輸液管理
170	抗生素誤打雙倍劑量

請參考台灣病人安全資訊網\教育資源\學習案例。短網址：[goo.gl/kXuJJ3](http://goo.gl/kXuJJ3)





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
Joint Commission of Taiwan

# 目標六、 落實感染管制

# 執行策略



一、落實人員之健康管理

二、加強抗生素使用管理機制

三、推行組合式照護(**care bundles**)的措施，  
降低醫療照護相關感染

四、定期環境清潔及監測清潔品質

五、建立醫材器械消毒或滅菌管理機制





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

# 一般原則與 參考做法

# 一、落實人員之健康管理



## 1.1 完善及可近性 手部衛生設備

- 濕洗手設備：非手控式水龍頭、手部清潔液、擦手紙
- 乾式洗手設備：酒精乾式洗手設備。透過伸手可及的酒精性乾洗手，提高醫療照護過程中手部衛生落實度。

## 1.3 落實人員 健康管理

## 1.2 宣導並落實 正確手部衛生 時機及方式

- 若沒有明顯髒污可以酒精性的乾洗手維護手部衛生。
- 手上有傷口或明顯髒污（如：沾到血液、體液）時，建議濕洗手。
- 對於產孢菌（如：困難梭狀桿菌）、無套膜的病毒（如：腸病毒）、阿米巴原蟲等，如已知上述感染源，應以濕洗手為宜。
- 移除手套後仍需進行手部衛生。



# 一、落實人員之健康管理



## 1.3 落實人員健康管理

### 個人防護 裝備管理

訂有個人防護裝備（PPE）（如：N95口罩，手套和隔離衣）管理機制，包括採購、庫備及分配。

### 健康管理 計畫

訂有工作人員健康管理計畫，包括監測（體溫等疫病相關症狀）及通報機制、異常追蹤及處理機制。

### 主動告知

工作人員罹患具傳播風險之傳染病時，應主動告知單位主管。

### 人力調度 出勤規範

針對傳染病訂定人力調度或出勤規範，減少傳播疾病風險之工作人員直接接觸病人。



# 一、落實人員之健康管理



## 1.3 落實人員健康管理

### 掌握班表及出勤

充分掌握院內各單位人員之班表及出勤狀況，萬一醫院發生群聚感染等異常事件時，得以有效率地進行疫調及處理。

### 涵蓋非常駐人員

健康管理計畫也應涵蓋非常駐人員，如定期和不定期來院服務的外包商、照服員、實習生等，其在院內期間服務之場所及日期應造冊建檔，以利後續追蹤。

### 落實 陪病及探病規範

訂有陪病及探病規範並落實管理，重大疫情期間並依主管機關規定執行，如：實名制追蹤機制。



# 一、落實人員之健康管理



## 1.4應訂有重大疫情的準備及因應機制。

### 重大疫情 準備及因應計畫

視其服務特性訂有重大疫情的準備及因應計畫，並定期演練。

計畫內容包括：

- 符合疫情特性之防疫措施
- 依主管機關規定之疫病專責病房啟動
- 具體的醫療服務降載  
如：停止健康檢查，延後非急迫性之檢查、手術或住院等

### 運送動線

訂有照護及病人運送動線，區分乾淨及汙染區，避免交叉傳播病菌之風險。

### 風險且緊急病人 訂有預防規範

針對有疫病風險且有緊急醫療需求病人，如急產、心肌梗塞及緊急手術等，訂有感染預防規範以適當收治進行醫療。

## 二、加強抗生素使用管理機制



2.1 醫院應由管理領導階層支持，訂有基本的抗生素管理機制。管理範圍需涵蓋門診及預防性抗生素使用。

醫院管理領導階層應**支持抗生素管理計畫**，並由主管級醫師負責。

抗生素藥物處方需**有時間限制**。

抗生素處方有**專責醫師審核其使用適當性**。

**訂有常見感染症抗生素治療使用建議準則**，且醫師可隨時查閱相關適當使用抗生素之資料。

**訂有正確使用預防性抗生素管理措施**，如：藥物選擇、劑量、投藥時間、用藥期程。

**訂有門診及住院病人治療性抗生素合理使用管理措施**，如：使用情境、藥物選擇、劑量、用藥期程等。宣導一般急性上呼吸道感染原則上不使用抗生素、給予抗生素使用應考慮病人體重及肝腎機能等。



## 二、加強抗生素使用管理機制



### 2.2 應設立跨部門抗生素管理小組。

由審核醫師、藥師、醫檢師、感染管制師與使用抗生素的醫師代表等，共同**組成團隊**，進行抗生素管理。

**定期發佈細菌抗藥性統計**，進行趨勢分析。

**應定期監測與統計抗生素使用情況**，對不當使用進行分析與檢討改善。

**提供**處方醫師使用抗生素相關**教育訊息**，以促進抗生素處方醫師與審核醫師有效溝通。

建議運用**資訊系統**進行抗生素管理。

衛生福利部疾病管制署 (2015)。抗生素管理手冊。取自：  
<https://www.cdc.gov.tw/professional/infectionreportinfo.aspx?treeid=56ca56252a0fa705&nowtreeid=2aa8435e1709fbfb&tid=E3486CF96ABEBC1E>



# 三、推行組合式照護的措施，降低醫療照護相關感染



## Care Bundles

中心導管病人

留置性尿路導管病人

呼吸器病人

手術病人



# Definition of a Bundle



以實證醫學為基礎，針對同一類病人或是照護單位所設計的一套改善措施



使用此套改善措施時，一起實施的效果比單獨實施更好



將幾項具有實證醫學或指引為基礎的改善措施組合一起，以protocol的方式應用在臨床上，以提升改善病人預後



# The elements of a Bundle



- 所有的照護步驟皆是必要且連貫的，移除其中任何一個將不會使病人更好。
- 這些組合式照護方式皆經過實證醫學驗證，目的在於提供更佳的照護。
- 完成組合式照護是一個全有或全無的概念，照護者不能只完成其中幾個步驟。
- 組合式照護有特定的時間或地點須遵循，例如可能是在每天早晨巡房時，或是每六個小時在床旁要執行一次等。

Institute for Healthcare Improvement (IHI). What Is a Bundle?

Retrieved from <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhatIsaBundle.aspx>



# 3.1.1 置放中心導管的病人



依「中心導管組合式照護工作手冊」執行降低感染措施，重點為：

- 置入中心導管前執行手部衛生。
- 採用適當消毒劑，如：酒精性2% Chlorhexidine gluconate (2% CHG) 進行病人皮膚消毒。
- 置放中心導管時，執行者與病人皆需使用最大無菌面防護 (執行者：口罩、髮帽、無菌隔離衣、無菌手套；病人：從頭到腳全身覆蓋)。
- 慎選置放中心導管的位置，宜避免使用鼠蹊部為置放部位。
- 每日執行中心導管照護評估，不再需要時應立即拔除。

衛生福利部疾病管制署 (2015)。中心導管組合式照護工作手冊。取自  
[https://www.cdc.gov.tw/InfectionReport/Info/SVtdjRgESOT\\_EwbAhjI4g?infold=5rWKUC1XUG6iMhIQ0SfDzg](https://www.cdc.gov.tw/InfectionReport/Info/SVtdjRgESOT_EwbAhjI4g?infold=5rWKUC1XUG6iMhIQ0SfDzg)



## 3.1.2 留置性導尿管的病人



### 依「侵入性醫療處置組合式照護工作手冊」執行措施，重點為：

- 減少不必要的留置性導尿管：放置留置性導尿管要有明確的適應症，且無其他更好的替代方案。一旦適應症不再存在，要立刻移除。
- 置放導尿管前、後執行手部衛生。
- 放置留置性導尿管需無菌技術操作。
- 導尿管固定方式正確，集尿袋應維持在膀胱以下的位置，不可置於地面。
- 每日照護評估需落實手部衛生、進行拔管評估、維持尿袋固定位置高度在膀胱高度以下、保持無菌暢通避免管路扭曲或壓折、執行日常個人衛生保持尿道口周圍清潔。

衛生福利部疾病管制署(2018)。侵入性醫療處置組合式照護工作手冊。取自  
<https://www.cdc.gov.tw/Category/ListContent/NO6oWHDwwVfwb2sbWzvHWQ?uaid=kcHbTBTUDtZ4ipBwFkxWrQ>



## 3.1.3 使用呼吸器病人



依「侵入性醫療處置組合式照護工作手冊」執行措施，重點為：

- 置放氣管內插管前、後執行手部衛生。
- 每日需評估是否可儘早脫離呼吸器、至少一次暫停靜脈注射鎮靜劑(不含止痛劑)之使用，除非有相關禁忌症。
- 宜使用0.12% ~ 0.2% chlorhexidine gluconate 漱口水/凝膠執行口腔抗菌照護，每日至少2次。
- 床頭維持抬高 $30^{\circ}$ ~ $45^{\circ}$ ，除非有禁忌症。
- 適時排空呼吸器管路積水。

衛生福利部疾病管制署(2018)。侵入性醫療處置組合式照護工作手冊。取自  
<https://www.cdc.gov.tw/Category/ListContent/NO6oWHDwwVfwb2sbWzvHWQ?uaid=kcHbTBTUDtZ4ipBwFkxWrQ>



# 3.1.3 手術病人



## 建議同時採取下列措施以降低手術部位感染，重點為：

- 預防性抗生素的使用：劃刀前之給藥、藥品選擇必須遵照準則。 如果手術時間過長，應適當追加抗生素。
- 手術前沐浴：建議使用抗菌溶液或肥皂淋浴或擦澡。
- 適當的去除毛髮；如果手術沒有除毛之需要時，應避免去除毛髮。如有需要，應盡可能在接近傷口切開的時間完成，且宜使用剪毛器，不宜使用剃刀。
- 加強糖尿病病人血糖控制；應常規性對所有病人在手術前檢驗血糖濃度，以判斷是否有高血糖症，且最好是早點做，以有足夠時間完成風險評估及啟動適當的治療，並維持術後血糖值宜小於200mg/dL。
- 維持正常體溫；建議可使用加熱的靜脈輸液或手術前、手術中與恢復室內讓病人使用加熱的毯子或熱空氣式保溫（forced air warming），其核心體溫宜大於攝氏36度。



# 四、定期環境清潔及監測清潔品質



4.1

## 合適的環境 清潔管理

建立環境（含設備）

清潔管理政策

可參考「醫療機構環境  
清潔感染管制措施指引」

清潔作業流程

使用合宜之  
清潔劑、消毒劑

教育訓練

環境設備清潔消毒及  
人員操作等查核機制

回饋清潔成果

定期進行環境  
清潔品質管理  
含委外清潔公司



# 五、建立醫材器械消毒或滅菌管理機制



## 醫材、器械清潔、消毒或滅菌流程與管理

建立監測機制

定期檢討、分析及改善

## 供應室

配置適當人力，且需相關教育訓練或供應中心認證能力

注意動線管理，區隔清潔區及汙染區

## 軟式內視鏡

依廠商建議方式進行清潔及消毒

訂有標準作業流程

## 重複使用醫材器械安全管理

訂定合適的管理政策

對外包廠商有適當考核機制

- 衛生福利部疾病管制署 (2013)。滅菌監測之感染控制措施指引。取自：  
[https://www.cdc.gov.tw/Category/ListContent/NO6oWHDdwVfwb2sbWzvHWQ?uaid=ZohepWXCKj\\_wNTVtsib4QQ](https://www.cdc.gov.tw/Category/ListContent/NO6oWHDdwVfwb2sbWzvHWQ?uaid=ZohepWXCKj_wNTVtsib4QQ)
- Joint Commission International (2017). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition.



# 病安目標相關警示訊息一覽表-

## 感染管制



No.112

2013-A-03

### 台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息

發佈日期：2013.11.20

適用對象：長照機構

撰稿人：機構投稿

撰稿專家：外部感控專家改寫、TPR 工作小組潤稿



### 護理之家感染肺結核事件

#### 提醒

對於新入住機構的住民，工作人員應有偵測疑似傳染病的警覺性，避免延誤診斷、治療而傳染給其他住民。

#### 案例描述

2月1日陳先生從A機構辦理入住護理之家，當班護理師觀察到陳先生有咳嗽症狀，測量體溫為38.2°C，查看病歷摘要胸部X光報告：右上肺葉纖維化病灶及雙側下肺葉有浸潤性變化，依據家屬表示A機構醫師臆測病人為肺炎已開立抗生素服用治療7天，故當班護理師僅將此訊息進行交班並告知醫師，隨即對陳先生做環境介紹，並帶至密閉未開窗的2人病房休息，未安排其他檢查及任何感管防護措施。

2月8日陳先生服用抗生素已達一週，發燒及咳嗽症狀仍未改善轉知家屬建議就醫，但家屬自行到診所取7天份藥物給陳先生服用，護理師將此訊息交班醫師，醫師同意服用3天觀察，2月11日後陳姓住民仍有發燒、咳嗽症狀，經醫師評估後轉送鄰近醫院急診室就醫，診斷為：雙側下肺葉肺炎浸潤需住院治療。急診醫師聽診右側肺部有囉音存在，評估後留取3套痰液檢查，2月14日結核個案管理師接獲檢驗科報告，2套痰液抗酸性染色報告為陽性，通知主治醫師、家屬及護理之家，個案為開放性肺結核，立即轉入隔離病房隔離治療，進行傳染病通報並建議護理之家對密切接觸者進行疫調作業，2月16日檢查結果與陳先生同病房的林先生胸部X光報告為雙上肺部浸潤疑似肺結核，留取3套痰液檢查，2月19日檢驗室通報2套痰液抗酸性染色報告為陽性，經查林先生病歷：居住護理之家達5年多且每年均有胸部X光檢查無活動性肺病灶且無臨床症狀，評估疑似發生肺結核感染

編號

篇名

112

護理之家感染肺結核事件

請參考台灣病人安全資訊網\教育資源\  
學習案例。短網址：[goo.gl/kXuJJ3](http://goo.gl/kXuJJ3)





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
Joint Commission of Taiwan

# 目標七、 提升管路安全



一、落實侵入性管路之正確置放

二、提升管路照護安全及預防相關傷害





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

# 一般原則與 參考做法

# 一、落實侵入性管路之正確置放



## 1.1 應建立侵入性管路使用之評估措施，包括置放位置之確認及留置之必要性

各類侵入性管路使用，應有**放置前及留置必要性之評估**。

**訂定標準作業流程**，規範可執行管路置放的醫療人員，並確保其操作能確實遵循標準作業規範。在置放侵入性管路時，鼓勵以影像工具導引，如：置放中央靜脈導管困難時，鼓勵以超音波導引等方式。

**平時應備妥**各類管路置放所需的器械、物料、設備、照明及人力支援安排等，**以備需要時可以隨時順利進行**。

**應有各類管路置放位置正確之確認機制**，例如：觀察輸液管路回血及輸液流暢度、中心導管影像檢查、鼻胃管位置確認等，並密切觀察病人臨床反應等。



# 一、落實侵入性管路之正確置放



## 1.2 應提升醫療人員對於困難呼吸道 ( difficult airway ) 處置能力，並建立支援應變機制

針對困難呼吸道 ( difficult airway ) 個案的處置，應明訂醫療團隊緊急支援系統。

對於已知有困難呼吸道風險之**個案**，醫院應有一致性標註之作法，並列入交班。

如：肥胖、短下巴、短脖子、口腔及呼吸道腫瘤、口腔內部感染、過往插管記錄...

針對困難呼吸道個案，插管前應有評估及應變計劃，適時求援。



## 二、提升管路照護安全及預防相關傷害



### 2.1 確認管路正確連接

- 建立高危險管路系統或多重輸液管路標準作業程序
- 有各類管路置放位置正確之再確認機制
- 儀器與水電、氣體設施相連者應有屏蔽防錯接機制
- 自訂高危險管錯接防呆機制，勿外力強迫原本無法接合之管路連接
- 病人轉運送時，確保管路連接正確並確實交班
- 當反覆發生管路非計畫性移除狀況時，應考慮管路留置的必要性

### 2.2 執行管路放置及移除標準作業

- 同一部位多重管路（例如二條以上相同類型引流管）分次移除時，應有**移除確認**之標準作業流程
- 植入體內之非永久性管路[如：雙J型管 (Double-J Catheter)]，應建立後續追蹤流程，並有提醒機制
- 訂定各種管路消毒、清潔、置換週期、移除前評估等作業規範。

### 2.3 異常事件通報預防和處理

- 各類管路異常事件，應有標準化作業程序
- 對病人、主要照顧者進行管路照護指導
- 讓病人、家屬及主要照顧者了解，若發現管路連接異常，應立即通知醫療人員處理





No132

2015-A-05

### 台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息



發佈日期：2015.12.11

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：外部專家撰稿

審稿專家：TPR 工作小組校修

#### 運用電腦資訊化降低輸尿管導管置入後忘記移除(更換)之風險提醒

在病患體內置入輸尿管導管後，應建立後續追蹤流程，可運用電腦資訊化的便利性，以避免忘記移除(更換)導管的風險。

#### 案例描述

<案例一> 病患是六十三歲男性，一年前因膀胱癌接受手術，之後左側輸尿管狹窄而放置輸尿管導管，但病患並沒有定期回診。一年後，病患因嚴重的左側腎盂腎炎及腎水腫住院，經檢查後才赫然發現病患體內有被遺忘的輸尿管導管，為了控制感染，病患先接受左側經皮腎臟造瘻以消除腎水腫，之後進入開刀房將導管更換，但卻因為導管在腎臟端結石而無法順利移除導管，最後病患必須接受體外震波碎石術將結石擊碎後，才順利將導管拔除。

<案例二> 病患是五十八歲患有末期腎病變的女性病人，因嚴重的泌尿道感染入院，但在腹部電腦斷層的檢查下，赫然發現體內有一條輸尿管導管，而且膀胱與直腸周圍都有膿瘍的發生，經再次確認病史，病患才依稀想起十年前於外院進行子宮頸癌術後，體內似乎有植入導管，但是因為術後沒有任何醫囑，身體也無不適，因此病患就忽略了導管的存在。我們在感染控制後，進入開刀房要將導管移除，但在膀胱鏡下卻無法找到導管的位置，接著，我們發現膀胱與陰道已經出現瘻管，而且輸尿管導管也移位了，僅留存極小部份在膀胱內，最終還是無法由傳統的內視鏡方式取出導管。

#### 建議作法

1.輸尿管導管常用於處理輸尿管阻塞，但導管放置後一段時間內(三個月到半年)必須移除或更換，否則容易發生感染或結石。一旦病患或醫師疏忽，就可能會

No132

2015-A-05

導致嚴重後遺症。根據文獻上的建議，要預防此類事件發生，除了要有良好的病患衛教(包含放置導管後的注意事項)，更重要的是設置一套良好的輸尿管導管追蹤系統。

- 2.目前文獻上認為使用電腦化資訊系統是最有效率的追蹤方式，由於目前大多數醫院的醫療系統皆已經電腦數位化，因此我們建議可利用此架構來執行輸尿管導管的追蹤，以減低建置電腦化系統的難度。
- 3.可以使用電腦化批價系統直接建立病患與放置輸尿管導管的記錄，若有遺漏部分，則可經由手術房護理人員衛材領用表與衛材庫存(消耗)量來進行比對，藉此可以抓出未被批價的記錄。由於前述三部分原本皆有專人負責(批價書記、護理人員與管庫人員)，不需進行再教育或增加工作量，只需要一名人員定期比對三項資料，就能達到有效內部控管與導管追蹤的資料建立。
- 4.病患體內輸尿管導管被移除(更換)後，可藉由電腦系統消除記錄，若導管超過期限(三個月或半年)沒有被移除的記錄，則僅需指派一人先查詢病歷以確認導管移除與否，如果確認是非醫療因素造成導管過期放置，則可電話通知病患回診做後續處理。
- 5.上述建議方式的好處是，以原有的電腦化架構與專職人員來進行導管資料建立與內部管控，可以減少人力需求與遺漏風險。此方案若建構完成，則僅需一人定期管理內控資料與聯絡病人，就能將病患忘記移除(更換)輸尿管導管的風險降到最低。

#### 參考資料

- 1.Tang, V. C., Gillooly, J., Lee, E. W., & Charig, C. R. (2008). Ureteric stent card register - a 5-year retrospective analysis. *Annual of the Royal College of Surgeons of England*, 90(2), 156-159.
2. Lynch, M. F., Ghani, K. R., Frost, I., & Anson, K. M. (2007). Preventing the forgotten ureteral stent: implementation of a web-based stent registry with automatic recall application. *Urology*, 70(3), 423-426.
3. Larkin, S., & Preston, D. (2015). Where are the Stents? A Computerized Tracking System to Eliminate the Forgotten Ureteral Stent. *Urological Practice*, 2(3), 106-108.

# 病人安全事件提醒—

## 硬脊膜外自控式止痛(PECA)管路錯接至靜脈管路



NO.159

2019-L-01

### 台灣病人安全通報系統(TPR) 學習案例

發佈日期：2019.12.

適用對象：所有醫療機構/所有醫療人員

撰稿人：外部專家撰稿

審稿專家：TPR 工作小組校修



### 硬脊膜外自控式止痛(PCEA)管路錯接至靜脈管路

#### 案例描述

病人為一位91歲的老太太，因左側股骨遠端骨折入院，行鋼板固定復位手術治療，術後留置一條靜脈管路(IV)及一條硬脊膜外自控式止痛(PCEA)管路。19:30時因病人堅持要下床上廁所，故自行將PCEA管路及靜脈管路拔除。聯絡麻醉護理師無人接聽，隨即通知值班醫師，依醫囑進行靜脈注射針重置，將PCEA管路接到IV注射管路。

21:15時病人又將靜脈點滴注射針自行拔除，護理人員再次予靜脈注射針重置，同時將PCEA再接上靜脈管路。麻醉護理師於22:30前來探視病人，發現管路錯接，立即停止PCEA注射，並通知麻醉科醫師。

#### 問題分析

案例中病人是一位高齡老人，手術後接受硬脊膜外自控式止痛(PCEA)，所以身上至少有靜脈及硬脊膜外管路，但堅持下床又沒有約束，連續兩次自行拔除身上管路。自控式止痛是很好的術後止痛方式，但並不是所有病人皆適用，例如老年病人常因意識障礙無法自主啟動給藥，重要器官功能又因老化而下降，就不適合使用。如果評估後建議使用，也要注意起始處方的設定並密切的追蹤副作用，根據病人止痛效果及早調整藥物或劑量。

硬脊膜外自控式止痛應是由麻醉科執行，在硬脊膜外管路脫落後，因連絡不到麻醉科人員，護理人員經值班醫師指示後重置靜脈注射管路，將自控式止痛的給藥管路接靜脈注射管路。病人第二次拔除管路後，再次重置靜脈注射管路後，還是將自控式止痛的給藥管路接到靜脈注射管路。自控式止痛主要有兩種給藥途徑，最常見的是靜脈給藥，另一種則是經由硬脊膜外給藥，搭配使用的自控式止

NO.159

2019-L-01

6. 提升臨床工作人員對硬脊膜外和靜脈管路錯接風險的認識，考慮納入教育訓練的一環，確保所有人都能遵守相關作業流程。

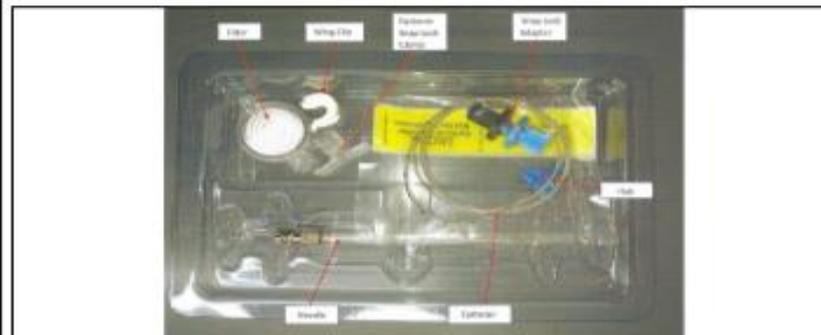


圖1. 硬脊膜外麻醉套組裡有提供黃色貼紙可註記於病人注射部位或管路上



圖2. 於管路、藥袋、輸液幫浦以

藍色明顯標記PCEA使用



圖3. IV PCA要與PCEA有明顯區別

# Managing risk during transition to new ISO tubing connector standards

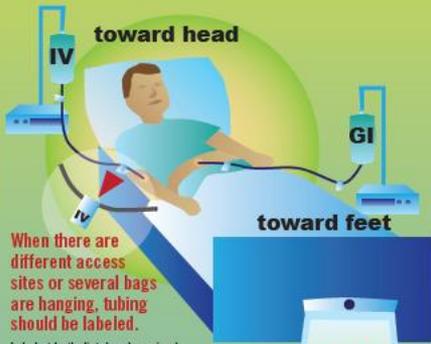


## Managing risk of tubing misconnections during the transition to new ISO connector standards

### REMINDERS FOR CLINICIANS

- Trace tubing or catheter from the patient to point of origin:**
- Before connecting or reconnecting any device or infusion
  - At any transition, such as to a new setting or service
  - As part of the hand-off process

Route tubes and catheters having different purposes in different, standardized directions.



**Use safe practices to administer high-alert medications.**

- For high-risk medications delivered via an epidural, intrathecal or arterial route, label the catheter and do not use tubing or catheters that have injection ports
- Implement an independent double-check procedure

**Use tubing and related equipment only as they are intended to be used.**

- Never use standard luer syringes for oral medications or enteral feedings
- Do not use IV tubing or IV pumps for enteral feedings
- Use distinctly different pumps for IV applications (rather than using similar pumps for intrathecal and/or epidural applications)
- Eliminate the use of temporary adapters as soon as possible
- Don't force connections, and avoid workarounds

**Check vital signs immediately after making any connection.**

### TIPS FOR HEALTH CARE ORGANIZATIONS

In preparation for the new ISO connector standards – actions suggested by The Joint Commission

#### Assess and manage:

##### Current risks of injury

- Form an interdisciplinary task force
- Conduct acceptance testing
- Conduct risk assessment on new tubing and catheters

#### Aware:

Learn about upcoming ISO connector standards

Generate awareness to all

- clinicians
- administrators
- supply chain
- health care technology management
- support staff

See the [FAQs](http://FAQs.atstayconnected2014.org) at [stayconnected2014.org](http://stayconnected2014.org)

#### Prepare:

Assess and adapt existing systems, processes and protocols

Dialogue with suppliers - learn about their plans

Train clinicians and supply chain management on transition plans, including the use of temporary adapters

#### Adopt:

There will be a transition period during which current and new connectors are available

As new connectors become available, purchase only equipment that will conform to the new ISO connector standards

Make an organizational commitment to avoid buying equipment with luer lock connectors for

- limb cuff inflation
- neuraxial
- enteral
- breathing systems
- pressurized gases applications

1. **Trace** tubing or catheter from the patient to **point of origin**.
2. When there are **different access sites or several bags** are hanging, tubing **should be labeled**.
3. For **high-risk medications delivered via an epidural, intrathecal or arterial route**, **label the catheter** and **do not use** tubing or catheters that have **injection ports**.
4. Eliminate the use of temporary adapters as soon as possible. **Don't force connections.**

The Joint Commission (2017). Sentinel Event Alert 53: Managing risk of tubing misconnections during the transition to new ISO connector standards. Retrieved from [https://www.jointcommission.org/sea\\_issue\\_53/](https://www.jointcommission.org/sea_issue_53/)

# 病安目標相關警示訊息一覽表-

## 管路安全



編號	篇名
12	氣管內管置入評估與插管後檢查
14	胸腔引流瓶連接管路區別辨識
15	管路誤接
16	拔管後發生之上呼吸道阻塞
18	管路意外滑脫
19	胸腔引流瓶管路誤接
22	氣管內管插管後位置確認
40	確認鼻胃管位置建議作法
45	血液透析管路固定、連接注意事項
49	及早拔除不必要中心靜脈導管
50	非計畫性拔管
65	氣管內管或氣切套管阻塞
132	運用電腦資訊化降低輸尿管導管置入後忘記移除(更換)之風險
153	血液透析管路銜接異常事件
159	硬脊膜外自控式止痛(PECA)管路錯接至靜脈管路



請參考台灣病人安全資訊網\教育資源\學習案例。短網址：[goo.gl/kXuJJ3](http://goo.gl/kXuJJ3)

攜手共進 追求品質 Quality, We Together!



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
Joint Commission of Taiwan

# 目標八、 改善醫病溝通並 鼓勵病人及家屬參與 病人安全工作



一、鼓勵民眾關心病人安全，並提供民眾多元參與管道

修

二、運用多元或數位模式，改善醫病溝通，並推行醫病共享決策

三、提升住院中及出院後主要照顧者照護知能



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

# 一般原則與 參考做法

# 一、鼓勵民眾關心病人安全，並提供民眾多元參與管道



# 一、鼓勵民眾關心病人安全，並提供民眾多元參與管道



1.2

醫療人員應營造信任的溝通氣氛

- ① 醫療人員應以溫和、親切、耐心及平等的態度與病人及家屬溝通任何與疾病治療照顧有關的議題。
- ② 鼓勵病人及其家屬勇於提出對其所接受的治療與處置的疑慮，並教育醫療人員以開放的態度受理意見，以及時解決問題，必要時院方應建立支援機制。
- ③ 設法了解病人及家屬關切之病安問題，視需要為醫護人員、病人與家屬雙方舉辦交流會議，討論彼此對病人安全關注的議題。
- ④ 對於民眾通報之病安問題，應即時給予回饋，以營造信任的溝通氛圍。  
如新生兒、幼童、重病虛弱、認知障礙、意識不清等無法清楚應答之病人
- ⑤ 病人、家屬及其代理人因語言、文化因素或有聽覺、語言功能或其他障礙導致**溝通困難**時，應由受有相關訓練之人員協助說明、溝通及關懷；醫院亦可導入資訊科技自動化識別的方法，如條碼掃描等方式，以提升其辨識正確性。



# 一、鼓勵民眾關心病人安全，並提供民眾多元參與管道



1.3

鼓勵病人及其家屬**主動說出**對其所接受的治療與處置之**任何疑問**。

運用住院須知、海報文宣、跑馬燈、醫院網頁及社群平台等傳播媒介，宣導病人及其家屬主動向醫療人員提出關心的病人安全問題。

以徵稿或邀稿方式接受民眾提出與病人安全相關的想法，並於院內刊物或網站刊登。

病人及家屬對於其接受的治療有重大疑慮而無法獲得醫療團隊適當回應時，醫院應提供管道與建立機制，協助臨床人員解決病人的問題。



# 為病安發聲-speak up

## 為病安發聲

### SPEAK UP!



如果您是病人  
 不管您的問題多複雜或多麼小  
 請勇敢說出您在意或擔心的事情  
 讓醫療人員為您充分說明與討論

病人安全不分你和我 需要大家一起來維護



衛生福利部  
 Ministry of Health and Welfare



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
 Joint Commission of Taiwan

廣告

為病安發聲-民眾版

當我覺得有病人安全顧慮時...

請您主動說出來，我們會支持您！

我會支持您

別讓您的沉默成為病安殺手

SPEAK UP!



衛生福利部  
 Ministry of Health and Welfare



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
 Joint Commission of Taiwan

廣告

為病安發聲-醫療人員版

109年病安週相關文宣品 <http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/ADDdownloads/list.aspx?SiteID=1&MmmID=15001>



攜手共進 追求品質 Quality, We Together!

## 二、運用多元或數位模式，改善醫病溝通， 並推行醫病共享決策



### 2.1 支持及鼓勵醫療人員及民眾參與醫病共享決策。

應用多元宣導活動提升  
院內員工及病人對SDM  
的理解與動機

蒐集病人及臨床照護者  
的需求及問題，決定  
進行SDM之主題

提供醫療人員必要的教育  
訓練課程，如PDA製  
作、引導員訓練等

提供醫療人員必要資源  
如衛福部SDM平台、  
Ottawa資源中心等

整合院內現有資源，  
協助團隊將SDM融入  
現有流程

建立分享機制，提供醫  
療團隊及病人成功經驗  
並鼓勵參與



## 二、運用多元或數位模式，改善醫病溝通，並推行醫病共享決策

### 2.2 醫療團隊宜以病人需求為考量，進行醫病共享決策。

針對需要SDM病人說明決策選項的好處與風險

- 利用各種工具，如圖片、多媒體影片、網路系統等。
- 以病人可以理解的方式說明。

以病人為中心考量個別需求及價值

結合專業意見與病人及家屬一起做出最佳的決策

決策後執行照護支持及效果評估

鼓勵病人對疾病及治療選項提出問題

- 確認病人及家屬了解不同選項的內容，如回覆示教或認知測驗。

引導病人表達決策的在意點或價值觀

- 必要時給予病人充分時間考慮及納入家屬的意見及想法。

- 必要時可隨時更新訊息及決策。



# 適合共享決策的情境



1. 目前 **無明確實證醫學結論**，  
或 **臨床診療指引** 建議  
需要共享決策的時機。

- 選項間的優缺點接近  
(好處、風險、困難度或成本)：  
**病人偏好是重要決定因素。**
- 現有證據無法呈現強烈建議的選項。

2. 病人價值觀及偏好差異性大  
( **選擇不一** )

- 選項存在 **病人在意的影響或副作用**
- 如：可能有重大身心功能或形象改變、疼痛、併發症、危及生命的風險。

3. 當好處及風險的平衡，  
**取決於病人的行動**

- 如：病人 **服藥**、監測及飲食的遵從性。

4. **嚴重疾病**

- 如：危及生命的嚴重疾病、重大慢性疾病晚期階段、多重和虛弱的慢性疾病

5. **當病人** 想參與自己的醫療決策時！

1. Muller-Engelmann M, Donner-Banzhoff N, Keller H, et al. (2013). When decisions should be shared: A study of social norms in medical decision making using a factorial survey approach. Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making, 33(1):37-47.
2. Hoffmann TC · Montori VM · Del Mar C. The Connection between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making. JAMA. 2014; 312 ( 13 ) : 1295-1296. doi : 10.1001 / jama.2014.10186
3. <https://docs.google.com/presentation/d/1VheMzhdZb35XnohqWOPQN9K0Rs-uV0KICPxyD4P8sKs/present?ueb=true#slide=id.p4>
4. 侯文萱(2015)。以病人為中心的實證健康照護共同決定模式。醫療品質雜誌。9(5): 4-9。
5. Austin, C. A., Mohottige, D., Sudore, R. L., Smith, A. K., & Hanson, L. C. (2015). Tools to Promote Shared Decision Making in Serious Illness: A Systematic Review. JAMA Internal Medicine, 175(7), 1213–1221. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1679>



# 醫病共享決策



3

醫病溝通討論，達成共識！

! SDM  
最大特色

Evidence-Based  
Medicine(EBM)

Patient Preference

1

醫療人員

- 提出各種不同**選項之實證資料**
- 包括各選項的**好處、傷害**



2

病人：

- 提出個人重要的**偏好和價值觀**。



STEP  
1



**S**eek your patient's participation.

STEP  
2



**H**elp your patient explore & compare treatment options.

STEP  
3



**A**ssess your patient's values and preferences.

STEP  
4



**R**each a decision with your patient.

STEP  
5



**E**valuate your patient's decision.

說明選擇的必要性，並邀請您的病人參與決策



與病人討論每個選項的好處與壞處



評估您的病人最在意的事



一起決定最佳選項並安排後續事宜



計畫再次檢視決策並監測執行

<https://www.ahrq.gov/health-literacy/curriculum-tools/shareddecisionmaking/tools/sharefactsheet/index.html>



攜手共進 追求品質 *Quality, We Together!*

# 實施醫病共享決策過程中的 2大輔助



**!** 不一定  
要拍影片

**!** 重點是功能，  
不是特定的人

表單



影片



最佳病人照護  
Optimal patient care

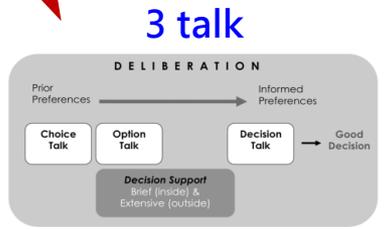
醫病共享決策  
Shared decision making

實證醫學  
Evidence-based medicine

以病人為中心的  
溝通技巧  
Patient-centered communication skills

決策輔助  
工具

(Patient decision aids, PDA)



決策引導  
(coaching)



攜手共進 追求品質 Quality We Together!

# Shared decision making 好處

- 增進病人參與醫療決策過程
- 提增病人知識與理解
- 病人能對決策負有責任
- 從治療過程獲得更實際的期望
- 決策和選項符合病人的偏好和價值觀
- 幫助降低醫療照護的地域差距
- 提高病人滿意度
- 病人能獲得更準確的風險
- 幫助釐清高風險的決策

上述內容摘錄，原文請參閱

<http://www.medicalprotection.org/newzealand/casebook/casebook-january-2014/consent-and-shared-decision-making>



攜手共進 追求品質 *Quality, We Together!*

## Using Shared Decision-Making to Improve Patient Engagement

Shared decision-making is not only a key patient engagement strategy, but may also improve clinical quality.



Source: Thinkstock

圖片來源<https://patientengagementhit.com/features/using-shared-decision-making-to-improve-patient-engagement>

# 醫病共享決策平台



您現在的位置：首頁 > 決策輔助工具 > 決策輔助工具清單

## 決策輔助工具清單

1

依主題類別

依主題類別

依科別

靜脈注射

請輸入您要查詢的關鍵字

搜尋

► 高血壓	► 糖尿病	► 慢性腎臟疾病
► 消化系統疾病內視鏡手術	► 骨質疏鬆症	► 退化性膝關節炎
► 注意力不足過動症	► 氣管造口術	► 冠狀動脈介入術選擇
► 更年期	► 周邊動脈疾病	► 乳癌
► 生命末期照護、安寧療護	► 低溫療法	► 白內障
► 心房顫動	► 失智症	► 心絞痛
► 人工植牙	► 子宮頸癌	► 大腸癌
► 高血脂	► 戒菸	► 肥胖防治
► 其他	► 慢性阻塞性肺病	► 懷孕及生產

您現在的位置：首頁 > 決策輔助工具 > 我的最愛

## 處方箋

2

列印處方箋

我有心房顫動，應該服用抗凝血劑預防中風嗎？

最新更新日期：2017年08月22日

醫病共享決策輔助表-我有心房顫動，應該服用抗凝血劑預防中風嗎？.pdf

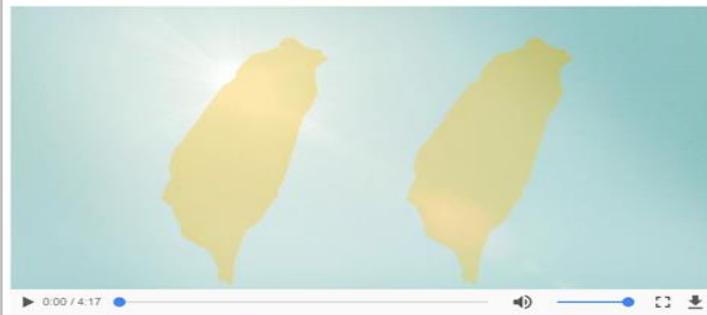
名稱	我有心房顫動，應該服用抗凝血劑預防中風嗎？
關鍵字	心房顫動、抗凝血劑
開發團隊、機構	醫病共享決策推廣計畫-心房顫動工作小組
製作日期	2017年08月15日

3

4

名稱

我有心房顫動，應該服用抗凝血劑預防中風嗎？



0:00 / 4:17

我有心房顫動，應該服用抗凝血劑預防中風嗎？

最新更新日期：2017年08月22日

醫病共享決策輔助表-我有心房顫動，應該服用抗凝血劑預防中風嗎？.pdf

名稱

我有心房顫動，應該服用抗凝血劑預防中風嗎？

關鍵字

心房顫動、抗凝血劑

開發團隊、機構

醫病共享決策推廣計畫-心房顫動工作小組

製作日期

2017年08月15日

處方箋網址：<https://sdm.patientsafety.moh.gov.tw/AssistTool/PrescriptionInfo?sn=25&pld=5e2aad66-fb64-4fd8-81fc-fc29cd82fa7f&tid=44FFA34D735DF90D>

有00個醫病日期：2017年07月23日



醫病共享決策平台QR code

下載方式有兩種：

1\_在電腦上輸入處方箋網址

2\_直接使用平板或手機掃入 QR code



## 二、運用多元或數位模式，改善醫病溝通，並推行醫病共享決策



### 2.3

運用**多元**模式，以資訊科技協助改善醫病溝通。

可**建置數位醫病溝通工具**，作為醫療照護團隊於病情變化、重要治療或緊急狀況時進行聯絡家屬與說明之輔助工具。

使用數位醫病溝通工具時，醫院宜制定有溝通流程、隱私保護及資訊安全等相關規範。

使用數位醫病溝通工具，如需錄影或保存影像時應符合醫學倫理，取得同意，並完成病歷等相關紀錄。



# 三、提升住院中及出院後主要照顧者 照護知能



## 3.1

- 提供適當衛教指導
- 評估學習成效
- 提供適當交班工具
- 確認理解程度

住院中及出院前應評估病人及主要照顧者需要的照護知能



## 3.2

- 提供網路資源
- 提供諮詢管道
- 提供可就近協助機構或人員
- 必要時協助轉介健康服務中心（衛生所）、長照2.0服務、健保居家護理指導或其他醫療機構等相關資源

提供照顧者取得照護知能的教育資源





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
Joint Commission of Taiwan

目標九、



維護孕產兒安全





**NEW**

一、落實產科風險管控

**NEW**

二、維護孕產婦及新生兒安全

**NEW**

三、預防產科相關病人安全事件





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
Joint Commission of Taiwan

# 一般原則與 參考做法

# 一、落實產科風險管控



## 1.1 能辨識高危險妊娠並有風險評估及處理能力

宜**建置**妊娠高血壓、子癇前症、植入性/前置胎盤、胎盤早期剝離、羊水栓塞、靜脈血栓、產後大出血、胎兒窘迫等**孕產風險之照護作業及處理流程**。

對緊急高危險妊娠宜有處理機制，並定期針對高危險妊娠的辨識、急救及緊急生產時機等能力，**進行醫護人員教育訓練或模擬訓練**。

應有**緊急生產與相關醫護人員召回機制**。

應**建立有效緊急輸備血流程**（含新生兒）。

宜有**跨專科**醫師（如：兒科、重症科）會診、諮詢與**共同照護機制**。

宜有**訂立轉診（轉入或轉出）計畫**，包含：緊急聯絡的醫療院所與聯絡方式、轉診機構之適當性與及時性等。



# 一、落實產科風險管控



## 1.2 醫院應建立孕產兒監測儀器及藥物管理機制。

應常備有降血壓藥物、抗痙攣藥物、急救藥物等，且有使用規範及管理。

應設置胎兒監視器，且於裝置胎兒監視器期間，注意胎心音變化並交班、記錄，與訂定胎心音異常變化之處理流程。

確保醫護人員熟悉相關儀器操作及確認儀器可正常運作。



# 一、維護孕產婦及新生兒安全



## 2.1 及早辨識與預防生產前後併發症。

醫護人員**具辨識嚴重徵象與併發症**，當出現不良徵兆或檢驗室檢查危急值時，應即時回應及啟動標準的處理程序。

醫護團隊有評估辨識胎兒窘迫或胎盤早期剝離能力，並啟動緊急應變措施及判別生產時機及方式，且**有新生兒緊急照護能力**。

產婦如果發生突發性的心肺功能衰竭，應考量是否為羊水栓塞與肺栓塞等，並有**適當處置流程及啟動跨團隊緊急處理或即時轉診**。

宜**及早辨識產後出血**（含子宮破裂之腹腔出血），並有適當處置流程。



# 一、維護孕產婦及新生兒安全



## 2.2 建立民眾孕產過程正確保健觀念

醫護人員應對**高危險孕產婦**進行衛教及告知返診時機。

**衛教**妊娠高血壓及子癲前症孕婦需依醫囑做產前檢查、同時注意血壓控制與胎動變化，**若有出現頭痛加劇或視覺改變之症狀或胎動異常應返診**，以預防母胎發生風險。

教導懷孕期間，**正確用藥知識及避免接觸致畸胎之物質**（如：抽菸、毒品或酗酒等）。

為避免血栓形成，應**鼓勵產婦**盡早下床活動及自我覺察不適症狀時，應盡速返診。



# 三、預防產科相關病人安全事件



## 3.1 醫院應對全院員工加強生產事故通報宣導

醫護人員及相關員工需**了解生產事故通報時機和目的**。

應宣導生產事故通報目的著重在**檢討是否有系統性問題導致事件發生**，進行孕產兒風險管控，尋求改善，避免類似事件重複發生。

應依規定**建立生產事故通報機制及啟動事故關懷機制**，以利及時介入處理。

## 3.2 醫院應定期檢討孕產兒風險管控

針對**孕產兒發生不良結果事件**，應舉辦病例討論會，並邀請相關人員參與，必要時**修訂處置流程**。

針對**轉診個案有回饋機制**，必要時可邀請相關轉診醫療機構參與病例討論會。





**通報時限**：機構應於生產事故事件發生後**次月十日**前進行通報（生產事故通報及查察辦法第4條）

台灣病人安全通報系統  
生產事故通報系統

**自111/01/11起，生產事故事件通報全面改用線上通報。**

此通報案件是否「因生產所致，且造成產婦、胎兒或新生兒重大傷害或死亡」？

是

否

網頁通報

生產事故通報系統

使用者登入

帳號：

密碼：

確定

重填

帳號申請

忘記帳號或密碼

通報內容應包括：

發生時間、發生內容、可能原因、事件發生後之立即處理、預防此類事件再發生之措施或方法、其他經中央主管機關指定事項。

# 生產事故定義



指產婦、胎兒及新生兒因生產所致之

重大傷害或死亡結果。(生產事故救濟條例第3條)

擴大解釋至「整個孕期」

重大傷害定義：

- 1.身心障礙程度中度以上。
  - 2.子宮切除致喪失生殖機能。
  - 3.其他經認定有重大不治或難治之傷害。
- (生產事故救濟作業辦法第6條)



# 法律規定要通報



- 為預防及降低生產事故風險之發生，醫療機構及助產機構應建立機構內風險事件管控與通報機制，並針對重大生產事故事件分析根本原因、提出改善方案，及配合中央主管機關要求進行通報及接受查察。

( 生產事故救濟條例第22條 )

重大生產事故事件，指：

- 一、剖腹產手術後，在產婦體內遺留異物。
- 二、以不相容之血型輸血。
- 三、錯誤藥物處方致產婦永久喪失肢體重要機能或死亡。
- 四、其他經中央主管機關認定者。

( 生產事故通報及查察辦法第2條 )



60日內完成根本原因分析(RCA)並提出改善方案。

( 生產事故通報及查察辦法第5條 )





財團法人  
Joint Cc



電話 : 02-8964-3000

傳真 : 02-2963-4292

電子郵件 : [ps@jct.org.tw](mailto:ps@jct.org.tw)

台灣病人安全資訊網 : [www.patientsafety.mohw.gov.tw](http://www.patientsafety.mohw.gov.tw)