

107-108年 醫院病安目標增修重點說明



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
廖熏香副執行長

105-106年 v.s 107-108年目標修訂概要⁽¹⁾

- 107-108年 8 項病安年度目標維持與 105-106 年目標項目同。

年度	107-108年病安目標	107-108年病安策略
目標一	提升醫療照護人員間的有效溝通	<ol style="list-style-type: none"> 1. 落實<u>醫療人員交接班</u> 2. 落實轉運病人之風險管理與標準作業程序 3. 落實放射、檢查、檢驗<u>報告之危急值或病理報告等</u>其他重要結果及時通知與處理
目標二	落實病人安全事件管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 營造<u>機構病人安全文化風氣</u> 2. <u>評估及檢討醫療資訊系統造成的病安風險</u> 3. <u>落實醫材不良事件通報機制</u>
目標三	提升手術安全	<ol style="list-style-type: none"> 1. 落實手術辨識流程及安全查核作業 2. <u>落實手術輸、備血安全查核作業</u> 3. 提升麻醉照護品質 4. <u>預防手術過程中不預期的傷害</u>
目標四	預防病人跌倒及降低傷害程度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度 2. <u>評估及降低</u>病人跌倒風險 3. 跌倒後檢視及調整照護計畫 4. <u>落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒指導</u>

105-106年 v.s 107-108年目標修訂概要(2)

- 107-108年 8 項病安年度目標維持與 105-106 年目標項目同。

年度	107-108年病安目標	107-108年病安策略
目標五	提升用藥安全	1.推行病人用藥整合(Medication Reconciliation) 2.加強使用高警訊藥品病人的照護安全 (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 3.加強輸液幫浦使用安全
目標六	落實感染管制	1.落實手部衛生遵從性及正確性 2.加強抗生素使用管理機制 3.推行組合式照護(care bundles)的措施，降低醫療照護相關感染 4.定期環境清潔及監測清潔品質 5.建立醫材器械消毒或滅菌管理機制
目標七	提升管路安全	1.落實管路正確置放之評估機制 2.提升管路照護安全及預防相關傷害
目標八	鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作	1.提供民眾多元參與管道，鼓勵民眾關心病人安全 2.推行醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM) 3.提升住院中及出院後主要照顧者照護知能

目標一、 提升醫療照護人員間的有效溝通

執行策略

修

一、落實醫療人員交接班

修

二、落實轉運病人之風險管理與標準作業程序

三、落實放射、檢查、檢驗報告之危急值或病理報告等
其他重要結果及時通知與處理

一、落實醫療人員交接班



二、落實轉運病人之風險管理與標準作業程序

2.2.1訂有院所間雙向轉診作業標準，包括病人需持續照護需求，與提供原轉診醫師病人病況回覆記錄。

2.2.2應有與院外合作機構之溝通檢討的機制。

推動分級醫療

落實雙向轉診

就醫3步驟

- 1 生病時，於附近的基層院所或家庭醫師就醫。
- 2 若病情需要，醫師會協助您轉診至適當的院所及科別。
- 3 轉診治療後，尚需追蹤者，會規劃您回原院所或其他適當院所。

厝邊好醫師 社區好醫院

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration,
Ministry of Health and Welfare

健保用心
全民安心

全民健保行動快易通APP

諮詢專線 0800-030-598
網址 <http://www.nhi.gov.tw>

圖片來源:中央健康保險署網站

三、落實放射、檢查、檢驗報告之危急值或病理報告等其他重要結果及時通知與處理

應訂定並評估及檢討射、檢查、檢驗報告之危急值或病理報告等其他重要結果的時效性

- 依照醫療照護需求訂定相關報告通報基則，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，並予積極落實。
- 定期檢討相關報告通報機制的時效性，及無法達成的影響因素。

應有適當策略，確保能夠及時通知主要醫療照護人員

- 可運用各項資訊與通訊科技，提升危急值或其他重要結果通知給主要醫療照護人員之及時性。
- 對於緊急、嚴重必須即時醫療處置個案之危急值通報，醫院應訂有確認完成訊息傳遞之監控，及審查後續相關處置狀況之追蹤檢討等機制。

目標二、 落實病人安全事件管理

執行策略

修

一、營造機構病人安全文化風氣

新

二、評估及檢討醫療資訊系統造成的病安風險

新

三、落實醫材不良事件通報機制

二、評估及檢討醫療資訊系統造成的病安風險

建立醫療資訊系統 病安事件通報機制

- 正式上線前，充份測試系統和模擬界面，並提供使用者有足夠的訓練與支援。
- 新系統上線時應加強系統監控及問題回報機制。
- 教育使用者**通報醫療資訊系統可能導致的病人安全危害之風險因子**：
 - 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

台灣病人安全通報系統
病人安全通報單
<2015年版>



初版日期：2004年03月
五版日期：2008年03月
2014年修訂：2014年10月
2015年3月修訂

病安事件發生可能原因與醫療資訊系統有關之欄位，請參考台灣病人安全通報系統>病人安全通報單，各事件發生可能原因項下與**器材設備因素**相關，如：**資訊系統問題**、**未有異常警示系統**等。

**四、事件發生可能原因(可複選):

□與工作狀態/流程因素相關→

- 缺乏標準作業流程
- 未依照標準作業流程
- 未做覆核(double check)
- 未監測輸血反應
- 未確認警場
- 工作量過大
- 人力不足
- 輸血前缺乏對病人完整評估
- 團隊合作問題(含任務分配)
- 其他，請說明：_____

□與器材設備因素相關→

- 器材設備故障或功能異常
- 器材設備設計問題
- 資訊系統問題
- 異常警示系統問題
- 儀器、器械操作(使用)問題
- 器械設備管理問題
- 其他，請說明：_____

輸血事件

- 案例：病人因血紅素偏低，醫囑PRBC 2U QD 3天，次日護理人員點選領血申請(叫血)，因資訊系統處理速度慢，護理人員誤以為叫血沒成功而重覆點選，至血庫通知領血時發現錯誤。

二、評估及檢討醫療資訊系統造成的病安風險

建立醫療資訊系統病安通報 檢討分析機制

- 病安事件分析時，應注意事件發生原因是否與醫療資訊系統有關。
- 對重大異常事件進行根本原因分析。
- 對醫療資訊系統跡近錯失事件，醫院內之醫療單位、資訊部門、資訊廠商應進行檢討並提出可行措施。
- 檢討分析時，應結合跨專業團隊共同參與推動醫療資訊系統的使用安全。

藥物事件

★五、事件發生可能原因（可視選）：

□與工作狀態/流程因素相關→

- 缺乏標準作業流程 未依照標準作業流程 未做覆核 (double check)
- 工作量過大 人力不足 診斷前缺乏對病人完整評估
- 團隊合作問題(含任務分配) 藥局缺藥 歸錯藥盒
- 被干擾 藥物陳列/擺放問題 其他，請說明：_____

□與器材設備(藥品)因素相關→

- 器材設備故障或功能異常 藥物有多種劑型 藥品標示不清
- 資訊系統問題 未有異常警示系統 儀器、器械操作不當
- 給藥設備、物材不足 藥品過期、變質或毀損 藥名相似
- 藥物外型或包裝相似 列印不清 器材設備設計不良
- 其他，請說明：_____

- 案例：A床住院病人有感染徵象，醫師欲調整藥品及劑量，但開單同時檢視B床病人之檢驗值，未切換視窗而直接輸入資料，導致誤開成B床處置。
- 藥物事件資訊系統相關問題
 - 1) 系統A病人資料(夾帶)介接至B病人資料
 - 2) 不恰當的預設值使用，如：藥物總劑量計算錯誤；藥品劑量欄位系統連結病人體重數據欄位錯誤..
 - 3) 未設警訊或提示，如：醫師開立兩筆重覆藥名並重覆給藥；病人對某一藥品過敏，系統未有提示或警示訊息；高警訊藥品未出現每日極大量之提示或阻攔導致給藥錯誤...

二、評估及檢討醫療資訊系統造成的病安風險

**A complimentary publication of The Joint Commission
Issue 54, March 31, 2015**

Safe use of health information technology

Health information technology (health IT) is rapidly evolving and its use is growing, presenting new challenges to health care organizations. This alert builds upon [Sentinel Event Alert #42](#) on safely implementing health information and converging technologies (published in 2008) to take a broader look at health IT, particularly the socio-technical factors having an impact on its safe use. This alert's suggested actions center on safety culture, process improvement and leadership.

Incorrect or miscommunicated information entered into health IT systems may result in adverse events. In some cases, interfaces built into the technology contribute to the events. The following examples obtained from ECRI Institute¹ show a few ways adverse events may occur through the use of electronic health records (EHRs) and related technologies:

- A chest X-ray was ordered for the wrong patient when the wrong patient room number was accidentally clicked. The orderer noticed the error right away and promptly discontinued the order, but not in time for the X-ray technician to see that the order was withdrawn. The technician performed the test on the wrong patient.
- A drug was ordered as an intramuscular injection when it was supposed to be administered intravenously. The physician did not choose the appropriate delivery route from the drop-down menu.
- A nurse noted that a patient had a new order for acetaminophen. After speaking with the pharmacist, the nurse determined that the order was placed for the wrong patient. The pharmacist had two patient records open, was interrupted, and subsequently entered the order for the wrong patient.

Factors potentially leading to health IT-related sentinel events

EHRs introduce new kinds of risks into an already complex health care environment where both technical and social factors must be considered. An analysis of sentinel event reports received by The Joint Commission between January 1, 2010 and June 30, 2013 identified 120 sentinel events that were health IT-related. Factors contributing to the 120 events were placed into

categories corresponding to eight socio-technical dimensions necessary to consider for safe and effective health IT described by Sittig and Singh.⁶ Listed by order of frequency, factors potentially leading to health IT sentinel events involved the following dimensions:

1. Human-computer interface (33 percent) – ergonomics and usability issues resulting in data-related errors
2. Workflow and communication (24 percent) – issues relating to health IT support of communication and teamwork
3. Clinical content (23 percent) – design or data issues relating to clinical content or decision support
4. Internal organizational policies, procedures and culture (6 percent)
5. People (6 percent) – training and failure to follow established processes
6. Hardware and software (6 percent) – software design issues and other hardware/software problems
7. External factors (1 percent) – vendor and other external issues
8. System measurement and monitoring (1 percent)

Errors Arise When HIT Configurations and Facility Workflow Do Not Support Each Other

- Problems can arise if the Health Information Technology system is not configured to support the processes and workflow used in a particular care area, or if the workflows and standard operating procedures are not adjusted to accommodate the capabilities of HIT systems. This can lead to issues such as:
 - Missed information or the inability to find needed information within the HIT system
 - The mistaken application of default values—for dosing, time, or orders—instead of the desired values
 - Input errors
 - The use of workarounds

Safe Practice Recommendations for Copy and Paste

- Provide a mechanism to make copy and paste material easily identifiable.
- Ensure that the provenance of copy and paste material is readily available.
- Ensure adequate staff training and education regarding the appropriate and safe use of copy and paste.
- Ensure that copy and paste practices are regularly monitored, measured, and assessed.

Human Factor-related Recommendations

- Copying and pasting a medication with its dosing is much safer compared to selecting a medication from a dropdown menu, but copying and pasting new medication orders should be discouraged.
- Copying and pasting in a discharge summary often increases efficiency and efficacy.
- Time stamping vital signs and including the time when the vital signs were measured, documented, signed, revised, or retrieved can help ensure the information's relevance.
- Copying and pasting may ensure that the reused information is exact, but it is essential to review and edit extracted information to ensure that only the essential information is repeated.
- A mechanism to orient providers to the appropriate record will facilitate accurate reuse of information.



三、落實醫材不良事件通報機制

3.1 主動通報醫療器材不良事件通報

- 3.1.1 發生疑似醫療器材所引起的不良反應時，醫療機構於獲知後，宜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」。



目標三、提升手術安全

執行策略

新

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

三、提升麻醉照護品質

四、預防手術過程中不預期的傷害

二、落實手術輸、備血安全查核作業

建立系統性策略，確保輸血安全

2.1.1 醫院應訂有輸血（包括緊急輸血）作業準則或作業規範。

2.1.2 輸血流程的每一步驟（如：輸血前血液採樣、輸血給病人）都必須正確地辨識。

2.1.3 監測和追蹤輸血流程的所有步驟，包括血液製品類型錯誤、貼錯標籤、從血庫發出錯誤的血液製品等，並定期檢討異常事件。

2.1.4 面臨大量失血的病人時，應有手術中緊急大量輸血的機制，迅速提供血品。

二、落實手術輸、備血安全查核作業

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。
- 手術及麻醉醫師應共同確認手術中是否有大量出血的可能性，並確認血庫的相關血品是否準備充足。

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確認手術中是否有大量出血的可能性，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

- 手術醫師應說出預期失血量，清楚告知所有成員。

目標四、 預防病人跌倒及降低傷害程度

執行策略

一、提供安全的照護環境，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

四、落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒指導

新

四、落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒指導

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。

跌倒高危險群病人 出院預防措施

- 病人出院前，再次執行跌倒風險評估。
- 將高危險跌倒病人列入後續照護機構，包括居家護理之交班事項。

提供病人及主要照顧者 預防跌倒護理指導

- 提供病人或照顧者個別性預防跌倒的護理指導及單張。
- 確認主要照顧者了解與病人返家後相關之跌倒危險因子及須再加強警覺之要項。
- 主要照顧者若為外籍看護，應使用其瞭解之語言溝通，並提供其瞭解之護理指導單張，必要時應回覆示教。

目標五、提升用藥安全

執行策略

一、推行病人用藥整合
(Medication Reconciliation)

二、加強使用高警訊藥品病人的照護安全

(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

新

新

三、加強輸液幫浦使用安全

二、加強使用高警訊藥品病人的照護安全

加強醫療人員認知

- 執行化療給藥時須有適當防護裝備。
- 降血糖藥品應有標準化程序通報並回應血糖檢測結果。
- 進行疼痛處置應優先採取多重模式的混合式治療法。
- 轉換不同類鴉片止痛劑時，需適度調整劑量以避免藥物過量。

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。
- 若由代理人控制給藥 (PCA by Proxy) 需衛教指導病人或照顧者了解正確的使用方式及可能風險。

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。
- 使用降血糖針劑應註記胰島素施打部位。
- 建議持續性監測使用類鴉片止痛劑病人血氧飽和度與換氣功能。
- 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。

高警訊藥品清單-ISMP

ISMP

Institute for Safe Medication Practices (ISMP)

ISMP List of *High-Alert Medications* in Acute Care Settings

Printer friendly version

High-alert medications are drugs that bear a heightened risk of causing significant patient harm when they are used in error. Although mistakes may or may not be more common with these drugs, the consequences of an error are clearly more devastating to patients. We hope you will use this list to determine which medications require special safeguards to reduce the risk of errors. This may include strategies like improving access to information about these drugs; limiting access to high-alert medications; using auxiliary labels and automated alerts; standardizing the ordering, storage, preparation, and administration of these products; and employing redundancies such as automated or independent doublechecks when necessary. (Note: manual independent double-checks are not always the optimal error-reduction strategy and may not be practical for all of the medications on the list).

Classes/Categories of Medications	Specific Medications
adrenergic agonists, IV (e.g., EPINEPH rine, phenylephrine, norepinephrine)	EPINEPH rine, subcutaneous
adrenergic antagonists, IV (e.g., propranolol, metoprolol, labetalol)	epoprostenol (Flolan), IV
anesthetic agents, general, inhaled and IV (e.g., propofol, ketamine)	insulin U-500 (special emphasis)*
antiarrhythmics, IV (e.g., lidocaine, amiodarone)	magnesium sulfate injection
antithrombotic agents, including:	methotrexate, oral, nononcologic use
<ul style="list-style-type: none"> ■ anticoagulants (e.g., warfarin, low molecular weight heparin, IV unfractionated heparin) ■ Factor Xa inhibitors (e.g., fondaparinux, apixaban, rivaroxaban) ■ direct thrombin inhibitors (e.g., argatroban, bivalirudin, dabigatran etexilate) ■ thrombolytics (e.g., alteplase, reteplase, tenecteplase) ■ glycoprotein IIb/IIIa inhibitors (e.g., eptifibatid) 	opium tincture
cardioplegic solutions	oxytocin, IV
chemotherapeutic agents, parenteral and oral	nitroprusside sodium for injection
dextrose, hypertonic, 20% or greater	potassium chloride for injection concentrate
dialysis solutions, peritoneal and hemodialysis	potassium phosphates injection
epidural or intrathecal medications	promethazine, IV
	vasopressin, IV or intraosseous

*All forms of insulin, subcutaneous and IV, are considered a class of high-alert medications. Insulin U500 has been singled out for special emphasis to bring attention to the need for distinct strategies to prevent the types of errors that occur with this concentrated form of insulin.

Background
Based on information submitted by the ISMP National

Clinical Excellence Commission

- anti-infective agents, anti-
psychotics, potassium, insulin,
narcotics and sedative agents,
chemotherapy and heparin and
other anticoagulants. These
medicines are represented by the
acronym "A PINCH" .

NSW Clinical Excellence Commission (2015). High-risk medicines. Retrieved from <http://www.cec.health.nsw.gov.au/patient-safety-programs/medication-safety/high-risk-medicines/A-PINCH>

Institute for Safe Medication Practices (2014). ISMP list of High-Alert Medications in Acute Care settings. Retrieved from <https://www.ismp.org/tools/institutionalhighAlert.asp>

高警訊藥品清單-台灣版

社團法人臺灣臨床藥學會建立「高警訊藥品清單」，用於制定院內高警訊藥品清單之參考，並非強制規定。

TSHP 高警訊藥品清單(草案)

最後修訂日期：2018.04.18



本表所列高警訊藥品 (high-alert medication) 為工作小組參考 ISMP (Institute For Safe Medication

Practices) 急性照護版本修訂，僅供各醫療機構制定高警訊藥品清單參考。

TSHP 高警訊藥品清單(草案)

最後修訂日期：2018.04.18

AHFS DI 碼為該高警訊藥品分類參考編碼。

高警訊藥品分類	ATC code	AHFS DI code
Adrenergic agonists, IV	C01A Cardiac glycosides	24.04.08
	C01C Cardiac stimulants exclude cardiac glycosides	24.04.08
	C01CA Adrenergic and dopaminergic agents	12.12
Adrenergic antagonists, IV	C07A Beta blocking agents	24.24
Anesthetic agents, general	N01A Anesthetics, general	28.04
	N01AA Ethers	28.04.16
	N01AB Halogenated hydrocarbons	28.04.16
	N01AF Barbiturates, plain	28.04.04
	N01AG Barbiturates in combination with other drugs	28.04.04
	N01AH Opioid anesthetics	28.08.08
	N01AX Other general anesthetics	28.04.92
Antiarrhythmics, IV	C01BB Antiarrhythmics, class Ib	24.04.04.08
	C01BC Antiarrhythmics, class Ic	24.04.04.12
	C01BD Antiarrhythmics, class III	24.04.04.20
	C01EB10 Adenosine	
Antithrombotic agents	B01A Antithrombotic agents	20.12
	B01AA Vitamin K antagonist	20.12.04.08
	B01AB Heparin group	20.12.04.16
	Platelet aggregation	

高警訊藥品分類	ATC code		AHF:
	B01AE	Direct thrombin inhibitors	20.1
	B01AF	Direct factor Xa inhibitors	20.1
	B01AX	Other antithrombotic agents	
Cardioplegic solutions	B05CB10		4
Chemotherapeutic agents, Parenteral	L01	Antineoplastic agents	
Dextrose, hypertonic, 20% or greater	B05BA03	Carbohydrates	
Narcotics/opiates	N02A	Opioids	
Liposomal forms of drugs			
Inotropic medications, IV	C01C	Cardiac stimulants exclude cardiac glycosides	
Moderate sedation agents, IV	N05C	Hypnotic and sedatives	2
Moderate sedation agents, Oral, for children	N05C	Hypnotic and sedatives	2
Hypoglycemics	A10B	Blood glucose lowering drugs, exclude insulins	
Insulin, SC and IV (include concentrated insulin)	A10A	Insulins and analogues	68
Epidural or intrathecal medications	N01B	Anesthetics, local	72.00

TSHP 高警訊藥品清單(草案)

最後修訂日期：2018.04.18

高警訊藥品	ATC code	AHFS DI code	備註
Epinephrine	C01CA24	12.12.12	皮下注射途徑。
Epoprostenol	B01AC09	24.12.92	靜脈注射劑型 (如 Flolan)。
Magnesium sulfate	B05XA05	40.12	靜脈注射途徑。
Methotrexate	L01BA01	10.10	口服用於非癌症用途。
Nitroprusside sodium	C02DD01	24.08.20	靜脈注射途徑。
Potassium chloride for Injection	B05XA01	40.12	未經稀釋、高濃度之氯化鉀溶液。
Potassium phosphates injection	B05XA06	40.12	靜脈注射溶液。
Vasopressin	H01BA01	68.28	靜脈注射或骨內注射途徑。
Oxytocin	H01BB02	76.00	靜脈注射途徑。

其他可考量納入高警訊藥品清單之藥品如：(1)外觀相似、藥名相似藥品 (look-alike sound-alike drugs,

LASA); (2) 當地藥品不良反應通報系統通報危害較大或重複發生錯誤之藥品; (3) 本國政府政策

要求特別管理之藥品。

<http://www.tshp.org.tw/ehc-tshp/s/w/news/article?articleId=53e119a724404e98b1c1dfdd1c844ad2>

No.84

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>

No.106

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>

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。



▲ 一般胰島素空針是設計給U-100胰島素使用，不能用於抽取高濃度胰島素。

目標六：落實感染管制

執行策略

一、落實手部衛生遵從性及正確性

二、加強抗生素使用管理機制

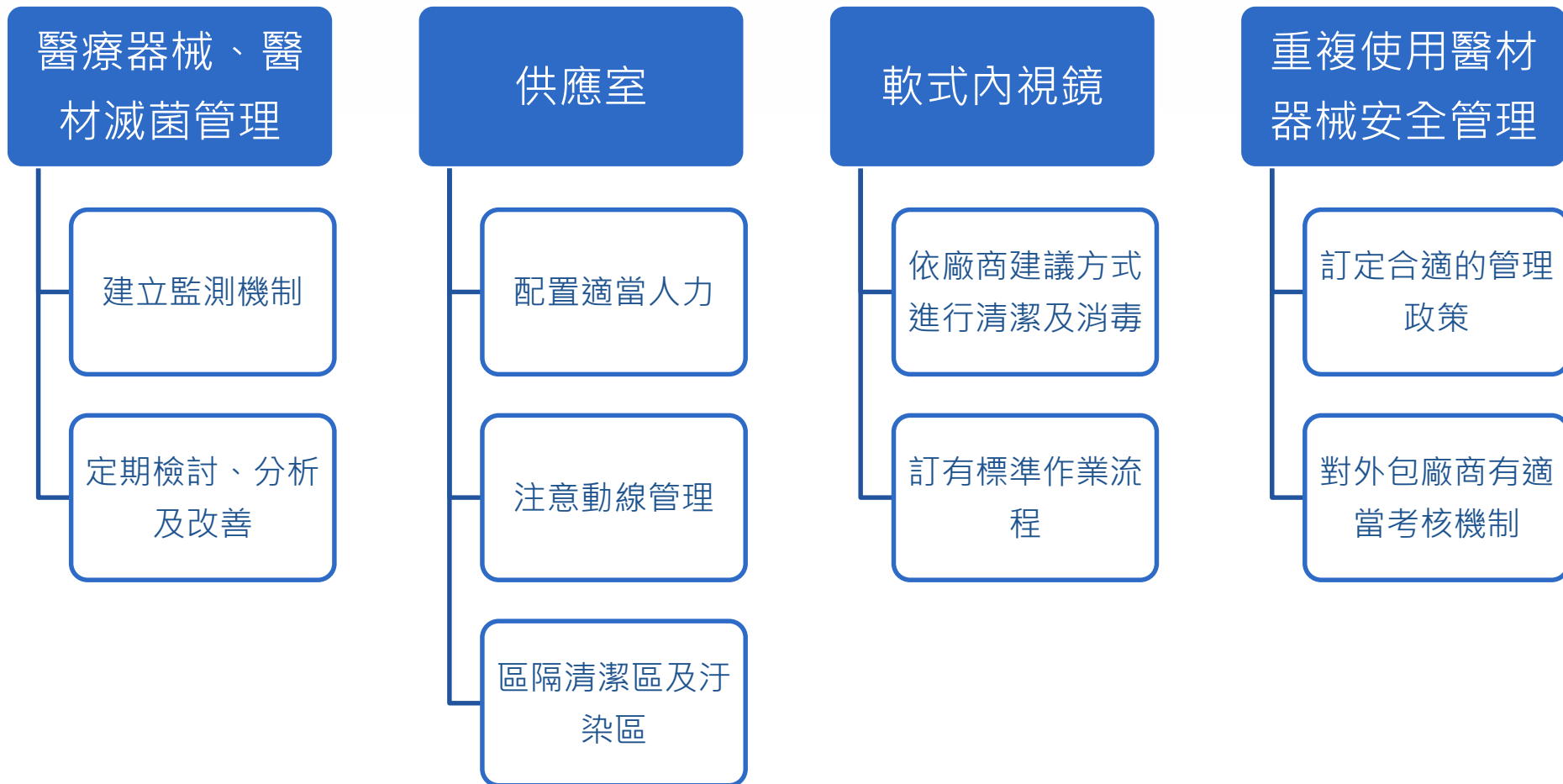
三、推行組合式照護(care bundles)的措施，
降低醫療照護相關感染

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

修

五、建立醫材器械消毒或滅菌管理機制



- 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：
<http://www.cdc.gov.tw/professional/info.aspx?treeid=beac9c103df952c4&nowtreeid=52E2FAAB2576D7B1&tid=FC2D18631F460778>
- Joint Commission International (2017). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition. Retrieved from <https://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-6th-edition/>



Inadequate Cleaning of Complex Reusable Instruments Can Lead to Infections



- Healthcare facilities should verify that comprehensive reprocessing instructions are available to staff and that all steps are consistently followed, including precleaning of the device at the point of use.

資料來源：

ECRI Institute (2017). Top 10 Health Technology Hazards for 2018. Retrieved from <https://www.ecri.org/Pages/2018-Hazards.aspx>
ECRI Institute (2016). Top 10 Health Technology Hazards for 2017. Retrieved from <https://www.ecri.org/Pages/2017-Hazards.aspx>

Recommendations



- 1) Establish processes for assessing the quality of the cleaning step—for example, through magnification-aided visual inspections and the use of biochemical testing.
- 2) Implement measures to dry endoscope channels after reprocessing.

2

Endoscope Reprocessing Failures Continue to Expose Patients to Infection Risk



目標七、提升管路安全

執行策略

一、落實管路正確置放之評估機制

修

二、提升管路照護安全及預防相關傷害

一、落實管路正確置放之評估機制

1.1 醫療人員能正確置放管路並有確認機制

- 1.1.1各類侵入性管路使用，應有放置前及留置必要性之評估。
- 1.1.2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，例如：置放中央靜脈導管困難時，可以超音波導引等方式。
- 1.1.3 平時應該準備好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。
- 1.1.4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。

二、提升管路照護安全及預防相關傷害

確實管路正確連接

- 應有各類管路照護標準作業流程
- 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
- 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
- 管路留置期間應注意相關照顧環節

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
- 訂定各種管路消毒、清潔、置換週期、移除前評估等作業規範。

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
- 定期監測醫療人員執行各類管路照護品質
- 鼓勵管路異常事件之通報，並針對監測結果作分析及檢討

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.



When there are different access sites or several bags are hanging, tubing should be labeled.

Label at both distal and proximal.

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 at 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/

目標八、鼓勵病人及其家屬 參與病人安全工作

執行策略

修

一、提供民眾多元參與管道，鼓勵民眾關心病人安全

修

二、推行醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)

新

三、提升住院中及出院後主要照顧者照護知能

一、提供民眾多元參與管道，鼓勵民眾關心病人安全



二、推行醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)

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。

醫病共享決策平台

醫病共享決策介紹 ▾

決策輔助工具 ▾

教育資源 ▾

相關網站 ▾

常見問題

聯絡我們



衛生福利部 醫病共享決策平台

Ministry of Health and Welfare,
Platform for Shared Decision Making

請輸入關鍵字

搜尋

熱門關鍵字: 人工膝關節 SDM 輔助工具 呼吸 醫病

決策輔助工具

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

決策輔助工具清單

依主題類別 ▾

請輸入您要查詢的關鍵字

搜尋

▶ 1. 肌肉骨骼系統

▶ 2. 消化系統

▶ 3. 呼吸系統

▶ 4. 泌尿生殖系統

▶ 5. 內分泌、營養與代謝

▶ 6. 循環系統

▶ 7. 神經系統及感覺器官

▶ 8. 皮膚系統與皮下組織

▶ 9. 精神與行為

▶ 10. 腫瘤

▶ 11. 妊娠、生產與產褥期

▶ 12. 先天性畸形、變形與染色體異常



醫病共享決策平台QR code

三、提升住院中及出院後主要照顧者照護知能

- 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
評估主要
照顧者需
要的照護
知能

提供照護
者取得照
護知能的
教育資源

- 提供網路資源
- 提供諮詢管道
- 提供可就近協助機構或人員