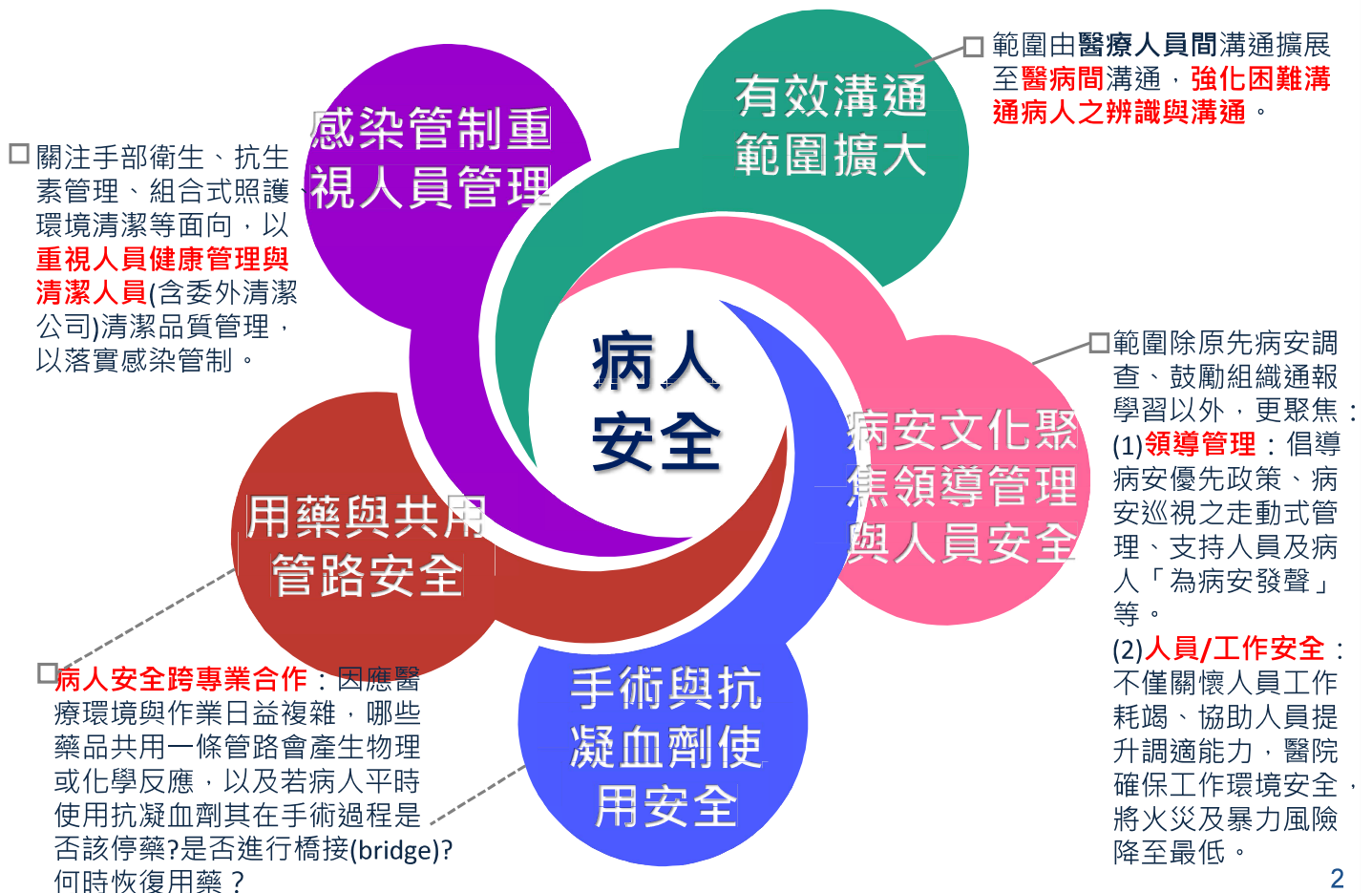


109~110 年度 醫院病安目標重點說明

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
廖熏香副執行長

109-110年病人安全年度目標加強重點



109-110年 v.s 107-108年目標修訂概要⁽¹⁾

- 109-110年 8 項病安年度目標與 107-108 年目標項目大致相同。目標一有效溝通從醫療人員間擴大至醫病間、目標二則強化病人安全文化。

年度	109-110年病安目標	109-110年執行策略
目標一	<u>促進醫療人員間及醫病間之有效溝通</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 落實醫療人員<u>訊息傳遞有效性</u> 2. 落實病人轉換醫療照護團隊時之<u>轉運、轉診安全作業</u> 3. 落實<u>檢查、檢驗之危急值通報</u>，且對於重要之警示結果及時通知醫師處理 4. <u>加強困難溝通病人之辨識正確性</u>
目標二	<u>營造病人安全文化及落實病人安全事件管理</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出</u> 2. <u>提升醫療照護人員調適能力</u> 3. <u>鼓勵病人安全事件通報</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. 落實手術輸、備血安全查核作業 3. 提升麻醉照護品質 4. 預防手術過程中不預期的傷害
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. 評估及降低病人跌倒風險 3. 跌倒後檢視及調整照護計畫 4. 落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒指導

3

109-110年 v.s 107-108年目標修訂概要⁽²⁾

- 109-110年 8 項病安年度目標除目標一、二加以強化外，其他目標則小幅度增修。

年度	109-110年病安目標	109-110年執行策略
目標五	提升用藥安全	<ol style="list-style-type: none"> 1. 推行病人用藥整合 2. 加強使用高警訊藥品病人的照護安全 3. 加強<u>需控制流速或共用管路之輸液使用安全</u>
目標六	落實感染管制	<ol style="list-style-type: none"> 1. 落實<u>人員之健康管理</u> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. 落實<u>侵入性管路之正確置放</u> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>鼓勵民眾關心病人安全，並提供民眾多元參與管道</u> 2. 推行醫病共享決策 3. 提升住院中及出院後主要照顧者照護知能

4

目標一、促進醫療人員間及醫病間之有效溝通

5

執行策略

一、落實醫療人員訊息傳遞有效性

修

二、落實病人轉換醫療照護團隊時之轉運、轉診安全作業

修

三、落實檢查、檢驗之危急值通報，且對於重要之警示結果及時通知醫師處理

新

四、加強困難溝通病人之辨識正確性

6

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 (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並定期檢討。

盤點在院內高風險區域，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都可聽到。

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接受持續的訓練，並了解儀器警示系統的安全管理規範。

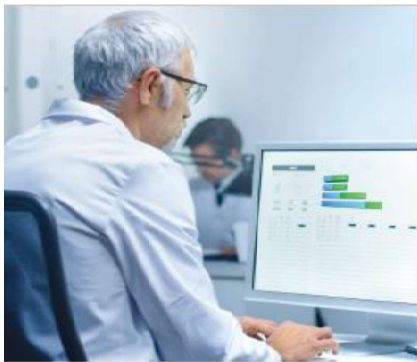
三、落實檢查、檢驗之危急值通報，且對於重要之警示結果及時通知醫師處理

院內

- 依照醫療照護需求訂定危急值或重要結果報告之通報基則，制定通報流程、時效及處理要求，並定期監測各項通報要求之執行成效，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。
- 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，或具有臨床意義之病理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。

跨機構

- 可運用各項資訊與通訊科技，提升危急值及其他重要結果通知給主要醫療照護人員之及時性，並訂有確保訊息接收正確性，與強化訊息溝通傳遞有效性的執行方式。
- 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。



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，可能會產生病患疑慮。
- 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。

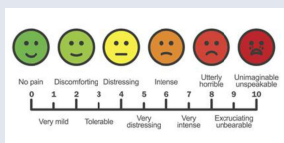
ECRI (2019). Top 10 Patient Safety Concerns for 2019. Retrieved from <https://www.ecri.org>

9

四、加強困難溝通病人之辨識正確性 **New**

醫院應訂定「困難溝通病人」之範圍

- 醫院應考量病人生理及心理限制，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之病人或語言差異之病人。



建立困難溝通病人的病人辨識原則及方式

- 對於急診遇危急傷患、意識不清且身分無法進行辨識時，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、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的方法，例如：條碼掃描、生物資料辨識等方式，以提升其正確性。

新生兒之病人辨識

NPSG.01.01.01

Use at least two patient identifiers when providing care, treatment, and services.

--Rationale for NPSG.01.01.01--

Wrong-patient errors occur in virtually all stages of diagnosis and treatment. The intent for this goal is two-fold: first, to reliably identify the individual as the person for whom the service or treatment is intended; second, to match the service or treatment to that individual. Acceptable identifiers may be the individual's name, an assigned identification number, telephone number, or other person-specific identifier.

Newborns are at higher risk of misidentification due to their inability to speak and lack of distinguishable features. In addition to well-known misidentification errors such as wrong patient/wrong procedure, misidentification has also resulted in feeding a mother's expressed breastmilk to the wrong newborn, which poses a risk of passing bodily fluids and potential pathogens to the newborn. A reliable identification system among all providers is necessary to prevent error.

Elements of Performance for NPSG.01.01.01

1. Use at least two patient identifiers when administering medications, blood, or blood components; when collecting blood samples and other specimens for clinical testing; and when providing treatments or procedures. The patient's room number or physical location is not used as an identifier. (See also MM.05.01.09, EPs 7 and 10; NPSG.01.03.01, EP 1)



2. Label containers used for blood and other specimens in the presence of the patient. (See also NPSG.01.03.01, EP 1)



3. Use distinct methods of identification for newborn patients.



Note: Examples of methods to prevent misidentification may include the following:

- Distinct naming systems could include using the mother's first and last names and the newborn's gender (for example, "Smith, Judy Girl" or "Smith, Judy Girl A" and "Smith, Judy Girl B" for multiples).
- Standardized practices for identification banding (for example, using two body sites and/or bar coding for identification).
- Establish communication tools among staff (for example, visually alerting staff with signage noting newborns with similar names).

https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/npsg_chapter_hap_jan2020.pdf

美國 The Joint Commission 針對新生兒的辨識方法建議如下：

(1) 使用「媽媽的姓名+新生兒的性別」來命名，如：“Smith, Judy Girl”或“Smith, Judy Girl A” and “Smith, Judy Girl B”（雙胞胎）。

(2) 應有使用辨識帶（identification banding）之標準化做法，如：用兩個身體部位和/或條碼進行辨識

(3) 醫療人員間應建立交流工具，如：對名稱相似的新生兒以視覺方式提醒（visually alerting）醫療人員。

11

病人辨識



Standards Interpretation FAQs

Standards	Subject	Interpretation Question	Response
IPSG.1	Patient photograph as an identifier	Is a photograph of a patient's face an appropriate identifier?	<p>Whether or not a photo may be used as one of the identifiers depends on the ability of the photo to be used in all situations requiring patient identification and for all patients.</p> <p>For example, if the hospital chooses to use a photo as one of the two identifiers, the photo must be used by all departments/services, such as diagnostic imaging, the operating theatre, GI laboratory, physical therapy, and so on. In addition, some countries or regions may consider the use of a photo as an identifier a violation of the patient's privacy. Therefore, it is important to check local and regional laws and regulations.</p> <p>Additionally, the patient's condition may influence how effective the photograph is as a patient identifier, for example, in trauma patients or during treatments that may alter the patient's appearance (oral-facial surgery, treatments resulting in edema, etc.).</p>

若醫院選擇照片做為兩種辨識方法之一，則所有的部門（如：放射診斷、手術室、實驗室、物理治療等）都要適用，且需考量使用照片是否會侵犯病人隱私。

另外，亦須考量病況可能會影響照片的有效性，如創傷病人、口腔外科手術病人或會導致水腫的治療的病人外觀可能造成改變。

12

Take a multi-factorial approach if patient identification bands are used to manage clinical risk for patients with specific characteristics or conditions. For example:

- Check the medication record for allergies before prescribing, dispensing or administering medicines (see the [Medication Safety Standard](#))
- Use a multi-factorial prevention program that involves surveillance, together with interventions such as reviewing medicines (see [Action 4.10](#)), making the environment safe (see [Action 1.29](#)), screening for infections (see [Action 3.6](#)) and minimising the use of restraints (see [Action 5.35](#)).

Consider other methods of patient identification

Specialist areas of the organisation may have specific needs regarding patient identification and procedure matching. For example, in mental health units or dialysis units, patient identification bands may be inappropriate, and other methods such as photographic identification may be required. Decide which methods for patient identification and procedure matching will be used in each service or unit, and include these in, or link to, the organisation-wide patient identification system. Consider privacy when adopting a particular method of patient identification (for example, asking for verbal confirmation of a patient's address in an open waiting room may not be appropriate).



<https://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards/communicating-safety-standard/correct-identification-and-procedure-matching/action-65>

相關文獻指出病人使用照片作為辨識方法之一是否合適，需考量病人特殊性，在精神病房或透析中心使用 patient identification bands 就較不適宜，可以考慮使用圖像辨識 (photographic identification) 。

目標二、營造病人安全文化及落實病人安全事件管理

執行策略

新

一、營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出

新

二、提升醫療照護人員調適能力

修

三、鼓勵病人安全事件通報

15

一、營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出

New

宣示病人安全優先政策

醫院應宣示病人安全優先的政策，推動為病安發聲的運動，以營造病人安全文化。

為病安發聲 - 主動說出

醫院應提供教育訓練，鼓勵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。

病人安全巡視

主管應積極聆聽員工對於病安的顧慮及建議，可以導入病人安全巡視(Patient Safety WalkRounds)，至各單位宣示病人安全優先的政策，並了解病人安全的障礙、聽取員工的意見或建議



Speak up for Patient Safety

Patient Safety First


Patient Safety WalkRounds

1.2 營造病人安全優先的組織文化，鼓勵員工主動提出病安的顧慮及建議

16

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 manuals 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.主動評估系統的優/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。

On World Patient Safety Day "Speak up for Patient Safety"



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.



<https://www.kkh.com.sg/news/tomorrows-medicine/spotted-a-safety-concern-speak-up-for-your-patients>

20

Patient Safety Leadership WalkRounds™

■ 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.ihi.org/resources/Pages/Tools/PatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx>

21

Patient Safety Leadership WalkRounds™

■ 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

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx> ²²

一、營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出

1.3 醫院應確保環境的安全，將火災及暴力的風險降至最低

落實可能危害因子的安全控管

應依照場所的特性，落實各種可能危害因子的安全控管，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板。

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。

建立醫療暴力緊急應變機制

應依照醫療服務特性，進行適當之空間、門禁安全控管，並建立醫療暴力之緊急應變機制，以確保工作人員及病人之安全。

二、提升醫療照護人員調適能力 New

醫院應建立機制提升員工調適能力，及早辨識、預防及因應壓力產生之耗竭。

- 醫院應建立機制，鼓勵通報需要協助之員工，並能積極提供關懷與必要之協助。
- 醫院主管應接受辨識員工耗竭與提升調適能力之訓練，並能積極協助員工。

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。

- 醫院應鼓勵員工意見反映，高層主管應主動支持鼓勵，並協助各層級主管應以正向態度傾聽員工意見與解決問題。
- 醫院應建立員工意見處理的機制，指定部門與人員負責，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。

24



Burnout and
Its Impact on
Patient Safety

3

職業倦怠對病人安全的影響

Burnout is indiscriminate. It affects physicians (including trainees), nurses, allied healthcare providers, and organizational leaders alike. And it can no longer be ignored.

News sources carry numerous stories about providers struggling with burnout, depression, and suicidal ideation. Studies show that burnout has a consistent negative relationship with safety and quality.

"Healthcare providers tend to be self-critical, high functioning, and very motivated," says Ellen S. Deutsch, MD, MS, FACS, FAAP, CPPS, medical director, ECRI Institute. "They will increase demand on themselves and have high expectations for their own performance, which is laudable, but it can also be problematic."

The electronic health record is a contributing factor, but burnout goes beyond providers' oft-described frustrations with documentation. Healthcare is evolving rapidly and keeping up with the changes can be a challenge. Time pressures are intense. Providers are caring for an increasing number of patients with complex medical conditions, drawing on limited resources.

Reprioritizing what a clinician needs to do is one way to reduce burnout, but ultimately the system must change. If burnout is to be addressed effectively, organizations must listen to providers' concerns about workload, performance criteria, and suboptimal resource allocation and fix these problems at a system level. Moving to a safety culture that rewards and recognizes a job well done is necessary. Leadership must strive to make providers feel they are treated as human beings, whose opinions and abilities are valued, rather than as cogs in a wheel.

"Ideally, it's the patient's goals that are the most important."

Burnout is a complex issue, with diverse stakeholders who sometimes have conflicting goals. Most of these goals individually are worthy. But the accumulation can become overwhelming.

It is important for all stakeholders to remember whose goals they should be working to achieve: Deutsch says, "Ideally, it's the patient's goals that are the most important."

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

- 醫療人員的職業倦怠感首度列入 ECRI 的 10 大關注議題中，在現今快速發展及改變的時代中，醫療人員要在有限的資源及時間壓力下，照顧更多病情複雜的病人，導致許多關於醫療從業人員的職業倦怠、憂鬱和自殺念頭等相關的新聞報導。
- 建議醫療機構領導者應傾聽醫療人員對於工作量、績效標準及資源分配等的疑慮，進行系統性的改變，並重視醫療人員的意見和能力，以根本解決職業倦怠對病人安全層面的影響。



25

人員復原力 VS. 系統復原力

The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety

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 have to determine the outcome of your life. There are many aspects of your life you can control and grow with. That's the role of resilience. Becoming more resilient helps you get through difficult circumstances, it also empowers you to thrive and even improve your life along the way.

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 Innovations: Resilience Collaborations in the Application of Resilience Engineering in Health Care*, held June 13-14, 2013, at the National Academies in Washington, DC. The workshop was a part of the Resilience Engineering Research Program, a multi-industry demonstration project and by the MedStar Health Resilience Engineering Program. Resilience is the ability of a system to adapt to combinations 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



人員復原力
(Building your
resilience)



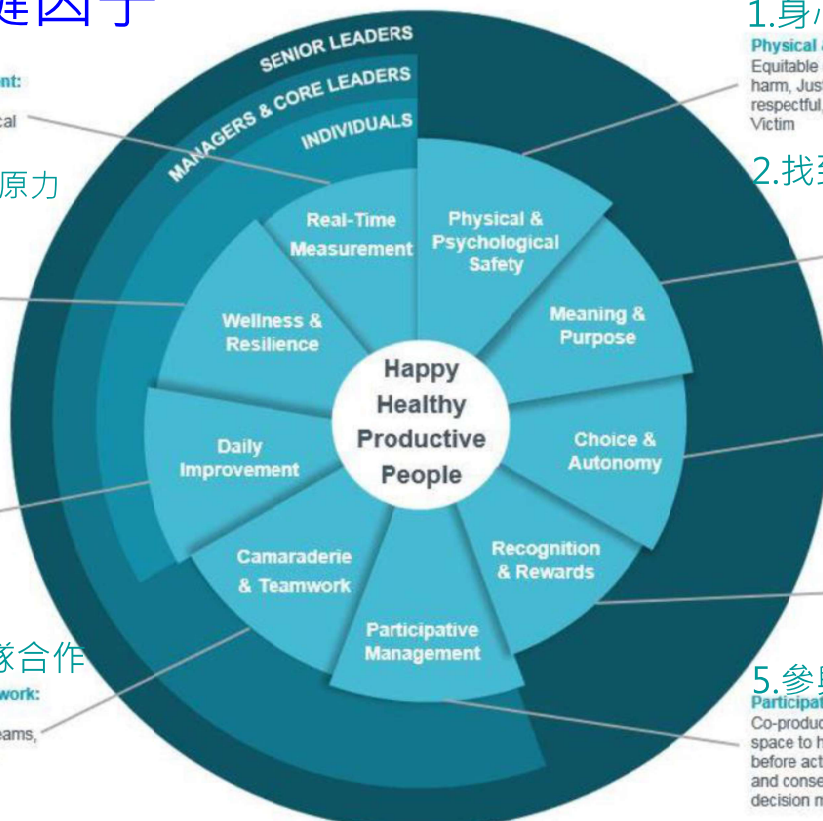
系統復原力
(system
resilience)

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

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

三、鼓勵病人安全事件通報

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。

- 3.1.1 建立員工對病人安全通報的正確觀念，宣導通報目的著重在檢討是否因系統上的缺失所導致事件發生，尋求改善機會，並且避免同樣的事件重複發生。
- 3.1.2 醫院應建立暢通的管道，鼓勵員工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甚至差一點就發生的跡近錯失事件(Near Miss)，亦能進行通報。
- 3.1.3 應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。
- 3.1.4 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，宣導通報意義與重要性。

※根本原因分析工具書：

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

28

三、鼓勵病人安全事件通報

3.2 醫院應定期檢討病人安全通報事件，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。

- 3.2.1 醫院應有適當單位進行病安事件通報之收集、分析與報告，了解其正確性。
- 3.2.2 進行病人安全通報事件分析時，應考慮人為因素(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。
- 3.2.3 醫院應就院內通報事件分析結果，參考衛生福利部公告之「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。
- 3.2.4 重大病安事件之根本原因分析結果，應與該院過去案例或相關資料進行分析比較，以了解系統性缺陷，據以改善。
- 3.2.5 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。
- 3.2.6 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：

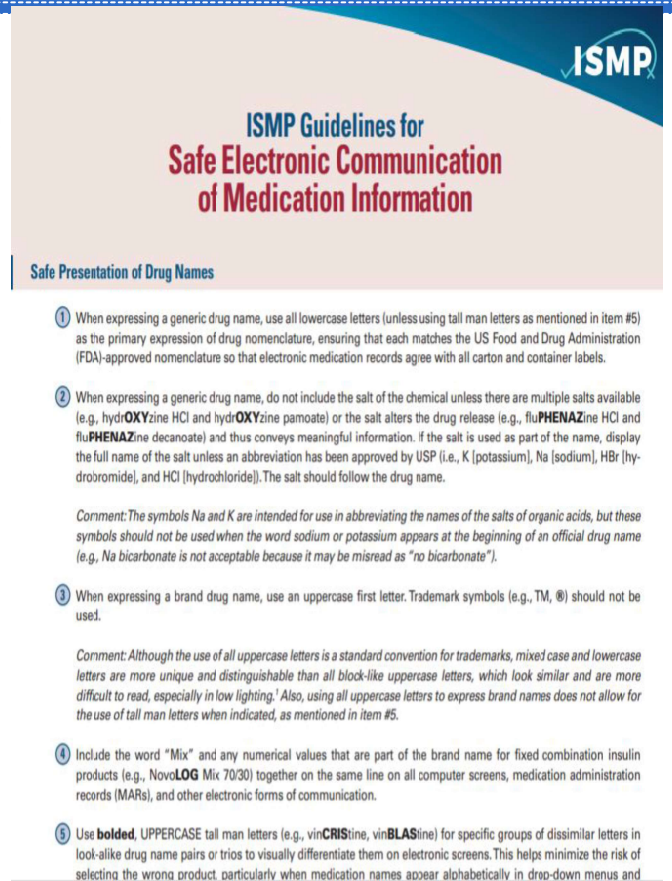
<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Messages/contents.aspx?&SiteID=1&MmmlD=15002&Keyword=根本原因&MSID=655631151556356320>

29

三、鼓勵病人安全事件通報

3.3 建立醫療資訊系統相關的病人安全事件通報與風險管理

- 醫院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。



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., hydr**OXY**zine HCl and hydr**OXY**zine pamoate) or the salt alters the drug release (e.g., flu**PHENAZ**ine HCl and flu**PHENAZ**ine 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. 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**ine) 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

30

目標三、提升手術安全

執行策略

修

一、落實手術辨識流程及安全查核作業

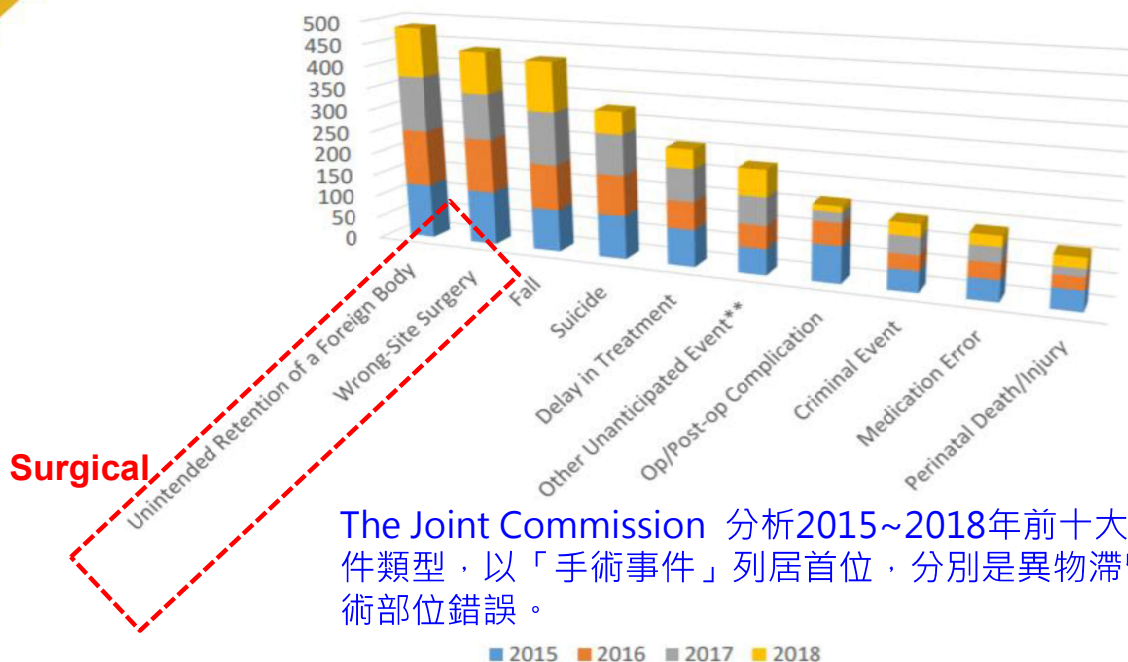
二、落實手術輸、備血安全查核作業

三、提升麻醉照護品質

四、預防手術過程中不預期的傷害

32

Top 10 Frequently Reviewed Sentinel Event Types



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

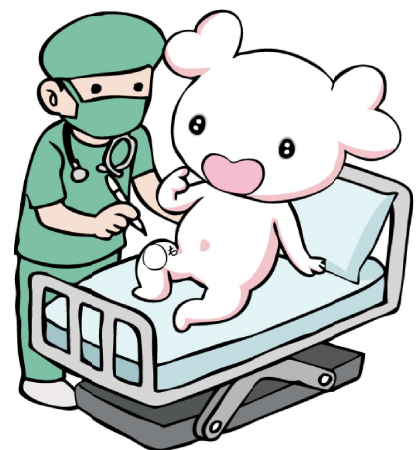
- 有至少二種屬於病人的基本辨識資料
- 有雙重核對之標準作業流程

34

手術部位標記可用書面記載代替

New

- (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。



35

目標五、提升用藥安全

36

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

三、加強需控制流速或共用管路之輸液幫浦使用安全

37

二、加強使用高警訊藥品病人的照護安全

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。
- 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(例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誤。

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。

38

二、加強使用高警訊藥品病人的照護安全

對於服用抗凝血劑/抗血小板藥之手術病人應有管理機制

- (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。

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 ^a	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"> • 若臨床可接受，不須停用 warfarin • 若臨床需達無抗凝血藥效，於術前五天停用 術前至少停五天
		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%)	術前	不須停用	<ul style="list-style-type: none"> • 若臨床可接受，不須停用 warfarin • 若臨床需達無抗凝血藥效，於術前五天停用 術前至少停五天
		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 ^c	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 ^{bc} ： <ul style="list-style-type: none"> • 術前啟用：INR 低於目標值下限時 • 術前停用：術前 24 小時停用 LMWH/ 術前 4-6 小時 Unfractionated heparin (UFH) • 劑量：請參考附註^d • 術後啟用： <ul style="list-style-type: none"> • 低出血風險手術於術後 24 小時且確定止血後 • 高出血風險手術於術後 48-72 小時且確定止血後 • 術後停用：併用 heparin 跟 warfarin 至 INR 達目標

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。

39

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

三、加強需控制流速或共用管路之輸液使用安全

3.2 強化共用管路之多種藥物輸注之使用安全。

- 建立急重症單位同一靜脈輸注常用藥物不相容清單或查詢檢索工具，當開立醫囑或給藥時提供醫療人員提醒機制。

Critical Care Medicine (2010). Systematic review of physical and chemical compatibility of commonly used medications administered by continuous infusion in intensive care units

Figure 1. Physical compatibility and chemical stability summary. C, compatible; I (light gray), incompatible; I/C (dark gray), conflicting data; TPN, total parenteral nutrition.

目標六、落實感染管制

42

執行策略

修

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

43

一、落實人員之健康管理

防止院內感染

- 工作人員一旦罹患傳染病時應**主動告知單位主管**。

體溫監測與異常追蹤、處理

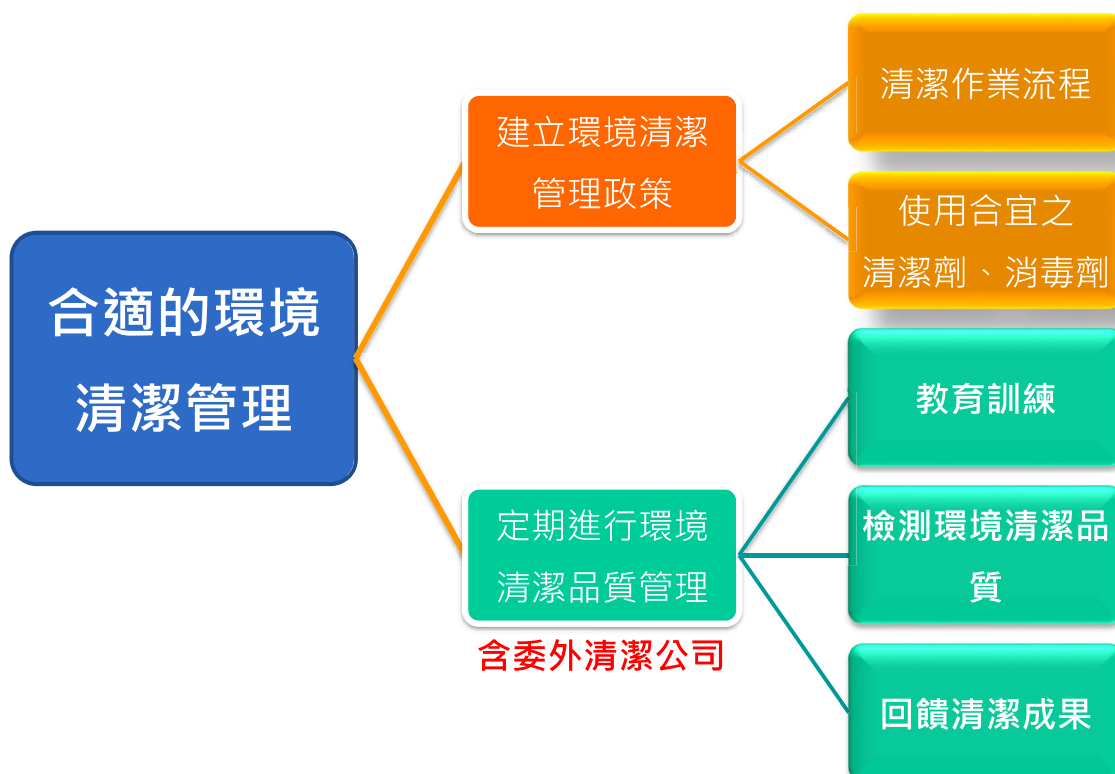
- 訂有院內全體工作人員**體溫監測計畫及異常追蹤及處理機制**。

人力調度或出勤規範

- 應規劃訂定有症狀同仁之工作**人力調度或出勤規範**，減少有症狀工作人員直接接觸病人的機率，以降低疾病在機構內傳播之風險。

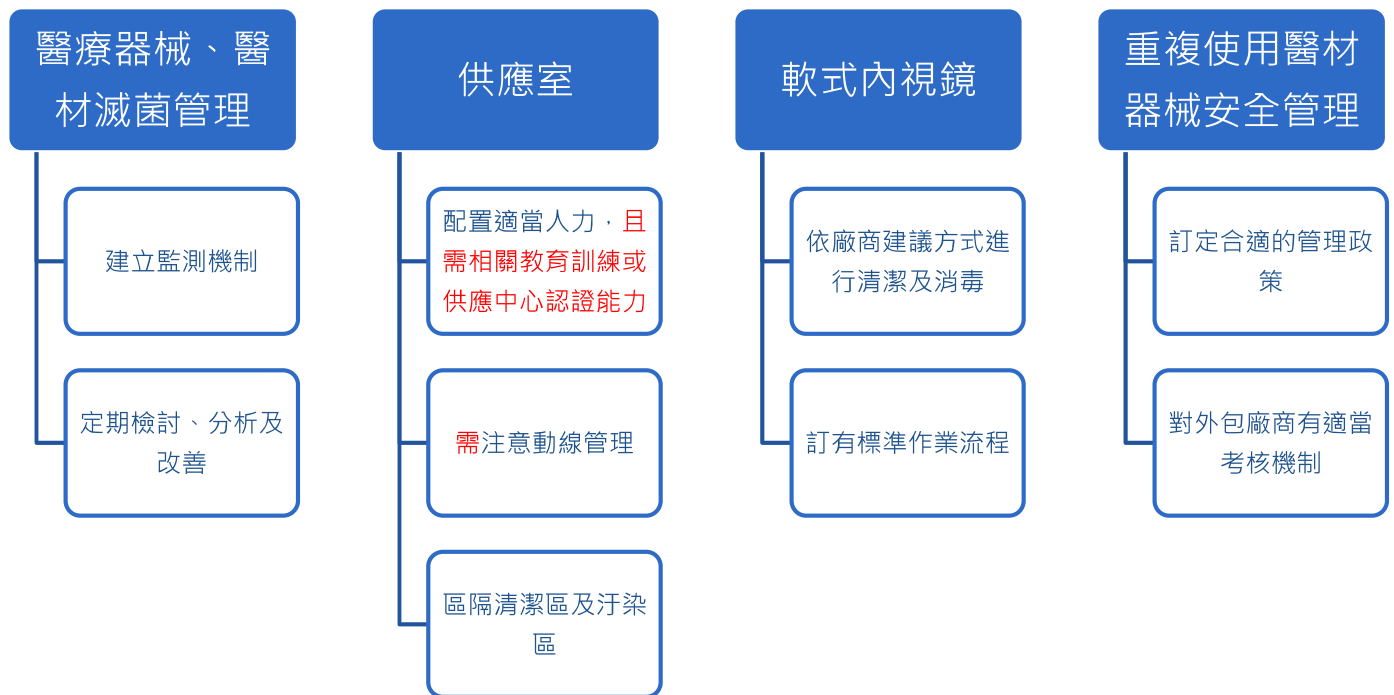
44

四、定期環境清潔及監測清潔品質



45

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/>

46

目標七、提升管路安全

執行策略

修

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

48

一、落實侵入性管路之正確置放

針對困難呼吸道個案，
插管前應有評估及應
變計畫，適時求援

針對困難呼吸道個案的
處置應明訂醫療團隊緊
急支援系統。

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...

49

二、提升管路照護安全及預防相關傷害

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
- 自訂高危險管路避免錯接防呆機制，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

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。

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

50

二、提升管路照護安全及預防相關傷害

病人安全事件提醒—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

No132

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 工作小組校稿

2015-A-05



No132

2015-A-05

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，我們發現膀胱與尿道已經出現瘻管，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

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.

<http://www.patientsafety.moh.gov.tw/Content/Downloads/List.aspx?&SiteID=1&MenuID=621273303637150114&xSSize=10&PageID=4&SSize=10>

NO.159

2019-L-01

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，行髌骨固定復位手術治療。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，因連結不到麻醉科人員，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

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。

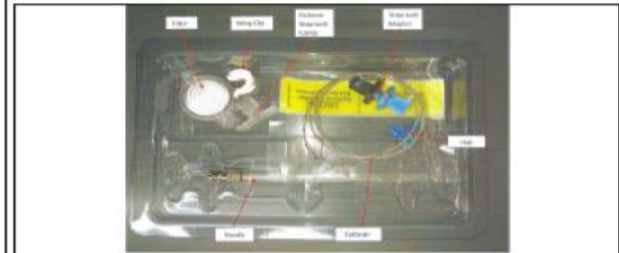


圖1. 硬脊膜外麻醉套組裡有提供黃色貼紙可註記於病人注射部位或管路上



圖2. 於管路、藥袋、輸液幫浦以

黃色明顯標記PCEA使用



圖3. IV PCA要與PCEA有明顯區別

<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Downloads/List.aspx?&SiteID=1&MenuID=621273303637150114&xSSize=10&PageID=1&SSize=10>

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、鼓勵民眾關心病人安全，並提供民眾多元參與管道

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

三、提升住院中及出院後主要照顧者照護知能

54

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

- 與病人及家屬溝通疾病治療照顧議題
- 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，必要時院方應建立支援機制
- 了解病人及家屬關切之病安問題
- 即時回饋民眾通報之病安問題

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

- 運用傳播媒介宣導
- 以徵稿或邀稿方式接受民眾提出與病人安全相關的想法，
- 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，應提供管道與建立機制，協助臨床人員解決病人的問題

55

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



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



我會支持您
別讓您的沉默成為病安殺手
SPEAK UP!



衛生福利部



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>

56

109~110年度醫院病人安全目標線上課程

目的

- 推廣109-110年度醫院病人安全年度目標
- **擴大各醫院醫事人員參與度**

主題

總論(增修重點說明)+8大病安目標=9堂課
每堂課約25分鐘(除有效溝通、落實感染管制)

機構申請

109-110年度醫院病人安全年度目標數位學習課程
附件二、機構院內數位課程需求申請單

預8月底發函公告
機構提出申請

申請

申請機構名稱: _____ 職稱: _____
聯絡人: _____ E-mail: _____ 電話: (____) _____
申請日期: 109年____月____日

目標類別	課程主題	預計參與人數	預計至109年12月31日前實際參與人數	預計至110年12月31日前實際參與人數
<input type="checkbox"/>	總論: 109-110年度醫院病安目標增修重點說明		X	X
<input type="checkbox"/>	目標一、促進醫療人員間及醫病間之有效溝通		X	X
<input type="checkbox"/>	目標二、營造病人安全文化及落實病人安全事件管理		X	X
<input type="checkbox"/>	目標三、提升手術安全		X	X
<input type="checkbox"/>	目標四、預防病人跌倒及降低傷害程度		X	X
<input type="checkbox"/>	目標五、提升用藥安全		X	X
<input type="checkbox"/>	目標六、落實感染管制		X	X
<input type="checkbox"/>	目標七、提升管路安全		X	X
<input type="checkbox"/>	目標八、鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作		X	X

【提醒】本課程僅供機構內各申請機構提供內部網站數位課程使用至110年12月30日止，勿對外使用公開網站提供瀏覽下載或收費，並請遵守智慧財產權。

A. 申請機構承諾於12月10日前回覆院內各數位課程接受學習之實際人數。

B. 機構申請課程中，e-mail: ps@jcoi.org.tw 或傳真至 02-2963-4292 病安工作小組，本會收到表單後於5個工作天內提供下載網址。

C. 如有任何問題歡迎來電洽詢: 02-8964-3029 品質組諮詢專線小姐。

- 申請機構勿使用對外公開網站瀏覽或下載
- 需承諾109、110年於12月10日回覆院內各數位課程接受學習之實際人數

個人申請

- 報名：曾進入醫策會課程報名，操作與課程報名同。
- 線上：報名後，約5個工作天後上網上課。
- 進入醫策會課程網站點選醫院病安目標數位學習課程主題，建議學員使用Google Chrome瀏覽器觀看。





病人安全週

何時

9月17日 世界病人安全日 (9/14~9/20)

主題

為病安發聲(speak up)

與病安目標
連結

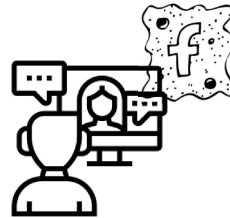
- * 醫療機構應宣示病人安全為優先的政策，推動為病安發聲的運動，營造更正向之病安文化；
- * 鼓勵醫療人員適時說出病安顧慮並能適切的方式提出建議，尤其是當進行中的醫療處置可能造成病人危害時，鼓勵員工要主動說出來；
- * 鼓勵病人及其家屬主動說出對其所接受的治療與處置之任何疑問。

響應方式

實體響應



線上響應



徵求影片



speak up for patient safety!

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 病人安全工作小組製作



為病安發聲(speak up) 懶人包

為什麼要做？

沉默 \neq 安全



促進醫病溝通
醫療人員間溝通



預防錯誤發生



增進病人安全

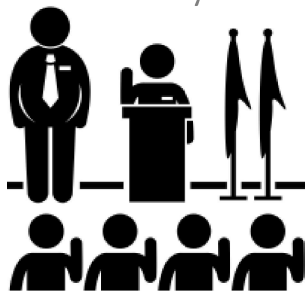


提升病人安全文化

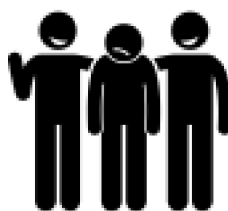
Patient Safety First!

怎麼做？

停、說、聽



機構宣示病安優先政策



鼓勵員工說出病安顧慮



鼓勵病人及其家屬勇於提出對所接受的治療與處置的顧慮

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 病人安全工作小組製作

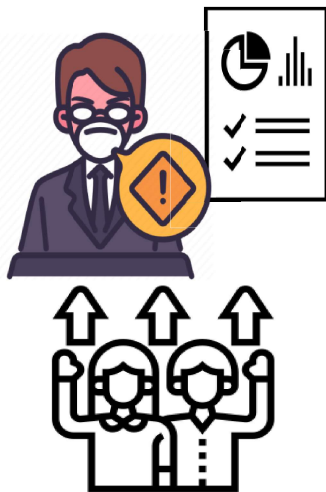


為病安發聲(speak up) – 機構篇

承諾與支持
病人安全



鼓勵通報
共同學習的通報環境

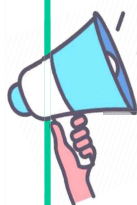


聆聽員工對病安顧慮與
心聲，了解病安阻礙



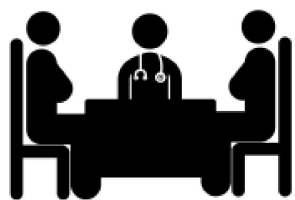
促進病人安全文化，機構應宣示病安優先政策

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 病人安全工作小組製作



為病安發聲(speak up) - 病人/民眾篇

讓醫療人員知道
我所關切的問題



感覺怪怪的
想要釐清的 問題



病人、醫療人員、
醫療機構共同合作



促進就醫安全，請您**主動**說出治療或處置的顧慮

問問題(ask)



說清楚(talk)



細傾聽(listen)



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 病人安全工作小組製作

為病安發聲(speak up) – 醫療人員篇

當發現有病安疑慮時



Pause for safety

停

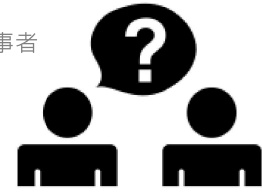
婉轉表達問題
不挑戰、不攻擊



說

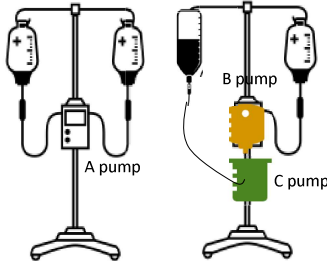
聽取病安疑慮與建議
了解風險或危害

當事者



聽

院內IV pump種類那麼多，操作方式也不同，同仁們易發生混淆!!



這是提醒的聲音



TPN限定中央靜脈導管給藥途徑，當外包裝拆掉，紅色提醒標籤也隨外包裝拆掉，就失去提醒的意味。



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 病人安全工作小組製作

為病安發聲(speak up)

響應**9月17日**世界病人安全日，以**橙色點亮**以代表世界各國全民健康覆蓋的努力，如果您所在城市、鄉鎮或醫療機構用**橙色點亮紀念碑、地標或標誌性建築物**，請您分享連結至「就醫安全非知不可」粉絲專頁唷!! 並可 #WorldPatientSafetyDay



Light up a monument in the colour orange

In September 2019, the city of Geneva, which houses the headquarters of WHO, and at least 74 other cities around the world, lit up iconic places and monuments in orange to celebrate World Patient Safety Day 2019. The orange colour symbolizes the central role patient safety plays in countries' efforts to achieve universal health coverage. Lighting up a monument in orange is the signature mark of the Day. This symbolic gesture in September 2020 will represent a very visible public recognition of health workers' efforts globally to provide safe healthcare every single day for their patients. Share with us if cities, towns or organizations in your country are planning to light up a monument, landmark, or iconic building in orange!

<https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2020>

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 病人安全工作小組製作