

台灣病人安全通報系統(TPR) 警示訊息

交接班溝通問題導致給藥錯誤

提醒

**跨單位/部門交接班時，可應用團隊資源管理(TRM)的
訊息交換策略協助確保彼此有效溝通。**

案例描述

病人預行手術，醫囑「Cefazoline 1gm至開刀房使用」，直至病人送開刀房前，主護都未收到藥局核發的Cefazoline，故請醫師補列印藥單，並註明「將Cefazoline 1gm送入開刀房」，但病房主護未向開刀房同仁交班此過程。手術準備同時，病房值班醫師另開立藥單Vit K1(10mg/Amp) 10mg IV st 和Dilantin(250mg/Amp) 750mg st。藥師對於註明「將Cefazoline 1gm送入開刀房」之補單，認為Cefazoline應已在送往病房途中，推測此補單可能寫錯、該是Vit K1和Dilantin要送開刀房，故請傳送人員急送此兩種藥物入開刀房。麻醉科人員收到藥物後，詢問醫師「是否繼續給藥」，醫師告知「繼續」，導致Vit K1和Dilantin重覆給予。之後，Cefazoline 1gm送抵病房，同仁詢問藥師後，得知確有Cefazoline 1gm應回(第一張單)，所以未轉送至開刀房；而主護送病人入開刀房後返回病房，發現Cefazoline 1gm，也認為藥局應已送補單之Cefazoline 1gm入開刀房，因此亦未轉送。Cefazoline 1gm始終未被給予。

建議作法

- 一、系統應禁止病房補列印功能：藥單病房醫師開立藥囑後，宜由藥劑部直接列印。若病房補列印，傳送過程的時間差，容易造成開單人員與接受者的混淆，系統應禁止此功能。
- 二、主動呼叫(Call out)：
當護理人員發現藥物尚未送到病房時，應主動向藥局確認藥物是否已經送出；藥師若對所處理藥單有疑問或不確定時，亦應主動向開立醫囑的醫師再次核對，以避免彼此主觀認定所引發的錯誤。
- 三、結構化溝通模式(ISBAR)：
交接班時，口頭宜採結構式溝通法，並輔以資訊系統或書面紀錄等視覺資訊為佳；手術病人帶藥和用藥狀況，應確實記錄在機構內的術前準備相關查核表。結構化的溝通項目，包括：Introduction(交接人員自我介紹)、Situation(病人目前要做什麼、送到哪)、Background(病人過往的臨床資料及用藥情况等)、Assessment(病人最近的身體評估結果)



及 Recommendation(需特別注意的事項或建議)。落實術前準備查核，可提早發現並解決問題。

四、確認(Check back)與 CUS(I am Concerned, I am Uncomfortable, This is a Safety issue)：

麻醉科人員在投藥前，曾詢問醫師是否繼續給予，但雙方僅憑各自的認定，溝通內容未確認藥名、劑量等資訊；若對醫師所做決定仍有疑慮，麻醉科人員可就完整藥名及劑量再次向醫師確認，避免發生重複用藥的錯誤。

參考資料

廖薰香(2009)醫療團隊資源管理(TRM)工具介紹與臨床應用。

劉越萍(2009)利用醫療團隊訓練以促進病人安全。 **醫療品質雜誌**，**3(1)**，68-72。

陳志金(2009)TRM 應用技巧-工具介紹與臨床應用。

吳宛庭(2009)團隊資源管理在醫療院所之運用

感謝台灣病人安全通報系統(TPR)參與機構投稿，

本文經TPR工作小組校修。