

實務篇

多一分小心
少一分風險

病人安全 八大目標

文／醫療品質部 副管理師 洪千惠

台灣的病人安全推展至今，雖已完成全面宣導的階段任務，但仍有許多工作尚待完成。為凝聚國內醫療機構與醫療專業團體的共識，並將有限的醫療資源作最有效的運用，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（簡稱醫策會）邀集國內病人安全相關領域專家，訂定推動醫院執行病人安全年度工作目標的具體建議作法，在此與同仁分享及互相惕勵。

目標一 提升用藥安全

參考做法

1. 醫療機構應訂定處方用法、用量、單位劑量的表示方式，醫師處方應書寫正確清楚，避免混淆。
2. 藥品包裝（如藥袋）標示應包括衛生署公告的13項必須標示項目：病人姓名、性別；藥品商品名、藥品單位含量與數量、用法與用量；調劑地點（醫療機構或藥局）的名稱、地址、電話號碼；調劑者姓名、調劑（或交付）日期、警語。
3. 藥師依處方調配藥品時，應先確認藥品與病人診斷相符、藥品劑量用法正確；調配處方時應有覆核（double checking）機制，以確保藥品調劑的正確性。
4. 門診給藥時應以兩種以上的方法確認病人姓名，主動提供病人用藥指導及藥品諮詢服務電話，並提醒病人當發現藥品錯誤或有用藥不適，應即時與醫療機構藥劑部門連絡。
5. 住院病人給藥時，護理人員應再確認藥品處方的正確性、給藥途徑及方法。當病人病情變化或處方改變時，能適時提出以便即時修正，並經「三讀五對」後方能給藥。

6. 藥劑部門內，調劑檯上的藥品原則上以原瓶、原包裝上架。
7. 應定期檢討藥品外觀、包裝、標示或名稱發音相似的藥品清單，並注意擺設位置及標示，加強人員教育，避免錯誤。
8. 醫療機構應訂有查核機制，定期或不定期至各臨床單位，例如病房和藥局，抽查醫療、藥劑、護理各單位在執行與藥品使用相關業務時，對院內所訂標準作業流程的遵循度。
9. 醫療機構應設定藥物過敏史及藥物不良反應史的登錄與偵測流程；病人就醫時，應詢問病人的用藥過敏史及不良反應史，確實登錄於病歷明顯處，並隨時更新。
10. 醫療機構的電腦醫令系統，應優先建立自動偵測病人是否重複用藥或藥品交互作用的機制。
11. 慢性病人就診時，應主動詢問病人在其他醫療院所的用藥情形，並推廣用藥紀錄卡。
12. 應對病人所接受的治療與之前的處方或用藥情形進行連貫審視；當病人轉病房或轉院時，應將完整的病人藥物治療明細正確傳遞給下一位照護者。
13. 交付藥品給病人前應主動提供用藥指導並確認病人已瞭解，說明內容包括藥品名稱、劑型、劑量、用藥方式、服用時間、藥物作用及副作用、服藥時應特別注意事項及忘記服藥時如何處理。
14. 醫療機構應設置多元管道，如藥品諮詢、專題衛教、藥品資訊查詢網站、電話專線等，提供病人藥品使用資訊，或反映藥品使用問題，以加強病人對所用藥品的認識及提高病人醫囑遵從性。

目標二 落實醫療機構感染控制

參考做法

1. 醫療機構應由主管帶領，明訂計畫及方法，展開全面性的手部衛生活動，以有效執行醫療照護相關工作人員的正確洗手。
2. 應透過各種方式宣導並落實正確洗手時機及原則如下：
 - 當雙手沾到血液、體液等時，應使用抗菌的肥皂清除髒污並用清水沖洗。
 - 在執行醫療作業時，雙手沒有明顯髒污時，可使用以酒精為基底的乾洗手劑維護手部衛生。
 - 洗手時機：直接接觸病人前、後。脫下手套後。執行侵入性處置前（不論有無戴手套）。接觸病人血液、體液、分泌物、黏膜、受損皮膚、傷口敷料後。照護病人時從污染的部位移到乾淨的部位前。接觸緊鄰病人的環境後（包括醫療設備）。當可能接觸到腸病毒或炭疽桿菌（*Bacillus anthracis*）等產孢菌時，由於酒精、氯己啶（chlorhexidine）、碘類溶



液（iodophors）等產品對其皆不具備充分的消毒效果，建議使用非抗菌皂或抗菌皂加清水，並依「濕搓沖捧擦」的原則沖洗雙手。

3. 各單位除提供必要的洗手槽及洗手相關設備，應於接觸照護病人場所及公共（公開）場合設置酒精性乾洗手劑，以方便民眾洗手。
4. 定期檢視各類洗手清潔設備並進行補給保養維護。
5. 定期針對醫療機構工作人員及外包人員舉辦感染控制及手部衛生相關教育訓練，並制定有效的稽核措施及回饋機制，以提高醫療照護相關人員對正確洗手的認知及遵從率。
6. 邀請病人、家屬、民眾參加團體衛教，加強宣導手部衛生的重要性、正確洗手的方式與時機、並鼓勵於陪病期間相互提醒洗手，以協助控制院內感染。
7. 醫療機構工作人員應於醫療過程中適時地相互提醒洗手，並給予支持與正向回饋。
8. 醫療機構應建立系統性院內感染通報機制，建構一線單位通報管道，鼓勵主動通報院內感染案例。對於感控小組及一線單位醫療工作人員，應定期舉辦理相關的教育及實務訓練，並評核成效。
9. 感控小組除了例行監測高危險單位，對監測或通報的資訊也應進行分析及篩檢。
10. 對異常事件（如病人發生特殊的院內感染事件導致非預期死亡、重大功能喪失者或院內感染率逾越閾值）視為警訊，應強制通報及進行調查分析，以察覺可能的系統性失誤。除即時處置，並應建立追蹤機制，提出改善計畫及紀錄。
11. 醫療機構可參與疾病管制局建立的院內感染監視通報系統（TNIS），進行院內感染通報。

目標三 提升手術安全

參考做法

1. 醫療機構應研訂術前照護、病人運送、手術方式、手術部位、手術擺位、手術室無菌技術、衛材計數、正確用藥、儀器設備、放射線使用、輸血等安全指引及檢查表，並定期稽核及修訂。
2. 病人施行手術前，應使用至少兩種以上的資料，以開放式問句辨識病人身分。手術及麻醉醫師應親自與病人溝通說明手術及麻醉相關資訊，手術方式及部位應記錄於手術及麻醉同意書上；應給予病人充分時間詢問該次手術及麻醉相關問題，經聲明同意後，始簽具手術及麻醉同意書。
3. 除急診病人外，麻醉醫師應於病人進行手術前，完成術前訪視並填妥麻醉前評估表。麻醉計劃、併發症及風險應予說明，確認病人及家屬已了解，方可簽署麻醉同意書。
4. 手術前應由手術小組成員與病人（或家屬）共同確認手術部位並做標記，標記以手術部位皮膚消毒完成後仍能辨識為原則。
5. 有左右區別的手術、多器官、多部位手術（例如肢體或指節）或多節段手術（例如脊椎），尤應重視手術部位標記。無法標記的部位（例如口腔、牙齒、陰道、尿道、肛門）、內視鏡手術或不分左右的器官，可標記在查檢表所附的圖形上。
6. 確認病人身分及手術部位的建議時機分別為：（1）病人離開病房、急診

- 或加護病房時；（2）病人抵達手術室等候區時；（3）手術開始前。建議使用查核表，並由確認人員在各時間點紀錄並簽名，以示負責。
7. 手術開始前所有病歷、實驗室及影像檢查資料均應完備，並確認病歷、手術同意書、麻醉同意書中記載的手術部位與標記部位均相符。
 8. 手術小組工作人員皆應主動進行口頭溝通，運用複誦方式確保口頭溝通內容的準確及可靠。在手術即將開始前，應有一小段作業靜止期（time-out），由手術小組工作人員共同完成最後確認作業。
 9. 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士完成。麻醉護士應受專門訓練，恢復室護士應受過麻醉或等同加護病房照護的專門訓練。
 10. 對麻醉高風險的病人，應有事先對麻醉團隊提醒的機制；術後對不同高風險的病人，應有與後續照護團隊交班及運送的標準作業流程。
 11. 為提升麻醉安全，應定期檢測麻醉機及基本生理監視器，包括心電圖、血壓計、體溫計、動脈血氧濃度及潮氣末二氧化碳監視器等設備儀器。
 12. 每位麻醉同仁均清楚麻醉和急救藥品及醫材的存放位置；抽取藥品均應在針筒上以不同顏色標籤標示藥名，並於注射前再確認及覆誦。
 13. 規劃病人進出手術的動線，保持病人進出空間及走道通暢，並確立清潔區與非清潔區的區分。
 14. 醫療機構應設置相關組織，並有適當機制定期檢討手術的適當性，以避免不當或不必要的手術。

目標四 預防病人跌倒及降低傷害程度

參考做法

1. 醫療機構工作人員皆應接受跌倒預防措施的教育，建立防範跌倒的共識。
2. 及早辨識病人是否具有跌倒危險因子，例如年齡（65歲以上及5歲以下）、生理狀況（頭暈、虛弱感）、身體活動功能（肢體無力、步態不穩）、排泄型態、藥物使用（抗精神病藥物、抗憂鬱藥物、鎮靜安眠藥物、利尿劑、輕瀉劑、降血壓劑等）、意識狀況及曾有跌倒經驗等，可利用具信效？度的跌倒評估工具來篩檢具跌倒危險傾向的病人。
3. 入院後，病人的病情會隨照護進程而改變，故跌倒危險評估工作應持續進行，不應僅將入院時的評估結果作為判別跌倒高危險群的唯一依據。



4. 篩檢發現具跌倒高度危險傾向的病人，可利用預防跌倒的警示標誌來提醒工作人員及照顧者的注意。
5. 制定高危險跌倒病人清單，將高危險跌倒病人列入交班事項，並提供個別性衛教指導及衛教單張予病人及照顧者。
6. 針對不同科別、病房或病人，設計不同的照護設備及跌倒預防措施，依病人病況或照護情況安排床位，如右側偏癱者應安排在左側下床的床位；無照顧者應安排在靠近護理站處，方便護理人員照護。
7. 設計兒童病床床欄正確使用方式的圖示，並放置於病房（床）明顯處。
8. 落實預防跌倒的教育，包括教育病人及照顧者如何協助病人下床、如何正確使用床欄及床上便器。指導後，務必評估病人及照顧者對於內容的瞭解程度。
9. 提供安全的醫療環境，如：
 - 浴廁加裝止滑設施、扶手及叫人鈴，叫人鈴應置於病人隨手可及之處。
 - 保持病房與浴廁地面清潔乾燥，通道無障礙物及充足的照明。
 - 體重計加裝扶手，例如外圍輔以助行器。
 - 依病人身體活動需求，主動提供輔具使用。
 - 病床輪子應固定，在不作治療的時間，病床高度應降至最低，以方便病人下床時可雙腳著地。
- 主動將病人可能使用的物品，如輔具、眼鏡、拖鞋、床旁鈴拉線、尿壺等，置於病人隨手可得之處。
- 教導床欄的正確起降方法。
- 乘坐輪椅時應給予適當的固定，如使用輪椅的安全帶。
- 地面潮濕時需設置警示標誌。
- 定期檢測床輪及輔具功能。
10. 病人若服用安眠、鎮定、止痛、降壓、利尿及精神科等藥物，要將藥物產生頭暈反應的副作用說明清楚，並對病人進行評估。小夜班護理人員應主動提醒病人或照顧者及早完成臨睡前如廁的需求，特別是服用鎮靜安眠藥及利尿劑者。
11. 病人應穿著大小合適的衣褲及平穩、防滑、厚底且大小適宜的鞋子，若發現鞋底磨損，即應更換。
12. 應建立跌倒後立即處理及後續觀察流程，包括評估時機、頻率、評估內容及病人臨床反應。
13. 應定期統計分析有紀錄的跌倒發生率、不同跌倒原因的跌倒發生率、跌倒造成傷害率、不同傷害程度發生率及重複跌倒的發生率，檢討結果及提出有效預防措施。
14. 醫療機構應建立監測跌倒通報率的機制，當病人辦理出院手續時，由護理人員向病人或家屬詢問病人於住院期間有無跌倒。
15. 應定期分析造成跌倒的主要影響因素，針對嚴重的傷害事件進行根本原因分析。定期提供報表回饋醫療照護人員，並依報表結果，適時調整教育課程。

目標五 鼓勵異常事件通報及資料正確性

參考做法

1. 醫療機構應建立暢通的管道，鼓勵員工不僅對於已造成嚴重後果的意外事件主動通報，對於輕微傷害的意外事件，甚至是差一點就發生的跡近錯失事件（Near Miss），亦能通報。

2. 營造非懲罰性通報環境的首要原則，要先摒棄意外事件發生後立即追究個人責任的作法，應該著重在檢討是否因流程缺失才導致事件發生，並尋求改善，避免同樣的事件重複發生。
3. 通報表單力求簡易，內容應注重事實的描述，避免妄自假設或推斷，並由專人定期檢視事件類別與通報內容。
4. 加強通報安全管理流程，所有通報事件牽涉的可辨識資料，應力求保密，不可任意洩漏（例如處理通報事件的相關人員可簽訂保密協定）。
5. 通報僅是改善的開端，不應陷於數量統計與數字的迷思，應著重於事件分析與改善建議的回饋，藉以強化醫療機構同仁的專業素養，達到提升病人安全品質的目的。
6. 醫療機構對重大的異常事件或警訊事件，應進行根本原因分析，找出系統內潛在的失敗因素並進行改善。常見的警訊事件包括：手術部位錯誤、給錯藥物、後果嚴重的院內跌倒、輸血錯誤、院內自殺、治療延遲、因約束導致病人嚴重傷害、呼吸器相關的死亡或傷害、重大院內感染致死、資訊系統當機、病人失蹤或私自離院、病人突然發生心跳停止、麻醉期間心跳停止或麻醉結束後無法甦醒、不可替代性的檢體遺失等。
7. 根本原因分析成功的要素包括：事件真相的調查與還原、有效工作團隊的組成、足夠資訊與充分溝通、正確的流程分析與適當授權。
8. 醫療機構應根據分析結果提出改善的行動計畫，包括欲改善的流程或作業、負責執行的單位或人員、限期評核成果，以及評值或測量成效的指標，並持續改善。
9. 醫療機構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，透過經驗分享與學習，改善院內病人安全的各種措施，避免重大異常事件發生。

目標六 提升醫療照護人員間溝通的有效性

參考做法

1. 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。交班前後務必親自檢視病人，完成必要的查核紀錄與簽署，並向病人或家屬作必要的說明。交接班方式包括書面、口頭、電話交班等多種方式，應依據不同的交班模式，擬訂查核要點，必要時應採取多種方式並行。
2. 交接班時訊息傳遞應包括：
 - 病人現況或觀察到改變狀況
 - 重要病史、目前用藥尤其特殊用藥及治療情形。
 - 最近一次生命徵象數據、各類檢查／檢驗結果、特殊管路及裝置、目前處理進度與仍須追蹤的檢查／檢驗報告。
 - 後續處理措施或方向、可能發生危急狀況的預防。



- 運送病人應依據病情輕重，訂定符合病人安全照護的作業標準，並有要求醫療人員落實的督導機制。運送安全要點包括護送人員資格與層級、運送途中所需監測與維生設備（例如呼吸器、氧氣筒與存量等）、重要藥品輸注幫浦，緊急狀況的應變計畫等。
- 醫療機構內或院際間運送病人到其他部門檢查或治療，應依照病人交接標準作業程序執行，確實做好病人辨識，準時接送病人，且應確認病人及家屬瞭解即將接受的檢查／治療項目，備妥正確資料、設備與藥物，檢測病人生命徵象並記錄，交由護送人員負責運送。必要時可用電話聯絡交代，或依病情的嚴重程度決定是否親自護送病人。
- 病人受檢或處置完成時，檢查或治療單位負責的人員應依照病人交接標準作業程序執行，確實評估病人生命徵象變化，並確認送返原單位途中所需監測與維生儀器設備（例如呼吸器、氧氣筒與存量等）、重要藥品輸注幫浦等的功能後，交由護送人員負責運送。必要時依照病人檢查或治療後的侵入程度，再用電話聯絡交代，或依照病人的嚴重程度決定是否親自送返原單位。
- 應定期檢視檢驗／檢查報告的時效性，包括檢查／檢驗開立至報告完成的所需時間，以及報告結果出來至照護醫師獲知結果的時間差距，若不理想或出現不正常狀況，應尋求流程改善。
- 應建立檢驗／檢查的危險值標準，檢驗部門應就危險值、重大異常值的檢驗結果，及時通知主要臨床照護人員，並確保資訊能正確、及時送達，以避免延遲處置或治療。
- 可運用各項資訊科技，提升異常檢驗／檢查值回饋主治醫師的即時性。

目標七 鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作

參考做法

- 醫療人員能以病人為中心，對每一位病人及家屬主動告知其權利與責任，包括病情、診斷、病況發展、治療計畫及服用藥品的注意事項，且誠懇回覆病人及其家屬的問題，尊重其決定。
- 醫療機構應主動提供一般民眾就醫安全相關資訊，例如以院內海報、網站及衛教單張等，提供用藥、檢查及手術等注意事項。
- 醫院病人安全委員會成員背景涵蓋醫療服務使用者，例如邀請病人及家屬、社區民眾等為代表。與病人安全相關的決策，應多傾聽顧病人意見。
- 醫院舉辦的各項病人安全活動，得邀請非醫事團體與民眾代表演講或參與討論會，使民眾能表達需求與建議。亦可以徵稿或邀稿方式收受一般民眾來文（如就醫甘苦談或民眾關心病人安全的議題），於院內刊物或網站刊登。
- 邀請民眾代表參與醫療機構各類同意書與衛生教育教材的修正。徵詢民眾對衛教方式與內容的意見，藉以增進民眾對健康及醫療的認知，並提升自我健康照護能力。
- 醫療機構應擬訂病人申訴事件處理的標準作業流程，並追蹤後續改善情形及病人滿意度。



攝影／盧秀禎

7. 醫療機構設置現場投訴處理窗口或設立病人及家屬意見箱，即時處理或協助病人完成投訴流程。
8. 在院內推動「說出來」（SPECK UP）運動，以徽章、海報或單張等各種方式，籲請病人、家屬與照護人員「有疑問說出來」，共同參與病人安全工作。

目標八 提升管路安全

參考做法

1. 管路置放屬於侵入性醫療處置，除依危險程度分級規範適當的醫療人員執行外，應訂定各種管路置放的標準作業流程，並加強操作技術的教育訓練與定期考核。執行管路置放的人員應熟悉管路置放適應症，並確實遵循標準作業流程來操作。除了緊急狀況外，對於困難病例的管路置放，事前應妥善評估與計劃，並應在器械、設備、照明及人力支援充沛的環境下進行。
2. 管路置放錯誤包括管腔置放不對（例如鼻胃管誤植入氣管）、深度或徑路（例如管路反折）的誤差。應有機制確認管路置放後正確位置，例如聽診、回抽、充氣、充液、觀察輸液流暢度、影像檢查等。管路位置確認後，仍應密切注意病人臨床反應。
3. 多重輸液管路接頭，應有檢查管路源頭的機制與標準作業流程，以確定滴注藥物正確。複雜或高危險管路系統應在病人端作顏色區分。封閉型管路系統（例如胸管），可用氣壓改變時（病人咳嗽）系統內液面相應起伏及引流功能是否順暢作為確認機制。
4. 各類管路照護應有標準作業流程，除定時觀察並記錄管路狀態外，照護重點在於管路的固定、清潔與通暢。病人身上管路的類型、大小、位置、深度、劑量設定等資訊，應列入交班內容。
5. 管路固定方法應納入照護的標準作業流程，對於意外滑脫應有檢討及防制機制。除正確固定外，適度地約束或鎮靜可以減少管路自拔的機會，但如果自拔的狀況不斷發生，則須檢討管路繼續留置的合宜性。
6. 管路相關感染的常見病原菌可能因醫療機構而異，治療與管路相關的感染可以照會感染科醫師，尋求較佳的抗生素使用建議。
7. 醫療機構應訂定各種管路消毒、清潔、置換週期、脫離訓練等規範，並將管路相關感染列入照護指標，定期監測分析、檢討改善。
8. 醫療人員應對病人、家屬及看護人員進行教育訓練，並提供適當的衛教資料。主要照顧者的衛教也是預防管路滑脫的重要工作。
9. 鼓勵管路安全的異常事件通報，必要時進行根本原因分析，避免錯誤再度發生。🌐

