

醫療品質是一條不歸路

文／教學部 主任 陳祖裕 · 副管理師 陳大為
醫療品質部 管理師 黃雅娟

本院目標之一是「建立全人、優質、安全的醫療環境」，病人安全的推動就是為了將醫療錯誤發生率降到最低，以保障病人就醫安全，提升醫療照護品質。以下就組織（Structure）、過程（Process）、產品（Output）及預防（Prevent）四個層面，介紹本院改善品質與加強病人安全的狀況。

組織

為持續提升醫療品質及病人安全，訂有年度品質促進及病人安全計畫，詳列醫療品質及病人安全的年度工作目標。此計畫經院長簽核，亦於董事會中報告，作為各單位執行相關作業的依據。

過程

● 臨床路徑與臨床指引：

行政作業流程標準化，可以減少失誤，醫療作業亦同。以實證醫學為基礎，並依診斷關聯群（Diagnosis Related Group, DRG）制定臨床路徑（Clinical Pathway）及臨床指引（Clinical Guideline），使治療流程標準化，將資源予以有效整合及利用。

JCI評鑑標準規定每年至少要制定一項臨床路徑與臨床指引，本院接受評鑑時是

以耳鼻喉部的「Oral Cavity Cancer」進行簡報，深獲評鑑委員肯定及讚許。

● 品質指標：

評定醫療品質好壞除視疾病診治結果之外，最佳的評定方式是制定相關品質指標，定期收集數據，並加以分析，力求改善。指標數據可供醫院各部門及醫療同業間相互比較，作為品質改善的參考。

指標制定原則：1. 選擇對部門具有意義，期望能有所突破，臻於更高標準，或須加強努力才能有良好表現的指標。2. 有明確的分子、分母，方能了解資料收集範圍，並收集正確數據。3. 依據參考文獻、同儕醫院成果、部門以往成果，以及期待達成的目標來訂定閾值。4. 指標制定需為單位同仁共同討論所得，而非未經討論便由主管個人指定。

● 病人安全目標：

依JCI評鑑標準及衛生署、醫策會訂定的病人安全年度工作目標執行相關作業，並分別制定執行策略內容。

病人安全目標：病人辨識正確性、有效的溝通方式、高警訊用藥的安全性、確保手術的部位過程及病人正確性、降低感染風



我們念茲在茲的是要讓病人得到更有品質的醫療 (攝影 / 盧秀禎)

險、降低病人跌倒造成傷害的風險、鼓勵異常事件通報、鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作、提升管路安全、加強醫院火災預防與應變、降低病人疼痛、提高兒科用藥安全、加強精神科病人安全。

產品

● 醫療品質：

JCI評鑑標準的「品質改善與病人安全」(QPS)規定20項臨床領域及管理領域必須準備的品質指標，除收集每月的數據之外，若有異常需加以分析，了解異常發生的原因，依循PDCA(Plan-Do-Check-Act循環的簡稱)原則加以改善。QPS相關指標內容如下：

1. 臨床領域：

病人評估，實驗室服務，放射和影像診斷服務，外科手術，抗生素和其他藥品使用，監測用藥錯誤及跡近錯失(near miss)，麻醉與鎮靜的使用，血液和血液製品的使用，病歷的可得性及內容，感染的控制監測與報告，臨床研究。

2. 管理領域：

採購常規必須供應品和滿足病人需求的基本用藥、由領導者選定或法規要求的工作報告，風險管理，設施利用管理，病人及家屬期望與滿意度，員工期望及滿意度，病人

資料統計與臨床診斷，財務管理，預防和控制危害病人、家屬及員工安全的事件。

除JCI評鑑標準明文規定的指標項目，各部門亦需制定單位的品質指標，且單位同仁必須了解自己單位的指標成果。經由此次評鑑，部門所訂的品質指標亦與醫師年度考核項目連結，藉以了解各位醫師的診療成效。

● 病人安全：

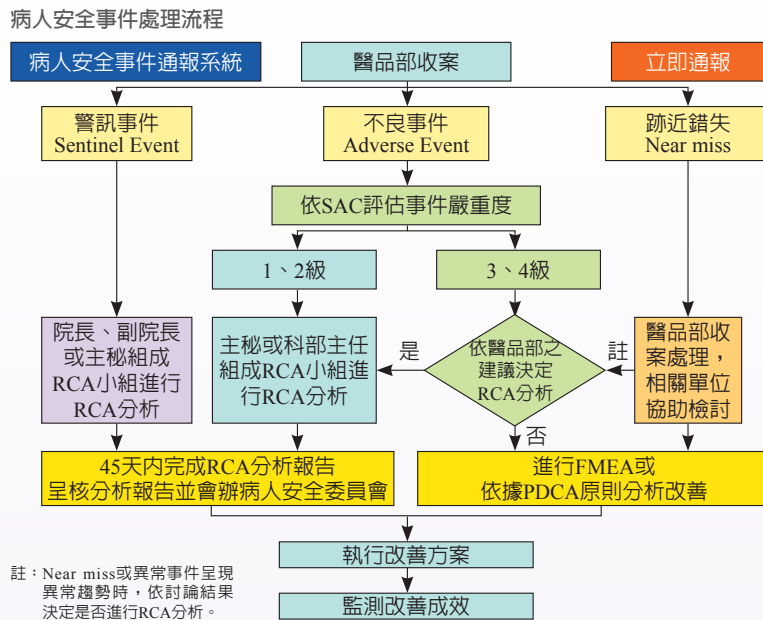
病人安全事件可分為：警訊事件、不良事件及跡近錯失事件。院內同仁可利用病人安全通報系統進行事件通報，醫療品質部專人收案後將協助處理及分析。處理流程如圖所示。

1. 警訊事件：

發生死亡或造成病人永久性功能喪失的意外事件、造成病人重大影響的事件。警訊事件發生後，由院長、副院長或主秘組成小組進行根本原因分析(Root Cause Analysis, RCA)。

2. 不良事件：

與所患疾病無關，純粹因醫療處置行為不當而造成傷害的事件。依嚴重度評估分數(Severity Assessment Code, SAC)來評估事件嚴重度，評估內容包括嚴重度及再發頻率，若事件屬於1、2級，由主秘或科部主管組成RCA小組進行分析；若為3、4級，視情況進行RCA分析或健康照護失效模式及效



Dr. Arvind Patel (右3) 在評鑑時給我們許多啓發 (攝影 / 游家鈞)

應分析 (Healthcare Failure Mode and Effects Analysis, HFMEA)，或以PDCA方式改善。

3. 跡近錯失：

由於不經意或即時的介入行動，使原本可能導致意外、傷害或疾病的事件、情況沒有真正發生。通報事件收案處理後，由相關單位協助檢討，進行HFMEA或PDCA改善。

預防

指標異常或事件發生後進行分析改善，此為「落後」的檢討，對於潛在危機必須「領先」預防，才能杜絕錯誤的發生。

HFMEA是一種前瞻式的風險管理方法，可以有系統的檢討分析各流程或子流程中應有的功能與要求，逐步偵測可能造成的潛在失效模式及可能的影響結果，分析的焦點在於尚未發生的整個流程。

本院今年依病人安全通報系統，選定「主動脈氣球幫浦 (intra aortic balloon pumping, IABP) 病人跨動轉送作業」進行HFMEA。往後將每年選定一個主題進行HFMEA，避免病人安全事件發生。

感謝全院同仁的協助及用心準備，使本次評鑑的QPS章節零缺失通過。品質是一條不歸路，唯有仰賴大家共同維持與不斷努力，才能續創佳績。🙏