

攝影 / 盧秀禎

# 有效的溝通 可以維護病人安全

文 / 醫療品質部 副管理師 呂嘉欣

病人安全是先進國家十分重視的醫療議題，醫療照護人員若缺乏團隊合作與充分溝通，足以導致病人安全異常事件的發生。換句話說，若能落實團隊訓練及口頭溝通標準化，例如SBAR（註），將可使醫療照護人員溝通得更好，進而提升病人安全。

英國醫學期刊（British Medical Journal，BMJ）去年發表的1篇研究，藉由6家丹麥醫院於2004-2006年進行的84份根本原因分析

（Root Cause Analysis，RCA）報告，請兩位具有評估病人安全異常事件豐富經驗的研究人員進行篩選，從中找出與「口頭溝通錯誤」有關的內容，期望透過此一實務研究，更能深入了解「溝通」對於交班錯誤或團隊合作異常等事件的影響。

84份RCA調查報告中，兩位研究人員一致認為符合「人員間口頭溝通錯誤」描述的有44件（52%），其異常情形分析如下：

溝通錯誤類別 (N=44)	次數	百分比
交班錯誤	35	86
不同醫療團隊成員間的溝通錯誤	19	43
誤解口頭醫囑內容	13	30
資深及資淺人員間的溝通錯誤	11	25
未「說出或宣告」（speak up）而造成的錯誤	10	23
2人以上團隊成員間的溝通錯誤	8	18

44件RCA調查報告內容中，被認為「溝通過程異常」的範例，列舉10件如下：

No.	異常事件	敘述摘要
1	弄錯麻醉部位	進行病人辨識程序時，比較資深的醫師不在手術室，並且兩位醫師在溝通時也未提及手術部位。
2	住院病人自殺	將病人轉入的單位，因為忙碌，口頭交班時沒有提及病人的狀況。
3	延遲治療	病人仍在病房中，但因住院醫師認為病人應已轉送至另一單位，故未告知內科醫師，以致延遲治療。
4	延遲治療	即使實習醫師已打過多通電話詢問及溝通，但值班醫師並未從中接收到必須前往探視病人的訊息，以致延遲治療。
5	不成功的氧氣治療	護理人員認為醫師已經接收到相關的訊息，其實並不確定。
6	用藥錯誤	不認為胰島素是強烈或具有影響力的藥物，所以未將胰島素使用過量的訊息傳達給負責醫師。
7	用藥錯誤	為了減少感染風險，病房是被隔離的，醫護人員必須仰賴電話進行溝通，但護理人員及缺乏經驗的醫師對於藥物劑量有疑慮時，並未向資深人員再確認。
8	再入院病人自殺	病人再入院時是轉至另一部門治療，由於部分資訊未被完整傳達，以致這個部門的醫師不了解病人的特殊狀況。
9	術後併發症	病人後續治療程序是透過電子資訊方式傳達，但這些醫囑在病人死亡前卻未被執行。原因在於開立醫囑的醫師與放射線部人員未進一步溝通，致使醫囑沒有即時處理。
10	非預期的心跳停止	病人因服藥過量進入急診，正常程序是要由麻醉醫師先了解藥物中毒情形，但因麻醉醫師當時正忙於處理另一緊急案件，急診護理人員電話聯繫麻醉醫師時，並未明確指出病人服用的劑量會危及生命，以致病人被轉送到一般病房，視情況再呼叫麻醉醫師前往處理。

綜觀84件RCA個案，在半數以上的案件中，口頭溝通錯誤都被列為主要因素或是導致重大病人安全異常事件的因素，其中又以交班過程的溝通錯誤最為常見。許多研究也認為，當病人在不同照護單位間轉送、資訊在不同專科間傳遞，或經由電話進行資訊交換，若沒有其他特定程序及方法來協助時的交班，發生錯誤的風險特別高。

另外，不同團隊之間出現溝通錯誤的情形也很常見，原因在於不同團隊對病人的照護程序不同，或者溝通與傳遞方式的訓練不同，可能因而造成誤解。美國醫療機構評鑑聯合會（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations）於2004年針對2455起警訊事件的分析報告指出，超過70%的主要根本原因為「溝通失效」。

有效率的溝通及團隊合作的目的，在於創造共識，讓所有人員都能遵循相同模式，

避免提供病人不一致的醫療服務。營造讓團隊成員安心的環境也很重要，當出現有關病人安全的疑慮，成員才會主動說出來，讓風險發生率降至最低。因此，「有效的溝通」是提升病人安全的關鍵要素，也是我們必須持續努力的方向。🕒

#### 註：

SBAR是為了讓醫師與其他照護人員能夠有效溝通而發展出來的檢核表。S：狀況（situation），B：背景（Background），A：評估（Assessment），R：建議（Recommendation）。

#### 參考資料：

Louise Isager Rabøl, et al. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ Quality & Safety* published 5 January 2011, 10.1136/bmjqs.2010.040238. <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/01/05/bmjqs.2010.040238.abstract?paperetoc>