

病人安全的通報制度

風險管理部專員 許淑嬌

自從美國醫學研究機構 IOM (Institute of Medicine) 發表 "To Err is Human" (人都會犯錯) 之報告書後，全球醫療界開始推動並重視病人安全的相關議題。我國行政院衛生署也於 2003 年成立病人安全委員會，明定規範醫院病人安全的工作目標，在 2005 年更增列了「鼓勵異常事件通報」一項為病人安全的重點目標；而新制醫院評鑑標準中的第三章，也提及「病人安全相關資訊蒐集與分析，並加以檢討改進」。因此，醫療異常事件的通報與管理，是醫療機構內推動病人安全最基本且重要的措施之一。

根據國外的調查資料顯示，醫療機構當中約有 10% 的住院病人會發生醫療不良事件，而這些事件是由一連串的失誤所造成，且 75% 的問題是系統上的失誤並非單純來自個人的疏忽。事實上也有學者認為醫療事故之所以會發生，是在機構的系統內早已存在著一些潛在的疏失，因此要檢討不良事件的根因，就必須先有事件的通報，期望透過通報的機制，才能進一步的檢討分析並改善，以降低異常事件的發生。

本院為全面建置病人安全文化，首創醫療機構之先趨，於 2004 年 7 月成立全國第一個「風險管理部」，培育專責幹部負責院內各項病人安全業務，建立全院性由上而下的病人安全目標，其具體的工作之一就是：建構院內異常事件的網路通報系統與無罰的通報制度，透過文化的養成，正向地鼓勵了同仁對異常事件發生時能勇於提出，經過二年多來的努力，同仁皆可在不恐懼的情況下，將異常事件提報出來。當然止於通報是不夠的，本院非常重視每一個通報的案例，每十天召開一次會議針對案例進行根本原因分析 (RCA) 檢討，藉此瞭解與辨識導致事件發生的因素，著重在造成人為疏失背後的系統問題，並提出改善方案，以防堵下一個類似事件的再發生。

本院曾發生某位醫師在處方單上草率的寫下 Dilantin (抗癲癇藥物)，使護理人員看

成了 Dianlin (抗焦慮藥物) 而輸入電腦, 所幸藥單到了藥局時, 被藥師發覺有異, 再次請護理人員確認更正後才發出藥物。這就是典型的跡近錯失 (near miss) 事件, 雖然「錯誤」在工作的流程中被發現, 並未實際發生在病人身上, 但是我們面對跡近錯失事件, 仍抱持謹慎認真的態度。因此, 事件檢討分析後, 推動電腦處方的醫令系統 (Computerized Physician Order Entry, CPOE), 在開立醫囑時, 設計了相關防止用藥錯誤的機制, 避免人員有再次轉錄錯誤的機會。此外, 在院內網路上也增設了『藥物辨識系統』, 提供同仁對藥物查詢與辨識的管道, 更深入的去了解易混淆藥物的作用、成份、用途等等, 且我們深信每一個案例都是很寶貴的經驗, 必將其事件列入『案例分享』公佈於網站上, 提供其他工作人員參考, 從錯誤中學習來共同防止類似事件的再次發生。

醫院是提供醫療服務的專業組織, 首重確保醫療品質, 在醫院中除了病人本身的疾病問題之外, 需要去面對的還有人 (病人家屬或員工)、物 (儀器設備)、財務及資訊等等, 這些都可能潛藏著危機, 需要管理者與全體員工甚至顧客來維護, 共同找出問題點。也由於醫療行為的特殊性、專業性及封閉性, 加上病患權利意識高漲與醫病關係的惡化, 任何醫療疏失都很可能演變成醫療糾紛, 因此, 唯有異常事件的通報, 才能即時掌握狀況, 針對事件的發生做適當的危機處理, 再運用根本原因分析手法尋找系統內的根因, 加以檢討改善, 以確保安全的人員在安全的環境中, 執行安全的醫療, 讓所有來院的內外部顧客, 皆能真正地感受到「安全」又「安心」的醫療品質。

