護理人員的風險管理教育

報告人:劉素瑛
日　期:2004.06.12

前言

- 風險管理的本質是安全性
- 安全性就是風險管理計劃整體的基礎
  - 首先就是要防止感染、傷害、失誤等人身的物理損害。
- 故風險管理亦是指不讓事故連續發生。

建立病人安全照護目標
JCAHO,2004

一、改善病人辨識之準確性。
二、改善健康照護者溝通的有效性。
三、提升使用高危險藥物之安全性。
四、避免錯誤之手術部位、錯誤之病人及錯誤之手術流程。
五、改善使用輸液幫浦之安全性。
六、改善臨床警報系統的有效性。
七、降低經健康照護得到感染的風險。

目標一:
改善病人辨識的準確性

§在抽血液檢體、給藥或輸血時，應至少使用兩種辨識病人的方法(不包括僅以房號、床號作為辨識的依據)。
§在執行任何外科手術或侵入性處置前，要以主動性溝通技巧來作最後確認的步驟，以確保是正確的病人、手術程序及手術部位。

輸血正確核對病人的原則

一、輸血前
(一)血液領回時，需由二位護理人員核對-病人床號.姓名.病歷號.血型.RH.血品成份.血量.血袋號碼及有效日期。
(二)核對無誤後，於血單領血欄上，簽上二位核對者全名。
(三)血袋外用奇異筆，寫上病人床號、姓名及病歷號。

輸血正確核對病人的原則

二、輸血時
(一)掛上血袋前，需由二位護理人員核對，核對時應分別口頭複誦-病人床號.姓名.病歷號.血型.RH.血品成份.血量.血袋號碼及有效日期。
(二)此二位護理人員再一同前往病人單位，核對床頭牌、病人全名及血型。
(三)於血單上逐項分別簽全名，填上輸血時間 。

案例:病人輸錯血

618-1王女士 預定洗腎及輸血，洗腎室護理人員與6F病房護理人員於護理站口頭複誦核對無誤後，僅由洗腎室護理人員獨自前往，恰巧618-1王女士與617-1蔡女士互換床位，又床頭牌未更換。
故洗腎室護理人員誤將蔡女士洗腎及輸血，恰巧醫師查房發現，立即處置。

直接原因

- 兩位護理人員沒有依照輸血的SOP核對病人。
- 6F病房護理人員沒有依照轉床的SOP立刻更換床頭牌。

潛在的系統疏失

護理人員醫療風險教育未落實

目標二:
改善健康照護者溝通的有效性

§接受口頭或電話的醫囑或重要檢驗結果，必需有一定程序規範複誦完整醫囑內容或檢驗結果確認後才可執行。

§機構內通用之縮寫、簡稱及符號應標準化，並列出不得使用之縮寫、簡稱及符號。

案例:病人給錯藥

- 把Voren 聽成Valium
- 把Propofol 聽成Pavulon

改善口頭醫囑的方式

一、養成清楚及重複確認的習慣
如4、10音相近，其中10直接將1、0分開唸，藥名一定要唸全名及拼出字母。

二、避免在口頭醫囑時使用縮寫說明
如 “1tab tid”宜改為“一顆每天三次”。

改善口頭醫囑的方式

三、接受口頭醫囑人員必須向開立醫囑者覆誦醫囑內容。
四、最好有第二個人同時接聽口頭醫囑。
五、在病人病歷上直接記錄口頭醫囑。
六、確認口頭醫囑，包括病人姓名、年齡、藥名、劑量、劑型(片劑.膠囊.吸入劑)、途徑、頻率、用藥期間等。還需確認處方人姓名。

加強避免藥物錯誤的措施

§將藥名音相似、字母相似、包裝相似以及新藥或固定途徑之藥等，製作成海報張貼於單位，提醒同仁防範錯誤。
§製定本院縮寫書寫標準。

§建立策略確保醫勿務人員能確實遵守

常見且容易犯錯的案例

q.d.與 qid

NOTE
§為避免這樣的錯誤，`護理人員應當知道一般的使用劑量。
§發現有異常的劑量問題時，應當不要猶豫、勇於發問，釐清疑點。
§建議應排除容易令人誤認的縮寫，如 q.d.改為daily

常見且容易犯錯的案例 - 小數點前未加上“0”

0.5mg 寫成 .5mg　易誤解成5mg

NOTE
§為避免這樣的錯誤，`護理人員應當知道一般的使用劑量。
§發現有異常的劑量問題時，應當不要猶豫、勇於發問，釐清疑點。
§建議應排除容易令人誤認的縮寫，以避免造成病人傷害。

目標三: 提升使用高危險藥物之安全性

§在病房單位不能存放高濃度電解質製品(包括氯化鉀、磷化鉀及超過0.9%之氯化鈉)。
§機構對高濃度製品的用量應予標準化及設限。

高警覺性藥品的危險因素及其防範方法

§藥物:Insulin
危險因素(1)將Insulin及Heparin放在一起，包裝相似。
(2)“U”是指Unit，被看成“0”使劑量超過10倍。
(3)靜脈滴注幫浦流速不正確。
防範方法(1)兩種藥分開盒子貯存。
(2)直接寫出Unit，不要只寫“U”。
(3)訂定使用及查核程序。

給藥錯誤案例

通常Heparin，一瓶5cc，每1cc含10000unit。

病人只需注射10000unit，但護士1Vial全打完。

、

NOTE

§藥瓶藥籤標示不清。

§類似這類藥物不要太急，應仔細核對確認後再施打。

§藥商對藥物的標示，應清楚易懂。

目標四:
避免錯誤之手術部位、錯誤之病人及錯誤之手術流程

§建立並使用術前確認程序，如查核表，以確認手術所需要之文件(如病歷、影像報告)皆已準備妥當。

§標示出手術部位的作業流程，且在標示的過程中請病人一同參與。

不僅是手術程序的確認，也包括侵入性的治療程序，如內視鏡檢查、X光檢查等。

降低手術錯誤策略

一、制定明確的核對手術部位、手術形式等規範。

二、在手術劃刀以前會口頭再確認手術部位及手術方式的正確性。

三、手術室有X光看片機。

目標五:
增進病人輸液幫浦的安全性

§執行所有輸液及PCA(疼痛控制給藥)都有輸液外漏的保護措施。

§執行警報系統例行性的保養及測試。

§需測試幫浦功能正常且有預防全速失控的安全裝置，也不會有液體外洩的危險。

靜脈注射錯誤案例－
誤用macrodrip當作microdrip

Macrodrip:20 drop/cc

Microdrip :60 drop/cc　劑量會差三倍

Note

1.注意IV Set的種類。

2.應該確認滴數是否過快，而不是依賴調節器上的數字。

3.在IV注射瓶上面註記時間有助於監測是否流速過快。

4.可在儀器上張貼或調掛“不同滴管之輸液量”等。

建議改善方法

1.建立標準化的給藥程序及濃度

對高警覺性的藥物，由一位護士設定幫浦控制後，由另外一位護士再度核查。

2.確保所有執行此項目的人員均有適當的訓練及教育

包括護士、助理、X光技術員等均須知道幫浦有問題時造成的危險性，並了解警報時的處理方法。

3.購買新儀器時有徵詢護理人員的意見。

目標六:
改善臨床警報系統的有效性

§執行警報系統例行性的保養及測試。

§確保警報系統功能正常，且在相當的距離內聽得到，且不會因周遭的吵噪而受影響，又不會造成單位的噪音。

建議改善方法

1.建立預防警報系統被關掉的措施。

2.實施環境巡視，確保無噪音干擾病人。

3.確保警報系統測試時有即時回應並處理。

4.確保警報聲音能夠讓工作人員聽得到。

目標七:
降低健康照護得到感染的風險

§應遵從現行CDC的指引。

§所有被確認與院內感染有關的非預期性死亡或造成重大永久性身體功能喪失的個案，均應列入通報的警訊事件。

護理部93年度風險管理計劃書

項　目	品質管制委員會	業務促進委員會	教育委員會
1.風險概念傳授	1. 安全錄影帶之播放 (1)病人辨識 (2)輸血安全 (3)用藥安全 2. 播放後之評核 (1)輸血安全 (2)用藥安全		(1)職前教育-無菌觀念與技術 院內感染環境及消防安全 (2)在職教育醫療風險管理等5次 (3)訓練班組長以上人員 (4)研習會鼓勵參加

護理部93年度風險管理計劃書

項　目	品質管制委員會	業務促進委員會	教育委員會
2.確認院內現存的風險	(1)依前三年之異常事分析-Endo自拔、 跌倒、給錯藥、 、感染率	(1)儀器、器材等管理-冰箱 Infusion Pump 腳踏墊.電極板	(1)英文、術語的加強 (2)護理能力需加強

護理部93年度風險管理計劃書

項　目	品質管制委員會	業務促進委員會	教育委員會
3.擬定計畫含標準規範作業流程管控指標監測方式	(1)護理標準 感染管制手冊輸血標準技術基本護理標準手冊給藥標準程序預防跌倒辦法氣管內管自拔預防辦法無菌技術教育訓練 (2)管控指標 TQIP 35項 THIS 34項 (3)監測方式 由專人到各單位進行評核為主	(1) 護理標準 護理記錄標準手冊 (2)作業流程 業務需知手冊10冊	(1)護理標準 本院常見的診斷英文範本 本院常見處置英文範本能力記錄表8種 (2)監測方式 英文診斷、處置比賽能力記錄表每人一份，年中、終主管各抽評一次

護理部93年度風險管理計劃書

項　目	品質管制委員會	業務促進委員會	教育委員會
4.導正教育	(1)QCC:每年定期舉辦一次 (2)外部的訊息:搜集其他醫院相關的異常事件，在護訊等公佈 (3)內部的訊息:每月公佈意外事件統計及分析表 (4)無罰的環境	(1)護訊:一期宣導一個主題	(1)座談會 (2)補考

謝謝聆聽!

敬請指導!