



病人安全與通報： 運用異常事件通報提升病人安全 --Learning From Errors

呂立醫師

臺大醫院小兒部兒童胸腔加護科主任

臺大醫院品質管理中心顧問醫師

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

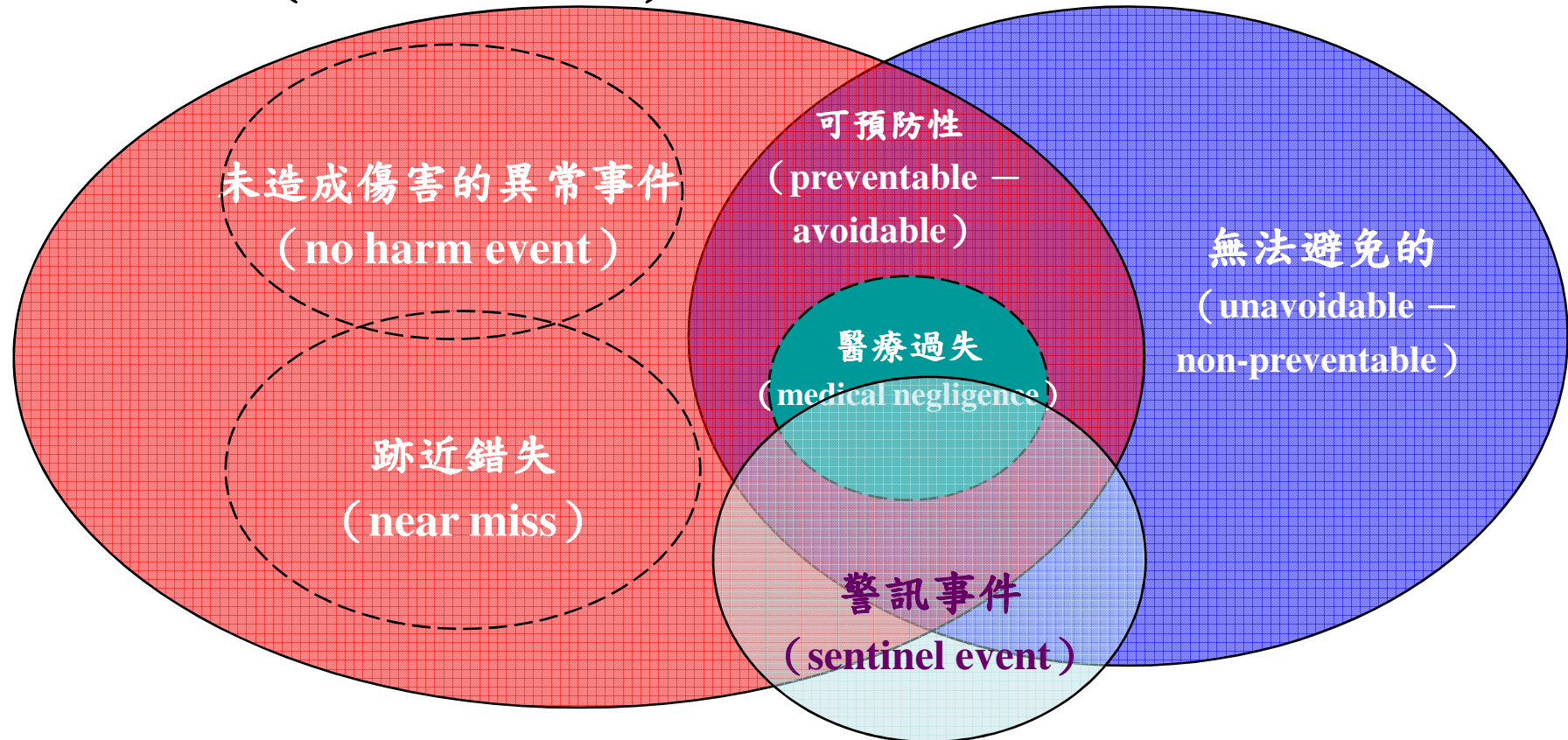
台灣病人安全通報工作小組委員





醫療異常事件分類圖

醫療錯誤 (medical error) 醫療不良事件 (medical adverse event)



醫療不良事件不一定導因於醫療錯誤或醫療過失！
錯誤不一定造成傷害！





The Blame Game

- **Blame/shame**
(*Whose fault is this?*)
- **Guilt**
(*I screwed up—waiting for hammer to fall*)
- **Moving from who did it to why did this happen**
(*Why things happen*)





Human factors

- Human factors are those elements that influence the performance of people operating equipment or systems; include factors of
 - Behavior, medical, operation
 - task-load, machine interface
 - work environment
- These elements include both physical and cognitive abilities





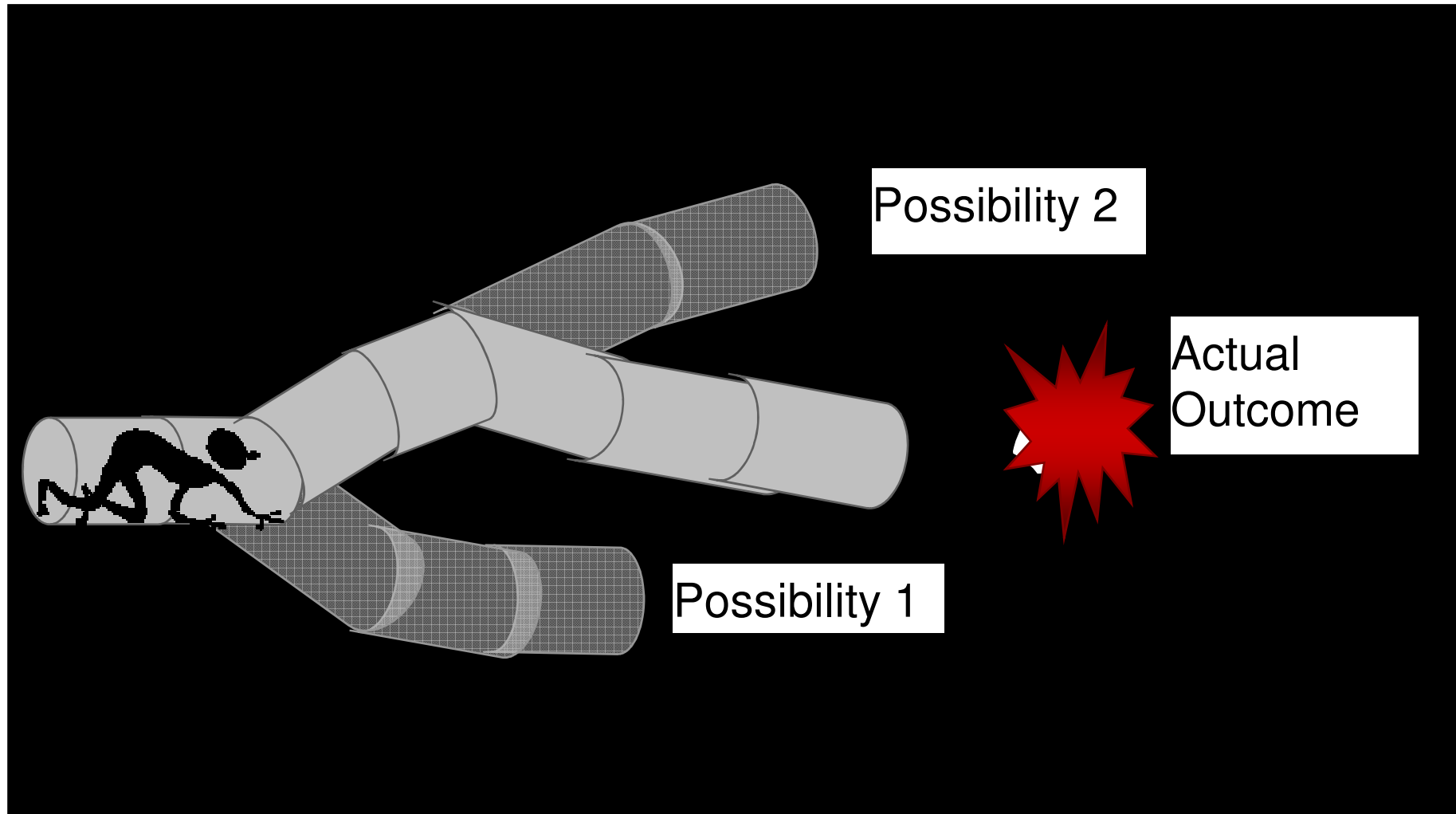
Nominal human error rates

Activity	Probability
Error of commission (misreading a label)	0.003
Error of omission without reminders	0.01
Error of omission when items imbedded in a procedure	0.003
Simple math error with self-checking	0.03
Monitor or inspector fails to detect error	0.1
Personnel on different shifts fail to check hardware unless required by checklist	0.1
General error in high stress when dangerous activities occurring rapidly	0.25





Tunnel Vision: getting inside the tunnel





Tunnel inside and outside

Inside the tunnel

- Quality of decisions not determined by outcome
- Realize evidence does not arrive as revelations
- Refrain from judging people for errors

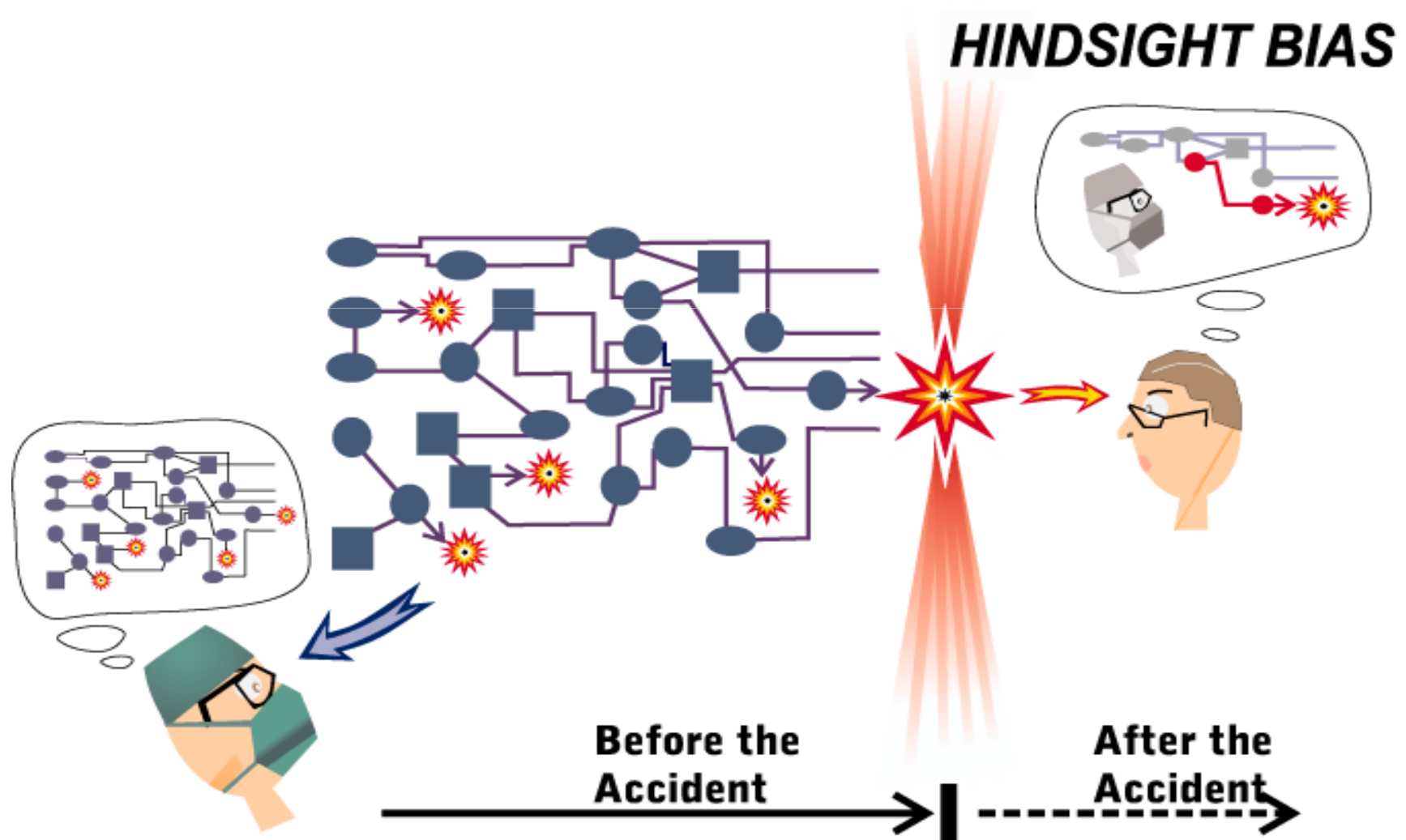
Outside the tunnel

- *Outcome determines culpability
- *“Look at this! It should have been so clear!”
- *We judge people for what they did





Hind-sight Bias





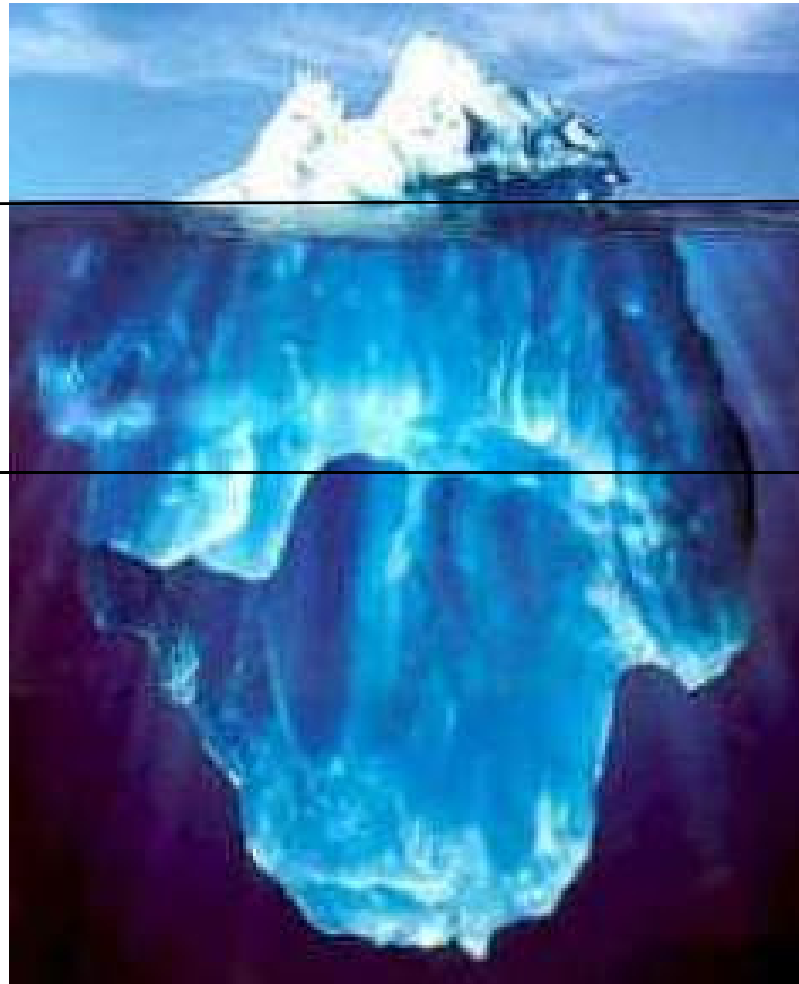
Lessons from the tunnel

- We haven't fully understood an event if we don't see the actors' actions as *reasonable*
- The point of a human error investigation is to understand why people did what they did—not to judge them for what they did not do



"錯誤"的冰山理論

強制性通報
揭露於大眾



Adverse Event
Sentinel Event

自主性通報
秘密保護

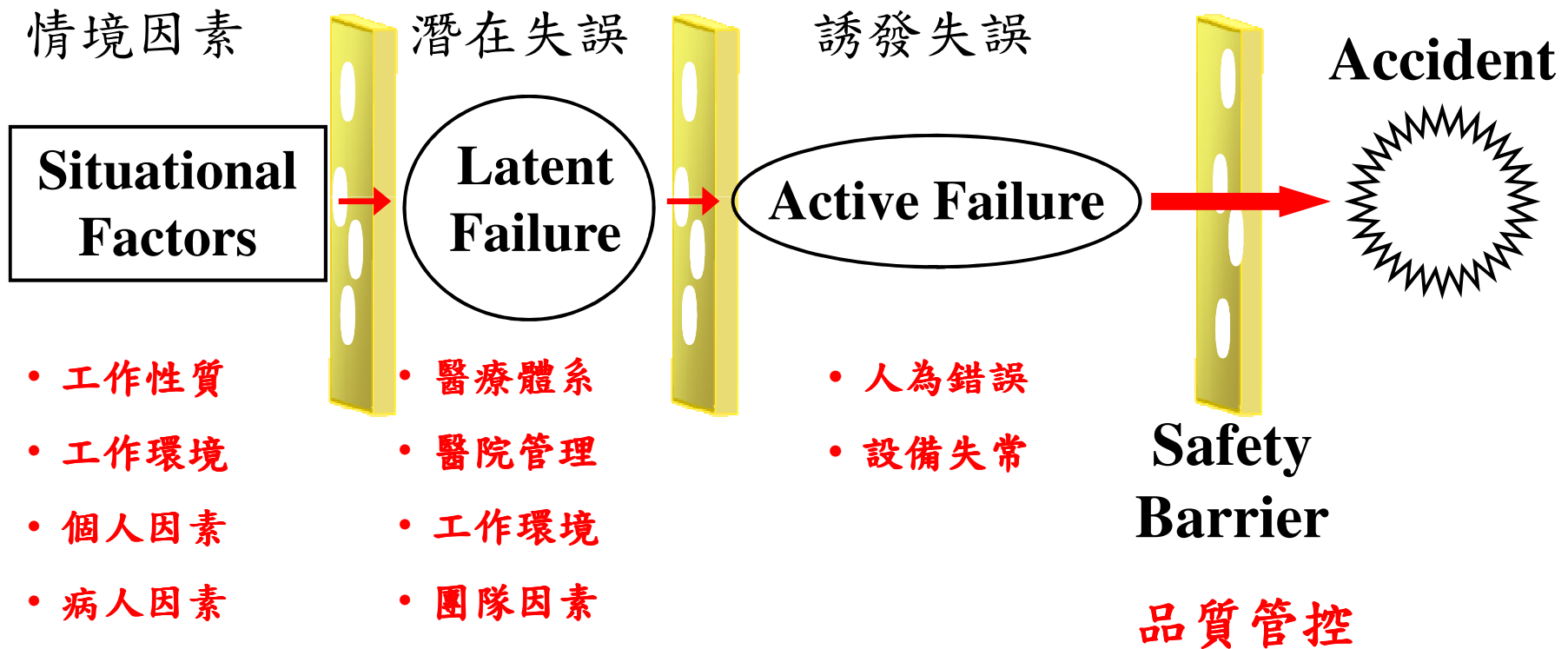
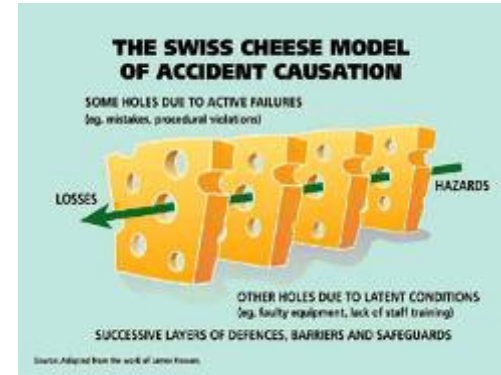
Error Present
But No Harm

Error Not Present
Near Miss





醫療錯誤發生的模式





錯誤是系統的問題

“我們必需要停止責怪個人，而要開始檢視我們的系統，了解我們如何產生錯誤及危機，並在造成傷害前即可發現及避免…”

(Leape 1994)





對病人安全工作的認知

- 人不可能不犯錯
- 接受醫療行為中一定會發生醫療不良事件的事實
- 儘可能以制度化、系統性思考來減少醫療不良事件發生的可能性





建立安全醫療環境的步驟

1. 病史詢問與檢查
2. 診斷
3. 找出潛在病因
4. 對症下藥
5. 經驗分享
6. 不斷學習

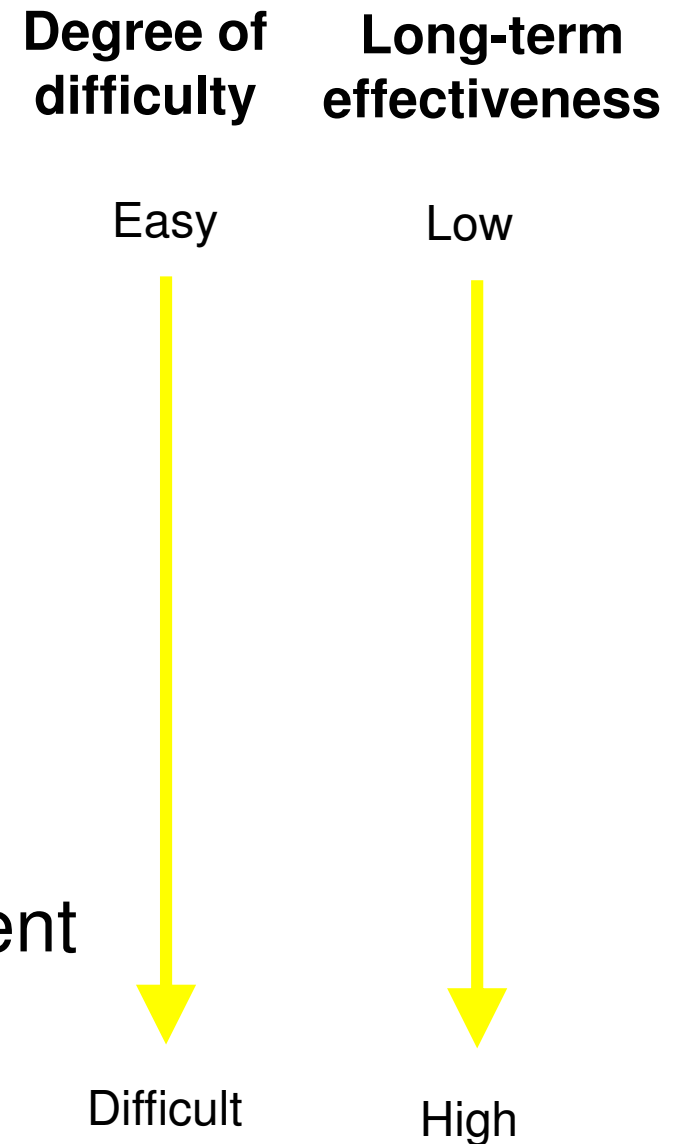
1. 醫療不良事件調查
2. 分析錯誤的本質
3. 體制探索(系統性思考)
4. 解決潛在失誤條件
5. 回饋與經驗分享
6. 教育訓練





Types of Actions

- Punitive
- Retraining / counseling
- Process redesign
 - "Paper vs. practice"
- Technical system enhancement
- Culture change





Human Factors Engineering Guidelines

- 1. Simple and Natural Dialogue**
2. Speak the Users' Language
3. Minimizing User Memory Load
- 4. Consistency**
- 5. Feedback**
6. Clearly Marked "Exits"
7. Prevent Errors
8. Good Error Messages
9. Help and Documentation
- 10. Readable and understandable labels and warnings**



以給藥事件為例



外觀相似、容易混淆
Demoral or Morphine??



改變外觀以利辨識



貼上不同顏色字體標籤





改變外觀以利辨識 再改進

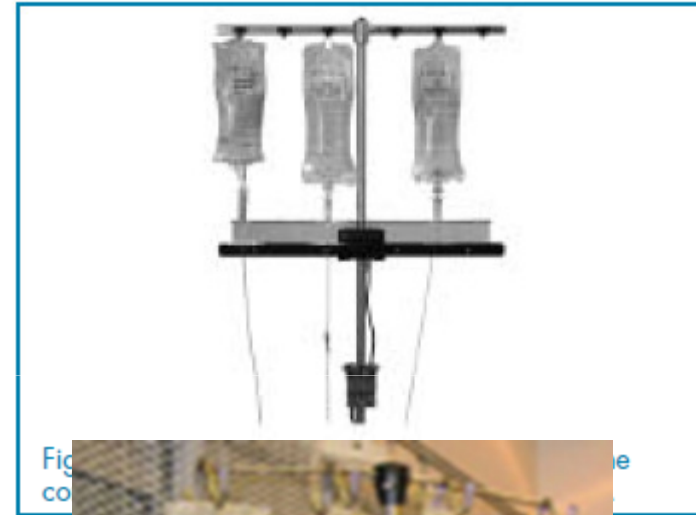
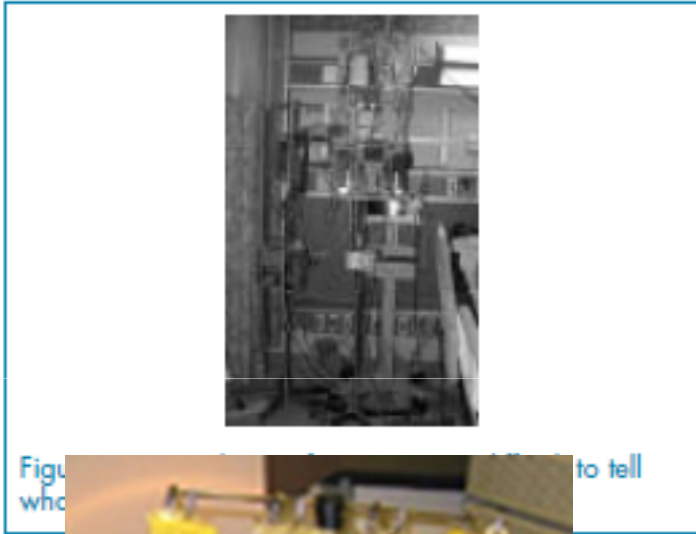


放大字型及增底色





那一個輸液擺置較清楚？





為什麼要有通報系統？

- 近年來國內幾起醫療不良事件造成傷亡...
- IOM的建議: **不以懲罰為手段的意外事件通報系統**是建立安全醫療體系的第一步
- WHO秘書處的報告：病人安全的維護應包括醫療不良事件的預防、偵查與降低損害
 - 經由好的**通報系統**從錯誤中學習
 - 增加系統預測錯誤的能力
 - 經由組織再造改善醫療照護的品質
 - 運用組織內外的資源進行病患安全維護

從錯誤中學習是病人安全的第一步





病人安全事件通報

- **建立通報制度**
 - 不良事件是機構發掘錯誤的最基本措施
 - 機構藉由**第一線人員**對於自己個人的錯誤或錯失所作的通報來發現**系統的問題**
 - 經由事件分析進而改善系統達到預防之目的
- **提升安全機制**
 - 提出**即時警訊**
 - 對於嚴重事件進行**根本原因分析(RCA)**
 - 大量資料的**趨勢分析**、風險分析與系統檢視
 - 根據系統分析結果**提出建議**





以學習為目的之通報系統

收集及分析不良/異常事件



由錯誤中學習



改變臨床或系統作為以減少危險因子



提升病人安全

to improve patient safety by reducing the risk of harm through errors!

強制

- 外部社會責任
- 法令規定
- 重大醫療事件
- 通報範圍必須明確
- 未通報會有罰則

自願

- 學習改善為主
- 自發、非懲罰
- 涵蓋各類異常事件，包括無傷害事件、跡近錯失等
- 需有保密機制保護相關人員

通報制度本質

- 發掘系統性問題
- 經由偵錯提昇系統安全
- 學習重於懲罰
- 安全文化為成功要素

- 經驗分享及資訊交流
- 累積及分析趨勢
- 找出新危害模式
- 彌補醫院內部通報系統之不足

內部

外部



台灣病人安全通報系統

- 考量國內建置外部通報的重要性及需要性
- **2003年11月**起由行政院衛生署補助醫策會辦理『全國性通報制度之建制與意外事件分析之可行模式評估』

台灣病人安全通報系統

TPR (**T**aiwan **P**atient-safety **R**eporting system)

<http://www.tpr.org.tw>

- TPR在臨床上代表體溫、脈搏及呼吸，為人類最重要的生命徵象，以此命名含有通報系統在病人安全中的不可或缺性



台灣病人安全通報系統（TPR）規劃

- 以**匿名,自願,保密,不究責,共同學習**五大宗旨為出發點
- 開放個人及機構作通報
- 不介入作事件調查
- 不對單一案件作改善建議，採整合多案同質性的通報資料，提醒機構對某類事件之共通處理原則





WHO 建議異常事件通報系統所需具備之條件 與TPR比較

項目	WHO	TPR
設立明確目標	Y	Y
建立資料庫中心及 擬定收集通報資料機轉	Y	Y
調查異常事件機制	Y	N
建立多方面通報機制如電話、郵件、 網路通報等	Y	Y
建立異常事件通報系統分類方法	Y	Y
專家諮詢小組	Y	Y
定期回饋分析資料及提出警訊事件	Y	Y
保密機制	Y	Y





各國通報系統概況

國家	政府機構 管理	自願性 通報	強制性 通報	民眾 通報	報表對 外公開
台灣 (TPR)	○	○		○	○
捷克	○	○	○		
丹麥	○		○		
英國	○	○		○	○
荷蘭	○		○	○	○
愛爾蘭	○		○		
斯洛維尼亞共和國	○	○			○
瑞典	○		○	○	○
美國 VA, The Joint Commission		○	22州	○	
澳洲- South Australia government Department of Health	○	○		○	
日本		○	○		○





TPR保密機制

硬體

- 獨立的通報辦公室：專人經刷卡才可進入
- 獨立通訊管道：專線電話、專線傳真
- 獨立資料處理設備：資料加密

人員

- 由專責「TPR工作小組」負責運作
- 非本小組負責轉譯可辨識資料人員，不得接觸報告之原始資料。

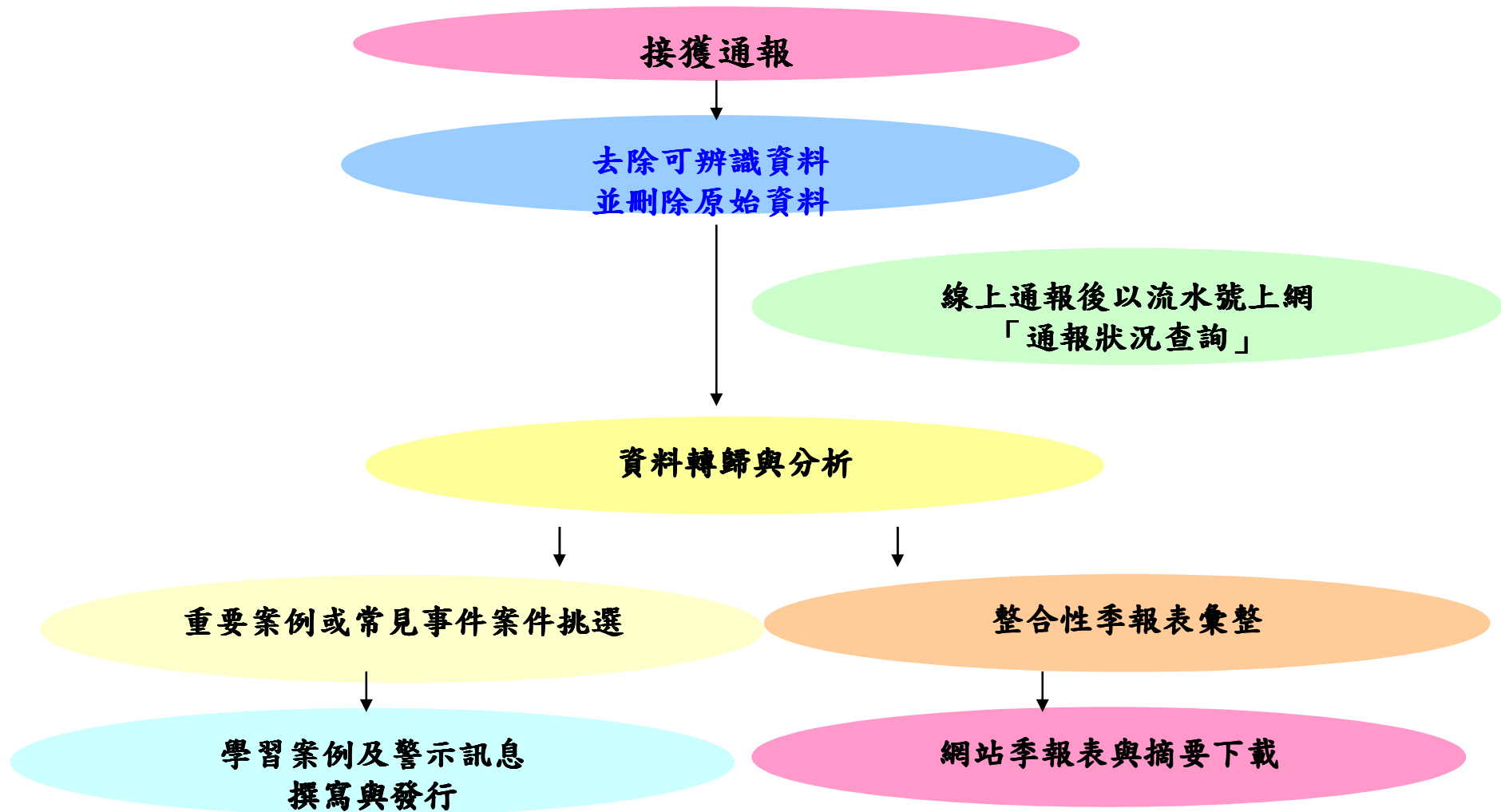
流程

- 接受通報資料後進行校正及去辨識後，即刪除原始通報資料。
- 為免通報者資料曝光，不對外提供任何單一案件的資訊。
- 通報網頁傳輸加密。





接收通報後處理流程





TPR分類原則與定義

- **事件影響程度**
 - 事件對“病人”造成的影響,主要指“生理”上傷害
- **事件類型**
 - 指發生失誤的流程或照護過程的歸類
- **發生領域**
 - 指發生事件的機構屬性以及相關人員特性(包含病人與員工)
- **可能原因**
 - 指導致該事件發生的可能原因
- **預防措施**
 - 指事件發生後立即採取的行動,以降低傷害程度或避免事件再次發生





通報事件類別

1. **藥物事件**：與給藥過程相關之異常事件
2. **跌倒事件**：因意外跌落至地面或其他平面
3. **手術事件**：在手術前、手術中、手術後過程中之異常事件
4. **輸血事件**：自醫囑開立備血及輸血過程相關之異常事件
5. **醫療照護事件**：醫療、治療及照護措施相關之異常事件
6. **公共意外**：醫院建築物、通道、其他工作物、天災、有害物質外洩等相關事件
7. **治安事件**：如偷竊、騷擾、誘拐、侵犯、病患失蹤、他殺事件
8. **傷害行為事件**：如言語衝突、身體攻擊、自殺/企圖自殺、自傷事件
9. **管路事件**：任何管路滑脫、自拔、錯接、阻塞事件
10. **院內不預期性心跳停止事件**：發生在醫療院所內非原疾病病程可預期之心跳停止事件
11. **麻醉事件**：與麻醉過程相關之異常事件。
12. **檢查/檢驗/病理切片事件**：與檢查、檢驗及病理切片的過程相關事件
13. **其他事件**：非上列之異常事件





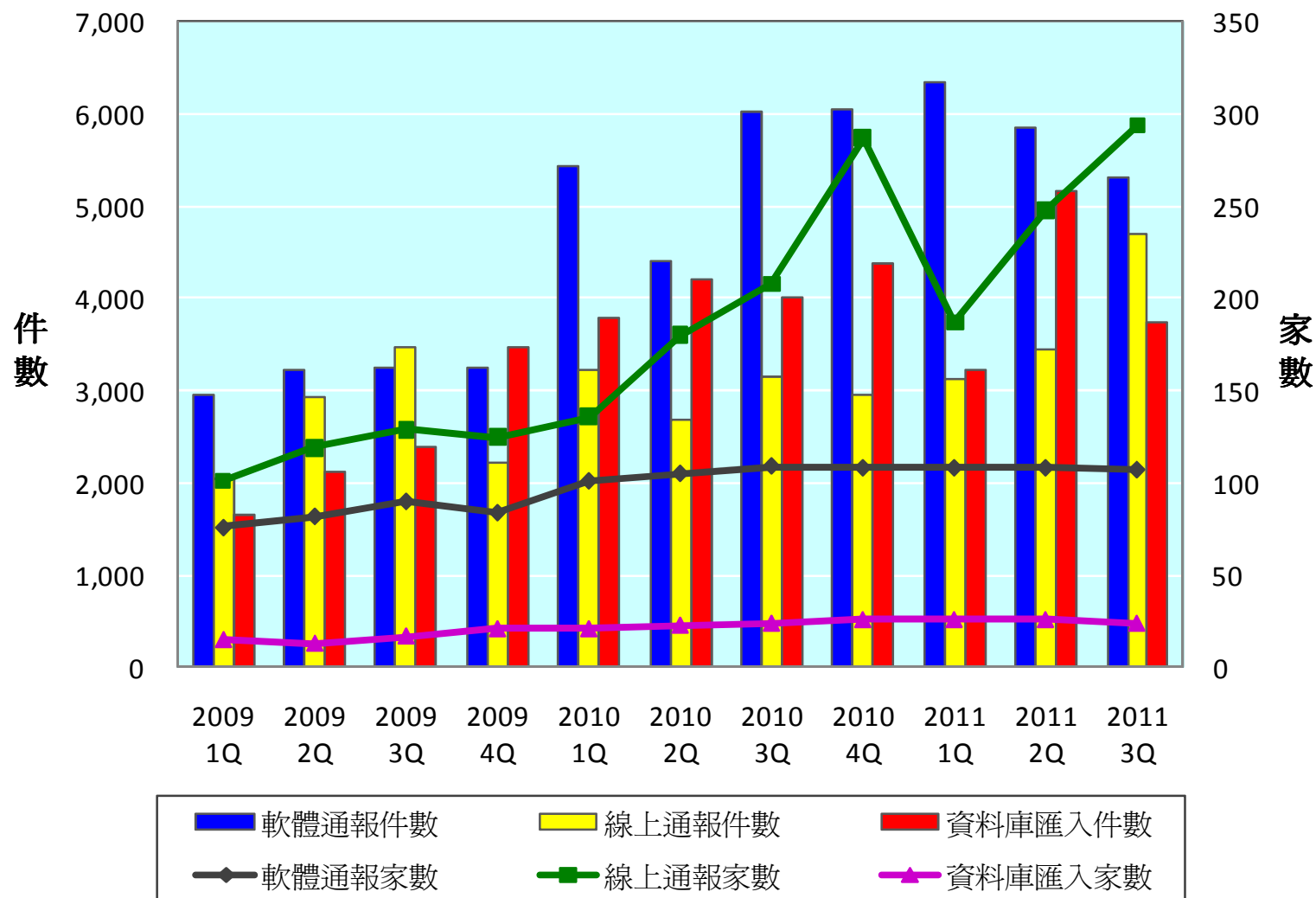
TPR通報管道

線上通報	軟體通報	資料庫匯入
<ul style="list-style-type: none">• 使用電腦透過網際網路連結至TPR網站 www.tpr.org.tw 進行通報• 硬體成本低，有網路即可通報• 但院內無法保留資料，且僅有簡易統計功能	<ul style="list-style-type: none">• 使用本會提供的通報軟體(免費)，安裝於機構內部，進行內部通報• 一次可上傳所有事件• 資料可存於機構內部，且有多組帳號密碼可供管理• 提供統計分析運用功能• 報表轉出word或Excel等功能• 需要有資訊人員維護此軟體	<ul style="list-style-type: none">• 適用於已建置院內通報系統的醫療機構• 匯入資料僅接受XML• 需資訊人員參與設計與欄位比對



三種通報方式家數件數統計

(資料範圍：通報日期自2009年至2011年9月)





台灣病人安全通報系統 各階段推行成果-1

	2004年TPR測試期	2005年TPR第一階段試辦	2005年TPR第二階段試辦
目的	網頁介面及資料處理流程測試	網頁介面及資料處理流程、各類事件表單適用性進行趨勢分析、案例學習與資訊分享的平台	
時間	2004/8/13~ 2004/8/26	2005/1/1~2005/6/30	2005/7/1~2005/12/31
對象	接受22家醫療機構 院內同仁通報：醫 中7家、區域12家、 地區2家、精專1家	試辦醫療機構&院內工作 人員； 申請參與試辦醫療機構計81 家，共26家進入試辦階段： 醫中7家、區域9家、地區6 家、精專4家	試辦醫療機構&院內工作 人員； 申請參與試辦醫療機構計 169家：醫中15家、區域50 家、地區89家、精專15家
通報管 道	僅接受網路線上通 報	網路線上通報、傳真、郵寄、 E-mail	機構:線上通報、資料上傳
通報範 圍	所見所聞、實際發生之各類醫療異常事件，包括跡近錯失		
通報件 數	291件	401件	1,359件





台灣病人安全通報系統 各階段推行成果-2

	2006年推廣期	2007年持續推廣
目的	推廣通報、擴大參與層面與通報管道、協助院內建置通報系統、評估通報系統長期運作模式評估、刊物發行、進行趨勢分析、案例學習與資訊分享的平台	
對象	申請參與之醫療機構&院內工作人員； 共有303家參與：醫中19家、區域59家、地區184家、精專26家、診所18家	申請參與之醫療機構&院內工作人員； 共有339家參與：醫中20家、區域59家、地區210家、精專30家、診所18家、老人養護中心1家、康復之家1家
通報管道	網路線上通報、軟體上傳、資料庫匯入	
通報範圍	所見所聞、實際發生之各類醫療異常事件，包括跡近錯失	
通報件數	共8,904件	共14,945件



台灣病人安全通報系統 各階段推行成果-3

	2008~2010年擴大推廣			2011年擴大推廣
目的	推廣通報， 擴大參與層面 與通報管道、系統更新、改善介面及功能，並協助院內建置通報系統、新增事件類別，持續更新通報表單內容以符合使用者需求。 評估通報系統長期運作模式、徵集警示訊息及學習案例，建構機構交流的平台、分析通報資料，定期發行刊物。			
時間	2008年	2009年	2010年	2011/1/1~9/30
對象	408家	447家	2,657家	3,720家
通報管道	網路線上通報、軟體上傳、資料庫匯入			
通報範圍	所見所聞、實際發生之各類醫療異常事件，包括跡近錯失			
通報件數	25,283件	32,989件	50,310件	40,923件





TPR網站 <http://www.tpr.org.tw>

English



Taiwan Patient-Safety Reporting System

台灣病人安全通報系統

系統簡介

通報方式

通報查詢

統計報表

出版專區

參考資料

下載專區

常見問題

帳號申請

全文檢索

搜尋

最新消息 RSS

more..

日期	標題	點閱率
2011-03-17	台灣病人安全通報系統 (TPR) 參考作業指引1則，歡迎下載參考！	711
2011-03-07	台灣病人安全通報系統警示訊息與學習案例徵稿！	307
2011-02-11	尚未加入TPR之醫療機構可於線上填寫申請資料囉！	205
2011-01-07	目前有部份免費郵件信箱，將tpr@tjcha.org.tw判定為垃圾信，為避免您收不到帳號、密碼及相關訊息，請將tpr@tjcha.org.tw加入您通訊錄之中。	73
2010-12-03	台灣病人安全通報系統通報案件去辨識作業說明	334

「台灣病人安全通報系統」以 **匿名,自願,保密,不究責,共同學習** 五大大宗旨為出發點。本系統資料收集多方的病人安全相關經驗，進行趨勢分析並對醫療機構提出警示訊息及學習案例，建立機構間經驗分享以及資訊交流之平台，進一步營造安全之就醫環境。

- 所有通報事件具有嚴重、急迫性，或有致醫療糾紛或法律責任之虞，請您依院內流程儘速處理。
- 所有通報事件符合衛生主管機關或國家其他法律所明定須強制通報之事件，如「傳染病防治法」等，請您依法定流程儘速辦理；另藥事法規定藥物（藥品、醫療器材）引起嚴重不良反應，依法定期限向全國藥物不良反應通報中心通報（網址：<http://adr.doh.gov.tw>）。
- 員工針扎事件屬於勞工安全、職業災害，請通報至勞委會 **EPINet 針扎防護通報系統**。

網站瀏覽人次：307443

本網站 行政院衛生署 版權所有 委由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會維護

會址 220台北縣板橋市三民路二段31號5樓

電話：(02)2958-6922

傳真：(02)2963-4292

本網站建議最佳顯示解析度為1024x768



醫療人員
通報病人
安全事件



一般民眾
通報病人
安全事件



EPINet針
扎防護通
報

聯絡我們

病人安全資訊網



醫事人員訓練(2007)



參與現況-1

- 參與家數：至2011年10月31日止為3,820家
 - 各類型機構分布如下：
 - 醫學中心 20家
 - 區域醫院 68家
 - 地區醫院 365家
 - 精神專科醫院 36家
 - 診所 3,009家
 - 衛生所 154家
 - 護理之家 151家
 - 老人養護中心 11家
 - 康復之家 4家
 - 其他 2家
- 2009年起擴大推廣參與





參與現況-2

- 2010年通報量：50,310件
 - 醫學中心15,894件（31.6%）
 - 區域醫院15,464件（30.7%）
 - 地區醫院12,644件（25.1%）
 - 精神專科醫院5,180件（10.3%）
 - 診所及衛生所100件（0.2%）
 - 護理之家535件（1.1%）
 - 老人養護中心105件（0.2%）
 - 康復之家0件（0%）
 - 其他388件（0.8%）
- 2011年通報量：40,923件
 - 醫學中心10,675件（26.0%）
 - 區域醫院14,501件（35.4%）
 - 地區醫院10,375件（25.4%）
 - 精神科醫院4,486件（11.0%）
 - 診所及衛生所148件（0.4%）
 - 護理之家649件（1.6%）
 - 老人養護中心17件（0%）
 - 康復之家0件（0%）
 - 其他72件（0.2%）

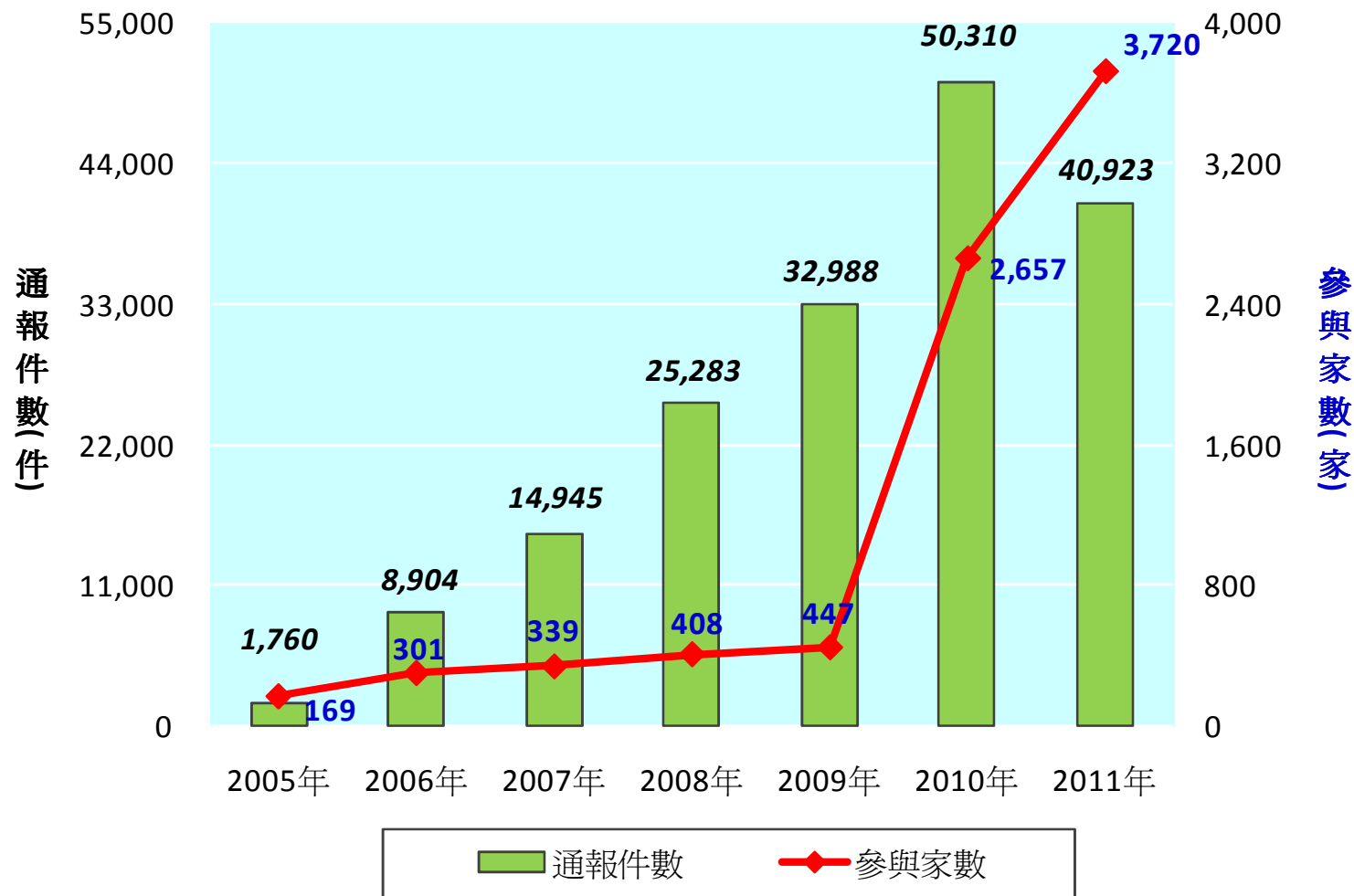
(資料範圍：按通報日期)

(統計至2011年9月30日止)





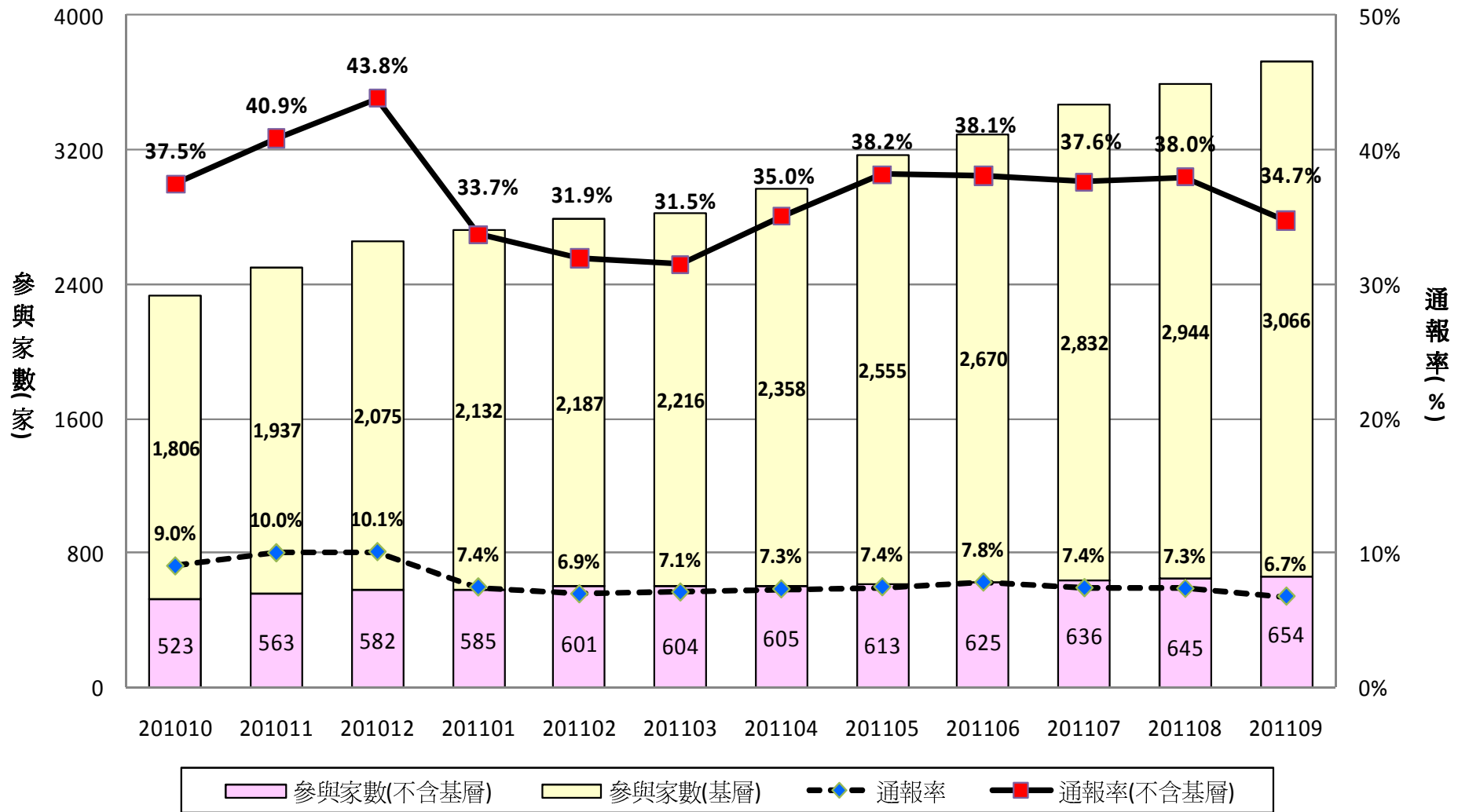
歷年參與家數及通報件數圖



(資料範圍：按通報日期，2011年計算至9月止)



機構參與及通報率





TPR 整體資料分析



TPR通報事件類別與發生機構別

(2005年至2011年9月通報事件)

	醫院	精神專科醫院	診所	護理之家	精神復健機構	養護機構	其他	未填	小計
藥物事件	45,178	1,661	59	109	75	1	133	3,799	51,015
跌倒事件	36,638	6,279	97	2,071	607	24	261	2,001	47,978
手術事件	2,077	3	3	1	1	0	21	137	2,243
輸血事件	1,506	0	0	1	1	0	19	120	1,647
醫療照護	7,248	331	34	281	84	3	79	877	8,937
公共意外	2,098	145	22	48	26	1	40	196	2,576
治安事件	4,940	1,683	12	91	94	1	26	558	7,405
傷害行為	4,321	7,347	11	190	471	4	40	579	12,963
管路事件	25,648	52	19	491	42	3	204	1,225	27,684
心跳停止	1,405	49	1	52	18	2	2	23	1,552
麻醉事件	136	0	0	0	0	0	0	1	137
檢查檢驗	8,990	35	16	3	0	0	13	79	9,136
其他事件	1,247	173	5	17	23	0	13	359	1,837
總計	141,432	17,758	279	3,355	1,442	39	851	9,954	175,110





TPR通報事件類別與對健康影響程度

(2005年至2011年9月通報事件)

	死亡	極重度	重度	中度	輕度	無傷害	跡近錯失	無法判定	未填	小計
藥物事件	13	17	223	1,447	2,495	10,901	32277	2,367	436	50,176
跌倒事件	49	49	1,455	8,182	14,595	20,886	112	832	278	46,438
手術事件	7	9	88	215	354	695	566	218	19	2,171
輸血事件	5	4	17	77	64	469	778	156	14	1,584
醫療照護	68	47	708	1,908	1,306	2,718	779	577	54	8,165
公共意外	6	2	18	182	180	934	146	227	18	1,713
治安事件	23	6	61	199	289	4,405	182	1,217	24	6,406
傷害行為	73	21	272	2,213	3,833	5,602	153	170	56	12,393
管路事件	62	40	551	9,741	5,344	9,652	272	917	436	27,015
心跳停止	861	164	267	43	37	12	0	137	14	1,535
麻醉事件	1	1	20	27	36	29	4	15	1	134
檢查檢驗	4	4	43	337	329	3,487	3,898	730	88	8,920
其他事件	24	7	79	228	163	639	156	156	17	1,469
總計	1,196	371	3,802	24,799	29,025	60,429	39,323	7,719	1,455	168,119

(僅計受影響對象為病人/住民者)





跡近錯失Near Miss 事件的重要性

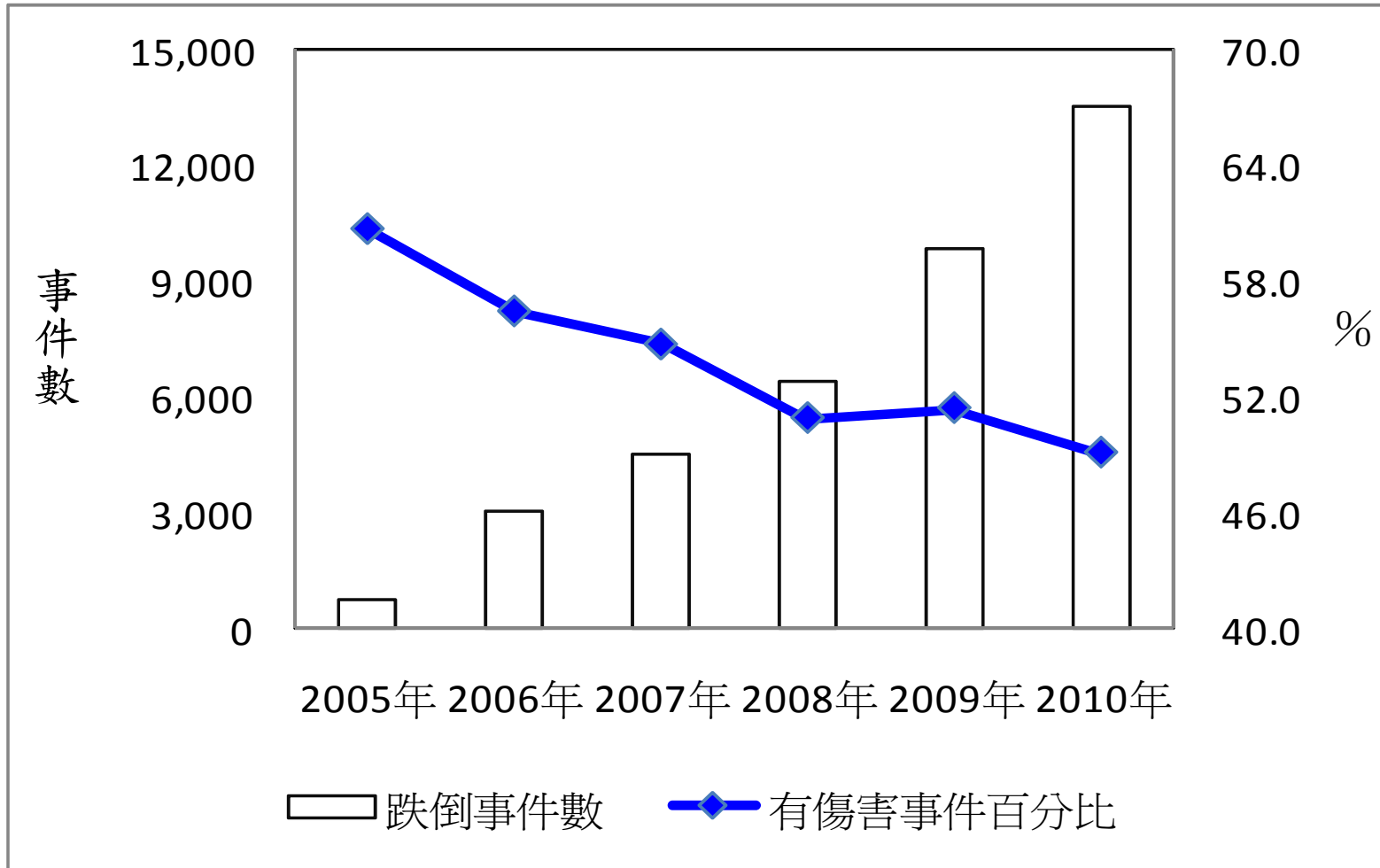
- 跡近錯失：由於不經意或是即時的介入行動，而使其原本可能導致意外、傷害或疾病的事件或情況並未真正發生
- 與不良事件發生的本質相似
- 發生數量較多，較利於數字統計分析
- 通報的障礙較小
- 有助系統偵錯模式、防呆機制的建立與評估





台灣病人安全通報系統資料

跌倒事件-正向文化, 降低傷害





TPR資料學習

- 通報頻率高的事件可提供較深入的學習,發揮通報的效能
- 通報頻率高但嚴重度低的事件如檢查檢驗與藥物事件,可顯示安全作為預防的效能
- 嚴重程度高的事件如院內不預期心跳停止事件、麻醉事件、管路事件、傷害行為、跌倒事件值得列入優先改善重點
- 通報來源以醫院為主,其他機構值得推廣,可考量重點式鼓勵





醫師參與通報概況

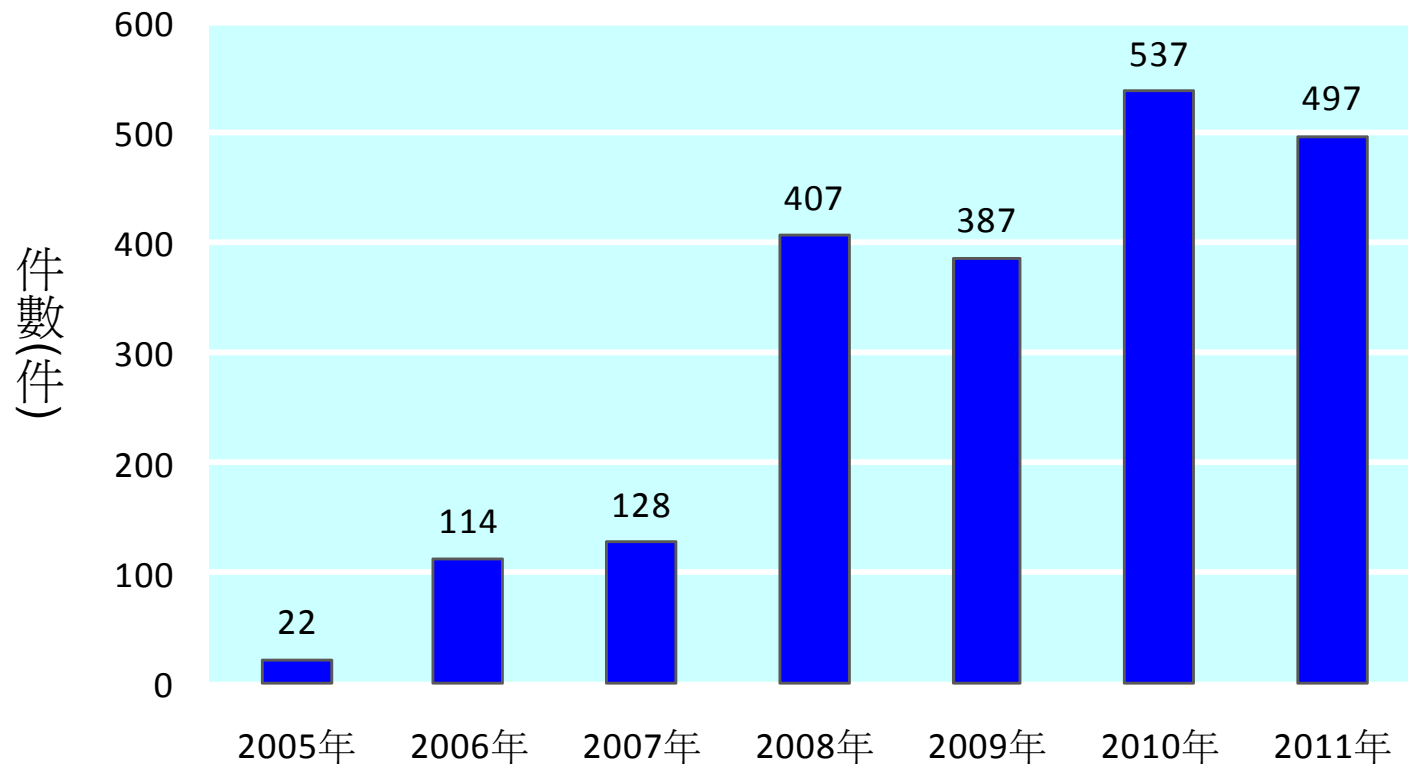
- 2005年1月到2011年9月通報收案事件共計175,113件，其中由醫師通報的事件共2,092件，佔所有事件的1.2%
- 部分事件為醫師請醫療團隊人員通報異常事件，執行通報者非醫師，或未於系統中選擇通報者，無法統計。
- 美國研究指出，自願性異常事件通報系統，醫師通報比例約1.1%，且醫師通報的事件嚴重程度較其他醫事人員高。





2005~2011年每年醫師通報事件數

N=2,092



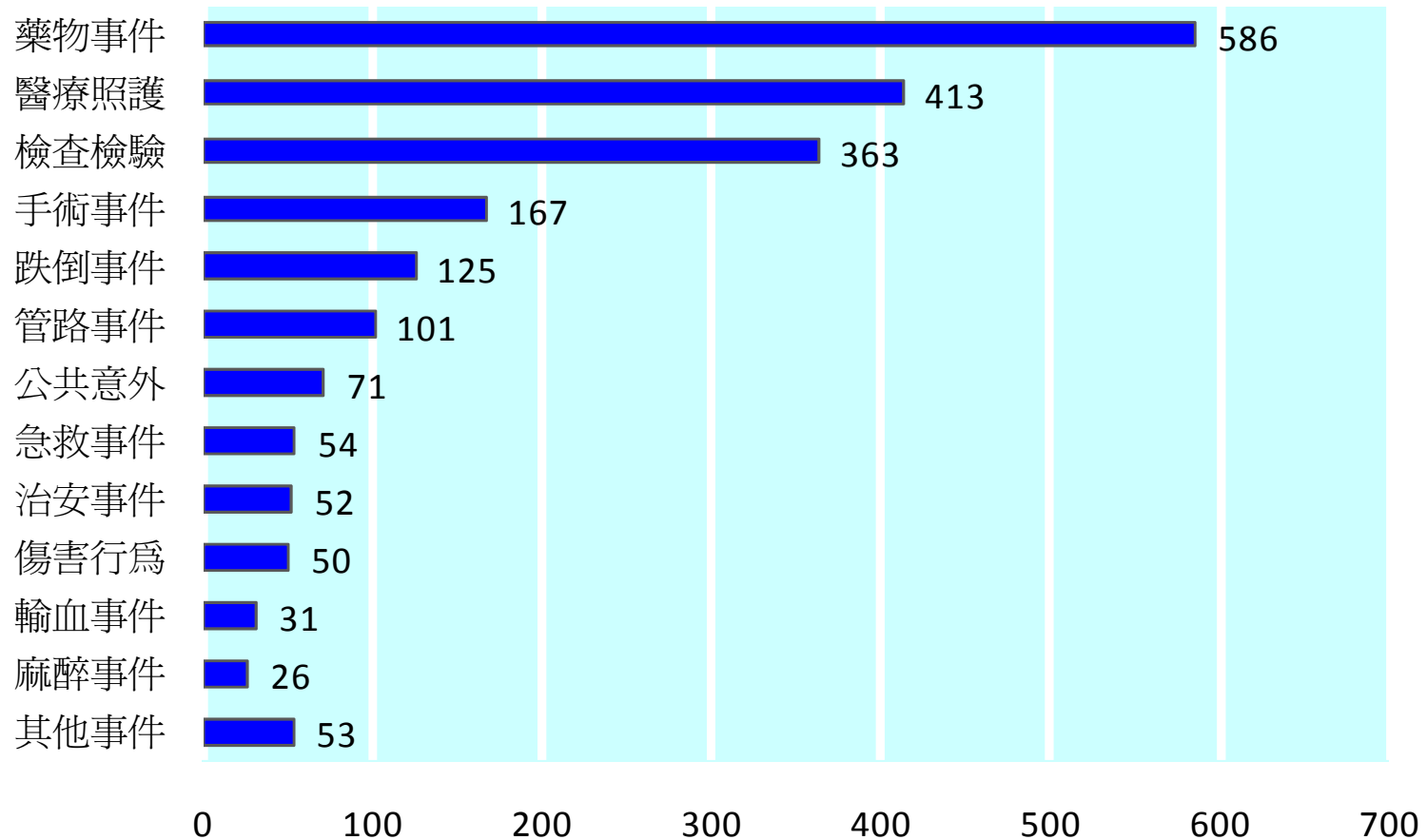
資料範圍：通報日期2005年至2011年9月30日





醫師通報事件類別-1

N=2,092



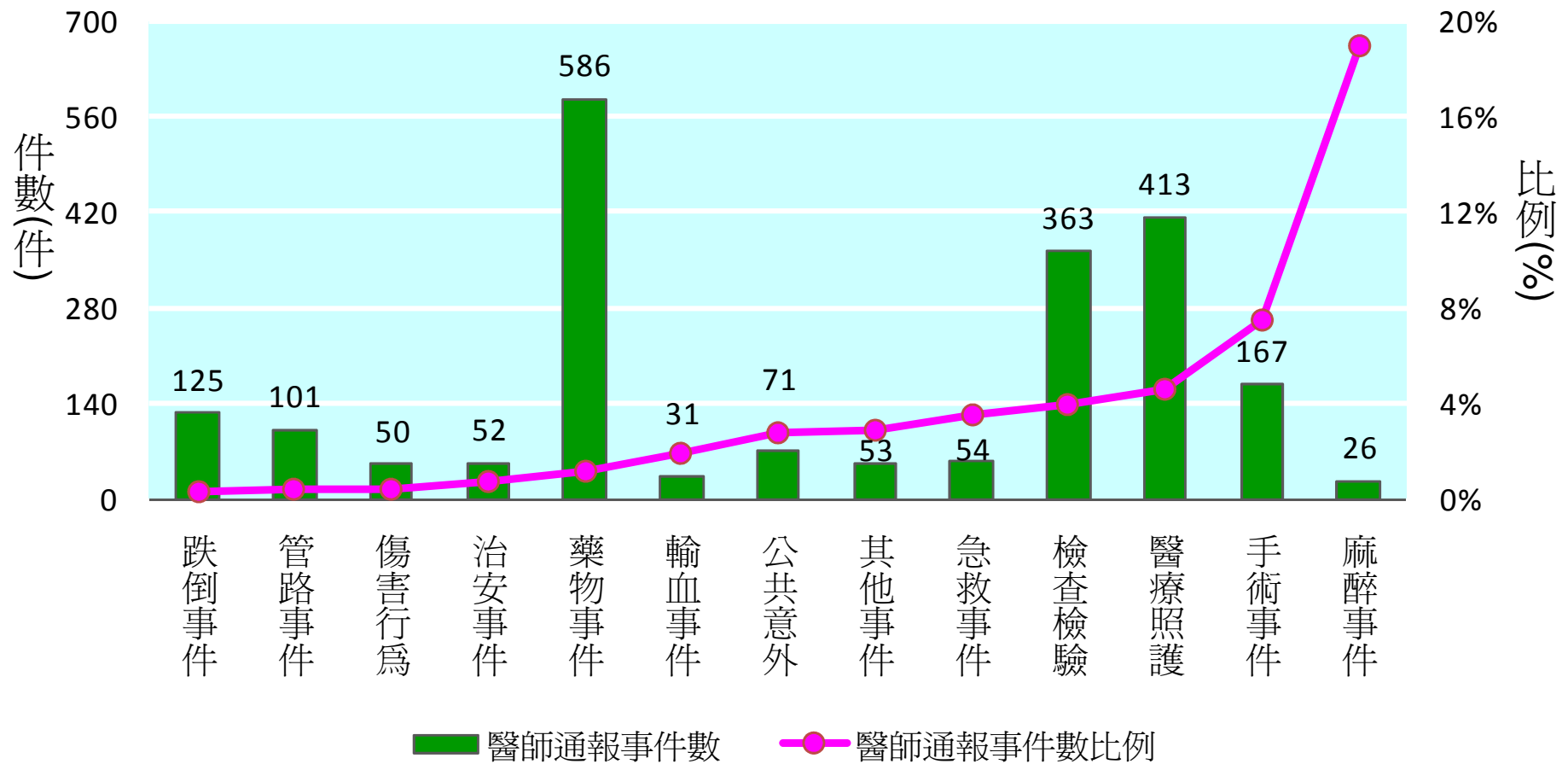
資料範圍：通報日期2005年至2011年9月30日





醫師通報事件類別-2

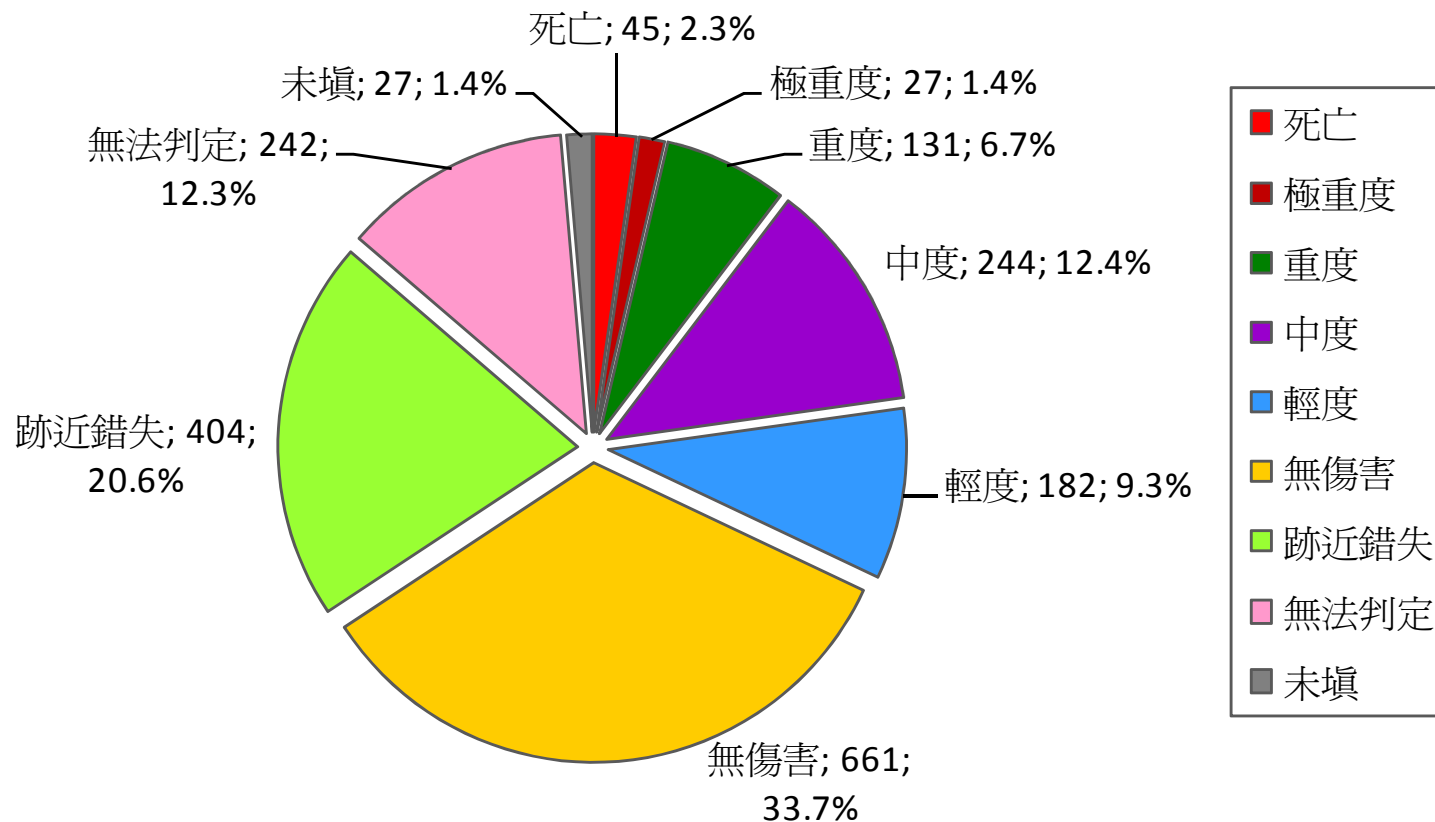
N=2,092



資料範圍：通報日期2005年至2011年9月30日



醫師通報事件嚴重程度(n=1,963)



資料範圍：通報日期2005年至2011年9月30日





醫師通報事件型態

- 醫師通報的事件內容，較常見與跨專業合作溝通、評估與診斷延遲或錯誤、處置延遲或不當、資訊系統設計或效能等問題有關
- 另有部分醫師通報事件屬非TPR事件，如病人或家屬對治療結果認知不同，院內行政管理流程作業、團隊成員態度等
- TPR醫師通報事件型態與國外自願通報系統研究相近，傾向於通報嚴重程度較高，與診斷或處置相關的異常事件。因此，透過鼓勵醫師通報與強化醫師參與，可得到更多面向的資訊





TPR 資料回饋

- 整合性季報表、通報年度報表
(2005、2006、2007、2008、
2009、2010)
- 警示訊息68則、學習案例18則、
病人安全參考作業指引5則

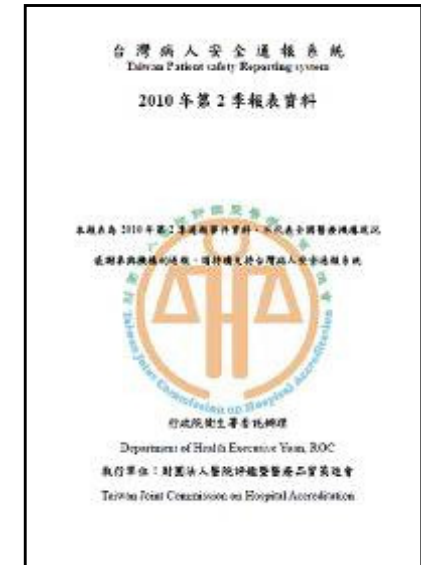




量性資料整合分析

季報表/年度報表

- 每三個月定期回饋參與醫院季報表
 - 內容包含整體事件描述、事件相關統計、病人相關統計、通報者相關統計，以及各類事件相關統計等
- 每年就前一年發生事件通報資料進行趨勢分析，發行年度報表





Taiwan Patient-Safety Reporting System

台灣病人安全通報系統

[首頁](#) | [系統簡介](#) | [通報方式](#) | [通報查詢](#) | [統計報表](#) | [出版專區](#) | [參考資料](#) | [Q&A](#) | [下載專區](#) | [聯絡我們](#) | [網站連結](#)

統計報表

[摘要](#)

[年報表](#)

[季報表](#)

[EPINet統計報表*](#)

[*連結至EPINet針扎防護通報系統首頁](#)

點閱次數: 6978

摘要 (Brief)

- ★2009年第4季報表摘要
- ★2009年第3季報表摘要
- ★2009年第2季報表摘要
- ☆2008年報摘要
- ★2009年第1季報表摘要
- ★2008年第4季報表摘要
- ★2008年第3季報表摘要
- ★2008年第2季報表摘要
- ★2008年第1季報表摘要
- ☆2007年報摘要
- ★2007年第4季報表摘要
- ★2007年第3季報表摘要
- ★2007年第2季報表摘要
- ★2007年第1季報表摘要
- ☆2006年報摘要
- ★2006年第2季報表摘要 (2006年僅有兩季資料)
- ★2006年第1季報表摘要
- ★2005年第2季報表摘要 (2005年僅有兩季資料)
- ★2005年第1季報表摘要

重要訊息

或報告數據錯誤以致後續醫療處置錯誤)時就需通報。

員工針扎事件屬於勞工安全、職業災害，請通報至[行政院勞委會](#)
FPINet 針扎防護通報系統



第一屆與國際標準(2007)



Taiwan Patient-Safety Reporting System

台灣病人安全通報系統

[首頁](#) | [系統簡介](#) | [通報方式](#) | [通報查詢](#) | [統計報表](#) | [出版專區](#) | [參考資料](#) | [Q&A](#) | [下載專區](#) | [聯絡我們](#) | [友好連結](#)

出版專區

警示訊息

學習案例

研討會資料

病人安全參考作業指引

點閱次數: 9791

警示訊息(Alert)

- ➔ 術後低體溫病人於回溫過程遭燙傷事件 2009年Q4
- ➔ 新生兒手指割傷意外事件 2009年Q4
- ➔ 靜脈滴注給藥發生藥物過敏 2009年Q4
- ➔ 易增加跌倒風險的藥品 2009年Q4
- ➔ 及早發現病人鬆動或脫落之假牙或牙齒以防誤吞 2009年Q4
- ➔ 氣管內管或氣切套管阻塞 2009年Q4
- ➔ 提醒藥名相似或包裝相似藥品 2009年Q3
- ➔ 提醒藥名相似或包裝相似藥品 2009年Q2
- ➔ 提醒藥名相似或包裝相似藥品 2009年Q1
- ➔ 提醒藥名相似或包裝相似藥品 2008年Q4
- ➔ 電子化醫令系統輸入介面設計不良導致藥物錯誤 2009年Q4
- ➔ 手術過程發生燒燙傷意外事件 2009年Q3

重要訊息

完成，參與伙伴輸入帳號密碼後，即可查詢通報案件進度，並使用多項基本線上統計功能，請各參與機構多加利用。

使用聯絡我們的功能時，若希望





歷年已發佈之**警示**訊息 (2006-2010年)

- 藥物事件: 29則 (含14則常見藥名相似及包裝相似藥品)
- 跌倒事件: 4則
- 手術事件: 4則
- 醫療照護事件: 14則
- 傷害行為事件: 3則
- 管路事件: 10則
- 院內不預期心跳停止事件: 2則
- 公共意外事件: 1則
- 麻醉事件: 1則





歷年已發佈之學習案例 (2005-2008年)

- 藥物事件: 5例
- 跌倒事件: 4例
- 醫療照護事件: 4例
- 傷害行為事件: 1例
- 管路事件: 2例
- 院內不預期心跳停止事件: 1例
- 檢驗檢查病理切片事件: 1例





病人安全參考作業指引

- 利用通報資料，建立機構推動病人安全之參考作業指引
 - 手術火災預防及緊急應變安全參考作業指引
 - 麻醉藥物標準標籤製作與使用參考作業指引
 - 病人安全事件相關醫療人員關懷支持參考指引
 - 中心導管置入與照護安全參考作業指引
 - 非精神醫療單位病人自殺防範參考作業指引





歡迎對於警示訊息、學習案例、作業指引提出您的想法或實際運用情形

文章標題前 ▲符號表示該則為警示訊息，△為參考作業指引，L 為學習案例

07 三月 11 警示訊息與學習案例徵稿!

f Share [email icon] Tweet 0

台灣病人安全通報系統 (Taiwan Patient-Safety Reporting System, TPR) 於2005年正式上線迄今，感謝參與機構無私奉獻，造就國內醫療界專有的通報資料庫，得以將資料轉化為知識，出版統計報表、警示訊息與學習案例等成果。為建構多元的資訊交流平台，鼓勵醫事機構間共同學習，誠摯邀請您分享貴機構針對病人安全事件的處理經驗與學習成果。

徵稿範圍包含13類(藥物、跌倒、手術、輸血、醫療照護、公共意外、治安、傷害行為、管路、院內不預期心跳停止、麻醉、檢查/檢驗/病理切片、其他) TPR事件，歡迎針對麻醉、手術、公共意外及輸血等4類事件踴躍投稿。

<下載投稿說明及投稿格式>

本則分類為 本論壇公告，有 0 篇分享

< ▲化療藥品潑灑之預防與處理

我要迴響

Form with fields for Name (required), Mail (required, will not be published), Personal Website, and a large text area for comments.

歡迎您與大家分享貴機構的作法哦!

分類

- 不分類 (1)
傷害行為事件 (4)
公共意外事件 (2)
手術事件 (3)
本論壇公告 (1)
檢查/檢驗/病理切片 (3)
管路事件 (12)
藥物事件 (14)
跌倒事件 (4)
醫療照護事件 (14)
院內不預期心跳停止 (1)
麻醉事件 (1)

關鍵字

中心靜脈導管 交接 保溫箱 分裝 區域
規劃 即時性 家屬 手術 手術火災 檢驗報告 氣切套
管 氣管內管 洗腎 溝通 火災 具
物哽塞 磁力 管路 管路滑脫 老年 胸腔引流



病人安全年度目標規劃建議

- 由TPR系統通報事件之量性質性分析結果，就需醫療機構共同執行、持續推廣、改善之病人安全議題，提出參考建議
 - 用藥安全
 - 跌倒預防與降低傷害
 - 管路安全
 - 手術安全
 - 醫院火災預防與緊急應變





醫療品質及病人安全工作目標

提升用藥安全

- 落實正確給藥程序、查核
- 落實病人用藥過敏及不良反應史的登錄及運用
- 加強慢性病人用藥安全
- 提升病人及照顧者安全用藥的能力
- 運用資訊提高用藥安全

鼓勵異常事件通報

- 營造異常事件通報文化，並參與全國性病人安全通報系統
- 落實院內病人安全通報標準作業程序
- 對重大異常事件進行根本原因分析
- 定期分析通報資料，採取適當預防及改善措施

鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作

- 鼓勵醫療人員主動與病人及其家屬建立合作夥伴關係
- 擴大病人安全委員會參與層面
- 鼓勵民衆通報所關心的病人安全問題
- 主動提供病人醫療安全相關資訊

落實感染控制

- 落實洗手遵從性及正確性
- 醫療照護相關感染重大事件應列為警訊事件處理
- 落實抗生素正確使用的教育及監測機制

提升醫療照護人員間溝通的有效性

- 落實交接班資訊傳遞之完整與及時性
- 落實轉運病人之風險管理與標準作業程序
- 落實醫療照護人員間醫囑或訊息傳遞的正確性
- 檢驗、檢查、病理報告之危急值應及時通知與處理
- 加強團隊溝通技能

提升管路安全

- 加強管路使用之評估及照護品質
- 加強監測及通報管路事件，採取預防及改善措施
- 整合醫療團隊資源，提供跨專業管路照護

提升手術安全

- 落實手術辨識流程
- 落實手術安全查核項目
- 提升麻醉照護功能，確保手術安全
- 落實手術儀器設備檢測作業
- 建立適當機制，檢討不必要之手術

加強醫院火災預防與應變

- 確保建物與設施的防火性能
- 確保滅火及逃生設施的有效性
- 依照單位特性，擬定防火計畫
- 制定全院及各特殊單位之火警應變計畫
- 落實人員防火教育及火警應變訓練

預防病人跌倒及降低傷害程度

- 落實執行跌倒風險評估及防範措施
- 加強監測與通報病人跌倒
- 改善照護環境，以降低跌倒傷害程度





推廣病人安全通報系統 提升安全文化

- 醫事人員病人安全推廣活動，推廣正向通報文化之重要性
- 病人安全通報標竿學習活動
- 事件分析管理、警示訊息與學習案例應用分享
- 建立異常風險管理概念（RCA、FMEA）





通報如何與評鑑/督導考核結合

- 機構向評鑑/考核委員呈現參加外部通報
- 機構通報方式及件數內容之分析
- 發生意外事件之處理流程、根本原因分析
- 預防再發生之措施及風險管理

通報量多寡≠機構安全品質

異常事件處理、預防再發生的學習改善

比完成通報更重要





TPR與國內其他通報平台

- 行政院勞委會
 - 員工針扎事件屬於勞工安全、職業災害，建議通報至勞委會勞工安全衛生研究所**EPINet 針扎防護通報系統**
 - 通報網址 <http://epinet.cmesh.org.tw>
- 食品及藥物管理局
 - 藥事法規定藥物（含藥品、醫療器材）引起嚴重不良反應及不良品，依法定期限通報至**全國藥物不良反應通報中心(ADR)**
 - 通報網址 <http://adr.doh.gov.tw>
- 疾病管制局
 - 法定傳染病、院內群聚感染等，請依法定流程向**CDC**進行傳染病通報





鼓勵通報與從通報中學習

- 通報系統是從失誤中學習的基礎
- 通報的本身必須是”安全的”
- 通報的價值來自回饋
- 藉由通報的分析、提出具價值的課題、達到共同學習的目的





TPR 未來努力方向

- 強化通報資料完整性與正確性
- 提升學習與分享的效能
 - 鼓勵各專業人員參與
 - 提供具學習價值的案例及改善做法
 - 擴大分享機制
- 病人安全與通報文化的營造
- 通報軟體更新，並強化功能
- 共同建構交流學習知識共享平台





最危險的五個字

**IT
Could
Not
Happen
Here**





台灣病人安全通報系統

Taiwan Patient-safety Reporting System

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Q & A



安全的文化由通報做起
TPR需要您的參與
<http://www.tpr.org.tw>

台灣病人安全通報系統
Taiwan Patient-safety Reporting System
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

