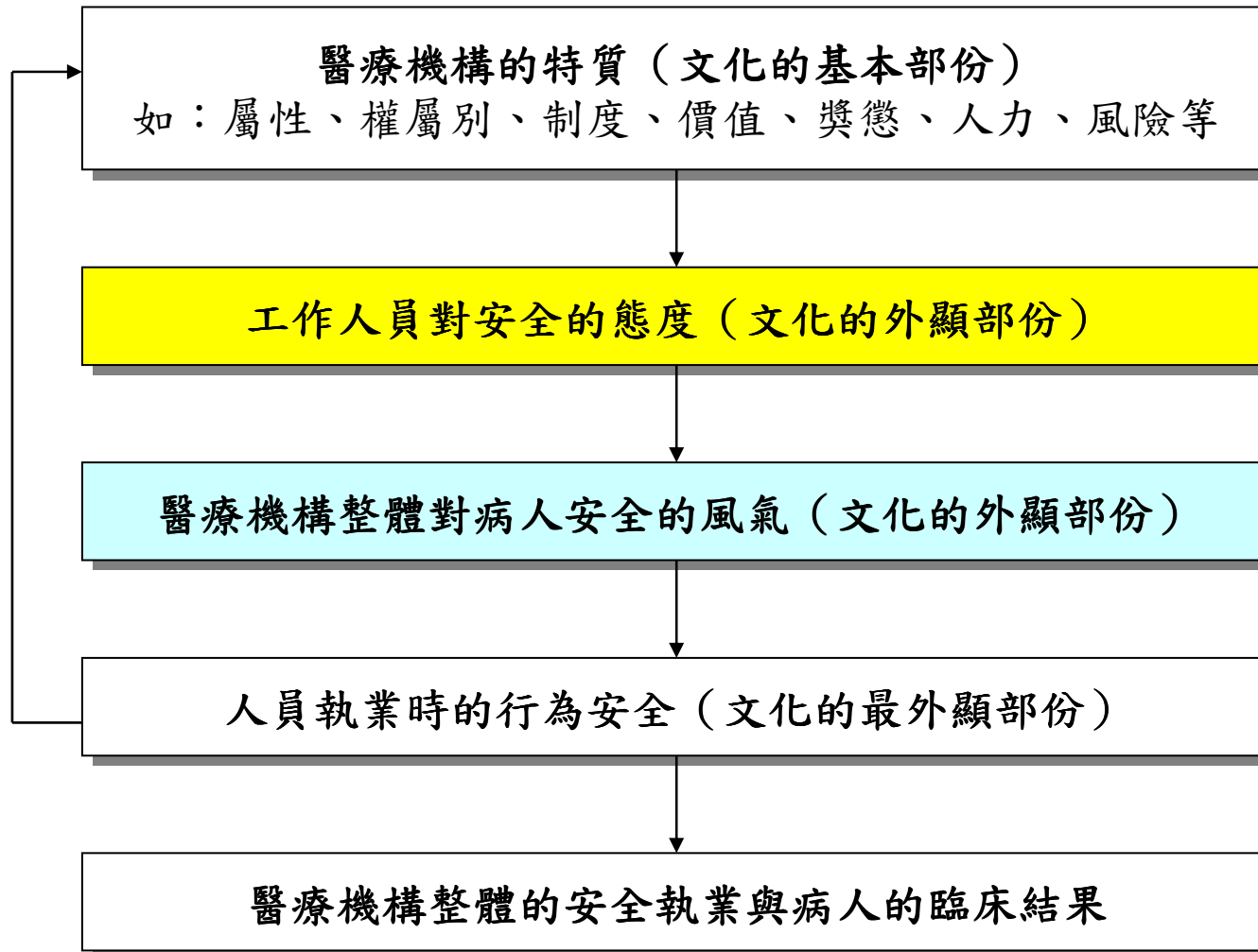


台灣地區醫院病安文化 評量與營造

台北榮民總醫院
李偉強 博士

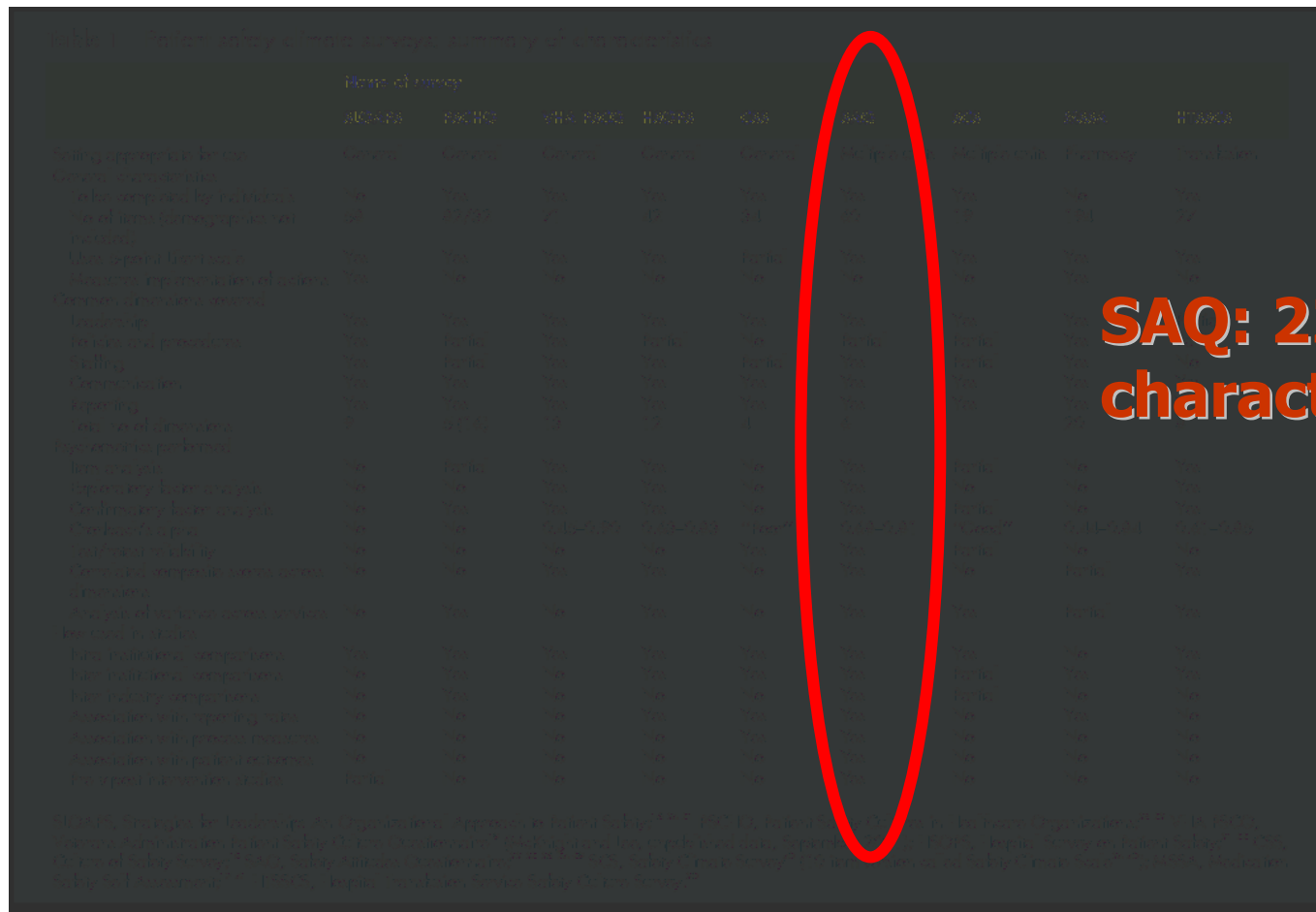
安全文化對病安結果的影響



國際病人安全發展的趨勢

- 醫院安全文化的評量與營造
- 團隊合作模式的建置
- 風險管理
- 領導與執行力

不同病安文化量表間的比較



SAQ: 22 out of 23 characteristics

Qual. Saf. Health Care 2005;14;364-366

SAQ 安全態度計量表

- 單位團隊合作的風氣 (Teamwork climate)
- 單位安全的風氣 (Safety climate)
- 對壓力的感受 (Stress recognition)
- 單位對管理的感受 (Perception of management)
- 單位工作狀況 (Working condition)
- 對工作單位的滿意 (Job satisfaction)



全國醫院病安文化調查（2007年）

- 中文化安全文化量表
- 前驅研究與信效度檢測
- 邀請全國不同層級醫療機構參與
- 分析醫療機構間差異
- 焦點團體座談會進行深度討論
- 邀請Dr. Bryan Sexton來台指導



2007年全國醫療機構安全文化調查

1. 衛生署科技計劃與國家衛生研究院
2. 調查期間：2007年7~8月
3. 全國各層級114家醫院
4. 有效樣本：21,359份
5. 問卷回收率：約70%



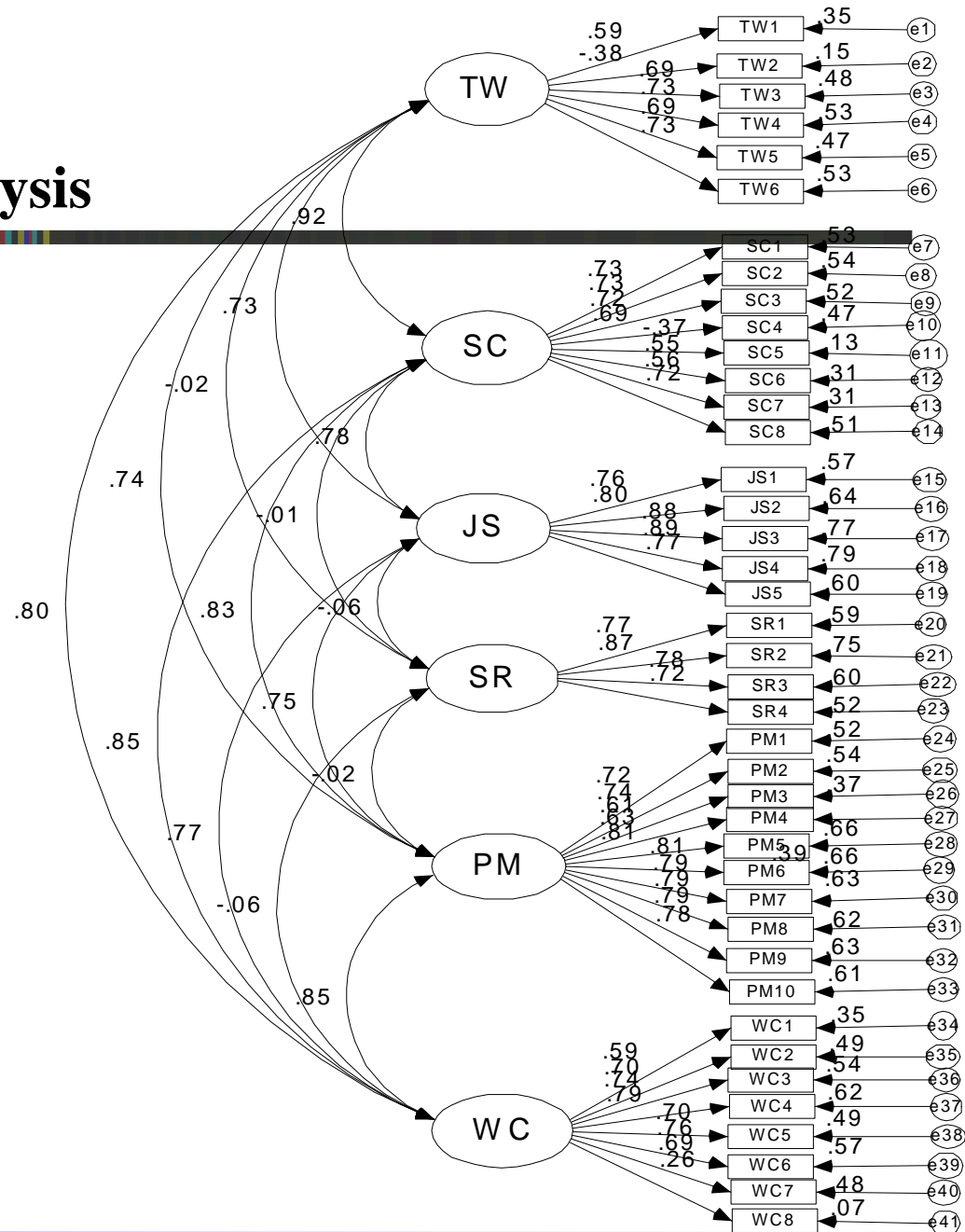
SAQ有足夠的信度

安全文化構面	Cronbach α
團隊合作	0.81
安全氣氛	0.82
對工作的滿意度	0.87
對壓力的認知	0.93
對管理的感受	0.84
工作狀況	0.91

衛生署、國家衛生研究院、醫策會
計劃主持人：侯勝茂、李偉強等

Confirmatory Factor Analysis

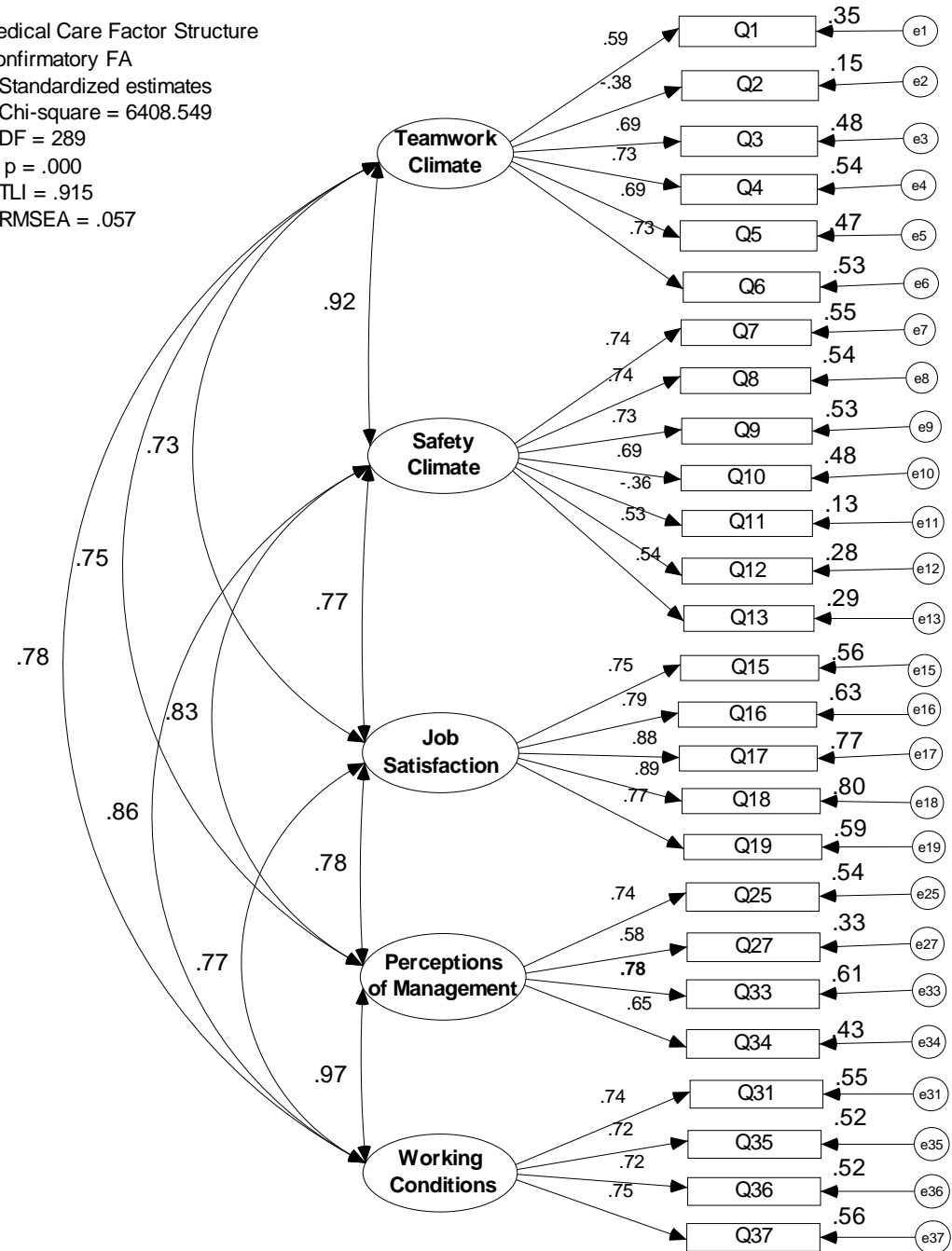
Good model fit



以五個構面可以 達成一樣的信度

Confirmatory Factor Analysis

Medical Care Factor Structure
 Confirmatory FA
 Standardized estimates
 Chi-square = 6408.549
 DF = 289
 p = .000
 TLI = .915
 RMSEA = .057



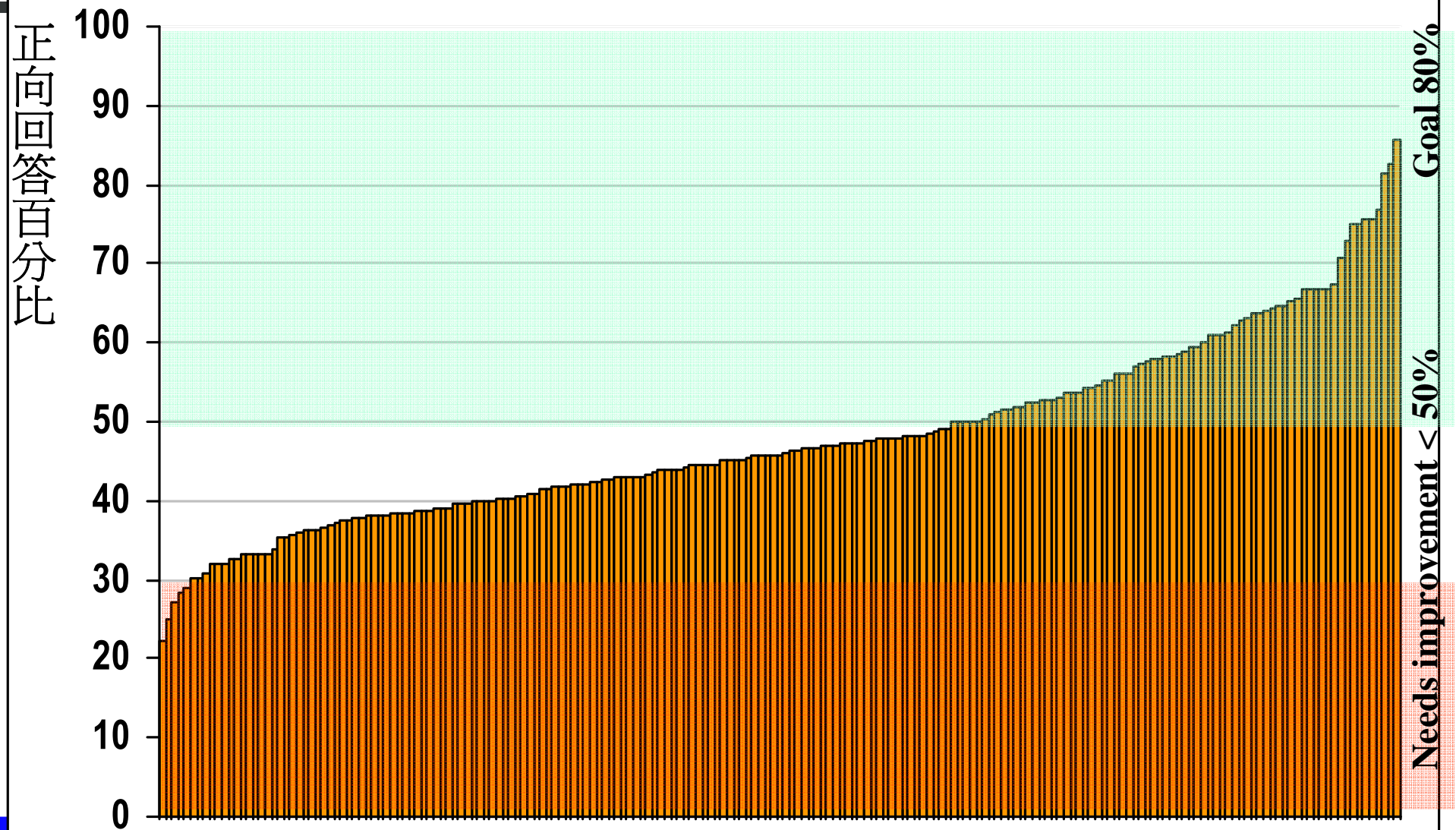
發表於台灣公共衛生雜誌

第二階段計畫

- 擴大醫療機構參與，以達到全國性調查的目標
- 研究醫療機構病安文化與病人安全指標的相關性
- 將個別醫院的病安文化調查結果回饋醫院，協助並且促進醫院重視病安文化，做為日後推廣病安工作的參考與前後比較依據
- 對衛生署提出「全國醫療機構病人安全文化調查分析報告與建議」

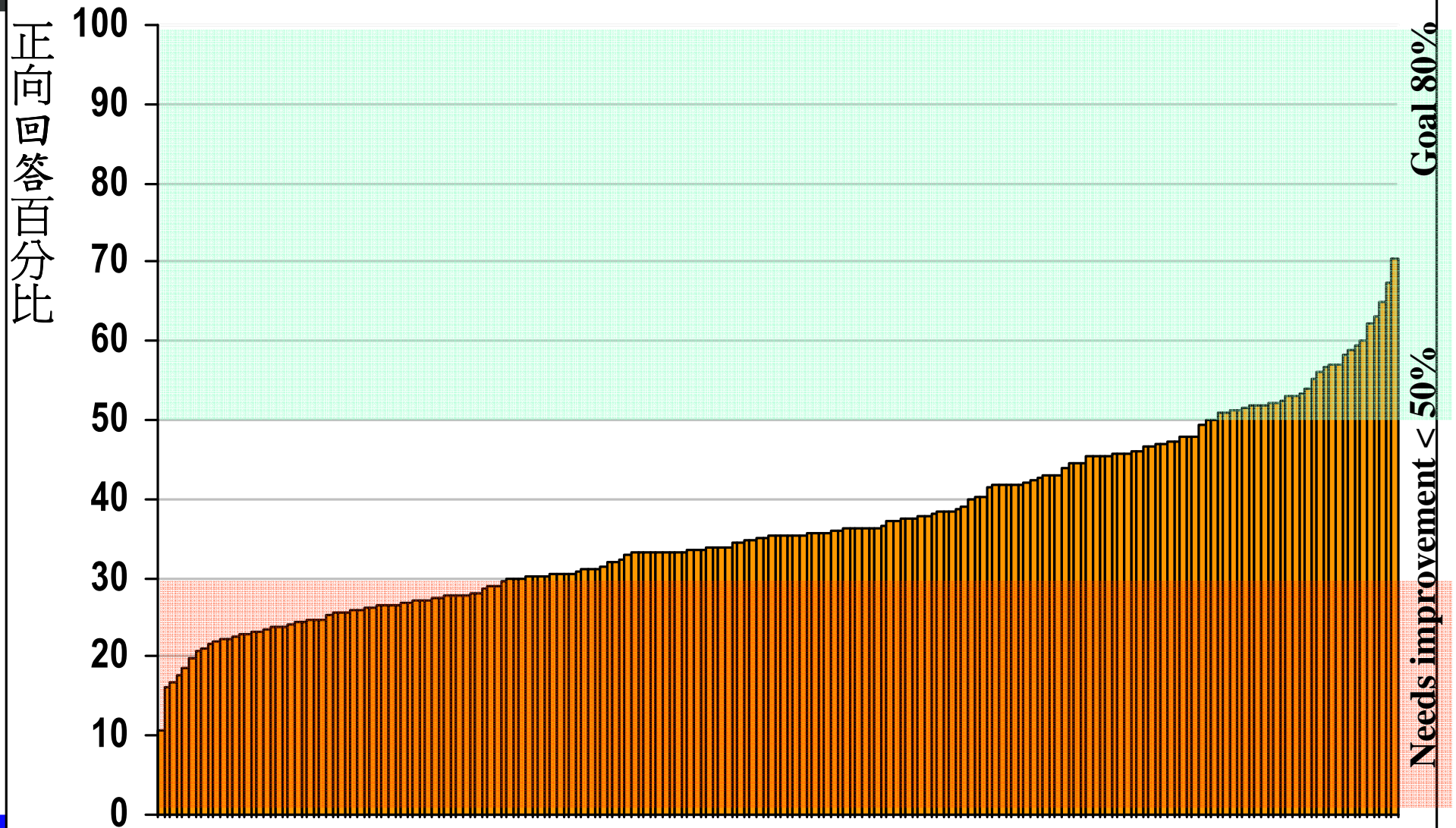
全國200家，45,242筆資料

團隊合作風氣



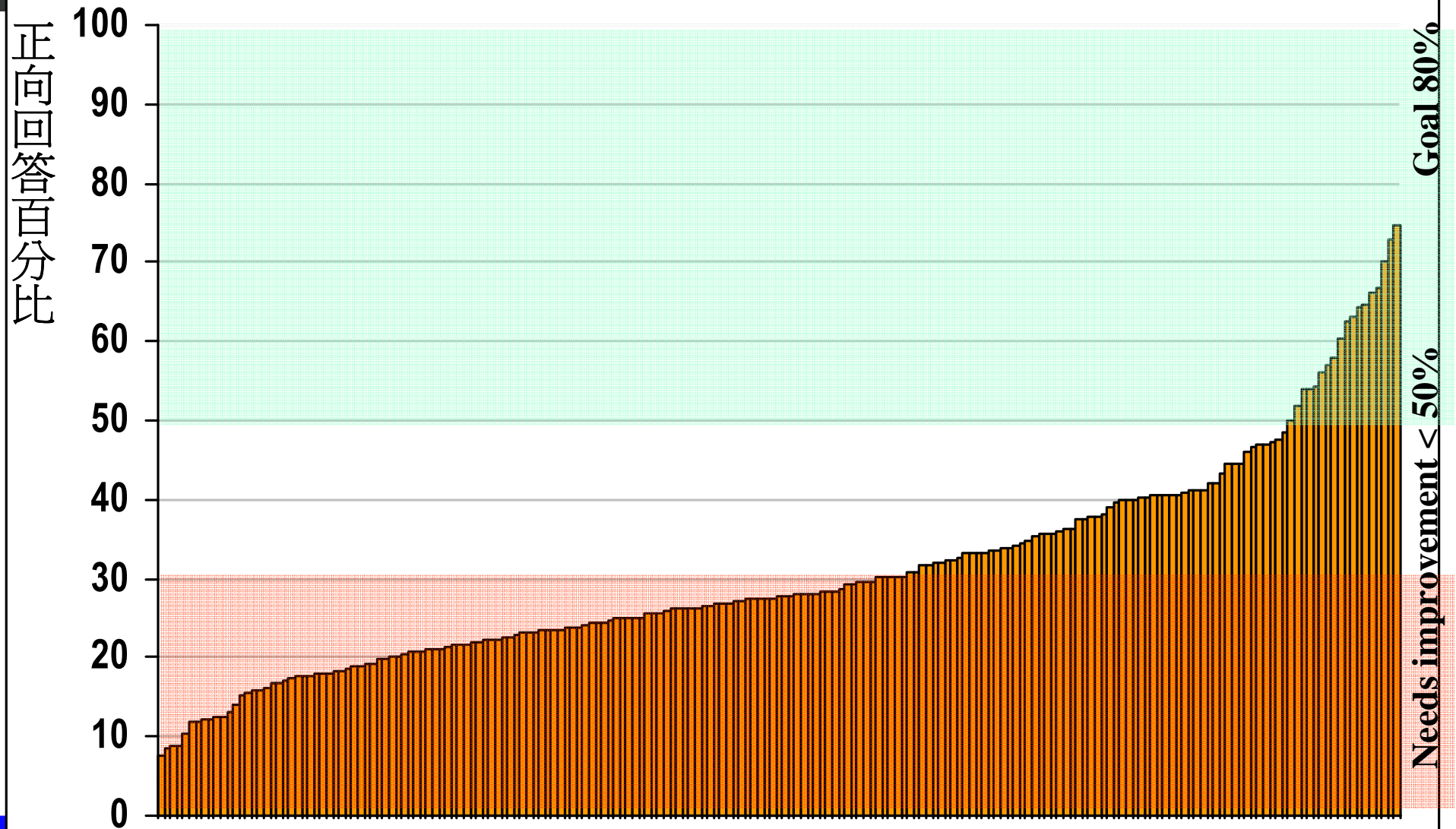
全 200 45,242

單位安全的風氣



全國200家，45,242筆資料

工作環境安全度



病安文化正向回答百分比

題目	正向回答百分比
1. 本單位同仁的意見可以充分被接受。	51%
2. 在本單位照護病人上察覺有問題時，我不敢說出來。	73%
3. 本單位可以妥善地解決臨床上彼此意見的分歧。(例如：不是誰對誰錯，而是怎麼做對病人最好)	61%
4. 在照護病人時，我可以充分得到所需的支援。	67%
5. 在本單位工作如果有不明瞭的地方很容易可以發問。	80%
6. 在本單位醫師與護理人員是一個同心協力的工作團隊。	63%
7. 如果我是病人，我認為在這裡會受到十分安全的照護。	60%
8. 在本單位醫療錯誤會被妥善地處理。	69%
9. 我知道有適當的管道能直接反應與病人安全相關的問題。	73%
10. 我的工作表現可以得到適當的回饋。	47%

醫院層級間病安風氣差異

	醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科
團隊合作	46.7	45.3	46.9	49.7
安全氣氛	40.3	35.0	34.1	41.5
對工作的滿意度	40.1	38.8	40.4	46.9

*單位：正向回答百分比

*層級：係參考全民健保給付類別

*醫院家數：200家，樣本數：45,242 人

主管職病安文化差異

	主管	非主管
團隊合作	65.6	45.0
安全氣氛	61.8	35.6
對工作的滿意度	61.4	38.2
對管理的感受	65.8	40.9

*單位：正向回答百分比

*醫院家數：200家，樣本數：45,242人

職務類別間病安文化差異

	醫師	護理人員	醫技人員	藥劑人員
團隊合作	58.6	46.2	44.7	43.4
安全氣氛	44.7	36.4	40.5	40.5
對管理的感受	50.7	40.8	46.4	46.3

*單位：正向回答百分比

*醫院家數：200家，樣本數：45,242 人

醫院層級間 **醫師**對病安文化差異

	醫學中心	區域醫院	地區醫院	精專
團隊合作	59.6	55.2	68.6	43.4
安全氣氛	45.4	42.3	50.7	39.6
對工作的滿意度	53.5	56.4	65.5	49.1
工作狀況	36.3	40.7	46.6	34.0

*單位：正向回答百分比

*醫院家數：200家，樣本數：45,242 人

工作單位間病安文化差異

	加護病房	手術室	急診	藥局	檢驗	放射
團隊合作	43.8	45.2	42.1	42.2	38.5	54.8
安全氣氛	32.9	36.9	31.2	40.8	39.4	43.8
對工作的滿意度	35.5	39.6	36.5	41.4	39.8	48.6
對管理的感受	38.3	40.2	36.8	46.3	46.3	50.9
工作狀況	31.4	30.3	25.4	27.5	29.3	34.2

*單位：正向回答百分比 *醫院家數：200家，樣本數：45,242人

醫院層級間加護病房對病安文化差異

	醫學中心	區域醫院	地區醫院
團隊合作	46.8	40.6	40.8
安全氣氛	37.9	28.6	24.1
對工作的滿意度	37.7	33.4	31.6
對管理的感受	41.8	34.9	33.1
工作狀況	37.0	26.9	22.1

*單位：正向回答百分比

*醫院家數：200家，樣本數：45,242 人

病人安全文化與病安指標相關性分析

■ 背景/目的

- 為了解病安文化調查的結果是否能與已知的病人醫療品質及病人安全指標找出明確的相關性
- 病安文化的結果若能夠通過嚴謹的信效度檢測，未來可以發展為病人安全的領先指標，比起其它事後追溯的落後指標更具有前瞻性

■ 資料來源

- 對象：84家區域級以上參與醫院，共82家回覆
- 方法：自填回覆97年1-6月各項指標平均值

十項病人安全指標

- 加護病房中心導管相關之血流感染(PSI1)
- 24小時內非計畫性的重返加護病房(PSI2)
- 非計畫性重返手術室(PSI3)
- 24小時內非計畫性重返急診(PSI4)
- 門診處方與藥劑人員之人力比(PSI5)
- 門診處方箋調劑錯誤率(PSI6)
- 病人安全異常事件通報(PSI7)
- 住院跌倒發生率(PSI8)
- 住院期間護理人員給藥錯誤率(PSI9)
- 全院感染率(PSI10)

病安指標分析方法

- 選擇特定群體分析
 - 加護病房病安指標-PSI1、PSI2
 - 手術室病安指標-PSI3
 - 急診室病安指標-PSI4
 - 藥局病安指標-PSI5、PSI6
 - 住院病安指標-PSI8、PSI9
 - 全院性病安指標-PSI7、PSI10
- 刪除病安指標數據前後5%的離群值

初步結論之一

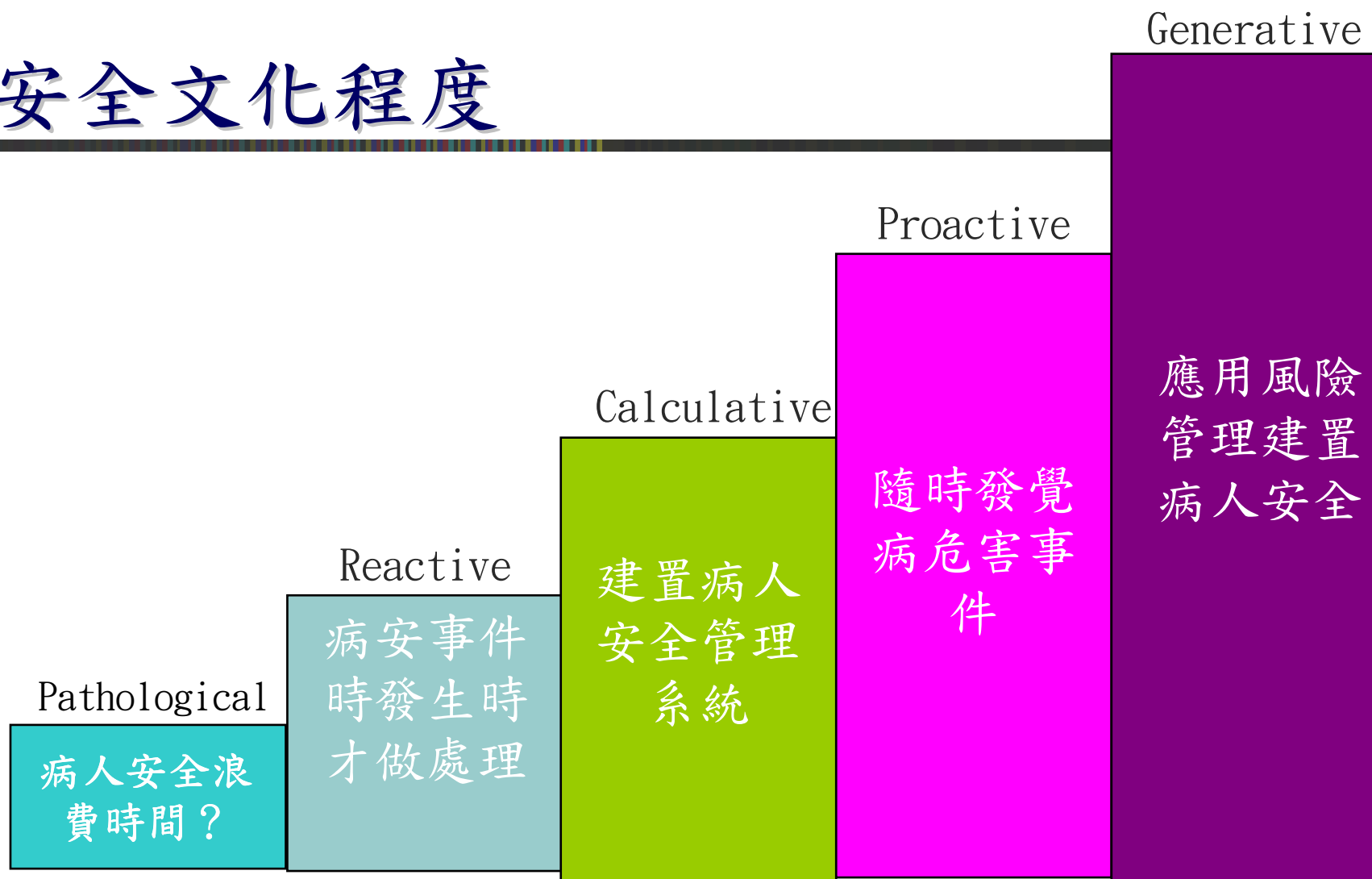
- 台灣地區醫療院所工作人員無論是團隊合作風氣、單位的安全風氣、對工作的滿意、對工作環境的滿意等，都仍有很大的進步空間。
- 安全文化有其地域、機構、單位、工作性質與職務之間的差異性。
- 營造醫療機構的安全文化不同的醫院、工作性質、管理者、層級等應有不同的策略

初步結論之二

- 急診室、加護病房與手術室應是改善的優先單位
- 醫院藥劑單位工作人員不安全的感受值得更受重視
- 主管與員工之間應加強雙向溝通，以縮小彼此對安全認知的差異
- 安全文化指標是病安的領先指標
- 醫院定期做內部安全文化自我評量有助於解並且評估各種努力的成效

如何善用病安文化調查工具與 結果？

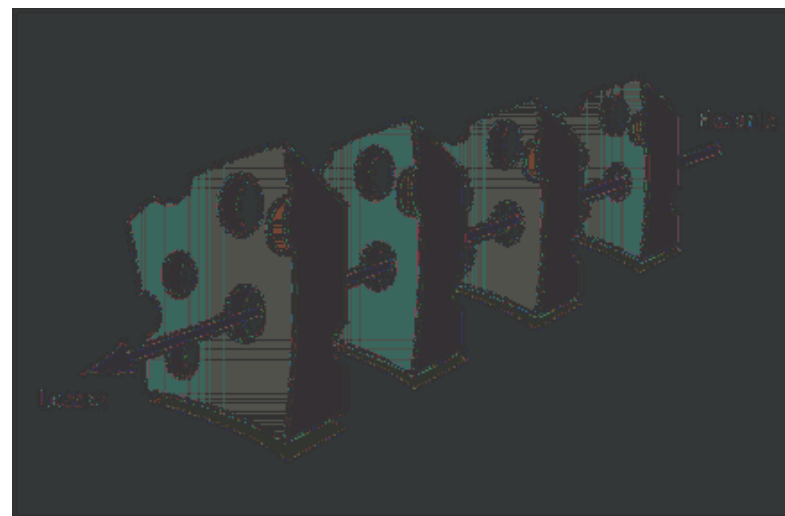
安全文化程度



資料來源：英國NPSA

安全系統

- 第一道屏障：
預防不安全的人為與系統錯誤
- 第二道屏障：
早期發現，早期處理
發現小錯，避免大錯
- 第三道屏障：
降低傷害程度



營造醫院安全文化

- 教育、教育、再教育 (Educating)
- 醫院預算編列、醫療與人力資源規劃與分配，能將安全因素列入 (Systemic change and resource allocation)
- 認清醫療是高危險性的產業必須靠團隊合作 (Team training)
- 發生異常事件時要通報並能從中學習、開放、公平、不責難與修正系統 (Reporting)
- 需要高階主管的熱心領導 (Leadership)

回饋與改善

- 重視第一線同仁的想法
- 先解讀調查結果
- 各單位的安全文化或風氣存在差異，改善的時間表與方法互異
- 結合現有的病安機制與努力
- 主管的強烈支持與親身參與

醫院風險管理

- 透過預防與應變措施等各種有效解除醫院潛在或即時的危機事件，
- 研訂妥適的防杜應處之道，並設置危機管理小組，統籌制訂危機管理、應變總計畫及規範醫院危機事件之各項預防、應處及復原等事宜
- 藉以降低危機損害或消弭危機的緊急作為

完善的病人安全機制

- 有完善的機制能夠掌握醫療系統中的不安全因素
- 對此有完善的指揮系統能負責改正
- 對於提昇系統安全有適當的投資
- 適時採取必要的措施確保病人安全

Safe Practices for Better Healthcare
2006 National Quality Forum

訂定標準作業流程



教育、訓練

- 一、實施安全危機事件預防處理程序教育訓練
- 二、意外災害危機事件預防處理程序
- 三、醫療緊急事故危機事件預防處理
- 四、醫療糾紛案例學習
- 五、感染管制教育訓練
- 六、用藥疏失教育
- 七、根本原因分析訓練與案例分析

建置通報系統

強制性通報：

- 重大危機事件通報
- 安全危機事件通報
- 意外災害危機事件通報
- 醫療緊急事故通報

預防性通報：

- 用藥疏失通報系統
- 病人異常事件通報等

異常通報

- 通報異常案例**
- 自殺/自傷
 - 跌倒事件
 - 治安事件
 - 不預期急救(或心跳停止)異常
 - 病人檢查異常事件
 - 輸血事件
 - 醫療處置
 - 手術事件
 - 病人運(轉)送過程異常
 - 病人檢驗異常事件
 - 病人管路(或植入物)異常
 - 藥物事件
 - 其他事件
- 未完成通報案例
- 已通報案例清單

共十三項

異常事件說明:

自殺/自傷	病人有傷害自己或自殺的意念或行為。
跌倒事件	因意外跌落至地面或其它平面。
治安事件	如偷竊、侵犯隱私、竊嬰、暴力、恐嚇及病患走失等事件。
不預期急救(或心跳停止)異常	發生於院內非原疾病病程可預期之心跳停止事件。
病人檢查異常事件	包括辨識錯誤、部位錯誤、發錯報告、報告內容錯誤、報告結果延遲、顯影劑種類錯誤等。
輸血事件	自醫囑開立備血、驗血、領血、輸血、退血過程相關之異常事件。
醫療處置	包括檢(驗)查、醫療、處置之相關異常事件、及未經核可或未經病人同意之臨床試驗及照護措施、過程。
手術事件	在手術前、手術中或手術後過程中所發生之異常事件。
病人運(轉)送過程異常	病人於運送過程中發生異常之事件，如接錯病人、送錯地點、病情突然變化、設備不足、運送前用物準備不完全、轉入單位用物準備不全、運送病人延遲、病人自床上跌落、轉送病人沒有醫護人員跟隨。
病人檢驗異常事件	包括檢驗前、檢驗後及檢驗流程相關之異常事件，如標籤貼錯、檢體錯誤、檢體遺失、盛裝容器錯誤或破損、收集型式錯誤、標本保存錯誤、醫囑錯誤、不適當的抽血位置、檢體受抗凝劑污染、個別單位持續發生血瓶污染事件、檢體編號錯誤、影響臨床照護或顧客申訴之錯誤、系統偏差造成臨床有意義影響、報告傳輸錯誤(資訊系統)、發錯報告、漏發報告、報告結果延遲、檢驗出現危險值未主動通報醫護人員等。
病人管路(或植入物)異常	包括氣管內管、氣切套管、鼻胃管、中心靜脈導管、動脈導管、導尿管、引流管、Port-A、Hickman、Pacemaker等之異常事件。
藥物事件	包含開立醫囑、配藥、備藥及給藥過程中發生之異常事件。
其他事件	非屬上列之異常事件。



首頁

異常通報

異常通報

通報異常案例

-  用藥異常
-  跌倒事件
-  自殺/自傷
-  手術事件
-  輸血事件
-  醫療處置
-  治安事件
-  病人運(轉)送過程異常
-  病人檢查異常事件
-  病人檢驗異常事件
-  病人管路(或植入物)異常
-  不預期急救(或心跳停止)異常
-  其他事件

資料來源：台北榮總醫療品質暨病人安全審議委員會

Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP)

1. Evaluate culture of safety (SAQ)
2. Educate staff on science of safety
3. Identify defects
4. Assign executive/leader to adopt unit
5. Learn from one defect per month and implement teamwork tools (ex. OR Briefings)
6. Evaluate culture of safety (SAQ)

Senior Leader Partnerships & Patient Safety Leadership WalkRounds™

Adapted from:

Thomas et al. BMC Health Serv Res. 2005; Jun 8;5(1)

-and-

Frankel et al. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2005 Aug;31(8)

Senior Leader & Unit Partnerships

OBJECTIVE: remove barriers, enhance trust so *their* issues are surfaced and addressed, allow learning and improvement with a local ownership of this process (i.e., "not here to blame or audit").

STRATEGIES (to surface barriers):

Review recent incident reports: SAQ results:

were Culture Checkup Tool actions taken?

Learning from Defects using Root Cause Lite:

(What happened, Why did it happen, what have you done to reduce the likelihood of it happening again, and with whom did you share the lessons learned?),

Follow up on actions to address issues from previous visits

SAMPLE QUESTIONS:

"How will the next pt in this clinical area be harmed?"

"Was a pt recently harmed because of less-than-safe care?"

"What can this unit do on a regular basis to improve safety?"

Evidence shows that the % of caregivers exposed to rounds over time should be maximized (via # rounds & connecting with different caregivers each visit)

Root Cause Analysis: Learning From Defects

Adapted from:
Pronovost et al. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006
Feb;32(2):102-8.
-and-
Pronovost et al. Crit Care Med. 2006 Jul;34(7):1988-95.

Root Cause Lite for ICU: Learning from Defects

OBJECTIVE: Conduct a 30-60min discussion of the defect in the context of the systems in which it occurred, to facilitate mutual interpretation and agreement upon actions to reduce the likelihood of it recurring in this ICU.

Briefly describe the defect.

What contributed this occurrence?:

- ICU environment** (staffing levels, workload, equipment, mgt support, physical environment [space or noise], failure to follow policy/procedure)
- Institutional** time pressures, acuity
- Departmental** pharmacy, lab, etc.
- Training & Education:** caregiver knowledge, skills or competence; failure to follow established protocol; supervision
- Patient condition:** complexity, agitation, language
- Caregiver** fatigue/attitude/motivation
- Task:** availability of protocols and accurate test results
- Verbal or written team communication:** during handoffs, routine care, crises
- IT:** CPOE/EMR

How will you prevent recurrence?

Debriefing

Adapted from:
Sexton, Paine, et al. A Checkup for Safety Culture
in “My Patient Care Area,” Jt Comm J Qual Patient
Saf. 2007 Nov;33(11)

Safety Culture Debriefing & Action

OBJECTIVE: Use the Debriefing Guide to conduct a 30-60min structured discussion & produce a specific data-driven next step to improve the local environment in this unit.

Debriefing Guide:

Review SAQ results with particular attention to items with less than 60% agreement.

- Which item seem most relevant (items/why)?
- Which item is of particular concern to this unit right now due to recent events or activities (item/score/why)?
- Share examples of how this item reflects your events or experiences in this unit?
- Envision an ideal unit: what would it look like if 100% of the caregivers in this unit agreed strongly with the SAQ item (provide specific behaviors, processes, norms, policies)?
- Agree on one actionable step toward the ideal unit (agree on the task; the person responsible; the follow-up date; the external committee or leader to whom this plan is disclosed)?