

病人安全係「對於健康照護過程中引起的不良結果或損害所採取的避免、預防與改善措施。這些不良的結果或傷害包含錯誤、偏差與意外。」近年來「病人安全」議題受到各國的重視，包括美、英、澳等各國所做的醫療不良事件發生頻率的調查研究顯示，發生醫療不良事件的比率約在 2.9% ~16.6% 之間，平均約為 10%。為此，各國先後成立病人安全相關之機構或委員會統籌全國醫療不良事件的資訊收集與分析，並藉由教育訓練的推廣與改善活動的介入，以降低醫療疏失的再次發生。

國內於 91 年發生幾起醫療院所之醫療不良事件而造成多人傷亡後，將國內醫療安全的問題突顯出來，也因此直接衝擊到醫療院所與消費者的醫病關係。加上 SARS（急性非典型肺炎症候群）流行，不但凸顯防疫的重要，病人就醫安全的重要性更讓所有民眾自覺，醫院也必須做出最適當的保護措施。依據丹麥醫師會會長 Dr. Jesper Poulsen 在 92 年 2 月於國內的演講中，根據各國研究的結果，推估台灣地區每年因醫療不良事件而死亡的人數約為 6,000 至 20,000 之間。為使醫療疏失降到最低，保障病人就醫的安全，衛生署邀集產官學界相關專家學者於 92 年 2 月正式成立「病人安全委員會」，統整並擬定國內病人安全的目標。

為配合衛生署「病人安全委員會」政策推展，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會亦成立「病人安全專案小組」，以致力於醫療安全的提昇，短期目標將進行醫療機構病人安全工作之實證研究與現況調查、病人安全相關名詞定義之釐清、建立，並進行宣傳推廣，使醫護專業人員及民眾對「病人安全」有基本認識，長期目標則為醫療機構自願性通報制度之建立，期望從醫療人員及醫療機構面向去建立病人安全的模式，同時也可以從病人的角度，提供醫療安全資訊，發展提昇病人安全的機制，以確保就醫品質。

國內推展病人安全週迄今邁入第七年，係透過全國各區醫療網的號召，由醫療機構共同響應，於各地區舉辦多元化的病人安全推廣活動，藉以提高民眾對病人安全議題的關心及注意。

參考歐美國家推動經驗，國內於 2004 年首次舉辦病人安全週活動，以「病人安全 我關心」為活動主軸；2005 年推動「用藥紀錄卡」；2006 年推動「用藥紀錄」、「家庭用藥總檢查」，以提升用藥安全為主軸；2007~2008 年開始，因應 WHO 推廣「Clean Care is Safer Care」，以落實醫療機構感染控制為主要工作，宣導「關心從洗手開始」及「探病前後要洗手」，宣導全民洗手運動，特別是進出醫院的病友、親人、看護等特定對象；2009 年以病人安全年度工作目標七「鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作」為推動重點，期許由醫界專業人士帶頭做起，邀請民眾重視自我健康維護，藉由多元化宣導活動及各類媒體文宣散佈，將病人安全觀念深植民眾生活之中。2010 年進一步鼓勵民眾及家屬化被動為主動、主動積極參與，以強化自我健康維護之認知並促進和諧的醫病夥伴關係。

一般名詞

1. 病人安全 (patient safety)

在醫療過程中所採取的必要措施，來避免或預防病人不良的結果或傷害，包括預防錯誤 (error)、偏誤 (bias) 與意外 (accident)。

2. 風險管理 (risk management)

就病人安全領域而言，風險管理係指醫院採取必要的措施來預防及降低病人的意外或傷害事件，來達到降低醫院因此所造成的財務損失或威脅。

3. 根本原因分析 (root cause analysis)

針對警訊事件用來找出造成執行效能變異最基本或根本原因的程序。

事件 (event)

1. 警訊事件 (sentinel event)

警訊事件係指個案非預期的死亡或非自然病程中永久性的功能喪失，或發生下列事件：

如病人自殺、拐盜嬰兒、輸血或使用不相容的血品導致溶血反應、病人或手術部位辨識錯誤等事件。

2. 意外事件 (accident)

非因當事人之故意、過失、不當作為或不作為所致之不可預見的事故或不幸。所稱意外事件，通常伴隨著有不良的後果。

3. 異常事件 (incident)

通常指因為人為錯誤或設備失靈造成作業系統中某些部分的偶然性失誤，而不論此失誤是否導致整個系統運作中斷。

4. 重大異常事件 (critical incident)

凡人為錯誤或設備失靈，若未及時發現或更正，便可能導致不希望發生的結果(例如住院時間的延長或死亡)，稱之為重大異常事件。

5. 異常事件報告 (incident reporting)

用以記錄那些與醫院常規運作或病人照護標準不一致事件的處理程序。

6. 跡近錯失 (near miss)

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。

7. 醫療不良事件 (medical adverse event)

傷害事件並非導因於原有的疾病本身，而是由於醫療行為造成病人身體受到傷害、住院時間延長，或在離院時仍帶有某種程度的失能、甚至死亡。

8. 未造成傷害的異常事件 (no harm event)

錯誤或異常事件雖已發生於病人身上，但是並未造成傷害，或是傷害極為輕微，連病人都未感覺到。

9. 可預防之不良事件 (preventable – avoidable adverse event)

意指按照現有的方法及知識，正確執行即可避免發生的特定傷害，卻仍然因為失誤而造成的不良事件。

10. 高警訊藥物 (high-alert drugs)

凡經由不當使用或不當管理，而可能對病人造成嚴重傷害的藥物。

11. 藥物不良反應 (adverse drug reaction 【ADR】)

凡病人因使用藥物而產生不希望發生、或是過度強烈的反應，因而造成以下狀況之一者

(附註：一般國際間對 ADR 的通報以鼓勵非預期的嚴重藥物不良反應才列入)：

?? 需要停藥 (不論是治療性質或是診斷性質)

?? 需要更換藥物治療

?? 需要調整藥物劑量 (輕微的劑量調整除外)

?? 必須住院

?? 延長住院時間

?? 需要支持性治療

?? 明顯使診斷複雜化

?? 對預後產生負面影響

?? 導致暫時或永久性的傷害，失能或死亡

12. 藥物不良事件 (adverse drug event 【ADE】)

病人因使用藥物或應給予藥物卻未給予而造成的傷害事件。

13. 潛在性藥物不良事件 (potential adverse drug event)

與藥物相關的錯誤或異常事件雖已發生，但是並未釀成病人傷害的藥物異常事件。

錯誤 (error)

1. 醫療錯誤 (medical error)

醫療錯誤是指以下兩種狀況：

1. 未正確的執行原定的醫療計畫之行為 (即『執行的錯誤』)

2. 採取不正確的醫療計畫去照護病人 (即『計畫的錯誤』)

2. 藥物錯誤 (medication error)

藥物錯誤係指在藥物治療過程中，凡與專業醫療行為、健康照護產品、程序與系統相關之因素，發生可預防的藥物使用不當或病人傷害的事件。可能發生在處方的開立、醫囑的轉錄、藥品的標示、包裝與命名、藥品的調劑、分送、給藥、病人教育、監管與使用過程。

3. 醫療過失 (medical negligence)

醫療行為不符或未達當今一般醫師所應有的標準。(並合於現今法律名詞定義)

4. 系統性錯誤 (system errors)

由於不良的技術安排或組織因素或行政決策所造成的延遲發生的不良後果。

5. 潛在錯誤 (Latent error)

發生在設計、機構、訓練、與維修保養的錯誤，其結果導致操作者出錯，一般而言該錯誤的影響通常會潛藏在系統中很長的一段時間。

名詞定義可參考醫策會網站之病人安全專區 <http://www.tjcha.org.tw/>