

出國報告（出國類別：國際會議）

國際健康照護品質協會第 29 屆年會  
The International Society for Quality in  
Health Care  
ISQua 29th International Conference,  
Geneva 2012

服務機關：行政院衛生署台北醫院

姓名職稱：林水龍

派赴國家：瑞 士

出國期間：101 年 10 月 19 日至 10 月 26 日

報告日期：101 年 11 月 20 日

## 目 錄

目 錄.....	1
壹、摘要.....	2
貳、目的.....	3
參、會議過程.....	4
肆、心得.....	10
伍、建議.....	10
陸、附錄.....	12

## 壹、摘要

國際健康照護品質協會（The International Society for Quality in Health Care，簡稱 ISQua）第 29 屆年會於瑞士-日內瓦舉行，ISQua 是一個非營利獨立組織，會員涵蓋全球 70 多個國家和地區，每年舉辦國際性年度大會，提供與會代表一個專業的論壇，討論與分享醫療照護品質專業技術和知識。

會議全程三天，從 2012 年 10 月 22 日到 24 日，包括 6 個 Plenary Presentations，出席人員超過 1230 名，來自 70 個國家，超過 300 場的演講，海報發表 370 篇，邀請的專家有 100 多名，此外還有 25 小時的網絡討論及社交活動。以十大主軸議題包括：病人為中心照護（Patient Centered Care）、安全與品質教育（Education in Safety and Quality）、領導統域與衛生政策（Governance Leadership and Health Policy）、病人安全系統（Patient Safety Systems）、監測服務表現與結果（Measuring Service Performance and Outcomes）、聯合主要照護和社會關懷（Integrated Care and Interface with Primary and Social Care）、創新技術 e 健康使用和健康技術評估（Innovative Technologies using e-health and Health Technology Assessment）、轉型中和發展中國家品質與安全（Quality and Safety in Transitional and Developing Countries）、專家的測量和規則（Accreditation and Regulation of Systems and Professionals）分場進行討論與發表。

## 貳、目的

國際健康照護品質協會（The International Society for Quality in Health Care，簡稱 ISQua）第 29 屆年會為期三天，2012 年 10 月 22 日到 24 日於瑞士-日內瓦舉行，會議地點在萬國宮(Place des Nations)附近的日內瓦國際會議中心(Centre International de Conférences Genève, CICG)舉辦。與會目的係發表行政院衛生署台北醫院品質促進成果，共一篇口頭發表，四篇海報發表：

### ➤ 口頭發表(15 Min Oral Presentation)

The out-patients integration care (OPIC) for multiple chronic conditions patients- the Taiwan experience(發表編號:ISQua-1950)

### ➤ 海報發表

Quality promotion of handover across emergency and critical healthcare team. (發表編號:ISQua-2465)

Performance of team resource management on reducing the risk of falls for inpatients in acute psychiatric ward in a general hospital. (發表編號:ISQua-2387)

Optimizing the QR-code with healthcare failure mode and effects analysis for the outpatient pharmacy in Taiwan. (發表編號:ISQua-2188)

Lifting the filing rate of medical reports in orthopedics and surgery wards. (發表編號:ISQua-2442)

### 叁、會議過程

第一日(101/10/22)

101/10/22 首日報到及致歡迎詞後，上午的研討會就在 ISQua 主席 Tracey Cooper 歡迎來自世界各地共 1229 位代表拉開序幕，並宣佈推出全新外觀和視覺的協會徽章和網站連結，說明重新設計後的 ISQua 提供會員和非會員更有用的資源與訊息查詢。緊接由 WHO 執行長 Pascal Strupler 談論何謂健康的首都議題，引起各界學者熱烈好評；首場大會議題由 WHO 總幹事 Margaret Chan 向與會來賓演說「由全球角度讓衛生保健更安全：WHO 和世界面臨的未來挑戰(Safer Health Care in a Global Perspective: The coming Challenges for WHO and the World.)」，她指出世界衛生組織是具有實質與時效性的，多方考量，針對病人的照護品質和安全都期望達到新的高峰，病人安全仍是明年執行委員在會議議程中編列的世界健康重點。病人安全以一種要求有多元化多層面考量服務為宗旨的目標，透過此次會議的十大主題進行；當然，醫院不是旅館，提供病人的舒適或食物的質量都是相對有估計的，耐心與醫療專業經驗的累積是重要的，當醫療事件發生時才有敏銳的洞察力與原因分析能力，來避免醫療疏失再發生。

開場式完成後緊接著開始上午場次的專題演講與下午場次的口頭報告。其中 *Susan Scott; US, Anthony Staines; CH, Nicoletta von Laue; CH* 演講「The Second Victim Phenomenon:Caring for our Own」提到醫療人員有可能變成繼發的受害者，當病人遭受意想不到的臨床事件時，臨床工作者也是在意外的結果中遭受危險而成為「第二個受害者」。醫療人員有時感覺好像自己無意所致的病人安全事件是個人行為而開始懷疑自己事業選擇，甚至讓病人及其家屬猜測他們的臨床技能、專業知識。瞭解和意識到在照護過程中醫護人員可能成為繼發性受害者現象是重要的，在這個脆弱的期間，團隊支援干預可能促進健康補救。這項的介入能有效提振工作士氣，也能使受害者（醫護人員、病人）都能獲得更妥善的鼓勵與改善後的醫療處置。這項專題與本院此次通過的 Poster Presentations 有明顯相關性，本院投稿的專案主題” Performance of Team Resource Management on Reducing the Risk of Falling for Inpatients in Acute Psychiatric Ward in a General Hospital（醫療團隊資源管理臨床運用降低精神科急性病房跌倒發生之成效）”，係病人安全系統（Patient Safety Systems）類，當中也發現許多醫療錯

誤或不良事件是一連串失誤所造成，並非單一環節，其中 75%可能來自系統錯誤精神科急性病房病人跌倒率高，其主要原因為缺乏團隊整合性預防跌倒相關態度教育訓練、缺乏團隊間整合性精神科預防跌倒照護標準作業流程與缺乏團隊互助之工作風氣整合。於 2011 年一月起，單位透過導入 Team Resource Management 的訓練，依四項核心模組：leadership、communication、situation monitoring、mutual support，有效地降低了精神科急性病房跌倒發生率並提升醫護團隊工作滿意度。

第二日(101/10/23)

一早是由美國AHRQ主席Dr. Clancy所報告的Achieving High-Quality Care in a Patient-Centered Environment，他認為目前全球醫療所關注的問題在於平均餘命的延長與慢性疾病，主要的進步在於資訊系統的提升與溝通技巧，使得民眾對健康的期待增加，但也因心理健康因素之疾病增加導致整個醫療財政的負擔增加。而在現在的醫療系統中仍是以量計酬的時代，其有無品質與否在於醫療提供者的認定，而在將來預計才會走到以質計酬的方式，其品質的認定則是由消費者的經驗來判斷。儘管現在強調以實證醫學來提供最即時的照護，實際上卻是知識更新的速度遠大於臨床應用的速度，也因此目前造成醫療透明度不足的最大原因是在於資訊的不對等，民眾只能拿著片段的知識來評估照護品質，因此儘管我們做了這麼多的努力，但每年的品質改善程度只有2.5%。其次在二十一世紀的照護上則是強調更好更安全的照護，轉化成國家政策則為以病人為中心的安全照護、藉由導入健康行為改善國民健康以及減少健康照護的支出等。第三則是實證醫學的應用，包括在使用者與病人身上，必須完成各項臨床指引，對所有醫事人員進行持續性繼續教育，且要在國家網站公布正確且即時之醫學醫訊以供民眾查詢，才能改善資訊不對等的情況。第四則是未來的趨勢，資訊化是首要項目，包括電子病歷、即時病人檢驗結果、掛號看診狀況、及時醫藥新知等都是可以改善的項目；其次則是互動式預防醫學與整合性電子病歷等。最後Dr. Clancy告訴我們現今最重要的就是以病人為中心的照護模式，簡單來說就是告訴病人最佳治療方法與策略，要做到這兩點就要依賴資訊系統的更新與溝通技巧的更進化，同時目前照護系統最要注意的就是轉單位、交接班、以及預期性的錯誤，因此團隊合作包括病人共同參與到照護計畫中是預防發生這些錯誤的最佳方式；其次最佳的醫師角色除了對單一病人的照護外，也能帶領人群走向健康，才是新世紀的照護模式。

接著在分組報告中聆聽Integrated Care and Interface with Primary and Social Care有關整合照護的經驗，首先是由挪威的Dr. Berntsen所發表的 Work Division between Primary and Secondary Care - Effect on Mortality，他提到慢性病照護模式可有效降低病患的住院率也可提高照護品質，而慢性病照護模式是由初級健康照護（包括一般科醫師與長期照護）與次級健康照護所構成，根據研究指出死亡率會與初級健康照護涵蓋的比例成反比，也就是說利用初級健康照護越多的病患，死亡率會越低。這給即將進行長期照護保險的台灣一個很好的啟示，因為根據挪威的研究，此初級健康照護絕大部份是由長期照護所提供，因此執行此政策必定可為台灣人民的健康帶來改善。第二篇是由德國的Dr. Goetz所發表的The Role of Practice Accreditation as Quality Improvement for Primary Care Practices，他利用三年時間對初級照護機構（即台灣的診所）進行兩次評鑑，發現有經過評鑑的機構在機構環境、財務面、品質與安全等都明顯高於未經過評鑑的機構，表示經歷過外在的評質，的確會讓機構內部引起正向的改變。從此篇報告我們可學習到的是，在醫療機構如此普及的台灣而言，讓所有的機構能正向改變當然是必須且應該要進行的工作，不過要用甚麼樣的方式可能就得要因應台灣的實際情形而定，才不會盲目向外國取經而浪費時間、人力與金錢。第三篇是由美國的Dr. Briot所發表的 Impact of Intermountain Healthcare's Integrated Primary Care Practice on Patients' Long-Term Medical Utilization，這份報告是在測試美國民眾參加初級整合照護計畫對醫療資源的使用是否會減少，其結論是不只是就醫次數與醫療費用會減少，而且在檢查檢驗與放射診療部分也有明顯的減少，除此之外連住院的次數與天數也會減少。此份報告想必對醫療支出日益增加的台灣相當有幫助，而且台灣也正在實施門診整合醫療，希望能減緩醫療支出的增加，但對台灣而言，民眾對健保的看法與認知應是政策擬定時的參考要件之一，依美國而言，醫療保險是屬於私人保險，因此保險公司會使其達到收支平衡甚至盈餘的地步，但台灣的健保則有部分的社會福利意涵，因此不可等同視之。但整合照護的確會使病人更加安全，同時在醫療支出部分也會減少，在將來的政策擬定時勢必會加入此一策略以減緩醫療支出。第四篇則是由Dr. Jacobs所報告的Sustaining the Gains: Quality Improvement of HIV and AIDS Programs in South Africa (2007 - 2011)，這是五年間在南非五個省八十間醫療機構進行愛滋病的品質提升計畫，在此連續性的品質提昇策略中，除了造成顯著性且連續性的品質提升外，同時參與計畫的人員也能增強自身對資料

分析的能力以找出改善重點與政策的缺失，這都是在計畫之外所產生的效果。此計劃的呈現對於正在進行國際醫療人員訓練的台北醫院有很大的啟示，TIHTC到今年（2012年）止正好邁入第十年，我們所要做的除了對單純人員的訓練之外，更可擬定對特定地區的整體醫療改善計畫，如蒙古、印尼等，如此更可幫助陷入外交困境的台灣國際情勢打開一條不一樣的路。本節討論會的最後一篇則是由日本學者Fujita所報告的Comparisons of Patient-Safety Culture among Japan, Taiwan and the US，他使用AHRQ的病安文化問卷來探討台日美三國醫院間的病人安全文化，其中台灣的應答率是最高（85.7%），但在通報率部分、溝通度台灣明顯低於日美，美國的醫療人員對病安文化接受度最高。此結果與目前國內的認知相似，在台灣的醫療文化中，目前仍有通報異常即為品質不佳的迷思，因此通報率一直無法正確反映實際情況，必須將異常事件除罪化才可建立醫療人員誠實通報的意願；其次在溝通度方面，台灣目前醫療仍處於單打獨鬥的狀態，雖然近幾年團隊資源管理持續引進到醫療機構，但除了高層支持外，若無健保在支付標準進行調整以為利誘，到最後可能還是無疾而終，這也是管理階層在政策制定時應注意的事項。

下午的演講Education in Safety and Quality議題，由法國的René Amalberti報告New challenges for Quality and Patient-Safety Officers，首先是對QPSO這個組織做個簡介，其中最令人印象深刻的是其未來展望是由醫院內的病安轉化成一般診所甚至是居家照護的安全，另一項則是希望由安全的醫療行為轉化為病人的安全旅程，充分說明了以病人為中心的照顧。其次在病安目標的再審視方面，儘管我們宣稱平均餘命不斷延長，各項疾病的存活率也不斷增加，品質的改善每年都有進展，但是病人安全事件卻不斷增加，這的確值得我們省思。可能的原因在於創新的速度太快以致使醫療人員無法更新或遵循何者是最有效的治療或照護；另外數字的增加雖讓從事病安醫品的人員感到沮喪，但若只看表面的數據而無分析數字的內涵，就會無法了解病人安全事件的增加到底是通報文化的提升還是真正的照護問題。第三是釐清品質、安全、效果的關連性，對病人而言，第一要件當然是治療的效果，因為這是病人最需要也最想要的；品質與安全則是對整體病人而言，但很少是最佳效果，因此品質指標是給管理者擬定政策而用的，並非是最佳方針。第四則是未來的展望，面對快速改變的醫療體系，我們當当然要迅速的適應與因應，因此對於醫品病安的概念要持續深化，且要利用醫療資訊來進行發展，



也要針對不同醫事人員進行整合溝通的工作；另外在給付制度下，我們要做的是重新分配醫療資源的先後順序，希望能用財務危機來加速重分配的政策進行，此外也要簡化醫療程序，去除不必要的動作，以免為了醫品病安而增加不必要的工作負擔，如此反倒會真正影響到治療的效果。

另外在下午的分場演講，有兩位從非洲來的醫師，Dr. Sam Zaramba來自於烏干達，另外一位Sodzi Sodzi-Tetty來自於迦納，兩位分享他們在非洲的經驗。Sodzi Sodzi-Tetty主要針對的是千禧年發展目標(MDG)中的五歲以下兒童死亡率降低的問題，這是由聯合國(UN)所訂定的目標，期待在2015年有所成就。當然這樣的問題在非洲還是很重要的問題，他成功的降低五歲以下兒童17%的死亡率。而Dr. Sam Zaramba則是在WHO工作，主要是建立烏干達醫療合作的integration program。

在今天的最後一場演講中講題是 Translating Global Patient Safety Concepts into Practice，首先是由來自瑞士的Pittet教授談論有關感染控制的問題，當然先從洗手開始談起，這個問題已經強調多年，但順從性仍不到40%，尤其是最應該強調洗手的重症單位。若以實證醫學的角度看，使用酒精性消毒液的乾淨性與時間花費遠遠勝過用肥皂洗手，因此更應該加強推廣洗手時機與正確性。第二則應確立實行策略，先從小單位做起，再推廣至整個醫院、系統、國家、甚至整個開發或未開發國家，最後當然要推廣到全世界，這就是WHO的觀點。以台灣的觀點而言，這是很容易做到的，因為台灣的醫療水準已經列於世界前端，因此我們除了在知識方面可以接受外，其次就是器材的配合，台灣在此兩方面都能達到世界級的要求，但若考慮到其他未開發國家甚至是落後國家而言，這就不是這麼簡單了，因為硬體的設置就是一筆相當大的費用，有些國家連水源都不是如此充足，更遑論建造方便且可近性高的洗手設備，這些都是我們自許為醫療先進國家應該可以設法幫忙的問題。當知識與硬體設施都建構完整了之後，接著就是如何持續改善的策略，首先要先改善文化，讓大家對洗手所造成的效應產生正面印象，了解藉由洗手可減少院內感染機會，進而會減少醫療負擔，使醫療人員產生一種習慣，甚至變成一種制約行為，只要接觸前或接觸病人後就會反射性的洗手；當洗手頻率增加後，就要檢視是否有如文獻上所寫的降低感染率的情形，若有則應予以公開表揚執行率最佳單位，形成正向文化，此時領導階層的支持就可確保政策的持續性。

第二位演講者是來自瑞士的Dr. Clegue從麻醉科的例子來看病安，在最古老

的時代，若是醫師出了錯，他們必須自行付出代價；以現代的眼光來看，當然不鼓勵這種懲罰性行為，但為了對生命的重視，因此得要求醫事人員進行再訓練，同時也在醫療系統的各個重要關卡設置障礙，以防止錯誤的產生。在過去的三十年間，麻醉安全的進步在於人員的訓練、設備與藥物的更新、以及恢復室設備的齊全。尤其是組織的進步，包括組織結構、組織文化、以及對組織的評估等，而在組織文化部分則發展出了「Time out」以及團隊合作的方法以減少錯誤的產生，其結果在感染率與手術死亡率的改善可看到明顯的進步。而在未來麻醉安全的趨勢則是發展出專屬醫療安全的系統，而非從高風險的工業設計產業轉化而來，以及針對更複雜的案例進行技術性與文化性的團隊合作，方能建構一套進階的病人安全系統。

第三日(101/10/24)

本次的國際研討會，台灣共錄取三篇 15 分鐘口頭報告，以及七篇 5 分鐘的口頭報告，本院成果有榮幸錄取其中一篇 15 分鐘口頭報告，被安排在第三天上午，主要介紹台灣健保局整合照顧，並且利用資訊技術，在進行整合照顧的推廣時，找到 priority subgroups 進行推廣。這篇的主題雖然是整合照顧，也呼應 22 日下午的演講有關蘇格蘭醫療雲的議題，跟台灣的健保資料庫有一點類似。這次的研究也提出客製化醫療照護的概念。

在Closing Plenary: 的演講是最精采的，Dr. Peter Pronovost 建立了一個 checklist protocol for ICU infection control，有效的降低 60%ICU infection rate。一般來說，醫師不願意花太多時間跟病人溝通，所以常常發生問題而不自知，這 checklist protocol 有一點類似台灣現在所推動的醫療團隊資源管理的概念，只是將這樣的整合主導權，轉到了加護病房的護理人員。據他的演講中所說，這是一種 cultural change。他也建議英國可以推廣這樣的 protocol，原本英國的醫師拒絕了，因為他們認為並不需要，但是重新檢討英國 ICU 的 infection rate，才發現他們的品質其實並不如想像中的好，於是也引進了 Dr. Peter Pronovost 的 checklist protocol。醫策會李偉強執行長也表示要邀請 Dr. Peter Pronovost 到台灣來演講，將這個概念引進台灣，屆時可以更清楚 Dr. Peter Pronovost 建立 checklist protocol 的作法。

## 肆、心得

台灣醫療體系目前仍偏重論量計酬，無法突顯醫療專業的臨床品質，導致原本對於醫療抱著熱情的專科醫師，甚至新一代的年輕醫師出走，未來應積極朝向論質計酬的方式，鼓勵提升臨床品質以及教學品質，將豐富的醫療經驗及醫術傳承，臨床的基本的功夫底子打好，才能造福大眾。

二十一世紀的照護強調更好更安全的照護，國家政策應聚焦在以民眾健康為本的立場，加強初級預防，教育並輔導民眾從基本的健康行為做起，改善生活型態，縮小健康差異，並且強化民眾的正確就醫觀念，建立完善的醫療照護網絡，才能提供真正地高品質的健康照護。

實證醫學的應用，應建立各項臨床指引，即時更新醫學新知，並加強醫事人員的繼續教育，以及加強對民眾的宣導。必且整合醫療資訊的系統資源，建立知識庫，強化互動式預防醫學平台，供民眾及專業醫療人員即時的諮詢。

最重要的是以病人為中心的照護模式，團隊的整合及溝通技巧的提升，尤其是轉換單位、交接班、以及跡近錯誤的溝通事件分析等等，透過有效的團隊合作，並且讓病人與家屬共同參與醫療照護計畫，是預防錯誤及建立良性溝通的有效方式。

最後，延續前幾年的重要議題，持續提升醫護人員洗手遵從性與正確性，尤其是重症單位。從小單位做起，再推廣至整個醫院、系統、國家，要建立良好的洗手文化，使醫療人員、民眾都能夠養成良好的洗手習慣，甚至變成一種制約行為，才能應對日新月異的傳染性疾病。

## 伍、建議

- 一、 提升整合性醫療資訊系統的應用，包括電子病歷、檢驗結果及時報告、掛號看診動態顯示，提供即時的醫藥新知等。國內外文獻及期刊，雖有許多電子病歷發表，但臨床廣泛運用的案例仍少，而且國內醫院設計時，通常以部門功能為主，如醫令開立、藥劑調配，血庫管理、檢驗檢查管理，手術房管理等，欠缺針對臨床醫護人員執行時做整合，

導致工作人員須配合電腦作業，反而增加繁瑣的作業時間。本院將病人服務流程全面性導入資訊化，並整合對病患診療及評量的資訊，以便捷性、整合性達到複雜照護要求，改善臨床照護品質。未來，本院持續規劃急診醫療資訊動態顯示系統的建置，期望能進一步提升急診病人的診療時效及正確性。

- 二、如同日本學者 Fujita 的報告結果顯示，台灣的通報文化明顯低於日本與美國。台灣目前仍有通報異常即為品質不佳的迷思，因此通報率一直無法正確反映實際情況，建議應先建立醫療人員誠實通報的意願，避免因為異常事件通報而導致醫療爭議，盡量朝向異常事件除罪化的方向努力。而管理階層應正向鼓勵病人安全通報，勿陷入通報量的迷失，應落實根本原因的檢討與改善，特別是系統性的問題與警訊事件的分析檢討。未來，本院仍會持續正向鼓勵病人安全通報，加強通報事件的檢討與改善，建立正向的病人安全文化。
- 三、釐清品質、安全、效果的關連性，對病人而言，首要的品質當然是治療的效果，這是病人最需要也最想要的，醫療人員應致力於臨床品質提升，管理則著重在服務的品質提升，提供真正以病人為中心的服務，才能提升顧客的滿意度。本院仍會持續扎根，建立正向的品質文化，提升服務品質，期能爭取服務品質獎的榮譽。
- 四、醫品、病安的概念要持續深化，應強化跨領域、跨職類的整合與溝通能力，才能提供給顧客全方位的醫療照護。本院近年來持續積極推動跨團隊的資源管理，落實員工的教育訓練，並且實際應用在各項照護流程的改善，期能透過團隊的運作，加強醫護與醫病間良好的溝通。例如手術麻醉團隊積極推動「Time out」等等手術安全把關的活動，透過團隊合作的方法以減少錯誤的產生。
- 五、Dr. Peter Pronovost 提出的 checklist protocol for ICU infection control，經過實證可以有效降低 60%ICU 感染率，改善醫師沒有太多時間與病人溝通的問題，本院未來亦將導入此概念，建立適當的 protocol。

# 陸、附錄

## 發表海報內容

**QUALITY PROMOTION OF HANDOVER ACROSS EMERGENCY AND CRITICAL HEALTHCARE TEAM.**

S. H. Yang<sup>1,2</sup>, S. Y. Hung<sup>1,2</sup>, S. Su<sup>1</sup>, S. L. Lin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Emergency Medicine, <sup>2</sup>Center of Quality Management, Taipei Hospital, Department of Health, Taiwan, New Taipei, Department of Business Administration, National Taipei University, Taipei, Department of Surgery, Taipei Hospital, Department of Health, Taiwan, New Taipei, Taiwan, <sup>3</sup>Institute of Health Policy and Management, NTU

**Objectives:** One of Taiwan patient safety annual goals around 2010-2011 is effective communication between medical staffs. Healthcare quality depends on accurately reports and completely passing important medical messages in continuous healthcare.

**Methods:** The results were analyzed statistically. The accuracy of handover could maintain average 90%, focus mainly occurred in incomplete document, especially in handover time and no or incorrect signpost of physicians carrying on handover.

**Results:** The results were analyzed statistically. The accuracy of handover could maintain average 90%, focus mainly occurred in incomplete document, especially in handover time and no or incorrect signpost of physicians carrying on handover. The physician carrying on might not be the same and the handover unit was not obtained in time. The indicator of inquiring for the patient's information by phone after handover was largely improved. After the present case discussed, there was no ignoring by phone. The completeness of handover was elevated from 63% to 100%.

**Conclusion:** Effective communication between emergency and critical healthcare units is important for medical safety. This study sets a standard operational procedure which is suited for emergency and critical units by a cross-unit committee. Not only the quality and efficiency of continuous healthcare could be improved, but also the atmosphere of cooperation between cross sector and multi-disciplinary team would be raised. The culture of patient safety would be promoted. However, it is worthy to be implemented that standard operating procedure has enhanced the stage of automation. By integration of information system, we hope not only to reduce workload of medical staffs but also prevent writing and verbal errors.

**Handover sheet in Taipei Hospital**

**Doctor's handover page**

**Phoner's handover page**

**Performance of Team Resource Management on Reducing the Risk of Falling for Inpatients in Acute Psychiatric Ward in a General Hospital**

Wei-Ting Chao, Hsiao-Ting Wang, Tzu-Ling Hsu, Shooi-Loong Lin

**Objectives:** The purpose of this study was to reduce the incidence of falling down for inpatients staying in acute psychiatric ward. Our specific aims were:  
1) To characterize the inpatients, prescriptions, and environment issues that should be closely monitored for patients safety; and  
2) To assess the performance of interventions generated by inter-professional communication and cooperation on the prevention of falling for hospitalized patients in the acute psychiatric ward.

**Methods:** According to the monitoring score of Taiwan Quality Indicator Project (TGIP) system, measuring and monitoring the medical quality by medical outcomes and clinical indices, the annual incidence rate of our inpatients in the acute psychiatric ward was as high as 0.41%. Thus, a pilot program of falling prevention was conducted by the method of "Team Resource Management", involving all the clinical staff by inter- and intra- professional panel discussions to generate a checklist for the administration of patient safety in hospitalization. The team members included nursing staff, caring assistants, occupational therapists, and psychiatrists. At the stage of implementation, we utilized the skills of leadership enhancement, effective communication, situation monitoring, and mutual support. The research design includes: Brief, inspect every day sickness condition, the special sickness prevention tumbles the measure with to pass on to the next shift, the team personnel concern and the energetic slogan. Huddle is hospitalized the high danger to tumble the factor and the medicine adjustment has tumbles the impossibility doctor, nurses, the teacher to protect teacher. The therapist physical ability appraised the active graduation teaches the auxiliary use. The clean personnel strengthens the environment neat maintenance. Debrief- tumblethe event to have the processing flow with afterwards to examine the analysis.

**Results:** Within a year, the incidence rate of falling for inpatients admitted into acute psychiatric ward dropped from 0.41% in 2010 (16,281 total admissions) to 0.34% in 2011(17,180 total admissions). Also, the average score of safety atmosphere satisfaction, ranging from 0 to 100, in the psychiatric team increased from 50 in 2010 to 92 in 2011. Inter-professional communication revealed both good practices and those that contributed reducing the gaps in care.

**INCIDENCE RATE OF FALLING**

**SAFETY ATMOSPHERE SATISFACTION**

**Conclusion:** Prevention of falling for inpatients is one of the major issues on patient safety in acute psychiatric ward. Implementation of this approach not only encouraged us for our team work in collaborations to reduce the risk of falling, but also enhanced the development of cooperation between inter- and intra-professional groups. Further studies based on the concepts, skills, and attitude developed by the application of Team Resource Management could be thus proposed in the future.

**Optimizing the QR-code with Healthcare Failure Mode and Effects Analysis for the outpatient pharmacy in Taiwan**

Y. Lu<sup>1</sup>, C. C. Chen<sup>1</sup>, L. C. Liu<sup>1</sup>, S. L. Lin<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Department of Pharmacy, <sup>2</sup>Department of Surgery, Taipei Hospital, Department of Health, Taiwan

**Objectives:** The medication error is very important for patient safety. Researches used Healthcare Failure Mode and Effects Analysis (HFMEA) to improve the processes of drugs dispensing and decreased the medication error. Some hospitals also used information technologies for the same issues. But the failure modes will change after induction of information technologies.

**Methods:** The previous research change dispensing procedure with QR code for the medication errors rate decreasing. The actual dispensing process became more complete and the number of warnings during dispensing was increased. Unfortunately, the new fail modes were found. The new research used the HFMEA to readjust the new fail mode and improved the dispensing procedure.

**Results:** This research found that the procedure still have 18 failure modes and 57 potential causes for fail modes after QR code induction. The hazard scores for 11 failure modes were reduced to less than 8 and the 6 failure modes were reduced to less than 4 after readjusted the HFMEA. The total medication errors decrease after HFMEA and QR codes induction.

**Conclusion:** This research found that the procedure significantly changed and new fail modes occurred after information technologies induction. The usage of dynamic HFMEA will discover new fail modes and readjust new procedure. This research combined QR code and dynamic HFMEA decreased medications error effectively.

**LIFTING THE FILING RATE OF MEDICAL REPORTS IN ORTHOPEDICS AND SURGERY WARDS**

T.L. Hsu<sup>1,\*</sup>, H.C. Wei<sup>1</sup>, Y.C. Lin<sup>1</sup>, \*S.L. Lin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Taipei Hospital, DOH, New Taipei City, Taiwan

**Objectives:** Medical records are used to record the judgments and treatments given by the professionals to the patients. With the patients' consciousness in law and awareness of their own rights, medical records would be immediately requested, duplicated, or even taken by public prosecutor or judicial police into custody once the medical disputes occur.

**Methods:** Legal issues in filing medical records are therefore highly attended. Use patient records survey we find in the wards of orthopedics and surgery, patients frequently visited and the filing rate of the medical records is averaged 99.5% from the quarterly reports of 2010. But it dropped to 95% in the first quarter of 2011, which called in question the filing procedure of the medical records among co-workers and affected the patients' rights as well as related measures. The low filing rate was examined and imputed to: 1) the checking out procedure was not established, 2) the location of the old medical reports was not clearly specified and unified, and 3) the transfer of the old medical reports among units was not standardized.

**Results:** The filing rate of the medical reports in the wards was raised to 100% after the procedure of checking out medical reports was standardized, training sessions of the medical reports filing were conducted, and the stamps for labeling the old medical reports and numbering them were made. Conclusion: The effect was significantly noted, which does not only better the security of the patients' visits, but also improves the overall medical quality.