

異常事件通報系統與通報障礙

石崇良 侯勝茂¹ 薛亞聖² 鍾國彪² 蘇喜² 廖熏香³

國立臺灣大學醫學院附設醫院急診醫學科 國立臺灣大學醫學院醫學系¹
國立臺灣大學醫療機構管理研究所² 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會³

前言

異常事件通報在許多其他高風險行業中，特別是在航空界被視為發掘系統內潛在失誤與危害的重要工具[1,2]，藉由傷害事件、無傷害事件與跡近錯失事件的主動通報，進行原因分析，以矯正存在於系統內的錯誤。美國 Institute of Medicine 在 1999 年所出版的“犯錯是人性”(To Err Is Human)一書中也對異常事件通報系統提出建議[3]，該報告建議政府應對重大之醫療不良事件建立強制性通報制度，要求醫療機構對於嚴重之醫療傷害事件應負起社會責任並盡一切力量努力改善避免再次發生，另一方面，則鼓勵醫療機構建立自願性的院內通報系統，鼓勵第一線員工對於在日常工作中所發現的任何異常事件進行主動通報，讓醫療機構藉由錯誤的揭露進行原因分析，進一步修正系統達到風險降低的目的。美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization)也呼應上述的建議，在其 2001 年所提出的標準中亦特別強調院內異常事件通報的重要性[4]，醫療機構應對造成病人死亡或嚴重傷害的醫療警訊事件進行偵測、通報、評估，特別是應進行根本原因分析，並根據分析結果擬定改善策略以避免同樣事件的反覆發生，同時也應持續監測以評

估該策略是否奏效。另一方面，美國醫療機構評鑑聯合會也要求會員對於發生之重大醫療警訊事件向聯合會進行通報，以達到經驗分享共同學習的目的。依據報告，2003 年該機構共接受了 2405 件通報，常見之警訊事件包括病人院內自殺、手術併發症、手術部位錯誤、藥物錯誤、治療延誤等。雖然，通報制度的出發點是著眼於錯誤的排除與預防，但是從數篇研究中卻發現醫療不良事件中真正被通報的比率卻僅有 2~6% 左右[5-8]，醫療錯誤或意外事件無法被主動通報的原因可能來自於[9]：一. 工作人員由於某些原因如工作太忙或訓練不足，無法及時察覺異常事件或是錯誤已經發生而來不及通報。二. 通報制度缺乏回饋的機制，讓工作人員覺得通報的結果並不會有什麼改變或好處。三. 害怕通報的結果會使某些人或自己受到懲罰或發生不好的影響。四. 擔心通報的結果可能會招致醫療糾紛。五. 不了解那些事件應該通報。六. 若通報事件牽涉到醫師則擔心通報的結果可能會損及個人的名譽甚至遭到同僚的輕視或排擠。因此，基於上述的諸多原因，導致許多機構內的通報制度並無法偵測到大多數的錯誤或異常事件，也無法讓通報系統有效發揮預防錯誤與風險管理的目的。經文獻之探查，迄今國內並未有針對院內通報系統之相關研究，因此，實有必要進行研究探討此一問題。

Title: Incidents Reporting System and Reporting Barriers

Authors: Chung-Liang Shih, Sheng-Mou Hou¹, Ya-Seng Hsueh², Kuo-Piao Chung², Syi Su², Hsun-Hsiang Liao³; Department of Emergency Medicine, National Taiwan University Hospital; ¹School of Medicine, National Taiwan University; ²Graduate Institution of Health Care Organization Administration, National Taiwan University; ³Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation, Taiwan

Key Words: patient safety, reporting system, incident, medical adverse event

本研究之目的即在於透過調查瞭解國內醫院內部異常事件通報之設計與通報現況，並對醫護人員對於通報之意願與可能之屏障進行分析，藉以提出提升通報文化的建議與策略。

材料與方法

本研究分為兩個部份，第一部份以醫療機構為調查對象，以了解目前國內醫院內部異常事件通報系統之設計、運作方式與通報現況。第二部分，則以醫院內工作人員為調查對象，目的在解析醫護人員對於通報系統的看法、通報之意願與可能之屏障，並與前一部份之調查結果進行比較，分析可能存在的通報落差。

關於醫療機構之調查，乃針對台灣地區經醫院評鑑等級為地區級以上之醫院共 546 家發放問卷，受訪對象為醫院之管理者或負責異常事件通報之負責人員，問卷發放以郵寄方式進行，調查時間為 2004 年九月，於問卷寄出後二週進行第一次信件催收，再經兩週後則予以電話催收。問卷內容主要包括三個部份，第一個部份為調查各醫院目前院內異常事件通報之執行情形，包括過去一年內所接受之通報件數、通報方式、通報之時效規範、接受通報之負責單位、以及通報處理方式等；第二部份主要調查各醫院所接受之通報事件型態及發生頻率，依專家會議結果列出院內較常發生之十六類意外事件，請受訪者依據其接受通報之頻率進行勾選，1 為從未發生此類通報事件，2 為很少發生，大約 2-5 年通報一件，3 為偶而發生，大約 1-2 年內通報一件，4 為有時發生，大約一年會通報數件，5 為經常發生，大約數週或數月內會通報數件。問卷第三部份則為接受調查之醫院特性與受訪者基本資料。

關於醫院工作人員之調查，則是以上述受訪醫院為樣本，依據醫院規模、所在區域進行分層抽樣後，針對 56 所醫療機構之醫療人員進行問卷調查，每一家受訪機構依其醫院規模隨機抽樣 50-100 名工作人員包括醫師、護理人員與其他醫事人員進行郵寄問卷訪查，調查時間為 2004 年九月間，於問卷寄出後兩週進行第一次催收，再經兩週後則予以電話再次催收。問卷內容主要分為三個部份：第

一個部份為瞭解醫療人員對於異常事件通報之可能影響因素，經專家會議後共擬定 15 項問題，詢問受訪者之通報意願，問題方式例如病人或家屬不知道該事件所以我不通報。受訪者依其同意程度分為五個層次，5 表示最為同意，1 為最不同意。問卷第二部份則詢問受訪者於過去一年中是否曾有過處理醫療不良事件之經驗，若有，請其就該事件之類型勾選一項最為貼近該事件之屬性，如手術錯誤、藥物錯誤、輸血錯誤、手術或處置併發症、醫療處置導致之感染症等。問卷第三部分為受訪者之基本資料包括年齡、身份別、工作年資、服務醫院屬性。

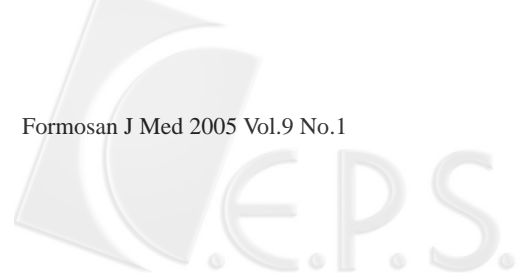
回收之問卷去除無效問卷後，以 SPSS10.0 軟體進行統計分析，除針對各變項進行次數分配之統計分析外，並依據受訪醫院屬性與受訪者特性進行交叉分析。

結果

樣本描述

關於醫療機構之調查經二階段催收後，共收回 327 份問卷，回收率為 59.9%，各評鑑層級醫院之回收率則分別為醫學中心 83.3%(15/18)、區域醫院 97.2%(70/72)、地區醫院 53.5%(223/417)，以及精神專科醫院 48.7%(19/39)。有效樣本中，醫學中心 15 家，佔全體之 4.6%，區域醫院 70 家佔 21.4%，地區醫院 223 家佔 68.2%，精神專科醫院 19 家佔 5.8%。受訪者之平均年齡為 43.3 歲(標準差 14.5)，男性佔 22%、女性佔 78%，工作年資在 10 年以上者佔全體受訪者的 71.8%，6-9 年者 12.9%，3-5 年者 10.9%，2 年以下者則僅佔 4.4%。

關於醫護人員之調查，經分層抽樣後共寄發 3880 份問卷，回收 2579 份，整體回收率約 62.6%，其中醫師部分之回收率為 40%，護理人員回收率為 75.7%，其他人員回收率則為 59.3%。受訪者平均年齡為 34.9 歲(標準差 8.3)，男性佔 27.5%、女性佔 72.5%，工作年資在十年以上者佔 47.7%，6-9 年者為 21.0%，3-5 年者 18.1%，1-2 年者 7.6%，一年以下者為 5.5%。服務醫院之屬性為醫學中心者 37.4%，區域醫院者 32.5%，地區醫院者 30.1%。身份別為醫師者佔全體受訪者的 21.8%，護理人員



表一：醫院內部每年異常事件通報件數與醫院規模之交叉分析

	100 床以下		100-300 床		300-500 床		500-1000 床		1000 床以上		Total	
少於 10 件	102	71.8%	17	30.4%	1	3.6%	2	6.9%	1	12.5%	123	46.6%
10~100 件	40	28.2%	39	69.6%	20	71.4%	21	72.4%	4	50.0%	124	47.0%
100~200 件	0	0.0%	0	0.0%	6	21.4%	2	6.9%	0	0.0%	8	3.0%
200~300 件	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	6.9%	0	0.0%	2	0.8%
300~400 件	0	0.0%	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%
400~500 件	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	6.9%	0	0.0%	2	0.8%
多於 500 件	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	37.5%	3	1.5%
Total	142	100.0%	56	100.0%	28	100.0%	29	100.0%	8	100.0%	263	100.0%

單位:家數(百分率)

佔 49.9%，其他尚包括藥師、醫檢師、放射師等共佔 28.3%。

院內異常事件通報系統

回覆之醫院中，309 家(95.4%)設有異常事件通報系統，均屬自願性通報，其中 121 家(39.4%)設立超過五年以上，70 家(22.8%)設立時間約 2-5 年，45 家(14.7%)設立在 1-2 年，其餘(23%)則在一年以內新成立。異常事件通報之件數，46.9%的醫院一年所接受之通報件數在 10 件以下，47.2%在 10-100 件之間(平均每月少於 10 件)，扣除精神專科醫院後，依醫院之急性病床數與每年之通報件數交叉分析呈現於表一，可發現受訪醫院中大多數(93.6%)每年所接受之通報件數均在 100 件以下。

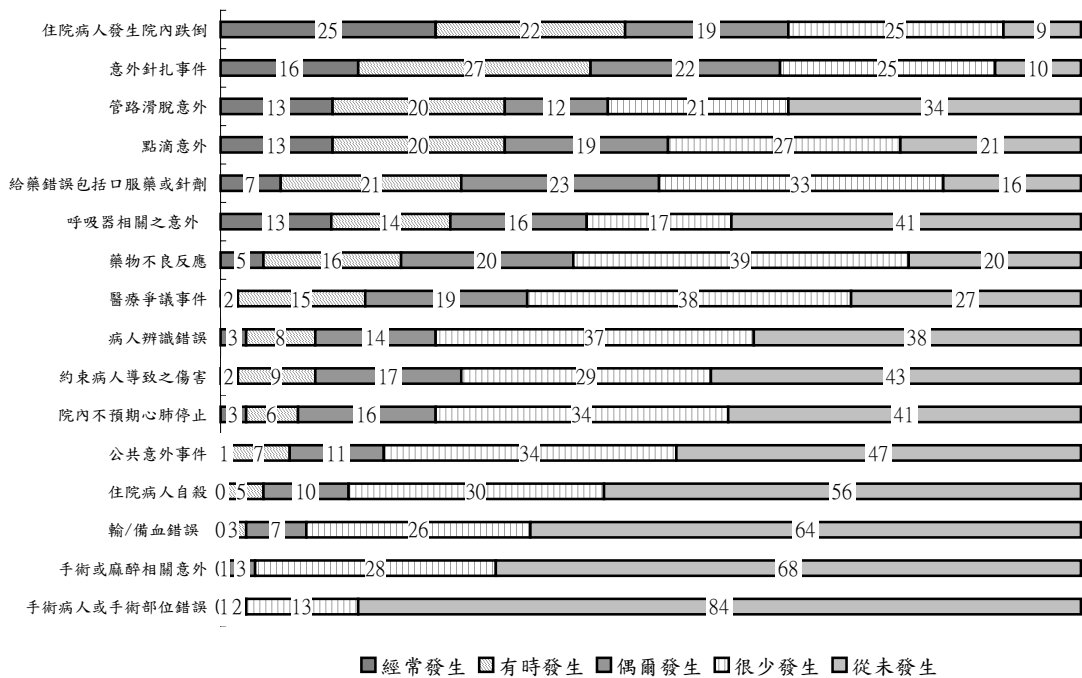
至於院內異常事件通報之方式以書面佔最多(86.4%)，另有 6%的醫院建有網路通報管道，39%的醫院可採口頭報告方式。對於通報者的鼓勵措施，33%的醫院明確表示免除懲罰，39%的醫院主管會給予通報者口頭鼓勵，14%的醫院則採取實質獎勵措施。負責接受通報的單位，則以護理部門為主，佔 40%，其次分別為行政部門(30%)、品管部門(16%)、企劃部門(10%)與藥劑部門(4.3%)。對於通報者的要求，大多要求需明確具名(72%)，27%的醫院可以匿名方式通報，另外約有五家受訪醫院(1.7%)則採取完全匿名方式進行通報。至於通報時效方面，90%的醫院訂有明確規範，其中 21.5%要求需於 8 小時內進行通報，53.4%在 24 小時內進行通報，11.7%為三天內通報，另有 3%對於通報時效性規範為一週內通報。

院內異常事件通報型態

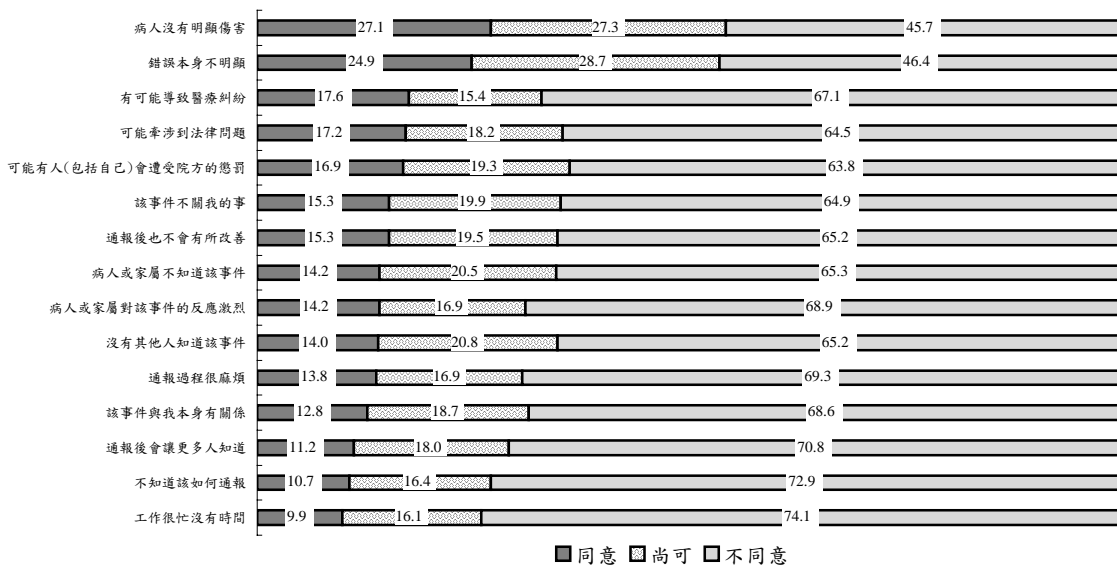
受訪醫院所接受之意外事件類型依其通報頻率整理如表二，其中以住院病人發生院內跌倒事件最為常見，25%醫院表示經常發生，21%為有時發生；其次為意外針扎事件，16%的醫院通報為經常發生，29%為有時發生；點滴意外事件則有 13.7%醫院通報為經常發生，20%為有時發生；藥物錯誤事件則有 6.7%通報為經常發生、21.1%為有時發生；另外管路滑脫與呼吸器相關之意外，則分別為 12.2%、13%被通報為經常發生，20%、14.4%為有時發生。至於較嚴重的醫療意外事件，如手術病人或部位錯誤、手術麻醉相關意外則均為很少發生，95%以上的醫院均通報為數年才一次或從未發生過。此外，院內不預期急救事件、與約束病人導致傷害之事件則約有 10%的醫院通報為經常發生與有時發生。

院內異常事件通報之障礙

醫護人員受訪者中絕大多數(91%)均知道該服務醫院內設有異常事件通報管道，且超過一半的受訪者(56.8%)在過去一年內曾經遭遇過異常事件，其中 88%的人會主動就該事件進行通報。當問及受訪者本人或其同事是否曾經因為主動通報異常事件而遭受任何形式的處罰時，約有 9.2%的受訪者回答為“經常如此”或“幾乎都會”，18.4%回答為偶爾會。對於異常事件的性質，若是差一點發生但因被及時阻止而未發生於病人身上的跡近錯失事件(Near miss)，則僅 34%的受訪者會進行通報；對於



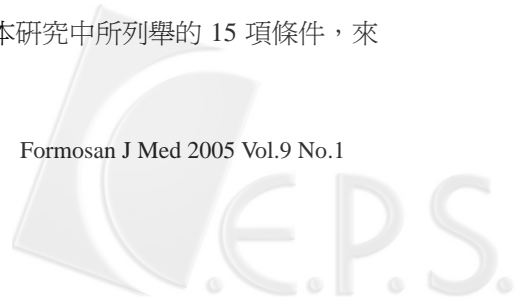
表二：異常事件通報類型與發生頻率



已經發生於病人身上但未造成明顯傷害的事件，約有 71% 的受訪者會予以通報；對於已經發生於病人身上的意外事件且已造成明顯的傷害但未導致死亡或永久性傷患者，則有 91% 的受訪者會進行通報；至於已經導致病人死亡或永久性失能的嚴重意

外傷害則約有 93% 的受訪者會進行通報。由此可知，異常事件的嚴重度會影響個人的通報意願，愈是明顯的、造成嚴重後果的意外事件，被通報的機會則愈高。

至於，依據本研究中所列舉的 15 項條件，來



表四：比較醫師與護理人員間阻礙通報因素排序差異

	醫師 N = 517		護士 N = 1224		
	平均值	標準差	平均值	標準差	
病人沒有明顯傷害	2.94	1.044	病人沒有明顯傷害	2.69	1.037
錯誤本身不明顯	2.93	1.018	錯誤本身不明顯	2.58	0.978
有可能導致醫療糾紛	2.71	1.127	沒有其他人知道該事件	2.26	0.926
可能有人(包括自己)會遭 受院方的懲罰	2.68	1.028	可能有人(包括自己)會遭 受院方的懲罰	2.25	0.923
可能牽涉到法律問題	2.67	1.072	病人或家屬不知道該事件	2.25	0.926
病人或家屬對該事件的反應 激烈	2.60	1.079	通報後也不會有所改善	2.25	0.953
該事件不關我的事	2.59	1.037	該事件不關我的事	2.23	0.982
通報過程很麻煩	2.58	1.038	可能牽涉到法律問題	2.22	0.953
該事件與我本身有關係	2.56	0.984	通報後會讓更多人知道	2.15	0.875
通報後也不會有所改善	2.55	1.060	有可能導致醫療糾紛	2.14	0.978
病人或家屬不知道該事件	2.52	0.953	該事件與我本身有關係	2.13	0.855
沒有其他人知道該事件	2.49	0.912	病人或家屬對該事件的反應 激烈	2.12	0.901
不知道該如何通報	2.48	1.020	通報過程很麻煩	2.10	0.916
工作很忙沒有時間	2.41	0.997	工作很忙沒有時間	2.02	0.840
通報後會讓更多人知道	2.40	0.913	不知道該如何通報	2.01	0.847

瞭解醫護人員對於通報時可能存在的障礙，依其阻礙的程度可依序排列如表三所示，”錯誤本身不明顯”或”未造成病人明顯傷害”是造成未通報的第一項因素，其次為”會因此遭受院方懲罰”或”擔心涉及法律糾紛”是阻礙通報的第二項因素，”通報後也不會改善”為阻礙通報的第三項因素，至於”沒有人知道該事件”或”事不關己”是導致未通報的第四項因素，而”工作忙沒有時間通報”或”不知道如何通報”或”通報過程麻煩而不通報”等在本研究中則為最不影響通報意願的因素。

若比較醫師與護理人員間阻礙通報因素排序的差異(表四)，則可發現醫師對於”醫療糾紛”的考慮與擔心，明顯地較護理人員佔了較重要的角色，而對於”通報過程感到麻煩”也是造成醫師不願意通報的另一項因素，而針對護理人員而言，”事件本身是否明顯”與”是否有他人知道”以及”通報後能否有所改善”則是其考慮是否通報的重要因素。至於，受訪者本身兼有主管職務者，則與第一線員工對於通報障礙因素的排序未有明顯差異。另一方面，若依據受訪者服務醫院性質分析影響通報意願

之排序差異則可發現，醫學中心與區域醫院之受訪者對於通報障礙因素之排序大致類似，但是地區醫院的受訪者在”事不關己因而不欲通報”一項影響程度明顯高於其他醫院之工作者。

通報事件與醫療不良事件的落差

本研究亦調查受訪者在過去一年中是否曾經遭遇或處理過醫療不良事件，約百分之三十九(38.9%)的受訪者回答為肯定，進一步分析醫療不良事件之類型則發現(表五)，以藥物錯誤為最多數，佔 17.5%，其次分別為病人辨識錯誤(14.4%)、跌倒導致之嚴重傷害(11%)、醫療處理導致之感染症(8.6%)、呼吸器相關意外導致之傷害(8.6%)、手術相關併發症(8.3%)、針扎意外導致病人傷害(5.6%)、約束病人導致之傷害(4.9%)、輸血錯誤(4.6%)、點滴幫浦意外導致病人傷害(4.2%)等。若與前述各醫院所接受之通報事件類型比較(表二)，則有明顯的差異，因此，”通報不足”(Under report)仍是當前醫院內部異常事件通報上急需克服的難題。

表五：醫護人員自述之醫療不良事件類型分布

	次數	百分比
給藥錯誤包括口服藥或針劑	570	17.52%
病人辨識錯誤	469	14.41%
住院病人發生院內跌倒導致嚴重傷害	364	11.19%
醫療處置導致之感染症	279	8.57%
呼吸器相關之意外傷害導致病人傷害	279	8.57%
手術中或術後發生併發症	271	8.33%
意外針扎事件導致病人傷害	181	5.56%
住院病人自殺	174	5.35%
約束病人導致之傷害	157	4.82%
輸血錯誤	148	4.55%
點滴幫浦失常導致病人傷害	135	4.15%
誤用高危險性藥物導致病人傷害	120	3.69%
手術病人或手術部位錯誤	107	3.29%
Total	3254	100.00%

討論

通報制度若想有效達到及時發掘錯誤、預防再次犯錯的目的，必須符合以下的原則：

- 一. 不懲罰性：通報制度不應作為懲處的依據，更不可淪為報復的工具，也就是必須排除所有人員對於通報結果可能會造成某些人因而受罰的憂慮，只有藉由不懲罰的明確宣示才有可能提高第一線人員的通報意願，也才有可能進一步達到從錯誤中學習改善的目標。因此，不懲罰是通報制度成功關鍵的第一步。
- 二. 保密性：通報的資料必須適當的予以保密，所有與通報事件相關的個人(包括病人與醫療人員)、通報者、單位或是醫院等資料都應該被保護，絕不可透露給第三者，通報事件的歸納分析與檢討可以公佈，但是不應涉及任何私人資訊，這不僅關係到通報的意願，更可能牽涉到法律的糾紛，因此在處理上必須特別謹慎。
- 三. 獨立的通報單位：接受通報者最好是獨立的單位或外部機構，如美國飛航安全通報制度的設計是直接通報給航太總署而非航管局，選擇一個與通報者或通報機構完全不具權屬關係的單位來接受通報，不僅可以保持公正客觀的態

度來面對所有通報的事件，也可免除通報者害怕受罰的憂慮。

- 四. 具專業分析能力：所有的通報事件都必須由熟悉錯誤理論與系統分析技巧的專家來進行評估，必要時這些專家應該實地去了解臨床的狀況，以便找出造成錯誤的背後因素，提出有效的改善建議措施。
- 五. 及時回應與回饋：通報事件的分析結果和建議，必須儘快地回饋給通報單位和所有必須知道這些事情的相關人員與單位，特別是當分析者發覺到通報事件的嚴重度或是潛在的危機可能繼續造成傷害時，應該及時通知相關人員和單位，以避免錯誤的反覆發生和危害的擴大。
- 六. 系統觀：對於通報事件的分析 and 建議應是針對系統的改善，例如系統的規劃、工作的流程、產品的設計等，藉由上述要素的改變來達到安全機制與環境的建構，而不應將錯誤的癥結和改善置於個人的行為和表現上，畢竟人為因素絕不可能完全避免，犯錯是人性的一部分，惟有藉由系統化的思考和改變，才能真正達到預防錯誤的效果。
- 七. 擴大學習層面：接受通報的單位或機構應該把



從通報事件中分析所得的經驗和預防改善的建議廣為宣導，以使得更多的醫療機構或單位，不須經過錯誤經驗的累積即可建立預防改善的機制，就如同 JCAHO 針對 29 項警訊事件提出行動建議，以達到提升整體醫療體系安全性的最終目標。

若以上述的原則來檢視目前國內各級醫院的內部通報系統，僅約 33% 的醫院明確宣示不懲罰的原則，而醫療人員受訪者中亦有 28% 表示會因主動通報異常事件而遭受處罰，此外，在影響通報意願的諸多因素中，是否會遭受處罰的疑慮亦名列前茅，因此，國內醫療機構的管理階層應明確宣示不處罰的原則，甚至進一步思考，嘗試透過某些更正向的鼓勵措施來促使更多的異常事件被主動通報出來。此外，從本研究中可發現，國內醫療機構內負責通報的單位，40% 為護理部門，表示其通報之人員仍以護理人員為主，尚未擴及其他醫事人員，因此建議應思考將通報的接受單位設於品管、企劃部門等行政部門，一方面可擴及全院性通報，同時也可免除直接之權責關係。

至於，院內通報系統的成效方面，由本次調查可知，受訪醫院中近 94% 的醫院每年的通報件數均在 100 件以下，若依床數規模分析則可發現(表一)，100 床以下的醫院中，72% 每年所通報之異常事件少於 10 件，100-300 床醫院幾乎也全在 100 件以下，即使 300 床以上的醫院亦有 70-80% 每年在 100 件以下，換言之平均每月之通報件數均不及 10 件。由此可知，異常事件低報的情形普遍存在於國內各級醫院，如何鼓勵通報乃成當務之急。另一方面，從影響通報意願的因素探討中可發現，錯誤的嚴重或明顯程度是影響是否通報的最明顯因素，對於愈是明顯或造成嚴重後果的事件，被通報的機會愈大，反之，由於事件影響不大，顯少人發覺甚至連病人本身也未察覺，再加上擔心通報後，反而因此遭受懲罰或導致醫療糾紛，因此多數選擇不通報。根據 Frank Bird 的冰山理論[10]，每一件嚴重的意外傷害背後，可能存在 30 件的輕微或無傷害的意外、600 件的異常事件，因為嚴重傷害事件的發生機率並不高，若僅依賴這類事件的揭露才有進行改善的機會，那麼進步改善的速度難免太慢，而所付出的代價也太大。因此，醫療機構應鼓

勵員工對於這些發生機率更多的輕微或無傷害的異常或意外事件進行通報，讓醫院管理部門有機會去檢討並改善系統的規劃與流程的設計，以避免同樣錯誤的再發生造成嚴重的損害。

從本研究中可發現，影響醫護人員通報意願的另一項重要因素，是對於通報資料的保密性和法律責任的疑慮，醫療人員普遍仍對通報資料或通報過程是否會外洩而讓更多人知道，甚至因此而招致醫療糾紛而感到不安，因此，醫療機構除了應致力簡化通報的流程避免層層上報的刻板模式所可能造成的資料外洩外，更應要求處理異常事件通報之人員嚴守資料的保密原則，對於所保存之資料應做適當的轉譯程序，將所有與通報者、病人、醫療人員相關的可辨識資料予以轉錄(re-code)或清除，一方面可取得同仁的信賴，另一方面也可避免萬一資料遭受侵犯時造成的不必要傷害。而在醫療機構對於通報的資料與過程採取一切必要的防範措施之外，立法機關也應重新思考對於立法保障通報者與通報資料的必要性，既然人為的錯誤既是難以避免，那就應該朝向鼓勵通報錯誤、避免重蹈覆轍的正向思維努力。基於這樣的思考，在 2004 年，美國國會即研議制定「病人安全與品質促進法案」(Patient Safety and Quality Improvement Act)[11]，藉由對以品質改善與病人安全為目的所為之自願性通報資料提供法律保護，以鼓勵健康照護體系營造重視安全與品質的文化。該法案對於所謂的病人安全資料賦予法律上的特惠性與保密性，例如病人安全資料得(1)不受民事、刑事或行政訴追；(2)不適用與民事、刑事或行政訴訟程序有關之證據發現程序；(3)不適用美國資料自由法(Freedom of Information Act)第 552 條或其他類似的聯邦法或州法所規定的資訊揭露；(4)不得在民事、刑事或行政訴訟程序當做呈庭證據或為其他相類似的揭露；(5)在對曾參與製作、收集、通報或保存病人安全資料之個人為認證、評估、發給執照或不任用決定時，該病人安全資料不得作為該項決定之參考等。同時，該法案亦規範除非在特定條件下，否則病人安全資料均不得揭露，來保障通報者與資料收集的保密性。這樣的作法頗值得我們共同思考作為未來努力的方向。



結論與建議

從本研究可發現，雖然國內大多數醫院均建立了院內異常事件通報系統，但是通報件數仍普遍偏低，如何鼓勵提昇醫療人員願意主動提報日常工作中所發現的異常事件是當前推動病人安全工作的最重要議題之一。從影響通報意願的因素探討中，可發現普遍醫療人員仍不完全清楚異常通報的重要性與應該通報那類事件，而對於通報的保密性與對懲罰的疑慮是另一阻礙通報的關鍵因素，因此，醫療機構管理者應透過通報管道的重新規劃和不斷的教育宣導，讓員工瞭解異常事件通報的重要性和個人在異常事件通報中所扮演的角色，並建立良好的通報管路，讓通報的過程簡易且沒有洩密的疑慮，當然，若能透過立法對於通報資料的保護，就更能去除醫護人員對於通報時最大的擔憂。但是，更重要的是，通報制度的成功端賴於信任與不苛責文化的建立，因此，醫療機構與所有醫療社群均應共同致力於安全文化的營造，讓安全成爲我們共同的價值。

推薦讀物

1. Barach P, Small SD: Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000;320:759-63.
2. Helmreich RL: On error management: lessons from aviation. *BMJ* 2000 ;320:781-5.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, et al: To err is human: building a safer health system. 1999 National Academy Press: Washington, DC.
4. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. 2001 http://www.jcaho.org/general+public/patient+safety/setting_the_standards.pdf
5. Cullen DJ, Bates DW, Small SD, et al: The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. *Jt Comm J Qual Improv* 1995;21;541-8.
6. O'Neil AC, Petersen LA, Cook EF, et al: Physician reporting compared with medical-record review to identify adverse medical events. *Ann Intern Med* 1993;119;370-6.
7. Shannon RC, De Muth JE: Comparison of medication error detection methods in the long term care facility. *Consulting Pharmacy* 1987;2;148-51.
8. Schumok GT, Thornton JP, Witte KW: Comparison of pharmacy based concurrent surveillance and medical record retrospective reporting of adverse drug reactions. *Am J Hosp Pharm* 1991;48;1974-6.
9. Leap LL: Reporting of adverse events. *N Engl J Med* 2002;347;1633-8.
10. James Reason: Managing the risks of organizational accidents. P 224-5. 2002. Ashgate Publishing Company: England.
11. Patient Safety and Quality Improvement Act of 2004. See website <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/query>

