

# 從異物哽塞事件出發，導入RCA建構精神科進食照護安全文化



余文雯<sup>1\*</sup>、馮雅琪<sup>2</sup>、江柏林<sup>3</sup>、劉師秀<sup>4</sup>、陳會君<sup>5</sup>、李艾庭<sup>6</sup>

<sup>1</sup>青海醫院護理科主任、<sup>2</sup>護理長、<sup>3</sup>醫療副院長、<sup>4</sup>醫務管理師、<sup>5-6</sup>護理長

## 壹、前言/目的：

精神科住院病人因精神症狀、認知障礙或吞嚥功能異常，異物哽塞致死風險比一般人高出8倍，為臨床照護重大安全議題。某精神科專科醫院於113年12月20日夜間發生病人進食點心哽塞事件，經急救後轉院治療，暴露出夜間照護流程、人力分工與飲食衛教之缺失。院方隨即通報並召開跨部門會議，運用根本原因分析（RCA）從制度、流程、教育與監督面向檢討，成立改善團隊，建立預防性照護SOP、強化家屬衛教與臨床警覺教育，建構多層防線以提升飲食安全，並提供精神醫療機構防錯經驗之參考。

## 貳、問題分析 / 改善計畫：

### 【問題分析】

事件發生後，院內立即啟動跨部門之品質改善機制，由院部高層、醫療科、護理科、行政與病安醫品單位共同召開照護檢討會議，並運用根本原因分析（Root Cause Analysis, RCA）搭配HFACS（人為因素分析系統）模型與原因樹分析，針對事件近端與根本原因全面探討，分析出四大關鍵問題：

#### 一、制度缺失：

- (一) 缺乏標準化的家屬衛教制度，未於入院流程明確教育家屬禁止攜帶不適當食品，導致病人因食用外來麵包而哽塞。
- (二) 缺乏「雙人核對點心制度」，點心準備依賴經驗，無交叉確認機制。

#### 二、流程不清：

- (一) 夜間點心發放與病人進食觀察未明訂專人分工，發放點心與觀察同步執行，導致注意力分散。
- (二) 欠缺進食觀察標準流程，如進食速度、姿勢、是否咀嚼完整、吞嚥等關鍵指標未被有效監控。
- (三) 缺乏風險回報與異常交班機制，當病人飲食狀況與原有飲食醫囑不同時，現場人員未即時報告及調整。

#### 三、教育訓練不足：

- (一) 家屬對軟質飲食與吞嚥限制認知不足，未理解食品選擇會影響病人安全。
- (二) 新進人員未接受統一的異物哽塞預防訓練。
- (三) 欠缺定期教育與案例演練，風險辨識與應變能力不足。

#### 四、監督與品管機制薄弱：

- (一) 未明確訂定夜間專責監督人員觀察飲食狀況，導致流程執行流於形式。
- (二) 抽查與回饋制度不足，品質仰賴人員自律，穩定性低。

### 【改善計畫】

本案改善行動從制度面、流程面、教育面與監督面，四個面向提出改善計畫：

#### 一、制度建置：

- (一) 修訂「預防異物哽塞照護準則」，明確規範流程。
- (二) 設計「預防異物哽塞注意事項」衛教單張與海報，張貼於家屬接待區，於入院及首次探訪時提供家屬衛教。
- (三) 建立「點心雙人核對制度」，由兩位護理人員共同確認。

#### 二、流程優化：

- (一) 夜間點心發放由一人負責，其餘專責觀察，落實分工。
- (二) 制定「進食觀察標準作業程序」，列入速度、姿勢、咀嚼、嗆咳等指標與通報流程。
- (三) 當發現病人飲食與現況不符，須立即交班並與醫師討論修正醫囑。

#### 三、教育訓練：

- (一) 導入「三口水吞嚥試驗」進行初步篩檢，提高吞嚥障礙辨識率。
- (二) 新進人員納入異物哽塞照護教育，強調病人評估、食物選擇與家屬衛教。
- (三) 每兩個月辦理異物哽塞專題訓練，強化流程與風險辨識能力。
- (四) 採用實際案例進行情境教學與討論，增進臨床警覺與應變。

#### 四、監督與稽核機制：

- (一) 夜間值班護理長不定期稽查現場流程執行情形。
- (二) 將核對準確率列入績效指標，提升執行意願與責任感。

## 參、結果/成效：

本改善專案以異物哽塞事件為契機，從制度、流程、教育與監督面進行全方位改革，建立具可複製與擴展性的精神科病人進食安全管理模

#### 一、事件再發率為零：

執行數月以來，全院未再發生異物哽塞事件，流程分工與監督明確，風險顯著降低。

#### 二、家屬衛教達成率100%：

新住院家屬皆完成「預防異物哽塞」衛教，並主動諮詢飲食原則，提升共同照護意識。

#### 三、照護流程標準化：

夜間點心流程導入「雙人核對」、「進食觀察標準化流程」與「異常通報機制」，提升執行一致性與安全性。

#### 四、護理知能提升：

定期訓練提升人員辨識與應變力，護理知能正確率由72%升至91%，並能主動通報與衛教行動。

#### 五、核對錯誤率歸零：

雙人核對制度實施後，飲食核對錯誤率由2.1%降至0%，每週稽核符合率穩定達98%以上。

#### 六、團隊責任感提升：

跨部門合作機制導入「抽查+績效」改善模式，建立風險發現、即時改善與回饋的學習文化。

#### 七、建立新模式，具推廣價值：

本案達成「零再發、零錯誤」目標，制度與訓練並行，已納入新進人員教育，具高度參考與擴散潛力。

## 肆、結論與討論：

本專案導入根本原因分析（RCA）與跨部門合作機制，針對精神科病人進食異物哽塞事件進行系統性檢討與預防策略設計，從制度、流程、教育與監督四面向同步推動，建構多層防錯機制，強化照護安全防線。透過家屬衛教制度化、雙人核對與進食觀察分工，顯著降低哽塞風險，具臨床可行性與實務價值。高風險事件往往源於制度漏洞與執行落差，本案以RCA串聯醫療、護理與行政單位，推動全員參與的安全文化，使流程落實並持續改善。

改善後病人異物哽塞再發率降為零，飲食核對正確率提升至98%以上，建立可複製之精神科飲食照護品質管理模式。以夜間點心照護為例，透過標準化分工與教育，成功將高風險情境轉化為可控流程。未來將持續追蹤措施落實率、家屬衛教涵蓋率與人員滿意度，並研議導入資訊系統輔助核對與風險提醒，提升安全精準度。成果已納入新進教育，後續將整合院內資源與跨單位交流，強化組織學習。此模式具實用性高、成效明確與延展性強，可供精神科及長照機構參考，推動以人為本的病人安全文化。