

跌倒高危險群臨床照護路徑改善

作者1余昭毅
內科/護理長

作者2林美英
護理部/督導長

作者3張翠文
門診/護理長

前言

1-1前言

醫院所發生的意外事件，以病患跌倒事件所佔比例最高，科別以內科發生率較高(洪、李、張、張2005)，跌倒也是台灣65歲以上老人意外傷害死因第二名(行政院衛生署，2007)，跌倒事件除病患深心理傷害之外還會增加醫療支出及增加住院天數，相對家屬及健保的經濟上負擔上升，甚至引發醫療糾紛對醫院、病患、國家社會都是負擔傷害。

針對本單位內科病房2009年11月~12月出院病歷跌倒防範評估表進行查核共隨機抽查120本出院病歷，發現跌倒評估不完整佔43%；缺乏相關衛教內容佔56%；未使用成人跌倒防範評估表佔98%，根據分析發現工作人員對跌倒評估作業流程不熟悉且對衛教易忽略希望藉由本專案能改善臨床工作人員對跌倒高危險群篩選及能確實達到評估及衛教的功能，以提升跌倒預防評估及衛教之完成。

1-2目的

1. 病人安全
2. 病人安全訪查基準要求
3. 配合醫院評鑑標準

問題分析、改善計畫及方法

2-1現況分析

2009年度住院病人跌倒人次為5人，門診病人跌倒人次為2人；總共跌倒人次為7人。跌倒傷害程度為輕度者共有5名人次，跌倒傷害程度為中度者共有1名人次，傷害嚴重程度為重度者有1名。

2-2現行跌倒評估作業簡介

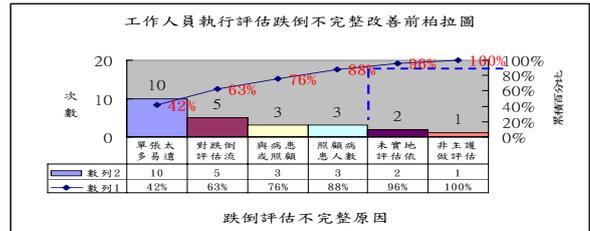
病人入院時主護執行入院護理評估與跌倒評估，運用護理作業內的功能評估作跌倒評估，評估0-7分提供預防跌倒衛教及護理指導，評估 ≥ 8 分則需擬定護理計畫「預防跌倒照護需求」並需將病患手圈換成粉紅色及在病人單位掛上預防跌倒LOGO，並每日白班例行執行成人跌倒防範評估表及執行衛教並紀錄且護理交班。

2-3專案單位跌倒評估不完整問題分析

本單位於2009年11月~12月共隨機抽查120本出院病歷，總出院人數：289，故佔出院病歷42%，抽查病歷以跌倒評估此項做分析發現入院跌倒評估不完整佔43%；缺乏相關性衛教內容佔56%；未使用成人跌倒防範評估表佔98%。

2-4改善計畫

簡化及整合相關預防跌倒單張及個別化護理評估，以內科病患平均做完天數3天來做設計，確實能在入院病患達到評估完整及立即性的衛教及再次評估之功效達到預防跌倒評估之完整性及降低發生率，所以建立跌倒評估臨床查核表來進行病患入院評估之功效。



對策名稱	建立預防跌倒護理照護路徑
主要因	單張太多易遺漏/對跌倒流程不熟悉
1.設計確認查核表可適合三班工作人員執行防跌項目不一遺漏 2.查核表單內項目能提醒作業流程新進人員在做評估能儘早進入流程狀況	1.預防跌倒護理評估臨床查核表在病患入院時就使用，一表格內容執行 2.三班評估評值達持續照護功能 3.能確實達到依病患個別性評估功能 4.預防跌倒護理照護路徑 實施日期：99年2月1日--99年3月31日
1.預防預防跌倒護理照護路徑在建立時的觀念是依循臨床路徑的模式來建立，修改多次希望能藉由此次的建立臨床運用更流暢 2.經修改後，跌倒相關評估、指導、護理計畫及衛教都含括在內，對於臨床上不易遺漏	1.預防跌倒護理照護路徑的使用，可讓護理人員清楚明白跌倒衛教內容，病人也可清楚了解預防跌倒照護的內容 2.經預防跌倒護理評估臨床查核表使用後，工作人員在執行面上，不完整比例下降 2-1缺乏跌倒相關性衛教 56%→23% 2-2未使用成人防範跌倒評估單 98%→15%。

對策名稱	建立病歷查核預防跌倒評估完整機制
主要因	未實地評估依舊電腦病歷載入/確認臨床評估完整性
1.單位護理長針對出院病歷確認查核預防跌倒內容完整性 2.護理部品質小組每季隨機抽查出院病歷做查核	1.單位護理長針對每天出院病歷確認查核預防跌倒內容完整性 2.護理部品質小組每季(3.6.9.12月)隨機抽查出院病歷每單位10本做查核
1.建立病歷查核預防跌倒評估完整機制能使臨床工作人員針對查核不完整項目再加強 2.跌倒相關評估、指導、護理計畫及衛教都能有效的紀錄於病歷內容完整。	1.病歷查核預防跌倒評估完整機制使臨床工作人員在書寫記錄內容更為完整 2.病歷查核預防跌倒評估完整機制建立後，入院跌倒評估不完整43%→12%

結論與討論

病人安全的議題是受到世界各國的重視，雖然無法完全預防跌倒的發生，但護理人員在入院的評估是預防跌倒不可或且重要的一環，在環環相扣的醫療環境中，只要其中一環節評估或護理指導的不完整，跌倒即又可能發生。

對策實施後，制定立預防跌倒護理照護路徑，結果在預防跌倒評估衛教不完整率下降為12%；缺乏跌倒相關性衛教下降為23%，衛教完成率明顯提升，未使用成人防範跌倒評估單下降為15%。工作人員於跌倒評估照護能力，經由建立預防跌倒護理照護路徑的運用，其評估能力也提昇。

