

病人安全高危风险 评估及护理管理 (附案例)

High Risk Assessment and Nursing Management
for Patient Safety

顾问 王跃建

主编 张莉 彭刚艺



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

病人安全高危风险 评估及护理管理 (附案例)

BINGREN ANQUAN GAOWEI FENGXIAN PINGGU
JI HULI GUANLI

顾 问 王跃建
主 编 张 莉 彭刚艺

图书在版编目(CIP)数据

病人安全高危风险评估及护理管理(附案例)/张莉,彭刚艺主编. —上海:第二军医大学出版社, 2013.5

ISBN 978-7-5481-0532-9

I. ①病… II. ①张…②彭… III. ①护理—风险管理 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 249025 号

出版人 陆小新
责任编辑 王勇

病人安全高危风险评估及护理管理(附案例)

主编 张莉 彭刚艺

第二军医大学出版社出版发行

<http://www.smmup.cn>

上海市翔殷路 800 号 邮政编码: 200433

发行科电话/传真: 021-65493093

全国各地新华书店经销

江阴天源印刷厂印刷

开本: 889×1194 1/16 印张: 21.25 字数: 766 千字

2013 年 5 月第 1 版 2013 年 5 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5481-0532-9/R·1312

定价: 80.00 元

编写人员

顾问 王跃进

主编 张莉 彭刚艺

副主编 李绮慈 苏敏谊

学术秘书 刘婕婷

编者(按姓氏拼音排序)

蔡婉嫦	陈丽富	陈美容	陈萍玲	陈秋玉
陈书人	陈秀云	程云	邓伟英	方艳红
甘瑞容	何少丽	黄冬荷	黄睿花	黄守春
黄雪芳	江剑鸣	蒋慧明	康颖旒	孔慕贤
邝景云	邝杏娥	李焕平	李绮慈	李素霞
李杏崧	李媛媛	梁翠琼	廖旭嘉	林妙君
林暖君	刘婕婷	刘全妹	刘英莲	陆琼芳
吕春梅	罗丽芳	罗银秋	骆秀梅	马绮文
毛小英	莫韶妹	庞志明	彭刚艺	彭伟英
邱彩凤	苏敏谊	谭雁红	王桂英	王玉民
魏雅娟	吴秀娥	吴贞华	向霞	肖健香
谢向红	熊会林	许玉霞	严素芬	杨少仪
叶佩仪	叶秋莲	张莉	张建华	张兰梅
张薇平	张细顺	张秀平	赵巧红	赵艺敏
卓金旋	邹舒倩			

前言

PREFACE

病人安全的理念最早可追溯到 2 400 年前的希波克拉底誓言“First, do no harm——无损于患者为先”，这是对病人安全最核心、最本质、最简洁的表述。

世界各国不同程度地存在病人安全问题。1999 年美国“医疗研究机构”(IOM)发布“To Err Is Human: Building A Safer Health System”研究报告,引起全世界的震惊和高度重视,它指出每年美国医院内有 4.4 万~9.8 万人死于医疗错误,医疗错误成为美国第 8 位死因;英、澳等各国调查研究显示,医疗不良事件发生率平均约为 10%,而这些失误可导致严重伤残甚至死亡。针对病人安全问题,2002 年 1 月,世界卫生组织执行委员会编写决议草案,2002 年第 55 届世界卫生大会通过决议。2004 年 9 月 18 日,在上海召开首届病人安全联盟日大会,通过 6 个方面的行动纲领。2004 年 10 月 27 日,世界卫生组织在日内瓦共同发起“减少医疗护理过程中的不安全因素,确保病人安全”的“病人安全世界联盟”运动。自 2004 年始,国际医疗机构评鉴联合会(JCAHO)提出《病人安全目标》,以后每年更新发布。

我国近几年病人安全警讯事件时有发生,如 2005 年安徽“宿州眼球事件”,2006 年广州的“亮菌甲素事件”,2008 年西安“新生儿事件”等。2005 年 1 月,《医院管理评价指南(试行)》把病人安全作为医院管理年活动的工作目标和重点要求之一。中国医师协会启动医疗风险监测预警体系与病人安全的课题研究。2006 年 4 月 12 日,卫生部启动“加强病人安全管理和教育项目”,通过对北京、上海等 6 个地区病人安全现状调研分析,以改进病人安全的监管方法。2006 年 10 月,中国医师协会发布《2007 年患者安全目标》,并在以后每年发布《CHA 患者安全目标》。2011 年 1 月,卫生部印发《医疗质量安全事件报告暂行规定》和《三级综合医院医疗质量管理与控制指标(2011 年版)》。2011 年 4 月,为逐步建立我国医院评审评价体系,印发《三级综合医院评审标准(2011 年版)》,在第三章《患者安全》中通过 10 节 25 条 26 款(其中核心条款 4 条),对医院病人安全管理工作进行了评价。

护理是一门与病人安全关系最为密切的专业。国际护士会于 2005、2006、2007 及 2012 年分别将“5·12”国际护士节的主题确立为“为了病人安全,抵制伪劣药品”;“保障安全的护士配置,保证患者的生命安全”,“营造优良执业环境,提供优质护理服务”等,充分表现出对病人安全的极度关注。在此背景下,2005 年 6 月 21 日,时任广东省卫生厅医政处护理专干的彭刚艺教授亲率李亚洁、刘雪琴、覃惠英等护理专家到佛山市第一人民医院进行“病人安全管理”相关护理工作调研。彭教授的讲话在使我们对病人安全及管理进行深刻反省的同时,更使我们认识到:从理念上我们以往的工作更多地着眼于保障医疗护理安全,着眼于“不出差错”,较少关注“病人安全”;从文化上当出现不良事件、差错和缺陷时,我们更侧重于对当事人问责而疏于建立一个更安全的系统,着眼于事后补救而忽略前瞻性的预防和指引;从内涵上对病人安全问题和潜在风险未能深挖及建立科学的防范制度、流程和指引。以此次调研为契机,佛山市第一人民医院护理部率领团队分“三阶段”构建以“重塑病人安全文化,建立病人安全护理管理长效机制、风险防范指引及专科病人安全风险评估及护理管理”为核心内涵的病人安全风险管理体系。

第一阶段(2005 年 7 月至 2006 年 10 月):识别病人安全隐患,建立防范指引,构建以“六个一”为主线的病人安全文化。2005 年 7 月,佛山市第一人民医院护理部借鉴国际及香港等地先进经验,建立护理病人安全风险委员会,并界定其职责,完善组织架构;全院各护理单元从管理、病人身份识别、手术病人安全、环境设施等 10 个方面识别病人安全存在隐患,建立 110 项临床病人安全隐患处理和预防流程指引;编写《临床护理中病人安全隐患的处理及预防指引》,指导临床做好病人安全管理。同时构建起“六个一”的病人安全文化:一是围绕王跃建院长“生命在我手中,责任重于泰山”的病人安全理念,完善前瞻性的病人安全护理

质量管理体系,变事后批评为事前指引,落实投诉“1+3”问责制,确保病人安全;二是非惩罚性报告制度的执行和推动;三是病人安全警示(识别)系统的广泛应用;四是围绕病人安全,建立团队间良好的沟通协作和交流;五是将病人安全文化的内涵扩展到专业技术的领域;六是缺陷分享和反思文化的建立。

第二阶段(2006年11月至2010年10月):运用根本原因分析,识别临床共性高危护理风险,建立病人安全管理长效机制。2006年,时任台湾和信肿瘤中心护理部的张黎露主任为我院做“失效模式分析(FMEA)和根本原因分析(RCA)在护理管理中的应用”专题讲座。自2006年11月至2009年9月,运用根本原因分析的理念,对护理人力资源管理、核心制度执行、高危药物、高危技术、危重患者转运、病人安全意外事件、病房安全管理及标本留取等8个方面存在的25项临床共性高危风险进行评估,建立控制目标及应急处理和风险管理指引。2008年10月,在广东省卫生厅的倡导和帮助下,在佛山市第一人民医院院领导班子的支持下,改革护理人力资源管理模式,开展APN连续性排班和管床管病人的整体护理实践,从模式上保障病人安全。

第三阶段(2010年11月至今):运用“二八”定律,甄别各专科高危风险,持续质量改进。34个专科运用“二八定律”,甄别出本专科的高危病人、高危药物、高危技术和管理环节,并制订出每个高危风险的识别、“危急值”管理和专科护理观察指引及风险管理预案。运用PDCA循环进行质量持续改进,通过对病人护理结局进行评价和反馈,提高病人护理质量。完善护理工作临床支持系统,确保病人安全。一是药师摆药、对药、运送中心送药一条龙,使用一次性药袋,让病人吃上放心药。二是急诊和全院静脉配置中心投入使用和输液PDA系统的建设。建立和落实输液风险评估、高风险病人评估、标识及巡视等制度;实现医护人员与病人之间动态的信息核对、交换和匹配,确保病人输液安全。三是手术室、内镜中心、供应室等使用条形码追溯信息化管理系统,确保正确识别手术病人身份,确保手术无菌物品、手术器械、手术耗材、病理标本可追溯,确保内镜检查病人安全,确保供应室无菌物品疑感染事件时能迅速召回并及时处理。四是设置病房无线网络,建立护士工作站,确保床边工作制的落实。最终,在此基础上编写出本书。

整本书从形成初稿到最后一行文字校验历时6年,在此过程中我们遵照彭刚艺教授的建议和指导,进行两次颠覆性的修改和调整:一是围绕从病人安全风险管理的角度调整全篇,二是围绕等级医院评审标准中病人安全管理部分进行修改。每一次修缮都深感前期所做工作的浅显和不足。

感谢广东省护理教育中心刘雪琴主任的支持和帮助,使我院得以完成人力资源管理模式的调整,在临床护理实践中提升病人安全的底线,夯实病人安全的基础!

感谢潘绍山、钟华荪、冯秀兰、陈伟菊、李满华及刘莉等护理专家对《病人安全护理管理模式及对策》科研项目的指导和评审,她们提出的宝贵而中肯的意见纳入本书修订中,使我们少走不少弯路!

感谢张黎露主任讲学时对本书编写给予的悉心指导!

感谢王跃建院长对护理工作和本书编写的指导!

感谢我们的团队!

捧着这本散发着淡淡墨香的《病人安全高危风险评估及护理管理》,内心充满忐忑……

期待读者朋友的批评和指正!

编者

2013年1月

目 录

CONTENTS

第一章 总 论

第一节 相关概念和内涵 / 1

一、病人安全与医疗护理安全 / 1

二、病人安全风险评估 / 1

三、病人安全风险管理 / 1

第二节 病人安全风险评估及护理管理的意义及内涵 / 2

一、病人安全风险评估及护理管理是法律、法规的要求,是保障护理质量的重要手段 / 2

二、基于非惩罚性报告的病人安全文化是风险评估及管理的理念基础 / 2

三、建立与完善病人安全管理系统是病人安全风险评估及护理管理的核心内涵 / 2

四、甄别高危风险、确立专科病人安全目标及护理质量高危环节的管理是病人安全管理的落脚点 / 3

第三节 护理风险评估及管理的组织构架和运作 / 4

一、组织构架 / 4

二、病人安全管理实行分级管理模式 / 4

三、护理风险评估及管理的运作 / 5

第四节 病人安全风险评估方法及管理程序 / 5

一、病人安全风险评估方法 / 5

案例: PICC 置管及维护流程的失效模式分析(利用 PRN 计算法分析) / 7

案例: 气管插管及护理流程的失效模式分析(利用危急值评估矩阵图及决策树分析) / 9

案例: 一老年病人坠床事件的根本原因分析 / 12

二、护理风险管理程序 / 15

第二章 病人安全护理高危风险评估及管理

第一节 传统人力资源模式的风险评估及管理 / 17

一、传统人力资源模式的风险 / 17

二、人力资源管理模式的调整及风险控制 / 17

第二节 护理核心制度执行中的风险评估及管理 / 19

一、护理查对制度管理 / 19

案例: 交叉配血标本采集错误事件 / 21

二、查房制度 / 21

案例: 护理查房 / 23

三、交接班制度 / 24

案例: 交接班 / 25

四、分级护理制度 / 25	
案例 1: 主动脉夹层瘤的级别护理 / 26	
案例 2: 脑梗死的分级护理 / 27	
五、护理不良事件报告制度 / 27	
案例: 医院预防跌倒管理 / 28	
六、会诊制度 / 29	
案例: 颈 ₄ 骨折并截瘫病人的护理会诊 / 30	
七、护理告知制度 / 31	
案例: 检查前告知不全 / 33	
第三节 高危药物应用的风险评估及病人安全管理 / 33	
一、高危和特殊药物的风险评估及管理目标 / 33	
二、高危药物使用中的风险评估及病人安全管理 / 34	
案例: 护士误取 10%氯化钾注射液当静脉封管液事件 / 36	
三、可疑输液及药物不良反应(ADR)的处理及上报流程 / 37	
第四节 护理高危技术的风险评估及病人安全管理 / 38	
一、中心静脉导管(CVC)的高危风险评估及病人安全管理 / 38	
案例: 颅脑外伤后留置导管风险评估与护理 / 39	
二、经外周静脉置入中心导管(PICC)的高危风险评估及病人安全管理 / 40	
三、呼吸机使用中的高危风险评估及病人安全管理 / 41	
案例: 重症肌无力病人呼吸机通气的风险评估与护理 / 43	
四、呼吸道阻塞的高危风险评估及病人安全管理 / 44	
案例: 脑梗死病人呼吸道风险评估与护理 / 45	
五、导管护理的高危风险评估及病人安全管理 / 46	
案例: 呼吸衰竭病人气管插管风险评估与护理 / 48	
六、危急值监测中护理的高危风险评估及病人安全管理 / 48	
案例: 2 型糖尿病病人血糖监测评估与护理 / 50	
第五节 危重病人转运的风险评估及病人安全管理 / 51	
一、安全转运的目标 / 51	
二、危重症病人安全转运模式管理 / 51	
三、危重症病人安全转运模式实施 / 56	
四、危重症病人转运途中的高危风险评估方法及观察 / 56	
案例: 危重症病人转运的处理措施及分析 / 57	
五、开展危重症病人安全转运模式管理效果 / 58	
第六节 病人安全意外事件高危风险评估及管理 / 58	
一、跌倒的风险评估及管理 / 58	
案例: 肿瘤脑转移病人跌倒风险评估与处理 / 61	
二、误吸的风险评估及管理 / 62	
案例: 脑梗死病人防误吸风险评估及护理指导 / 64	
三、压疮的风险评估及管理 / 66	
案例: 骨颈骨折、糖尿病病人压疮评估与处理措施 / 68	
四、自杀的风险评估及管理 / 69	

案例：鼻咽癌骨转移防自杀评估与护理措施 / 72	
第七节 病房安全管理中的突发高危事件风险评估及管理 / 73	
一、呼吸机使用中突发停电时的护理管理 / 73	
案例：ICU 病区突发停电事故的应急处理 / 74	
二、呼吸机使用中突发停氧时的护理管理 / 74	
案例：ICU 病区呼吸机供氧不足的应急处理 / 75	
三、火灾时特殊专科病人和设施的安全转运及护理风险管理 / 76	
案例：某医院感染科电视机自燃起火的应急处理 / 81	
第八节 标本留取的高危风险评估及病人安全管理 / 82	
一、临床检验标本留取的高危风险评估及病人安全管理 / 82	
二、临床病理标本留取的高危风险评估及病人安全管理 / 82	
案例：病理标本标签与病理组织送检单不符的处理 / 83	
 第三章 各专科高危病人、药物、技术的风险评估及病人安全管理	
第一节 各专科高危病人、药物及技术的风险评估及管理原则 / 84	
一、共性的高危因素评估 / 84	
二、高危因素管理措施 / 84	
第二节 各专科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 86	
一、心血管内科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 86	
二、呼吸内科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 97	
三、消化内科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 105	
四、神经内科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 109	
五、血液内科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 116	
六、内分泌高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 125	
七、肾内科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 130	
八、血液净化中心高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 134	
九、风湿免疫科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 146	
十、普通外科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 150	
十一、神经外科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 157	
十二、骨科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 164	
十三、泌尿外科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 170	
十四、胸外科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 175	
十五、心脏大血管外科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 180	
十六、烧伤科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 186	
十七、整形外科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 190	
十八、妇科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 194	
十九、产科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 200	
二十、儿科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 210	
二十一、小儿外科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 216	
二十二、新生儿高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 222	
二十三、眼科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 / 229	

二十四、口腔科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 /	232
二十五、耳鼻喉科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 /	236
二十六、感染科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 /	239
二十七、肿瘤科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 /	248
二十八、重症医学科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 /	259
二十九、急诊科高危病人、药物及技术的风险评估及管理 /	273
三十、手术室高危病人、药物及技术的风险评估及管理 /	282
三十一、门诊及医学影像高危病人、药物及技术的风险评估及管理 /	294
三十二、预防保健科客户、药物及技术的风险评估及管理 /	304
三十三、消毒供应中心高危风险评估及管理 /	307
三十四、内镜中心高危病人、药物及技术的风险评估及管理 /	313

参考文献 /	317
--------	-----

附录 佛山市第一人民医院“病人安全”管理大事记 /	323
---------------------------	-----

损失、不良后果等降到最低,促进服务质量和病人安全的完整管理体系。建立科学的风险管理系统能够从根源上减少风险,改善和确保病人安全。病人安全是风险评估和管理的出发点,也是落脚点。

第二节 病人安全风险评估及护理管理的意义及内涵

一、病人安全风险评估及护理管理是法律、法规的要求,是保障护理质量的重要手段

法律能引导和规范人们的行为,只有在法制的基础上,病人安全和管理才能真正落到实处。在我国,除《宪法》、《刑法》、《刑事诉讼法》、《民法通则》、《民事诉讼法》以及《执业医师法》、《合同法》等基本法中有涉及医患纠纷处理的规定之外,还有一些专门的法律、法规和部门规章如《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《医疗机构管理条例实施细则》、《医院感染管理规范》、《传染病防治法》、《药品管理法》、《母婴保健法》、《护士条例》等,医务人员必须共同遵守。依法执业既是法律的要求,也是医务人员的权利,医师必须遵守《执业医师法》,护士必须遵守《护士条例》。2010年7月1日颁布实施的《中华人民共和国侵权责任法》第七章用11条对“医疗损害责任”进行了明确的规定,而且已没有“构成医疗事故才赔偿”的概念。由此可见,落实病人安全风险管理,保障医疗护理安全,维护和尊重病人的生命权不仅是病人和医院的要求,更是法律、法规的要求。

二、基于非惩罚性报告的病人安全文化是风险评估及管理的理念基础

(1) 传统的安全文化是一种惩罚性的安全文化,当出现医疗不良事件时才亡羊补牢,采取补救措施,同时对当事人采取扣罚等惩罚性的处理,导致出现医疗不良事件时当事人想方设法推卸责任,甚至隐瞒不报、私下处理,未能在团队中公开地对不良事件进行深入分析、讨论和分享,从错误中学习,从系统上防范类似事件的再发生;护理管理者只能成为“救火队员”,着眼于事后补救,而忽略事前预防和指引,更谈不上前瞻性地对病人安全风险评估,完善流程指引,防患于未然,确保病人安全。

(2) 非惩罚报告,针对系统、缺陷分享和反思的先进的病人安全文化主要体现在:一是“无损于病人为先”,“病人的生命高于一切”,“生命在我手中,责任重于泰山”的病人安全核心价值观的实践,在这种非惩罚文化的引导下,护理部取消有关病人安全质量缺陷方面的扣罚制度,改用组织讨论形式,对事不对人,共同剖析制度、流程和指引等相关问题及提出如何防范的持续改进措施,定期监控落实。而对于发生问题后隐瞒不报者给予重罚,鼓励护理人员主动报告不良事件,通过缺陷分享和反思促进护理质量的持续改进,保障病人安全。二是非惩罚性报告制度的执行和推动。三是病人安全警示(识别)系统的广泛应用。四是围绕病人安全,团队间良好的沟通协作和交流。五是将病人安全文化的内涵扩展到专业技术的领域。六是缺陷分享和反思文化的建立。

三、建立与完善病人安全管理系统是病人安全风险评估及护理管理的核心内涵

更安全的病人安全管理系统体现在病人安全管理长效机制的建立。

(一) 病人安全护理管理组织架构的建立和完善是病人安全管理的组织基础和根本保障

病人安全管理涉及到医院的多专业、多系统、多环节,从医疗护理行为、工作流程到医院环境设施等方面存在不安全因素都会最终导致病人安全事件的发生。

(1) 病人安全护理管理的组织应该包括医院和科室两个层面,建立院、科两级的病人安全护理管理组织,即医院病人安全护理管理委员会,下设病人安全护理管理工作小组,成员是各科室推荐的联络员,是医院护理部与科室之间上传下达的沟通桥梁;科室成立病区病人安全管理小组。

(2) 界定病人安全管理委员会和工作小组的职责及运作模式。通过查房、会诊及专项病人安全督导,发现病人安全质量问题,确定工作目标,制定计划,改善病人安全问题,是病人安全的根本保障。

(二) 护理人力资源模式的变革奠定了病人安全的物质基础

文献报道,护理人员数量与病人病死率及非致命性的不安全事件如用药失误、跌倒、呼吸系统和泌尿系

统等感染发生率有关。APN 连续性排班和护士分层级管理的开展和实践改变了传统的正常班和大小夜班的排班方式,将班种整合为上午班(A 班)、下午班(P 班)和夜班(N 班)3 班,以高年资护士担任护理组长,率领责任小组的团队工作模式开展工作。通过排班方式和职责的调整,中午薄弱时段的人力由 1~2 人增加至 3~7 人,夜间薄弱时段人力由 1~2 人增加至 2~4 人,为病人安全管理奠定了人力基础,确保了护理质量和病人安全。

(三) 建立不良事件的报告、跟踪和反馈系统是确保病人安全的手段和方法

美国、澳大利亚、台湾等国家与地区都建立了较为完善的病人安全报告系统,不但使被报告事件的数量大大增加,也通过对这些事件的科学分析和给临床的反馈对促进病人安全起到了积极的作用。在我国,国务院 2002 年 9 月颁布的《医疗事故处理条例》明确规定了发生不良事件必须在规定时间内向上级主管部门汇报。2008 年卫生部医政司委托中国医院协会建立了“医疗安全(不良)事件报告系统(试行)”。该报告系统为自愿、非具名、非惩罚性质,由医疗机构自愿报告医疗安全不良事件信息,利用报告系统进行研究、分析,向医疗机构提出医疗安全警示信息和改进建议,以增强医院识别、处理安全隐患和预防不良事件发生的能力,从而实现医疗安全的目标;包括医疗安全(不良)事件报告表、药物治疗错误、医疗器材安全事件。为建立、健全医疗质量安全事件报告制度,切实保障医疗安全,2011 年 1 月制定了《医疗质量安全事件报告暂行规定》。

由此可以看出,卫生行政主管部门正在积极鼓励上报不良事件。在一种惩罚性环境下,人们往往只报告那些无法隐藏的错误。只有建立完善的、非惩罚性的、针对系统的病人安全报告反馈体系,医务人员才能够主动、公开地对待病人安全事件,而且从系统的层面来分析病人安全事件,提出针对整个系统流程而不是针对个人操作的改进措施,完善相关的管理制度、工作流程指引,杜绝类似事件的再次发生。

医院要结合本地区、本医院的实际情况,界定和规范不良事件的报告项目和内容,包括给药错误、意外脱管、压疮、跌倒、药物外渗、输液/输血反应、意外损伤、走失、自杀等意外事件;报告后病人安全管理委员会定期组织讨论分析,缺陷分享和反思,从系统的层面来分析病人安全事件,提出针对整个系统流程而不是个人的改进措施,并跟进改进效果。

(四) 前瞻性病人安全风险的防范和管理是病人安全管理的目标

前瞻性病人安全风险管理的指导思想,运用科学的方法调整工作策略,预防不良事件的发生,解决临床病人安全问题。通过前瞻性地运用失效模式分析(FMEA)对病人安全隐患进行科学评估,建立临床病人安全隐患处理和预防的流程指引;运用根本原因分析(RCA)对护理质量的高危环节进行风险评估,制定高危药物、高危技术、高危意外事件的管理集束。通过制度、流程指引的修订、下发和实施跟踪,从系统上预防不良事件,保障病人安全。

(五) 对病人安全重点项目质量进行动态跟踪管理

在开展给药错误、意外脱管、压疮、跌倒、药物外渗、输液/输血反应、意外损伤、走失、自杀及意外事件等不良事件监测报告及分析同时,成立重点项目专项小组,如预防跌倒专家小组,制定预防跌倒指引,下发预防跌倒宣传画和小册子,提高护士、陪护人员和病人的防跌倒意识;对 ICU 等特殊部门的重点项目进行院内感染专项监测(CRBSI、VAP 等),并制订预防指引,预防或减少医院感染的发生;建立特殊病人心理护理支持评估制度,有效防止病人自杀,降低自杀不良事件发生率。

四、甄别高危风险、确立专科病人安全目标及护理质量高危环节的管理是病人安全管理的落脚点

建立高危风险评估制度,甄别各专科病人安全高危风险,实施高危风险管理。与病人安全和护理质量密切相关的高危风险包括:护理人力资源管理的风险、核心制度执行中的高危风险、意外事件的高危风险、危重病人运转的高危风险、标本留取的高危风险、高危药物使用的风险、高危技术的风险、病区安全管理中高危事件的风险等。病区护理管理者和病人安全小组依据意大利经济学家巴莱多的二八定律,从“5W1H”(when, where, who, what, why, how)甄别出本病区高危病人、高危药物、高危技术和管理环节,

设立专科病人安全目标,根据高危程度按轻重缓急排序,完善制度、流程指引和应急预案等,建立管理集束,并实施跟踪。医院病人安全管理委员会组织督导、讨论和专题查房等跟进效果,落实病人高危风险的评估与控制,预防不良事件的发生,确保病人安全。

第三节 护理风险评估及管理的组织构架和运作

一、组织构架

要实现对病人安全的护理管理进行积极探索和实践,建立全面、系统的护理安全管理路径,预防和保障病人的安全,需要有完善的护理管理组织架构,成员之间构筑相互联系、相互沟通的桥梁,共同构建及推动病人安全管理文化,制定病人安全管理质量评价体系及不良事件报告制度,建立报告系统。对药物错误、压疮、跌倒、院内感染、管道脱落、病人自杀等影响病人安全的重要事件进行质量控制,制定相关管理制度及预防指引,确定安全管理目标,定期进行病人安全专项质量调研及督导,对已发生或未遂过失的安全事件进行讨论分析及警示,并持续质量改进。

病人安全的护理管理组织架构及成员组成如图 1-3-1。



图 1-3-1 病人安全的护理管理组织架构及成员组成示意图

病人安全及护理风险管理应实行分层级管理,通过责任护士、护理组长、护士长或专科护士、病人安全管理委员会(安全管理小组)各自履行其职责,共同管理病人,确保病人安全。

二、病人安全管理实行分级管理模式

病人安全管理实行分级管理模式,具体如图 1-3-2 所示。

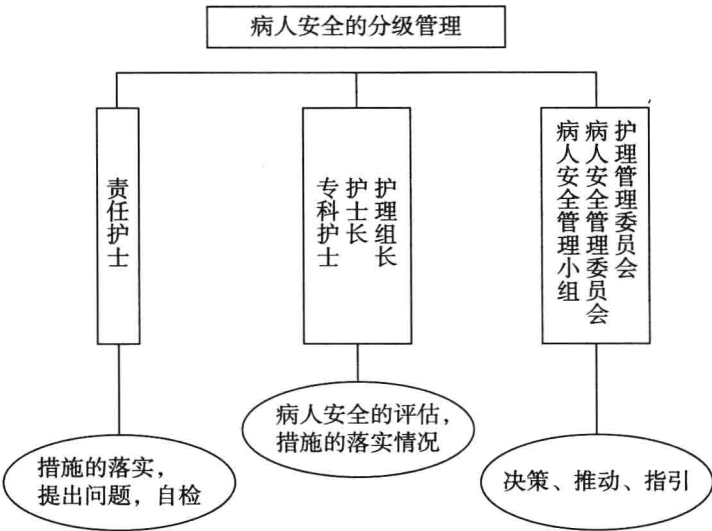


图 1-3-2 病人安全分级管理模式图

三、护理风险评估及管理的运作

病人安全的分层级管理组织是由责任护士、护理组长或护士长或专科护士、护理管理委员会、病人安全管理委员会及病人安全管理小组共同构成的三级管理组织架构。

(1) 责任护士的职责是掌握病人的病情,运用医学护理学知识和技能,正确地采取护理措施,落实核心制度、各项安全规范及措施,通过动态地观察病人,发现病人潜在的或现存的安全危险问题,及时反馈给上级护理人员,再根据上级护理人员的指导采取相应的预防措施,从而预防病人潜在的或现存的安全危险的发生。

(2) 护理组长、护士长、专科护士要对病人的情况进行系统的评估,发现病人潜在或存在的安全危险因素,分析病人危险因素存在的原因,并就其原因制定相关的护理措施,开护嘱指导责任护士落实,并对责任护士的工作质量、措施落实进行评估判断。要根据病人出现的或潜在的安全问题进行动态跟进,不断地调整观察的内容和实施的措施,调整工作流程,修订、补充及完善病人安全管理指引。

(3) 医院病人安全管理委员会及病人安全管理小组通过组织专项的病人安全管理推动及督导,并组织每个季度的病人安全不良事件的讨论,了解护理核心制度及病人安全制度的落实情况,批准修订、补充及完善相关病人安全管理指引,宏观调控护理质量的现状,作出指导性的建议或意见,指导临床护理工作,确保病人安全。

(4) 各层级人员应对病人安全不良事件进行定期的分析、总结,并提出改进的意见,预防不良事件的发生。

第四节 病人安全风险评估方法及管理程序

一、病人安全风险评估方法

(一) 失效模式和效果分析

1. 定义 失效模式和效果分析简称 FMEA,是一种前瞻性的分析方法,用来评估系统和流程中容易发生失效的原因和将造成的后果,找出系统和流程中最需要改变的环节,以预防失效的发生,其实是对固定流程性操作中可能出现的问题的猜测。健康护理失效模式分析通过 FMEA 小组成员的集体讨论研究,分析护理工作流程中每一环节或步骤,所有可能产生的不良后果及其对整个流程造成的可能影响,找出护理过程中的高危、高风险环节,着重预防,做到在不良事件发生之前采取相应护理措施,从而有效降低风险,确保护理质量,增加病人满意度。

2. FMEA 在护理质量持续改进中的应用 主要应用于预防高危技术操作流程的失效,提高病人护理过程中高危环节的安全性,以及识别潜在危险因素等质量前瞻性分析方面,如:给药环节、高危药物注射、各类特殊管道护理、输血等高危技术操作流程,为护理质量持续改进提供方法和保障,创造一个让护士想犯错都难的环境。

3. FMEA 的步骤

步骤一:订定主题。

步骤二:组成团队。

步骤三:划出流程。

步骤四:执行分析(原则:范围不宜过广,可针对子流程中某一环节进行分析)。

步骤五:确认改善计划和评估结果。

4. 执行分析的两种计算方法

(1) PRN 计算法:

$$PRN=S \times O \times D$$

式中: S 指严重度,即失效模式发生后果的严重程度,取值范围为 1~10; O 指发生频度,即失效可能发

生的频率,取值范围为 1~10;D 指不宜探测度,即发生失效不宜被监测到的可能性,取值范围为 1~10。以上 3 个参数可通过统计方法或经验确定。当失效模式按 PRN 值排出先后次序后,应首先对排列在最前面的事和最关键的项目采取纠正措施。

(2) 危急值评估矩阵图及决策树分析:

危急值=严重度×发生概率

严重度的分度如表 1-4-1;发生概率的分度如表 1-4-2;危急值评估矩阵图如表 1-4-3。
决策树分析图如图 1-4-1。

表 1-4-1 严重度的分度

严重度分度	分值	病人结果
极严重	4	造成病人死亡或永久性功能(感官功能、运动功能、生理功能)丧失。含自杀、溶血性输血反应、治疗或手术部位错误或病人错误、偷抱婴儿事件或抱错婴儿等常见警讯事件
严重	3	永久性损伤部分身体功能(感官功能、运动功能、生理功能),毁形需要手术治疗等警讯事件,增加住院天数超过 3 天,失效可以造成病人投诉纠纷
中度严重	2	增加住院天数 1~2 天;失效可以通过及时的干预而改善,但仍有一些轻微功能性的丧失等不良事件
轻微	1	没有伤害,没有增加住院天数;失效不会被病人察觉

表 1-4-2 发生概率的分度

发生概率	分值	内 容
经常	4	很可能在短时间内再发生(数周内)
偶尔	3	很可能会再发生(1 年发生数次)
不常	2	可能会再发生(2~5 年内会再发生)
罕见	1	几乎不会发生(5~30 年可能发生)

表 1-4-3 危急值评估矩阵图

发生概率	严 重 度			
	极严重(4)	严重(3)	中度严重(2)	轻微(1)
经常(4)	16	12	8	4
偶尔(3)	12	9	6	3
不常(2)	8	6	4	2
罕见(1)	4	3	2	1

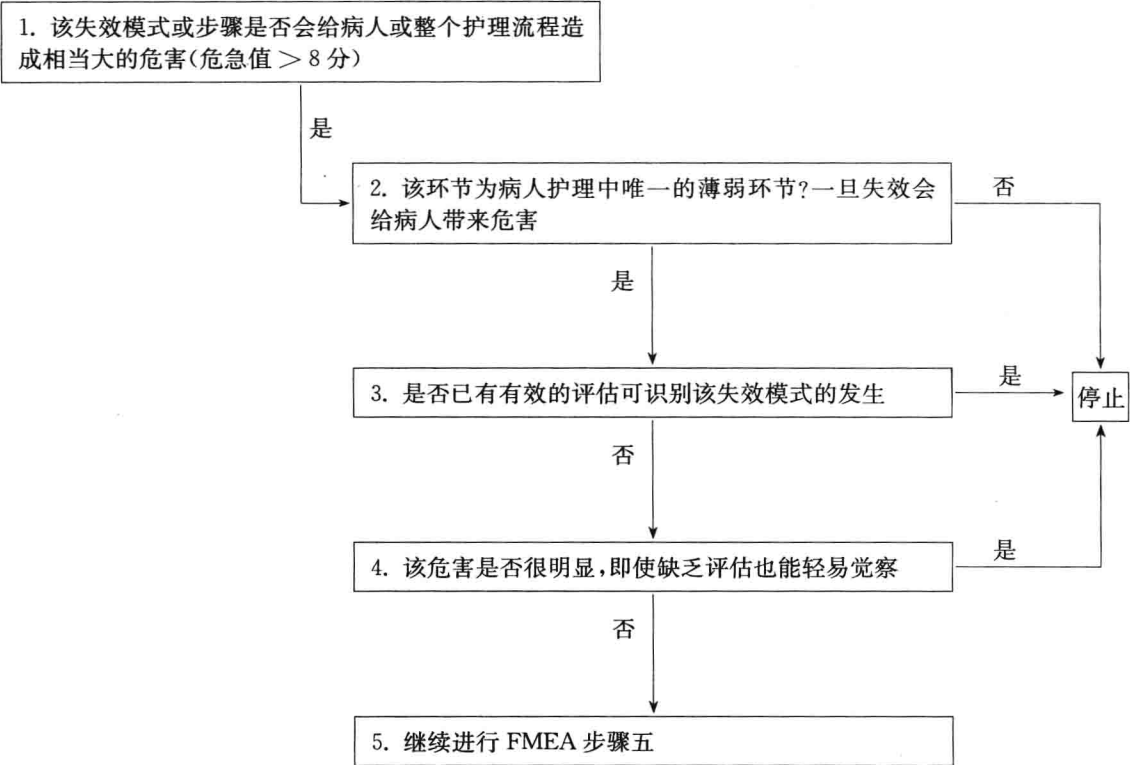


图 1-4-1 决策树分析图

案例: PICC 置管及维护流程的失效模式分析(利用 PRN 算法分析)

步骤一 订定主题: PICC 导管置管及维护流程。

步骤二 组成团队:

FMEA 编号 01

开始日期: 2009-03-01 完成日期: 2009-05-01

小组成员(包括过程中参与的每个人): 何小丽 庞芳 李小云 陈丽云 方小玉 毛小芳 陈秀丽 招玉霞

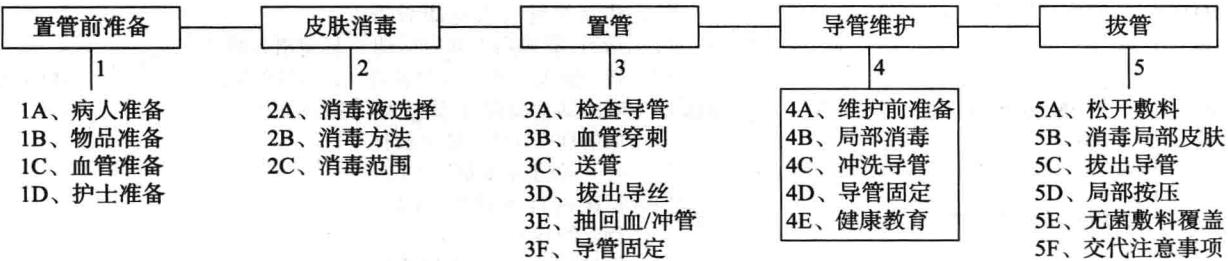
小组领导: 何小丽

是否所有受影响的区域都有代表参加? 是√ 不是

是否团队成员代表不同层级和种类的知识? 是√ 不是

谁负责记录和保存记录? 李小云

步骤三 划出流程:



步骤四 子流程的失效模式分析改进措施: 如表 1-4-4。

表 1-4-4 子流程的失效模式分析与改进措施

PICC 置管及维护流程：导管维护						子流程 4D：导管固定			
失效模式	原因分析	OCC	DET	SEV	PRN	改进措施	目标值	完成日期	负责人
4D1 敷料松脱	1. 护士对敷料固定方法未掌握	8	8	5	320	1. 制定规范的维护流程, 成立导管维护小组, 固定人员进行维护 2. 每年至少对维护人员进行操作培训及相关理论培训一次并考核 3. 严格规定穿刺部位消毒后待消毒液自然干透后再粘贴敷料 4. 组织护士学习各种敷料的特性 5. 置管后由专人对病人进行日常生活护理方面的健康教育, 如沐浴时可用隔水膜保护置管侧肢体 6. 向医院设备科申请购置透气性能好, 范围达 10 cm×10 cm, 黏性好的敷料, 如 HP 敷料	敷料松脱发生率减少 5%	2009 - 3 - 20	庞 芳
	2. 敷料面积过小, 覆盖穿刺点范围小	3	3	5	45				
	3. 消毒液未完全干就贴敷料	5	5	6	180				
	4. 敷料的透气性差, 水汽积聚	3	3	4	36				
	5. 敷料的黏性差	4	4	4	64				
	6. 护士对敷料的性质不了解	6	5	5	180				
	7. 病人没有保持敷料干洁	5	4	5	100				
	8. 医院没有更多的敷料可供选择	7	4	5	140				
4D2 导管污染	1. 更换敷料无菌观念薄弱	5	8	8	320	1. 更换敷料时应严格遵循无菌操作规程。示范更换敷料的标准操作规程 2. 保证所用无菌物品在有效期内 3. 撕脱旧敷料后洗手或快速手消毒 4. 换药戴无菌手套 5. 使用 PICC 专用换药包	每 1 000 导管留置日导管相关性血行感染发生率减少 1%	2009 - 3 - 15	方小玉
	2. 换药未戴无菌手套	8	2	8	128				
	3. 外固定胶布非无菌	3	3	6	54				
	4. 更换敷料时间欠统一	4	3	5	60				
4D3 导管移位	1. 护士没有掌握正确的固定方法	5	5	8	200	1. 成立导管维护小组, 由固定人员进行维护 2. 制定规范的维护流程, 规范固定方法 3. 每季度考核护士敷料固定方法 4. 建立携管病人健康教育指引, 指导病人家居活动 5. 指导病人日常生活中置管肢体活动幅度不要过大, 如拖地等动作, 避免肢体过伸, 负重不要超过 3 kg 6. 每次进行导管维护时注意监测导管的深度 7. 指导病人每天自我监测导管情况, 如有异常, 立即告知护士处理	导管滑入减少 2%, 导管脱出减少 20%	2009 - 4 - 20	招玉霞
	2. 没有规范的导管固定方法指引	6	5	7	210				
	3. 没有对护士进行严格的培训和考核	7	5	7	245				
	4. 病人活动幅度大	6	6	8	288				
	5. 导管固定不牢固	5	4	8	160				