

护理不良事件防范手册

主编 王丽芹 张俊红 盛莉



人民军医出版社

优质护理服务系列——

护理不良事件防范手册

HULI BULIANG SHIJIAN FANGFAN SHOUCHE

主 编 王丽芹 张俊红 盛 莉
副主编 陈东方 谢金凤 陈 瑜 曹 惠
编 者 (以姓氏笔画为序)
王丽芹 邓 玲 田 玲 付 敏
牟紫彤 李 欣 杨晓红 肖琳琳
张 聪 张俊红 陆 霞 陈 瑜
陈东方 孟 萌 郭灵怡 曹 惠
曹海虹 盛 莉 谢金凤 臧梅杰
薛 敏



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

护理不良事件防范手册/王丽芹,张俊红,盛莉主编.—北京:人民军医出版社,2015.10

ISBN 978-7-5091-8711-1

I. ①护… II. ①王…②张…③盛… III. ①护理—医疗事故—预防—手册
IV. ①R47-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 225881 号

策划编辑:张利峰 文字编辑:兰素珍 责任审读:赵 民

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8700

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:三河市潮河印业有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:10.25 字数:190千字

版、印次:2015年10月第1版第1次印刷

印数:0001—2500

定价:39.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

本书共分4章,系统介绍了护理不良事件的基本概况、临床常见护理不良事件及防范、医疗安全不良事件信息化管理,最后还介绍了护理不良事件质量改进办法。书中配有大量临床案例,便于学习和理解,对切实降低护理不良事件的发生起到一定的指导作用,可供医院护理管理者、临床护士及护理学院学生参考使用。

前 言

患者安全问题已经成为医疗卫生系统最为关注的问题,确保患者安全是医院管理以及护理管理的重要内容之一,也是改进医疗护理质量的基础。只有全面掌握了常见护理不良事件的知识以及先进的管理理念和防范措施,才能有效降低护理不良事件发生率,保证患者的安全。

本手册分为4章,从护理不良事件的概念、分类、国内外现状与进展、发生原因、报告制度及流程的完善等方面进行了介绍。对临床上常见的10类48种护理不良事件以及急诊科、儿科、手术室、产科等容易发生的不良事件,从概念、危险因素、危害防范措施、应急预案、案例分析等方面进行了详细介绍。本书收集了大量的临床典型不良事件案例,内容真实具体,能对读者起到很好的警示作用。该书还从管理的角度,运用PDCA、品管圈等现代管理理念对护理质量做到持续质量改进,对防范护理不良事件重复发生有一定的借鉴意义。

在本书的编写中,参考了近期不良事件相关内容的国内外文献和专著,在此,谨向以上书刊编者致谢。由于编者专业和学术水平有限,不足和疏漏之处敬请批评指正。

解放军总参谋部总医院 王丽芹

2015年5月

目 录

第 1 章 绪论	(1)
第一节 护理不良事件的概述	(1)
一、护理不良事件的概念	(1)
二、护理不良事件的分类	(2)
三、护理不良事件的等级划分	(2)
四、护理不良事件常见原因分析的理论和实践基础	(2)
五、护理不良事件的分析方法	(3)
六、护理不良事件的分析工具	(4)
第二节 护理不良事件的国内外研究现状	(4)
一、国外护理不良事件的研究现状与进展	(4)
二、国内护理不良事件的研究现状与进展	(5)
三、打造预防护理不良事件的安全文化氛围	(5)
四、其他行业安全质量管理成果和信息技术的应用	(6)
第三节 护理不良事件的临床管理	(7)
一、发生护理不良事件人员的特点	(7)
二、护理不良事件报告制度及流程	(7)
三、护理不良事件通报处理的意义	(8)
四、主动报告护理不良事件的实施	(8)
第 2 章 临床常见的护理不良事件及防范	(10)
第一节 与不良治疗有关的护理不良事件	(11)
一、给药错误	(11)
二、输血错误	(15)
三、标本采集错误	(17)
四、医院感染暴发	(18)
五、输液反应	(23)
六、输血反应	(24)
七、药物外渗与渗出	(27)

八、静脉炎·····	(29)
九、空气栓塞·····	(31)
第二节 意外事件·····	(32)
一、跌倒·····	(32)
二、坠床·····	(35)
三、走失·····	(37)
四、烫伤·····	(39)
五、烧伤·····	(42)
六、自残·····	(44)
七、自杀·····	(45)
八、火灾·····	(50)
九、失窃·····	(53)
十、咬破体温计·····	(55)
十一、约束不良·····	(56)
第三节 与护患沟通相关的不良事件·····	(57)
一、护患争吵·····	(57)
二、身体攻击·····	(59)
第四节 与饮食、皮肤相关的不良事件·····	(61)
一、误吸·····	(61)
二、窒息·····	(64)
三、咽入异物·····	(66)
四、院内压疮·····	(67)
五、难免性压疮·····	(70)
六、医源性皮肤损伤·····	(72)
第五节 身份识别、标本管理以及患者转运相关的不良事件·····	(75)
一、身份识别错误·····	(75)
二、标本丢失·····	(76)
三、检查或运送中病情突变或出现意外·····	(78)
第六节 与管道相关的不良事件·····	(80)
一、导管滑脱·····	(80)
二、导管断裂·····	(83)
第七节 职业暴露·····	(84)
一、针刺伤·····	(84)
二、体液喷溅·····	(86)
第八节 与公共设施相关的不良事件·····	(88)

第九节 与医疗设备器械相关的不良事件	(89)
第十节 与供应室工作相关的不良事件	(90)
第十一节 急诊室常见不良事件	(91)
一、暴力事件	(91)
二、护患纠纷	(92)
第十二节 儿科常见不良事件	(93)
一、坠床	(93)
二、安瓿、针头、体温计等利器遗留床旁误伤	(94)
三、纽扣、玩具、豆类等误吸	(94)
四、烫伤	(96)
五、冻伤	(97)
六、未准确使用药物	(98)
第十三节 手术室常见不良事件	(98)
一、手术患者身份及部位识别错误	(98)
二、体内遗留手术器械及敷料	(100)
第十四节 产科常见不良事件	(102)
一、新生儿被盗	(102)
二、产妇坠床、跌倒	(103)
三、助产士被误伤	(104)
四、婴儿错误归位	(104)
第3章 医疗安全不良事件信息化管理	(106)
第一节 背景	(106)
第二节 医疗安全不良事件系统需求和总体设计思路	(108)
一、医疗安全不良事件信息系统特征	(108)
二、医疗安全不良事件信息系统功能需求分析	(109)
三、医疗安全不良事件信息系统工作简介	(110)
四、医疗安全不良事件信息系统的总体目标与结构	(111)
五、医疗安全不良事件信息系统与逻辑功能结构	(111)
六、医疗安全不良事件信息系统功能模块	(112)
第三节 护理管理信息平台的开发与应用研究	(113)
一、护理管理信息平台概述	(113)
二、护理管理信息平台设计目标	(113)
三、护理管理信息平台设计原理	(114)
四、护理管理信息平台的优点	(114)
五、护理管理信息平台应用的意义	(115)

六、护理管理信息平台的应用研究体会	(115)
第4章 护理不良事件质量持续改进篇	(116)
第一节 PDCA 循环	(116)
一、PDCA 循环的概念	(116)
二、PDCA 循环四个基本步骤	(117)
三、PDCA 循环的特点	(117)
四、PDCA 循环实施的基本程序	(118)
第二节 品管圈在护理不良事件管理中的应用	(121)
一、品管圈的概念	(121)
二、医院推行品管圈的意义	(122)
三、品管圈在护理不良事件管理中的应用	(123)
四、组织品管圈	(123)
五、品管圈活动的基本步骤	(124)
六、应用品管圈降低住院患者跌倒发生率的介绍	(132)
附录	(138)
附录 A ICU 责任护士床旁交接班流程	(138)
附录 B ICU 患者翻身时间段	(139)
附录 C 压疮高危上报程序	(139)
附录 D 压疮上报程序	(139)
附录 E 压疮管理小组职责	(140)
附录 F 大便失禁患者接肛门造口袋的护理操作流程	(140)
附录 G 失禁患者的皮肤护理	(141)
附录 H 预防跌倒标准化作业流程	(142)
附录 I 跌倒回访工作标准化作业流程	(143)
附录 J 跌倒评估单	(144)
附录 K 护理质量巡查项目表	(145)
附录 L 预防跌倒工作指引及报告处理制度	(146)
一、预防跌倒工作指引	(146)
二、跌倒预防报告处理制度	(151)
参考文献	(153)

第1章

绪论

【学习目标】

掌握:护理不良事件的概念、分类、等级划分。

护理不良事件报告制度及流程。

熟悉:护理不良事件分析的理论和实践基础、分析工具、分析方法。

发生护理不良事件人员的特点和主动报告护理不良事件的实施。

了解:国内外护理不良事件的研究现状和进展。

【本章概述】

随着现代医学的不断进步和医疗相关法律制度的逐步完善,医疗护理安全问题已成为衡量医院管理水平的重要标志,也是医院日常医疗护理管理的工作重心。相关数据显示,护理不良事件的有效管理能够帮助护理人员在工作中改善和提高护理质量,避免发生不良事件,为患者的安全提供可靠的保障。本章从护理不良事件的概念、国内外现状与进展、发生原因分析、报告制度及流程的完善等方面进行介绍,为探讨有效防范、护理不良事件、完善护理不良事件管理机制打下坚实的基础。

第一节 护理不良事件的概述

一、护理不良事件的概念

护理不良事件目前尚无统一的定义。美国将其定义为“由护理导致的伤害,与疾病的自然转归相反,其延长了患者的住院时间,导致了残疾,或者两者皆有”。国内常用的护理不良事件定义为“与护理相关的损伤,在诊疗护理过程中任何可能影响患者的诊疗结果、增加患者的痛苦和负担并可能引发护理纠纷或事故的事件”。

二、护理不良事件的分类

根据我国目前的研究现状,按表象特征对护理不良事件进行分类如下。

1. 规章制度落实事件 身份识别错误、手术部位识别错误、特殊药品管理差错、药品交接错误、无菌物品过期或污染、治疗延误、标本保存不当等。
2. 不良治疗事件 给药错误、输血错误、医疗感染暴发、体内遗留手术器械、不良辅助诊查、标本采集错误、药物外渗等。
3. 安全管理事件 患者不假外出、约束不良、管道滑脱或擅自拔管、坠床、跌倒、烫伤、误吸、自杀、火灾、院内压疮、运送中或运送后病情突变等。
4. 公共设施事件 医院建筑毁损、病房设备设施故障、蓄意破坏公用物品、有害物质泄漏等。
5. 职业暴露事件 割伤、针刺伤等。
6. 护患沟通事件 护患纠纷等。
7. 供应室、一次性医疗用品事件 消毒物品不合格、热原试验阳性、器械包标识与物品不符、后期处理不达标等。
8. 医疗器械、物资管理事件 仪器故障、仪器后期处理不合格、仪器丢失、患者丢失财物、医疗护理文件丢失等。
9. 不作为事件 推诿事件、医嘱执行遗漏等。
10. 其他事件 非以上所列内容。

三、护理不良事件的等级划分

采用香港特别行政区医事管理局《不良事件管理办法》中不良事件分级标准,具体内容如下:

- 0级:事件在发生前被制止。
- I级:事件发生并已执行,但未造成伤害。
- II级:轻微伤害,生命体征无改变,需进行临床观察及轻微处理。
- III级:中度伤害,部分生命体征有改变,需进一步临床观察及简单处理。
- IV级:重度伤害,生命体征明显改变,需提升护理级别及紧急处理。
- V级:永久性功能丧失。
- VI级:死亡。

四、护理不良事件常见原因分析的理论和实践基础

1. 理论基础

(1)从个人观角度:个人观认为,错误主要由于人们的心理失常,如遗忘、注意力不集中、缺乏积极性、粗心大意、疏忽、轻率等引起的。防范错误的对策是处罚犯

错误的人。

(2)从系统观角度:系统观认为,出现差错的原因主要在于系统而非个人。因此错误发生后,防范错误的对策是从组织机构的角度,系统设计防范错误的机制,减少犯错误的环境和机会。护理管理者在分析和处理护理不良事件时,要大力倡导和运用“系统管理观”的管理理论。

2. 实践基础 对不良事件进行原因分析的实践基础是护理不良事件数据的上报。目前,大多数医院上报过程都是非自动的、非自愿的行为,护理不良事件上报率普遍较低。提高护理人员上报的主动性是亟待解决的问题。国内外学者就医护人员上报的态度和行为研究了相关测评工具。

(1)给药错误报告量表(medication administration error reporting survey):该量表由 Wakefield 等研制,可用于了解影响护士上报不良事件的因素。该量表涉及3个方面,包括为什么会发生错误、错误未被上报的原因和错误实际上报率。实证研究表明,该量表具有较好的信效度。

(2)临床不良事件报告量表(the reporting of clinical adverse effects scale):英国利兹大学 Wilson 等于2003年研制了该量表,用于研究医护人员对不良事件上报的态度,包括背景资料、不良事件的经过、上报态度3个部分。量表信度较高,其结构与理论设想相符,具有较高的结构效度。

(3)医护人员差错上报调查问卷:该问卷包括场景描述、认知态度的自我评价、开放式问题和人口资料的采集4个部分,可用于研究医生、护士及药剂师对差错的上报态度。目前尚未有信效度实证研究报告。

五、护理不良事件的分析方法

1. 回顾性分析 根本原因分析法(root cause analysis, RCA):最早起源于美国,是一种回溯性原因分析方法,该方法将分析重点放在整个系统及过程的改善方面,而非仅限于个人执行上的检讨。包括不良事件的上报、相关信息收集、找到近端原因并确认根本原因、制定和执行改进计划4个步骤。国内外护理不良事件的回顾性研究广泛应用此分析方法。研究表明,用该方法进行回顾性分析护理不良事件发生的原因,探讨防范措施,可以有效提高护理不良事件上报率及降低护理不良事件发生率。

2. 前瞻性分析 失效模式和效应分析(failure mode and effect analysis, FMEA):是用来识别程序或设计故障的方式和原因的前瞻性分析法。其优点在于对可能存在的风险因素进行开放性讨论,从而忽略影响上报的障碍因素,达到提前警示的作用。此管理模式已逐渐开展应用。但此法容易忽略事件的动态性和多变性,而只大概评估事件发生的可能性,因而在应用时容易造成对不良事件的片面性处理。在护理不良事件的分析、处理过程中,应将失效模式和效应分析方法与根本

原因分析法相互结合、相互补充,从而发挥出各自的最大效果。

六、护理不良事件的分析工具

1. 流程图(flow diagram) 流程图是用于分析护理警讯事件和流程再造来预防不良事件的发生、评价流程改进的有效性、评估患者结局的可视化工具。在 RCA 的第一阶段需借助流程图还原事件经过,FMEA 的第 3 个步骤需要借助该工具画出流程图,为护理管理者清楚地展示某项护理不良事件的发生过程,找出问题可能出现之处,从而做出决策。

2. 鱼骨图(fishbone diagram) 鱼骨图又称因果图,用于梳理已知结果与其所有可能原因之间关系的分析工具,其图形类似鱼骨。应用 RCA 时采用鱼骨图工具识别。分类和呈现事件的近端原因和根本原因。其缺点在于相同的原因可能在不同分支中多次出现,不利于综合考虑问题发生的原因。

3. 五问法(five whys) 五问法是通过反复提问,简便快速地揭开问题的表象,达到探究问题根本原因的工具,实际过程中提问的次数可能多于或者少于 5 次。其步骤为写下指定的问题,提出首次疑问并记录答案,如果该答案不是问题的根本原因,继续提出疑问并记录答案,重复此操作直至找到问题的根本原因。有国外学者将五问法应用于 RCA 查找护理不良事件的根本原因,其不足之处在于忽略了不良事件发生原因的多重性。

第二节 护理不良事件的国内外研究现状

一、国外护理不良事件的研究现状与进展

护理不良事件的发生,在世界各国普遍存在,也是近些年来护理管理者的工作重心。美国医学研究机构(Institute of Medicine,IOM)在 1999 年出版的报告中指出,美国每年死于可以预防的医疗差错人数在 4.4 万~9.8 万,超过交通事故、乳腺癌和艾滋病的死亡人数。

目前,美国、澳大利亚、英国、日本等国家均已建立护理不良事件报告系统,几乎所有医院都具备护理不良事件的内部报告系统,也有许多医院加入了外部报告系统,并发展了自愿报告机制。内部报告系统,能保证所有责任方知晓主要的伤害和危险因素。外部报告系统,使经验教训共享,起到预防不良事件再次发生的重要作用。外部报告系统分自愿和强制两种。自愿的报告系统独立于任何有权处理报告者及其组织的权力部门,采取匿名形式对报告人严格保密,报告人不用担心因报告而受到责备和处罚,同时,所报告的资料不作为法律依据。例如:澳大利亚的管道滑脱上报系统、药物不良事件报告系统、不明发热上报系统、跌倒上报系统等。

自愿上报系统的建立对促进患者安全带来了积极效应,例如:为有效预防患者跌倒,澳大利亚患者安全基金会建立的护理不良安全事件报告系统针对2年内上报的280起患者跌倒事件研制了“跌倒危险性评估表”及预警工具,明显降低了患者在住院期间跌倒事件的发生率。强制报告系统由州政府卫生主管部门主办,侧重于那些严重伤害与死亡有关的差错,目的是约束医务人员对其行为负责。强制报告数量远低于实际发生数量,医院常常认为这样的报告只有风险没有收益。如何使强制报告系统更安全有效,是当前研究者和管理者面临的极大挑战,也是今后不良事件报告系统科学化的必经之路。

二、国内护理不良事件的研究现状与进展

作为发展中国的我国与发达国家相比,在医疗护理安全管理方面存在更多的挑战。人口基数过大,医疗水平普遍偏低,护理人员长期匮乏,护理水平在东西部和城乡差异较大,这些都是显而易见的问题。我国护理不良事件上报工作起步较晚,各医院自2004年起逐步开展护理不良事件上报工作,到2008年为止全国约98.1%的医院开展了此项工作。

目前,国内护理不良事件的报告方式遵循的是国务院2002年9月颁布的《医疗事故处理条例》,其中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。此外,卫生部2008年“医院管理年活动指南”中也明确要求各卫生机构积极上报不良事件。我国多数医院都设有护理不良事件强制性报告系统。各省上报的护理不良事件种类主要包括给药差错,压疮,跌倒,管路滑脱,意外事件和其他(包括药物外渗、烫伤、工作疏漏、转抄与录入医嘱错误、输液或输血反应、职业损伤、坠床、标本错误、患者识别错误、自杀、走失等)。严重的护理不良事件必须上报,但一些并未引起患者损伤或引起患者轻微损伤的不良事件,护理人员可能因为害怕受到惩罚而采取隐瞒态度。这不仅无法避免类似差错的再次发生,更为严重的是为护理不良事件的发生埋下隐患。研究数据显示,分析和处理护理不良事件时只注重个人护理行为不安全因素,强调个人责任的传统管理理念并未足够重视在护理管理制度或流程上存在的缺陷。此种管理模式单一地分析、处理每件护理不良事件,而未纵向分析一系列类似护理不良事件的发生是否存在工作制度和流程的不足,不能达到解决根本问题的目的。护理管理者应转变观念,以惩罚个人转变为以患者安全为中心的模式,参考美国不良事件报告系统,尽快建立符合我国国情的、健全的不良事件报告系统。

三、打造预防护理不良事件的安全文化氛围

1. 加强护理人员素质培养 定期组织全院护理人员学习《护理不良事件上报制度》《护理不良事件应急预案与处理流程》《临床输血技术规范》《病历书写基本规

范《护士条例》等与日常护理工作紧密相关的规范制度,增强护理人员安全防范意识、三基知识、专科知识、急救知识和技能操作,提高对突发事件的应变能力。

2. 完善修订各项规章制度与流程 护理工作制度、工作流程某些环节上不够严谨或有缺陷等都是护理不良事件发生的隐患。工作中结合对护理不良事件的分析,及时完善和修订规章制度和工作流程方面的不足之处,消除盲目性,提高应急能力,从而有利于降低护理不良事件的发生率。

3. 组建 RCA 小组 由护理部主任、总护士长、护士长及科室安全管理员组成 RCA 小组。小组定期组织对上报的护理不良事件典型案例讨论,运用根本原因分析法找出近端原因、确认根本原因,并讨论、制定、执行改进计划。同时监督落实整改措施,形成书面材料并发放至每个科室,护士长例会汇报,并组织全院护士进行不良事件的分享学习。

4. 检查和维护医院基础设施、医疗设备 改进系统设施缺陷,各类护理安全标识醒目规范。大型医疗器械定期检查保养,抢救设施应处于备用状态,如呼吸机、心电监护仪、除颤仪、简易呼吸器、吸氧、吸痰装置等要定期检查,专人维护。

5. 重视护患沟通 学会针对不同对象在不同环境对患者进行有效沟通,工作中加强巡视及时了解患者及家属的需求,及时查看,处理和解释患者的不适。注意说话的方式、方法,正确有效地表达自己的意见,以免引起患者误会,加强对患者及家属的健康指导。

6. 实施严格的护理质控 护理部坚持不定期深入科室现场监督检查,随即将发现的问题反馈给当事人和护士长,提出指导性意见,并在下次检查中查看整改效果,达到查找隐患及时纠错的目的。

四、其他行业安全质量管理成果和信息技术的应用

20 世纪末以来,国外护理人员已逐步认识到患者安全的重要性,并借鉴了某些高风险行业的安全管理成果,保障患者安全。美国健康保健鉴定联合委员会将工业界运用多年的失误分析工具——根本原因分析法(root causes analysis, RCA)应用于医院,从根源上分析上报的医疗护理差错,并从工作流程上提出改善计划,杜绝类似事件的再发生。例如:2005 年美国健康保健鉴定联合委员会调查的 582 个预警实践中,采用 RCA 分析发现,护患沟通不足是所有严重差错事件发生的第一原因,列在第 2 位和第 3 位的是护理人员对患者评估不及时和不遵守操作规程。另外,JCAHO 在分析 2005 年的 39 个用药差错中发现,护患沟通不足仍是差错事件发生的第一原因,根据这些预警事件报告及差错原因分析,为管理者提出了可操作性的建议,如为正确识别患者,要求在给药、输血时使用至少两种方法识别和确认患者,建议使用患者身份条形码等信息技术。为了促进有效的沟通,要求医疗机构必须制定执行口头医嘱或电话医嘱的流程、制定重要检查结果回报的

流程等,所有流程需要信息接受者重复全部内容以确认,这些非医学领域的安全管理理念和措施在医学领域的成功运用,确保了临床护理工作的安全。目前概率风险评估方法(probabilistic risk assessment, PRA)、事件树(event tree analysis, ETA)和故障树(fault tree analysis, FTA)等分析工具尚未在医疗护理不良事件中得到有效的应用。今后护理管理者在对护理不良事件原因分析的过程中,可以借鉴这些安全管理成果。

第三节 护理不良事件的临床管理

一、发生护理不良事件人员的特点

1. 低年资、低学历的新护士 新护士对专科知识掌握不足,操作技能尚达不到技术操作规范要求,缺乏高风险因素认知和临床工作经验,在单独值班时不能很好地应对突发事件;低学历护士在理论知识掌握方面存在缺陷,临床观察不能做出有效风险评估从而尽早采取有效措施,为护理不良事件的高发人群。

2. 缺乏责任心 护士临床观察不仔细,交接班不清楚,各项查对制度执行不力,未严格按照操作规程进行操作,对不良事件应急预案的落实不足等在护理不良事件的发生中比比皆是。若能尽职尽责地落实各项制度和规程,将会在很大程度上减少不良事件的发生。

3. 缺乏有效沟通 工作中,护士同患者及患者家属未采取有效沟通,会产生护患矛盾,引起护理不良事件的发生。

二、护理不良事件报告制度及流程

1. 不良事件报告制度

(1)报告内容:①报告事件资料(事件发生时间、地点、受影响对象、相关人员、事件发生后的不良后果)。②报告事件类别(如患者在住院期间发生的跌倒、坠床、脱管、误吸、烫伤、针刺伤、给药错误、手术部位识别错误、体内遗留手术器械、药物渗出、外渗、走失、自杀、失窃等与患者安全相关的不良事件)。③事件发生后立即采取的处理措施。④上报相关部门立即处理。

(2)报告时间:严重事件即时电话报告,一般事件 24h 内呈报,如遇特殊情形(夜班休息)且没有对患者造成损害,可以延期至 72h 内呈报。

(3)报告形式:①口头报告,发生严重不良事件时,当事人立即向护士长口头报告事件情况。②书面报告,当事人书面填写《护理不良事件报告单》上报护理部。③网络报告,当事人登陆医院内网,填写完成《护理不良事件报告单》电子表格,以电子邮件形式向护理部进行报告。

2. 护理不良事件报告流程

(1)呈报:发生护理不良事件后,当事人在院内网填写电子版《护理不良事件/患者安全报告表》,记录事件发生的具体时间、地点、过程、采取的措施等内容,报告只要求护士描述事件经过,允许护士不署名呈报。

(2)处理:护理部对上报的护理不良事件做出初步判断,对有可能导致患者损害的护理不良事件,立即指导、参与、帮助处理,力求将患者的损害减至最小。

(3)评析:护理安全委员会对上报的护理不良事件定期评析,评析只针对事件,隐去当事人姓名、科室,常规为每月1次,根据不良事件性质将其分为不可避免、创造条件可以避免、可以避免3类。重点关注可以避免及创造条件可以避免事件。对于从实践中暴露出的流程问题,组织整改。按照发生频率、严重度划分其优先级。对优先级高的事件首先考虑整改。由护理安全委员会负责组织整改或推荐给相关科室护士长作为持续质量改进的项目。

(4)反馈与总结:护理部将已经评析的事件报告单统一编号,并将评析结果反馈给当事人科室。每季度对护理不良事件进行总结分析,每年在护士大会上匿名通报。

三、护理不良事件通报处理的意义

护理不良事件进行上报分析,主要目的是从管理角度找出发生该事件的根本原因,从而避免类似的事情再次发生。因此,对于主动上报的护理不良事件的处理,以无惩罚处理为原则。但是,对于一些责任性事件,也不能无条件地只谈无惩罚。护理质量管理委员会下设的护理风险管理组每月对发生的所有不良事件进行分析、讨论和评价,将事件定性分类,确定事件的严重程度是责任事件或是非责任事件。对经讨论和分析确认是当事人责任的事件,则按规定追究个人责任。

四、主动报告护理不良事件的实施

1. 培训目的 ①提高护理人员主动上报的积极性和上报制度及流程的知晓率。②及时发现并整改上报制度及流程中的缺陷,完善不良事件的处理措施,提高不良事件的应对效果。③减少不良事件的发生,降低不良事件的影响,为患者的安全提供有力的保障。

2. 培训内容 ①护理不良事件概念、分类、分级。②护理不良事件上报制度和流程。③护理不良事件预防与应急预案。④分享已上报的护理不良事件,预警教育。

3. 督导检查 ①护理部督导培训计划的实施及适时更改计划,保证计划顺利有效地进行。②组织护理人员的考核工作,及时检验培训效果,发现存在的问题,