

HULI ANQUAN
LILUN YU SHIJIAN

护理安全

理论与实践

主 编 王明晓
副主编 王兆霞



煤炭工业出版社

护理安全理论与实践

主 编 王明晓

副主编 王兆霞

煤炭工业出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

护理安全理论与实践/王明晓主编. -- 北京: 煤炭工业出版社, 2013

ISBN 978 - 7 - 5020 - 4189 - 2

I. ①护… II. ①王… III. ①护理—安全管理
IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 041091 号

煤炭工业出版社 出版
(北京市朝阳区芍药居 35 号 100029)
网址: www.cciph.com.cn
北京玥实印刷有限公司 印刷
新华书店北京发行所 发行

*
开本 787mm × 1092mm¹/₁₆ 印张 18¹/₄
字数 416 千字

2013 年 4 月第 1 版 2013 年 4 月第 1 次印刷
社内编号 7012 定价 46.00 元

版权所有 违者必究

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题, 本社负责调换

内 容 提 要

本书以临床护理工作为背景，以护理工作流程为框架，以护理安全为线索展开，主要涉及临床护理安全管理理念、护理制度、护理操作技术、护理程序、各种护理安全及护理风险管理。

本书可作为临床护理人员的实践用书，也可作为护理教师的教学参考书。

编 委 会

主 编 王明晓

副 主 编 王兆霞

编写人员 (按姓氏笔画排序)

马丽丽	王会萍	王育梅	王爱玲	王振铃
孙令煜	艾秀华	申艳玲	孙 兰	刘 娟
刘 颖	沈 丽	吴世菊	张冬宁	张 华
张守梅	张 进	张国红	周建玲	范超云
杨 静	信如梅	贾丽华	郭瑞红	曹琳琳
彭双运	董凤玲	蒋秀梅	翟颖莉	鞠庆梅
魏红卷	魏晓梅			

前 言

护理学由简单的医学辅助学科发展成为现代化的独立学科，是由人类生产、生活和人民医疗卫生事业对护理工作越来越高的需求所决定的。护理工作的悠久历史可以追溯到原始人类，巴甫洛夫说过：“有了人类，就有医疗活动。”也可以这样说，自从有了人类，也就有了护理活动。中国、印度、埃及、希腊四大文明古国的书籍中曾经记载，人类社会很早就出现了泥敷、热疗、包扎、固定等项护理技术，由于这些工作在原始时代多由妇女和母亲担任，可以说这就是现代护理的萌芽。

我国的传统医学在其发生和发展过程中和现代西医学有所不同，后者医护是分开的，而且日益鲜明；而前者的医药护长期处于不分的状态。然而，在我国即使医护没有明确区分，传统医学的护理理论和知识也在不断提高。比如我国传统医学提出“三分治，七分养”，这“七分养”实际上讲的是护理工作的重要性 and 护理安全的重要性；“正气存内，邪不可干”之说，就是说保证人体健康就能够增加抗病能力；“邪之所凑，其气必虚”之说，就是说即使健康的体魄，一旦遇到病原微生物集中的环境，则也可患病。从理论上阐明了健康和疾病、健康和护理的关系。又如《史记·扁鹊仓公列传》就讲道：“切脉、诊色、听声、写形、言病之所在”，这实际上也提出了护理学观察病情的方法以及意义。

西方近代护理学医护是分开的，病人时刻会感到护士的重要，以至于著名的文学家狄更斯（1812—1870）写道：

让一个病人能在病床上，
获得温馨的帮助，
那将是所等待的祝福；
当人知道，生病的时候，
曾有人看护他，
那将是何等的放心；
田野里，生命力再强的黄瓜，
也需要有人照顾，才能长得好，
何况人呢？
我真的很确定，

没有一株黄瓜是自己长得好。

狄更斯以诗人的语言，深情呼唤着优质护理，纵情讴歌着护理工作的伟大。

现代护理的创始人当属英国人佛罗伦萨·南丁格尔。这位英国富商的女儿接受过良好的教育，在克里米亚战役中救护过无数伤兵性命，以至于她在夜间巡视伤兵基地时被称为提灯女神。她这样写道：“如果把医院视为一个公司，顾客则把自己的生命、健康、身体全部交给这个公司。”证明了病人对医院的信任——生命之托！她又写道：“为什么会有医院存在？医院的存在是因为人有价值，人的生命有尊严，值得最高的敬重。因此治疗人体疾病的所在，才被视为一个令人尊敬的地方。而今天多少人在医院被感染，愈拥挤的医院，感染率愈高……我要呼吁社会，每一所医院应以不对病人产生伤害为其最高原则。这听来是多么的可悲、怪异，医院理当是治疗人受伤的地方，却反而受到伤害，抹杀人的生命价值。全世界的医疗都需要改革，整个社会对医疗的观念都需要再教育。”在100多年以前，南丁格尔就针对医院的弊端，大声呼吁要重视医疗安全和护理安全，至今听来依然震耳发聩！

历史车轮已经前进到21世纪，今天的医疗护理工作已经上升到前所未有的高度，医护分开，各自独立，既有合作又有分工已成为共识。医疗安全、护理安全的重要性更是不言而喻。尽管如此，发生在医院院内的由于治疗不当、护理不当导致的医疗纠纷和伤害并不鲜见。为了降低这种伤害，我院一批有志于护理事业的专业工作者，她们经历过抗击非典的严峻考验，参加过汶川地震抢救工作，并在长期的临床实践中积累了丰富的护理经验，尤其是护理安全的经验，这种宝贵的经验将对加强护理安全，提高护理质量起到重要作用，出于事业的责任感，她们产生了要出版书的愿望。

我作为一名院长，同时作为一名医务工作者，为她们这种专注于护理的奉献精神而感动，为她们献身于事业的光辉形象而折服，决心帮助她们实现这个愿望，我亲自组织并积极参与了这本书的编写，历时一年有余，其中艰辛用语言难以形容。在这本书即将出版之际，谨向参与本书的所有编委，并向全体护理工作者致以崇高的敬意！

中国煤炭总医院院长
内科主任医师
博士研究生导师



2013年1月

目次

第一章 概述	1
第一节 护理安全及相关概念	1
第二节 构建护理安全管理的要素	2
第三节 护理安全管理常用工作方法	3
第二章 临床护理安全管理理念新进展	7
第一节 护理安全文化的构建	7
第二节 护理不良事件上报系统的构建	11
第三节 护理安全分级	16
第四节 患者参与患者安全	21
第三章 三项护理核心制度与临床护理安全	25
第一节 查对制度在临床护理安全管理工作的应用	25
第二节 交接班制度与护理安全	30
第三节 分级护理制度与护理安全	34
第四章 基础护理安全	39
第一节 跌倒预防与管理	39
第二节 压疮预防与管理	48
第三节 管道安全与风险	55
第四节 误吸的风险评估及护理	64
第五章 药物疗法的护理安全管理	72
第一节 给药的基本知识	72
第二节 护士在安全用药中的责任和作用	73
第三节 护理程序在药物治疗中的应用	74
第四节 影响药物作用的因素	77
第五节 用药差错及其对策	79
第六章 护理操作中的关键环节控制	83
第一节 心肺复苏	83

第二节 生命体征的监测	84
第三节 手卫生	85
第四节 无菌技术操作	85
第五节 PICC 穿刺置管	86
第六节 静脉留置输液法	87
第七节 静脉注射	89
第八节 皮下注射	90
第九节 皮内注射	91
第十节 动脉采血	93
第十一节 静脉采血	95
第十二节 鼻导管吸氧	96
第十三节 经口鼻腔吸痰	97
第十四节 鼻饲	99
第十五节 胃肠减压	101
第十六节 保留导尿	102
第十七节 持续膀胱冲洗	105
第十八节 常规痰标本采集方法	107
第十九节 咽拭子培养	107
第二十节 物理降温	108
第二十一节 温水或酒精擦浴	109
第二十二节 口腔护理	110
第二十三节 雾化吸入	112
第二十四节 更换 T 管引流袋	114
第二十五节 大量不保留灌肠	115
第二十六节 搬运患者	117
第二十七节 预防压疮	117
第二十八节 约束带使用	118
第二十九节 快速血糖监测	119
第七章 医院感染与患者安全	120
第一节 医院感染的概念	120
第二节 护士在预防医院感染中的作用	121
第三节 医院感染与手卫生	122
第四节 加强多重耐药菌预防与控制	124
第五节 护理人员存在的相关职业危害与防护	126
第八章 紧急事件的护理程序	133
第一节 抢救及特殊事件报告处理制度	133

第二节 住院患者紧急状态时的护理应急预案·····	134
第三节 意外事故紧急状态时的护理应急预案·····	138
第四节 病室内医疗仪器及设备的安全使用·····	140
第九章 护理告知与沟通技巧·····	147
第一节 概述·····	147
第二节 临床护理告知的程序·····	153
第三节 癌症患者的告知·····	158
第四节 临床科研中的护理告知·····	160
第五节 临床护理告知中的沟通技巧·····	162
第六节 护理书面告知书·····	164
第十章 重症监护室（ICU）的护理安全及管理·····	169
第一节 ICU 患者及护理人员安全·····	169
第二节 ICU 环境与设备的安全与管理·····	175
第三节 ICU 用药安全及管理·····	180
第四节 ICU 护理安全管理·····	183
第十一章 手术室护理风险及防范措施·····	195
第十二章 急诊科护理安全与管理·····	208
第一节 急诊科组织领导体制及工作标准·····	208
第二节 急诊科工作程序·····	210
第三节 急诊科转送患者工作流程·····	211
第四节 急诊护理风险·····	212
第五节 急诊专科操作·····	217
第十三章 儿科护理安全及管理·····	220
第一节 儿科病房设置及布局·····	220
第二节 儿科病房管理要求·····	221
第三节 儿科病房感染控制·····	222
第四节 患儿安全管理·····	225
第五节 儿科护理风险及防范对策·····	225
第十四章 门诊输液室、供应室、血液净化室的护理安全管理·····	230
第一节 门诊输液室护理风险及防范·····	230
第二节 供应室护理安全管理与职业风险防范·····	239
第三节 血液净化护理安全及防范·····	243

第十五章 护理安全教育与培训.....	251
第十六章 护理安全的法律法规.....	256
第一节 概述.....	256
第二节 与护理有关的法律法规.....	256
第三节 护理工作中潜在的法律问题.....	272
参考文献.....	276

第一章 概 述

护理安全是护士执业过程中所要实现的最基本目标,是患者的基本需要和保障,同时也是衡量医院管理水平的重要标志。美国的一项研究统计表明,由于护士和患者接触的时间更长,护士对患者死亡和伤害承担责任的数量比其他任何专业都高。尽管护理安全是护理质量管理的核心和基础,但在过去相当长的时间里,并没有引起业内人士的普遍重视。随着我国公共卫生体系的快速发展以及国民对卫生保健需求的不断增长,优质护理服务的推广,护理工作已从原有遵嘱行事的被动服务变为满足患者各项需求的主动服务,成为广义医疗服务的一个重要组成部分。而公众医疗健康知识水平的提高,法制观念和自我保护意识的不断增强,也促进了护理安全管理的持续进步。

第一节 护理安全及相关概念

一、护理安全

护理安全是指患者在接受护理过程中,不发生法律和法定规章制度允许范围以外的心理、机体结构或功能上的损害、障碍、缺陷或死亡。简单说即患者在整个治疗过程期间的身心始终处于接受治疗与护理的良好状态,并得到适当及时的治疗和护理,未发生任何医源性疾患,比较顺利地达到预期的治疗效果,从而重建健康。广义的护理安全有3层意思,除狭义的概念外还包括因护理事故或纠纷而造成医院及当事护理人员承担的行政、经济、法律责任等,以及护士执业安全,即在执业过程中不发生允许范围与限度以外的不良因素的影响和损害,如避免医疗护理服务场所环境污染、放射性危害、化疗药物、血源性病原体、针头刺伤等对护理人员造成的伤害。美国护理质量和安全教育机构(the Quality and Safety Education for Nurses, QSEN)对护理安全的定义是:通过医院的有效运作及个人的能力尽可能地减少在护理实践活动过程中造成的患者和护理工作者的伤害。我国台湾医院管理专家邱文达是这样定义护理安全的:医院要使患者免于因医疗照护过程中的意外而导致不必要的伤害。护理安全涉及参与护理活动的每个人员及各个环节。

二、患者安全

美国国家患者安全基金会(National Patient Safety Foundation, NPSF)提出的患者安全是避免、预防及减少在健康照护过程中所产生的不良反应与伤害。从护理管理的角度来理解,护理安全和患者安全是统一的,其最终目标也是一致的。近年来,患者安全越来越受到医学界较多的提及和重视。

三、护理风险

护理风险是指在护理过程中的不确定性有害因素直接或间接导致患者伤残或死亡后果的可能性,除具有一般风险的特性外,还具有风险水平高、风险不确定性、风险复杂、存在于各个环节、风险后果严重等特性。对现有和潜在的护理风险的识别、评估、评价和处理,有组织、系统地消除或减少护理风险事件的发生及风险对患者和医院的危害及经济损失,以最低成本实现最大安全保障的科学管理方法统称为护理风险管理。

四、护理不良事件

护理不良事件目前尚无明确统一的定义。国外学者将护理不良事件定义为卫生保健者对患者造成非诊疗计划中的伤害,并非由于患者潜在的疾病因素导致而造成其出院后功能永久性伤害或者延长了患者的住院时间,或者两者皆有。国内学者认为,护理不良事件是指在诊疗护理过程中任何可能影响患者的诊疗结果、增加患者痛苦和负担并可能引发护理纠纷或事故的事件。护理不良事件可分为两类:一类是不可预防的不良事件,即正确的护理行为造成的不可预防的损伤;另一类是可预防的不良事件,即护理过程中由于未能防范的差错或设备故障造成的损伤。在向北京市护理质控中心上报的护理不良事件中,主要为皮肤压疮、管路滑脱、给药错误、跌倒/坠床以及意外伤害。

五、护理安全管理

护理安全管理是指运用技术、教育、管理等对策,从根本上采取有效的预防措施,把护理差错事故减少到最低限度,确保患者安全,防范意外事故,把隐患消灭在萌芽状态,创造一个安全高效的医疗护理环境,以最低成本实现最大安全保障的科学管理方法。护理安全管理是保障患者安全的必备条件,也是医疗机构得以长期稳定发展的关键要素。与护理安全相对应,护理安全管理也包括患者、护士两个方面的安全。目前世界上,尤其是发达国家如美国、英国、澳大利亚等均有专职的医疗护理安全管理和较完善的安全管理机制及安全管理理念,并通过对临床不良事件的分析形成安全管理的策略,进一步完善安全管理体系。

第二节 构建护理安全管理的要素

护理安全管理是护理安全的保障,也是护理管理工作中的一个永恒主题。随着医疗安全新观念的不断引入,尤其是自从“人本因素”和“认知理论”对安全设计的研究,以及2003年Singel等提出的“安全文化”概念的不断深入,仅仅计算发生差错事件的数目和追究发生差错的本人并不能真正有效地保障患者安全。现代管理思想也认为,安全管理应该贯彻“预防为主”的理念,不应是救火式的事后补救。原有的“案例式”管理,即在发生护理缺陷之后着力分析是否存在个人的失误的方法已远不能从根源上解决和减少不良事件的发生。然而,由于我国的医疗安全管理发展起步较晚,护理安全管理更是近几年来才逐渐得到关注,缺乏系统科学完善的管理体制和方法,因此只有科学、系统地完善护

理安全管理指标,提高护理工作者对护理安全全面客观的认识,全方位营造“安全文化”的氛围,才能确保护理服务的安全性和有效性,达到保护患者安全的目的。

1999年,美国医学研究院(The Institute of Medicine, IOM)在《孰能无错:构建一个更安全的保健系统》的报告中,首次系统地介绍了美国构建医疗安全保障系统的研究成果,提出了一个更安全的保健系统应涉及建立安全文化、构建一个非惩罚性的医疗护理不良事件报告系统、管理医疗护理安全风险等关键要素。过去十几年中,澳大利亚、英国、日本等国家在安全管理系统构建方面也积极开展研究,提出了建立安全文化、安全护理教育、护理安全事件主动报告、安全护理风险识别及管理的关键要素。

近几年来,我国医疗机构在提高医疗护理人员安全意识、安全文化的应用、护理安全干预机制的建立、建立护理安全等级、加强护理安全管理、防范护理差错、患者护理安全事件自愿报告等方面积极探索。在中国文化背景下建立医院护理安全管理系统的8个关键要素,即医院的护理安全文化、护理安全管理组织体系、护理安全管理规章制度及质量考核标准、开展全面全员全程护理安全活动、高危压疮及跌倒患者危险因素评估及预防管理规范流程、护理安全事件主动报告及处理规范流程、护理安全持续改进及可追溯机制、鼓励患者主动参与护理安全,其中护理安全文化是核心要素,指引着卫生保健机构建立有效、可持续的护理安全管理系统。8个关键要素相互关联,环环相扣,指引着临床护士和护理管理人员为患者提供安全护理及护理安全管理,避免护理差错、护理不良事件的发生。

《2008年制定的患者安全目标》的内容包括:

- (1) 严格执行查对制度,提高医务人员对患者身份识别的准确性。
- (2) 提高用药安全。
- (3) 建立与完善在特殊情况下医务人员之间的有效沟通,做到正确执行医嘱。
- (4) 建立临床实验室“危急值”报告制度。
- (5) 严格防止手术患者、手术部位及术式发生错误。
- (6) 严格执行手部卫生,符合医院感染控制的基本要求。
- (7) 防范与减少患者跌倒事件发生。
- (8) 防范与减少患者压疮事件发生。
- (9) 鼓励主动报告医疗安全(不良)事件。
- (10) 鼓励患者参与医疗安全。

第三节 护理安全管理常用工作方法

一、PDCA 循环及其应用

PDCA 循环又称质量环,最早由休哈特于1930年构想,后被美国质量管理学家戴明博士在1950年运用于持续改善产品质量的过程中。PDCA 循环作为开展安全质量管理活动的一种科学工作程序,现已广泛应用于各个领域并卓有成效,也日益受到了护理管理者们的关注和重视。

PDCA 循环的实施包括 4 个阶段 8 个步骤。4 个阶段为计划 (Plan)、执行 (Do)、检查 (Check)、处理 (Act)。8 个步骤: 分析现状找出问题; 分析各种影响因素; 找出主要因素; 采取措施, 制订计划; 执行制定的措施计划; 检查结果; 标准化; 遗留下来的问题转入下一个 PDCA 循环。PDCA 循环具有大环套小环、一环扣一环、小环保大环、阶梯式运行的特点, 周而复始地促进质量的持续改进与提高, 促进护理安全。

二、失效模式与影响分析法

失效模式与影响分析法 (Failure Modes and Effects Analysis, FMEA) 通过对设计和生产过程中可能出现的风险进行评价、分析, 以便在现有技术的基础上将这些风险消除或减小到可接受的水平, 是企业消除故障、减少失效、提高产品质量的重要工具。

FMEA 是一组系列化活动, 基本步骤为: 找出产品、过程中潜在的失效模式; 评估各失效模式可能造成影响的严重程度; 分析失效发生的原因及其发生的频度; 评估失效发生时的难检度; 计算风险优先值 (Risk Priority Number, RPN) 并按顺序综合分析确定应重点预防、控制的项目; 制定预防、改进措施, 明确措施实施的相关职责; 跟踪、验证所采取的措施的有效性。

FMEA 是一种系统性、前瞻性的分析方法, 可以预防失效的发生, 而不是等到失效发生造成不良后果才采取行动, 目前在国外已被广泛运用到临床护理工作中。

三、根本原因分析法

根本原因分析法 (Root Cause Analysis, RCA) 是一种回顾性不良事件的分析工具, 可以了解导致不良事件的过程及原因, 并改善流程以减少同类事件的发生。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, 改变传统只解决单一事件、治标不治本的缺点, 同时可以和同行分享经验, 供同行参考, 做到事前防范, 预防同类不良事件的发生。RCA 步骤虽然在不同国家和地区之间有些差异, 但主要包括资料收集、找到一系列可能的因素、确认根本原因、制定和执行改进方案等 4 大步骤。采用前瞻性的 FMEA 和回顾性的 RCA 相结合的方法, 为高危监测目标建立本底数据和危急值, 并采取干预措施, 以改进系统和流程中的缺陷, 从护理风险发生前、后进行因素的分析 and 防控, 为护理安全提供保障。

四、日本医疗事故调查委员会提出的 SHELL 事故分析法

日本医疗事故调查委员会提出的 SHELL 事故分析法是近年由日本医疗事故调查委员会提出的, 其认为医疗事故的形成主要受几个方面的影响, 可以通过对这些因素的分析来找出医疗事故的原因, 并制定相应的对策, 以实现医疗护理安全的目的。

SHELL 事故分析法中, S 表示软件部分, 包括护理人员的业务素质和能力, 具体包括医德素质、专业素质、技术素质、身体素质等以及技术才能, 是分析事故的核心。H 表示硬件部分, 指护士工作的场所, 如治疗室等。E 表示临床环境, 狭义上通常是指护士执行临床护理最多的地方, 是以患者为中心, 半径为 10 尺 (1 尺 = 33 cm) 以内的范围; 广义上是指医院环境、治疗环境、物理环境等。L 表示对相关人员及当事人的分析, 即从管理

者及他人的素质（患者的违医行为等）分析，找出管理者存在的问题。

五、Vincent 临床事件分析系统

该系统对事件的分析包括6个方面，即组织或管理因素（包括制度、工作流程、组织结构等）、团队因素、工作任务因素（包括工作负荷、人员数量、人员组合等）、环境因素（包括设备、布局设置等）、个人因素（包括知识、经历等）、患者因素（包括患者情感状态、理解能力等）。

将护理差错从系统的角度进行原因统计学分析，得出造成护理差错的量化数据，为质量评价标准提供理论基础。

六、优先处理系统——安全评估规定（SAC）矩阵系统

美国退役军人医院采用SAC矩阵系统，通过分析上报事件现存的或潜在的危险因素以及事故发生的可能性等，决定需要优先分析和改进的行为。

SAC矩阵分两类表格：一为严重性分类表格；二为可能性分类表格。严重性分类表格分别从受伤程度、住院日延长时间、恢复所需的护理等级及医疗成本方面进行分析，并据此将上报事件的严重程度分成4级。可能性分类表格将上报事件或潜在因素发生的可能性分成经常（1年内可能发生）、较少（1~2年发生）、偶尔（2~5年发生）和极少（5~30年可能发生）4级。可能性分类对分析者的要求较高，分析者必须熟悉该类事件，掌握医院安全信息资料，并具备科学思维能力。分析完以上项目，再将两分类表格组合成矩阵进行综合评价以评定上报事件或潜在因素的危害程度。建立优先处理系统是进行科学管理的必要步骤之一，管理部门可以通过优先处理系统快速、准确地辨别事故处理的轻重缓急，从而采取及时恰当的处理措施。但应注意的是，只有站在全局的高度，同时有代表公众的明确的审查标准，优先处理系统才能有效发挥其辅助决策的作用。

七、系统化观点检测或评估系统

我国台湾财团法人医院评鉴暨医疗品质促进会（TJCHA）提出对临床事件采取系统化观点检测或评估，从5个方面进行分析：

（1）医疗人员互动方面，包括医疗团队人员之间沟通不良；病例记载不完整、不准确；医疗团队领导及整合不佳；医疗团队成员组成不合理等。

（2）医疗人员与患者、家属互动方面，包括医患沟通不足；医疗人员态度不佳或技巧不良；家属个性与社会状况；突发疾病产生的压力。

（3）医疗人员与环境互动方面，包括医护人员休息空间不足；患者就医安全性不佳；视线、行动路线设计不良；工作容易中断、因环境嘈杂而分心；排班形态，如夜班、长时间班、连续班。

（4）医疗人员与软件系统方面，包括工作缺乏指引与流程手册；工作设计太复杂；电脑资讯系统功能不足、自动化程度低；电脑资讯系统缺乏决策支援系统，如药物交互作用报告；检验服务品质不佳，速度慢、项目少或可靠度低；放射科报告服务不佳。

（5）医疗人员与硬件设备互动方面，包括仪器设备不足；仪器设备摆设混乱，不符

合人因工程原则；医疗耗材、药品的供应不足；仪器功能不佳、维修服务不完善。

该系统从保健制度、医院安全文化与系统、社会文化与民众意识、专业文化等多个维度进行分析，充分体现了经由事件分析进而改善系统，达到预防事件发生的目的，同时也保证了不良事件的自愿上报率。护理差错一旦发生，为了能准确地查找差错发生的原因，尽早发现不安全因素，更好地防止类似事件的发生，多数发达国家或地区根据本地实情均有较完善的临床事件分析系统。

做好护理安全工作不仅要有扎实、牢固的专业理论与技能做基础，还需要严谨、慎独的工作态度，科学规范的管理，以及构建和谐发展的护理安全文化等，使从业人员时刻警惕，对护理风险进行预警，做好防范，并在不良事件发生后能够系统分析产生原因并持续改进。