



围手术期安全管理

Perioperative Safety

原 著 Donna S. Watson (美)

主 译 吴丽华



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

R617
20141

围手术期安全管理

Perioperative Safety

原 著 Donna S. Watson(美)

主 译 吴丽华

译 者 王 莹 王 影 卢剑飞

朱幸婷 张文慧



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

围手术期安全管理/(美)沃森(Watson, D. S.)原著;吴丽华主译. —北京:人民军医出版社,2013.10

ISBN 978-7-5091-7006-9

I. ①围… II. ①沃… ②吴… III. ①围手术期—卫生管理—安全管理 IV. ①R619

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 226688 号

策划编辑:马莉 文字编辑:邢学忠 黄维佳 责任审读:余满松

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)51927300-8036

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:北京天宇星印刷厂 装订:恒兴印装有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:23 字数:563千字

版、印次:2013年10月第1版第1次印刷

印数:0001-2500

定价:95.00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

Perioperative Safety, 1/E

Donna S. Watson

ISBN-13: 978-0-323-06985-4

ISBN-10: 0-323-06985-1

Copyright ©2010 by Elsevier. All rights reserved.

Authorized Simplified Chinese translation from English language edition published by the Proprietor.

Copyright ©2013 by Elsevier (Singapore) Pte Ltd. All rights reserved.

Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

3 Killiney Road

08-01 Winsland House I

Singapore 239519

Tel: (65) 6349-0200

Fax: (65) 6733-1817

First Published 2013

2013 年初版

Printed in China by People's Military Medical Press under special arrangement with Elsevier (Singapore) Pte Ltd. This edition is authorized for sale in China only, excluding Hong Kong SAR, Macao SAR and Taiwan. Unauthorized export of this edition is a violation of the Copyright Act. Violation of this Law is subject to Civil and Criminal Penalties.

本书简体中文版由人民军医出版社与 Elsevier (Singapore) Pte Ltd. 在中国境内(不包括香港及澳门特别行政区和台湾)合作出版。本版仅限在中国境内(不包括香港及澳门特别行政区和台湾)出版及标价销售。未经许可之出口,是为违反著作权法,将受法律之制裁。

著作权合同登记号:图字 军 — 2011 — 138 号

内容提要

手术室的安全问题是医院管理的重点。本书共 27 章介绍了围手术期安全管理,包括患者安全用药,手术室火灾预防,无血手术与输血手术的风险预防,深静脉血栓的预防,错误手术的防范,患者麻醉安全,预防手术感染,体位性压伤的预防,术中体温的监测,术中电器械损伤的预防,手术室医务人员的职业安全防护,保持手术室人员及环境的无菌状态,减少辐射伤害等。本书还阐述了一些手术室管理的新观点、新理论,诸如手术室医务人员相互之间的关系,医疗器械销售人员进入手术室指导医生使用手术器械,手术室微系统理论等,阅读后给人耳目一新的感觉。本书适于手术室医务人员及医院管理人员参考阅读。

译者前言

手术无疑是救死扶伤的一个非常重要的手段,也是医院管理的一个重要部分。没有安全作为后盾,患者的生命将失去保障,医务人员的神圣使命也将失去内涵。围手术期的安全管理是保证手术安全进行的关键。如何去实现并促进我们当前的手术安全管理不仅仅是全体医务工作者的责任,也是医疗政策制定者、医院管理者、患者及其家属、医学生,以及关心健康的各界人士的关注点。

国内外发行的围手术安全管理相关书籍很多,作为一个数年工作在国外和国内的临床从业人员,译者认为该书的内容和表达方式均适合我国的各界关心手术安全管理的人士阅读和借鉴。

它不仅仅从管理办法和具体的预防措施上去探讨可行的方案,而且从组织文化及管理意识上去解析安全管理的源头和意义。本书参编的人员不仅仅局限于护理界的临床专家和研究者,更有临床的应用健康科学的管理者、围手术期信息学的专家、患者安全的分析师、资深的手术医生和麻醉师、外科技术项目管理者、远程教育项目的管理者等,这样一个多学科多专业的团队更是从多维度去丰富了围手术期的安全管理,使该书内容的可读性、可借鉴性、可实施性、可探讨性成为一种必然。

致谢

特别感谢人民军医出版社的邀请,使我有机会在赏阅和汲取围手术安全管理知识的过程中完成对本书的翻译,也非常感谢参与本书翻译的各位译者的贡献,他们是张文慧、王影、王萱、朱幸婷和卢剑飞。

吴丽华

北京大学护理学院教师
英国圣玛丽皇家医院注册护士

致母亲：

Linda S. Settle

感谢您的奉献，以及您对我迎接挑战、生活的热情和始终追求成功的支持！

原著前言

卫生健康安全的概念和实践,并不单独属于某一个学科。对安全的共同关注促成了各学科的协作,逐渐形成一个特殊的专业。保障患者和操作的安全是他们的共同目标。

2002—2003年,我作为国家围手术期注册护士联盟(AORN)的主席,有机会和优秀的围手术期管理者一道工作,并使保障患者安全成为AORN的共同目标。不少同行专家在他们承担的项目进展中发挥了主要作用。我更庆幸当初结识了AORN的优秀骨干,他们是执行董事 Tam Cooper,当选主席 Betty Shultz,副总裁 Michelle Burke,秘书 Sharon McNamara,财务主管 William Duffy,董事会成员 Lorraine Butler, Debra Fawcett, Paula Graling, Charlotte Guglielmi, Anita Jo Shoup, Debora Tanner, Nathalie Walker,以及“患者安全第一”倡议的赞助商桑德尔医疗行业的 Dan Sandel。

我将对医疗安全的热切关注和承诺体现在《围手术期安全管理》一书中,这本书是为围手术期注册护士编写的,同时对护校学生、医学生、卫生医疗实业的代表和普通居民也有实际指导意义。书中的概念、原则和建议都紧紧围绕着保障患者和医疗工作安全这一主线。每一章都由德高望重的专业知名人士执笔,他们在挑战安全难题、促进医疗安全方面有着显赫的成就。

第一篇 围手术期安全概述。回顾了患者安全的组成要素,着重分析了医疗系统始终不能真正实现安全保障的原因。解决方案强调了领导参与、团队建设和能力培养的重要性。国家和地方为促进患者安全所采取的有效策略也有涉及。

第二篇 患者安全。分章节讨论患者安全问题,包括医疗差错和手术火灾的防范,无失血手术、适度镇静、深静脉血栓预防、异物事故及预防、手术野感染、定位外伤、低温及电外科安全等。各章节都对相关问题做了深度分析,并根据循证医学实据提出了促进安全的建议。同时提供最新信息,以供更新管理策略和变更做法时参考。

关于安全的出版物,必然要涉及工作人员的安全。第三篇 工作场所安全。提供最新的管理信息,包括国家和政府部门关于医务工作者安全问题的建议。如当前工作场所安全问题和趋势,手术烟雾、暴露危害、锐器损伤、激光危害、腰椎损伤、乳胶过敏、放射线危害、传染病接触和行为失常患者的攻击等。每一章节都提供了实施的实际建议。

第四篇 展望未来。讨论了手术室安全和患者安全的挑战,列举了新技术的安全策略和程序。最后一章论述如何营造安全氛围和成功实施安全措施。

本书由临床专家集体撰写,主题是患者和医务人员的安全问题。所以,本书对于正在寻求医疗安全解决方案或致力于加强医疗安全的机构和相关人员来说,都是必备的读物。希望本书能帮助医疗机构实现医疗安全的庄严承诺。一个安全的医疗环境,会对患者和医务人员甚至社会带来良好的影响。

特别致谢:感谢 Tamara Myers(组稿编辑)对这个项目的信任,感谢 Tina Kaemmerer(开发编辑)和 Doug Turner(高级项目经理)保持此书的视野和焦点。

Donna S. Watson

目 录

第一篇 围手术期安全概述

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 第 1 章 患者安全策略的必要组成…… (3) | 期用药政策及其发展 …… (33) |
| 第 2 章 积极提高患者安全性 …… (20) | 第 4 章 资格、护理实践和安全的患者
护理 …… (42) |
| 第 3 章 运用 Medmarx 数据支持围手术 | |

第二篇 患者安全

- | | |
|--|--|
| 第 5 章 围手术期安全用药 …… (51) | 进行手术,进行错误的手术
…………… (114) |
| 第 6 章 围手术期环境中的火灾预防——
围手术期火灾可随处发生 … (62) | 第 11 章 清点还是不清点:一个手术的
不幸事件 …… (129) |
| 第 7 章 无血手术和患者安全问题 … (73) | 第 12 章 麻醉和围手术期安全 …… (136) |
| 第 8 章 围手术期患者安全和手术镇静
…………… (84) | 第 13 章 预防手术部位感染 …… (158) |
| 第 9 章 外科患者深部静脉血栓的发生
及预防措施 …… (97) | 第 14 章 预防体位性损伤 …… (169) |
| 第 10 章 围手术期间如何预防在错误
位置进行手术,对错误的人 | 第 15 章 正常体温管理:预防围手术
期低温症伤害 …… (180) |
| | 第 16 章 电外科学 …… (196) |

第三篇 工作区安全

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 第 17 章 工作场所的安全问题和趋势
…………… (207) | 和移动 …… (253) |
| 第 18 章 手术烟流的危害——减小
您的风险 …… (217) | 第 22 章 乳胶过敏 …… (273) |
| 第 19 章 血源性病原体 …… (224) | 第 23 章 最大限度地减少辐射暴露
…………… (291) |
| 第 20 章 激光危害和职业人员的防护
…………… (237) | 第 24 章 感染疾病暴露 …… (304) |
| 第 21 章 预防腰背伤——患者转运 | 第 25 章 围手术期破坏性行为的处理
…………… (328) |

第四篇 展望未来

第 26 章 围手术期的安全问题—— 器械销售代表支持 …………… (339)	第 27 章 使用人为因素保持手术室的 稳定 …………… (348)
--	---------------------------------------

第一篇

围手术期安全概述

第一卷

毛澤東全集

第 1 章 患者安全策略的必要组成

Allan Frankel, MD • Michael W. Leonard, MD

手术室的安全很大程度上依赖于专业和规范的要求,这些要求统辖着技术水平、文件标准、适当的监控和良好维护的设备。规范而具体的规定存在于几乎每一个被执行的操作中。尽管基于手术和麻醉的优先选择,允许差别存在,但是总体来说,手术室对技术方面有非常好的管理。熟练的手术室医生、护士和技术人员开始依赖这些手术室的特征来支持安全护理服务的实施。然而,大部分医务人员都在某个时间有过在条件欠佳的手术室工作的经历。这可能要归因于手术的复杂性,即使在最简单的外科手术中,当其复杂性与必要的团队协作、领导参与或所有以提供可靠服务为前提的科室观点不相匹配时,都可能会引起此问题。有许多原因造成了当前的状态,包括依赖于国家、阻碍医生和医院之间利益一致性的赔偿机制(Ginsburg 等, 2007);促进层级结构发展并低估核心团队特性的不同学科间有限的多学科训练(如外科、麻醉、护理和技师);跟不上当前卫生保健服务日益更新的步伐,对医生、护士和辅助人员角色认识的传统观念(Baker 等, 2005)。

追溯到 1909 年,波士顿骨科医生 Ernest Avery Codman 公开挑战当时的正统,提议波士顿的医院和医生应该公开分享他们的临床结果、并发症以及伤害。明智的是,他在这个要求提出之前从自己医院的职位上辞职了,从而不需要被辞退。尽管如此,对于他和他的想法的批评还是很强烈。现在他的愿望已经以迅速加快的脚步在整个美国被实现(Mallon, 2000)。1991 年的哈佛实践研究,

对纽约 30 所医院的差错事故进行评估,最终发现了现在总被引证的每年由卫生保健差错导致 98 000 人非正常死亡。哈佛实践研究使卫生保健机构被迫对患者治疗护理中导致患者伤害的问题进行反思(Brennan 等, 1991; Leape 等, 1991)。从这些反思中,一门综合患者安全的科学从工程学、认知心理学和社会学等学科中发展起来。伴随着电子健康记录的快速开展,医疗服务正向着质量和评价可论证的方向迅速发展。

一、安全可靠卫生保健的案例

1991 年哈佛实践研究孕育了 1999 年医学研究所的报告——人非圣贤孰能无过(Kohn 等, 2000)——这篇报告促使大众和商业意识到了卫生保健产业中质量和安全问题。媒体燃起了大众的兴趣,商业界成立了拥护组织,比如 Leapfrog(Delbanco, 2004),来聚焦这个敏感问题。美国政府有大约每年 6 000 亿美元的医疗保险项目,最近宣布将不会为医疗差错导致的服务付费[医疗保险和医疗补助中心(CMS), 2008]。大量私营保险人迅速跟牌。安泰保险公司宣布将不会为被国家质量论坛定义的 28 个“可怕的医疗差错”支付相关的治疗护理费(Aetna Won't Pay, 2008)。

市场上关于安全和质量透明度的加速发展将是卫生保健改革的主要推动力。波士顿的贝斯以色列女执事医院在其网站上公布了关于质量检测的通告,包括他们最近的联合

鉴定委员会资格认证调查(Beth Israel Deaconess 医疗中心, 2008)。美国最大的公共医疗系统——纽约健康和医院——已经决心效仿这个例子。明尼苏达州在互联网上公告了他们州所有医院报告过的可怕的医疗差错, 比如错误部位的手术以及术中遗留异物等(MDH 健康政策分类, 2008)。其他几个州很快效仿这种做法。在宾夕法尼亚州 Geisinger 诊所现在提供心脏手术担保(Ableson, 2007), 将免费治疗担保规定的并发症。考虑到他们发展的令人印象深刻的护理流程, 这是一个合理的途径来传达他们的优质服务从而在市场中竞争。在这个新的迅速透明化的市场上, 成功的医院和医疗体系将是那些提供系统解决方法来提高患者安全性的医院和医疗体系。系统性方法中的其他亮点被外科手术和产科安全性领域的包括凯撒医疗机构和耶稣大型医疗系统采纳, 也得到了健康促进研究所的倡议, 比如 10 万生命活动和 500 万生命活动等(IHI, 2008)。

从医学研究所的报告之后, 出现了大量提高护理质量和安全的活动。目前有些许的成就, 但大体来说还有很多工作要做。在卫生保健的质量和安全性方面还存在基础上的问题。本着良好初衷的提高患者安全性的项目和努力也得到了不同的结果。然而, 总体来说, 没有系统的、以解决问题为基础的方法, 卫生保健机构将不可能在临床安全和质量上获得持续的完美。这个章节描述了一个综合方案中的必要元素, 以保证每位患者每天得到安全可靠的照护。手术环境明显是应该应用这些方案的, 并且围手术期的护理对保证患者安全以及安全的护理实践起着重要作用。

二、手术室是一个系统

首先, 从工程学角度考虑安全, 一个系统是否安全应基于它生产产品的可靠性或者缺陷出现的频率。工程师应考虑以下问题:

1. 重复而非仅一次得到目标结果的可靠性。
2. 评估达到目标结果的流程。
3. 分析不可分割的组成流程的步骤。

在手术室, 工作流程有几十个, 在一些情况下甚至有成百上千个步骤。每一个步骤的可靠性(例如: 是否每一个步骤按它应该呈现的样子出现)决定了目标结果能否达到。

最终, 系统的安全和可靠性由每个步骤的差错率决定。当差错率倍增时, 就更加可能导致一个非目标结果的出现。这样的结果或许是, 但不一定总成为对患者的临床伤害。患者或许很好, 但是这个流程有重大缺陷以至于将患者置于受到更大伤害的危险中。这暗示着, 尽管目前这个患者没有遭受不良事件, 但下一个患者或许就没有这么幸运了。

如果临床观点和工程学观点相结合, 那么一个可靠的手术程序将使患者顺利安全地度过手术, 因为所有过程中的步骤都有确实小而可知的差错率。

三、流程步骤

考虑到流程中的每一个步骤都是一个个体化和不可分割的动作。例如, 巡回护士在手术之前获得患者的病历。拿到患者病历或者回顾患者电子病历的简单操作是手术开始前评估患者的一个步骤。

一旦病历可供使用后, 就会有一系列其他步骤, 包括识别和确认患者身份、回顾现病史和健康状况, 正确的手术知情同意书和其他必要的实验室和临床数据的确认。这些步骤取决于他们自身的一些流程, 比如秘书或助理将病历放在合适的位置, 并检查正确的信息放在了正确的地方。在使用电子病历的情况下, 将包括一些步骤比如采集数据的人正确地输入了信息。每一个采取的步骤都有其失败率, 同时也决定着当病历到达护士手中时信息是否展现在病历中。

由此可见,在任何地方实施的任何手术程序都包含着成百上千个步骤。每一个步骤都有其固有的差错率。有的是单个步骤,但是许多都与决定他们差错率的流程相关。当每个步骤的差错率达到量化的程度时,系统的安全性就可测量了。这个测量不仅仅是看结果能否达到,还要关注过程能否被一遍遍地重复。在很大程度上,安全是一个由系统可靠性决定的系统性能。

四、获得系统的可靠性

虽然卫生保健领域中许多可靠系统的关键特征一体化进程很缓慢,但手术室在可靠性和安全性方面已做了许多引人注目的工作(Cooper 和 Gaba, 2002)。产生于 20 世纪 80 年代被全美国采纳的哈佛麻醉实施标准(Eichhorn 等, 1988),就是一个提高了专科安全性的麻醉护理标准化的闪光的例子。这些标准确定了目前每例外科操作中最常用的监测指标。他们影响着所有围手术期的护理并且使脉搏血氧饱和度测量和二氧化碳描记术被广泛应用。

过去提供手术室可靠性的另一重要来源是提高术者进行交接操作的能力。尽管一个麻醉师或护士启动了手术程序,但是有可能同个科室的许多其他成员也能代替那个麻醉师或者护士,并且也要求那么做。这种可能性在许多每天进行着护理交接的科室继续存在着。然而,交接操作能力的局限性正在增加,因为设备和手术特性正变得更加专业化,需要对技术和器械的知识精益求精。专科性和技术复杂性的增加不可避免地会影响与手术时间相关的手术量和手术种类、下班后手术,以及可能的情况下对手术室所有工作人员进行认证的决定。

可靠性只有在 6 个相互依赖的因素有效整合的情况下才是可信的(Leohard 等, 2004a)。

1. 继续学习的环境。

2. 公平公正的氛围(Marx 2001; Marx, 2003)。

3. 有团队协作热情的环境。

4. 通过数据使用对安全性和可靠性进行评价的领导者。

5. 有效的信息流。

6. 患者自我护理中的机智配合。

整合只有通过多水平的协调努力才会发生,从一个首要的目标开始,以实现可靠性。追求更高可靠性的机构和科室发现最终的结果明显影响着患者护理和员工的满意度(Yates 等, 2004);即使对于业外的观察者来说是显而易见的。在某种程度上,这适用于所有参与手术的工作人员。这种对于关系质量和环境安全性的本能感觉,即最初的反应,应该被严肃对待,因为它有可能是反映环境内在危险性的很好的标志(CMS, 2008)。

五、继续学习的环境

一个关于学习环境的范例是丰田汽车公司。它在规模和销量上引领着自动化行业。它的汽车拥有者的激情是众所周知的。丰田的雇员们平均每年 46 次运用他们的知识提出关于改善工作的建议。大量的建议会被检验,如果证明是有价值的就会被采纳并推广。这种运用一线工作者观点来改革和进步的过程不仅适用于丰田汽车的生产,也适用于发展本身的基础性工作(Spear, 2004)。如果现在在一个程序的改变需要 1 个月,丰田公司会收集想法从而在 1 年以后他们能够在 3 周内完成这个改变。如果丰田公司每天从一个部门收到 10 条有用的建议,那么 1 年以后它的目标将是收到 12 或 15 条。丰田的观点是提高总是可能的,在程序中总有可被清除的垃圾成分。专心进步的努力造成最初四分之一的努力和材料的浪费是微不足道的。也就是说,总会有所得(Liker, 2004; Liker 和 Houseus, 2008)。

几十年来,医生和医院相互依赖,医生在医院内辛勤工作,但是却有着异常偏狭的观点。在过去的20年间一种不同的医疗保健产业开始兴起,它以一大批从随机对照临床实验中得出的硬性证据为基础。成组的医生现为治疗护理相关的特定疾病提供专科服务(Ableson, 2007)。医疗保健领域继续学习的环境需要某些结构元素和执行想法的能力。最基本的结构元素是着眼于临床,站在科室领导的层面考虑不安全事件的信息,并找到措施进行补救(Mohr 和 Batalden, 2002)。外科手术只有在领导能够精心设计好此流程的临床单元才能安全进行。护理一定是这个小组内领导层讨论的一个完整部分。各学科成员应该定期碰头来检验明确的手术问题,从具体的如何将药物发放到每个房间正确位置的问题到所有病房内患者流动的问题。

在这样的会议中被收集的信息应该被核对和评价,从而找到针对各种问题、潜在问题

或担忧的补救方法。和其他享有高度可靠性声誉的产业(Freiberg 和 Freiberg, 1998)一样,聆听一线的声音并针对他们的关注点采取行动是保证安全操作的关键。这需要一个容易将问题公开化并有一个团队结构提供支持的环境和文化。

六、公平公正的氛围

医疗保健系统中公平公正的氛围是指在系统中的个体完全领会到,尽管他们要对自己的行为负责,但是却不必为系统瑕疵负责(Reason, 1997; Marx, 2001)。这种氛围提供了看待差错和不良事件的框架,从而快速地、一致地决定事件中的护士或者医生是否有行为或技术问题,以及他或她的问题是否由系统造成。这意味着通过一个简单的法则(图1-1)来判断一个差错、事故或者不良事件中个人的过失,问题如下(Reason, 1997):

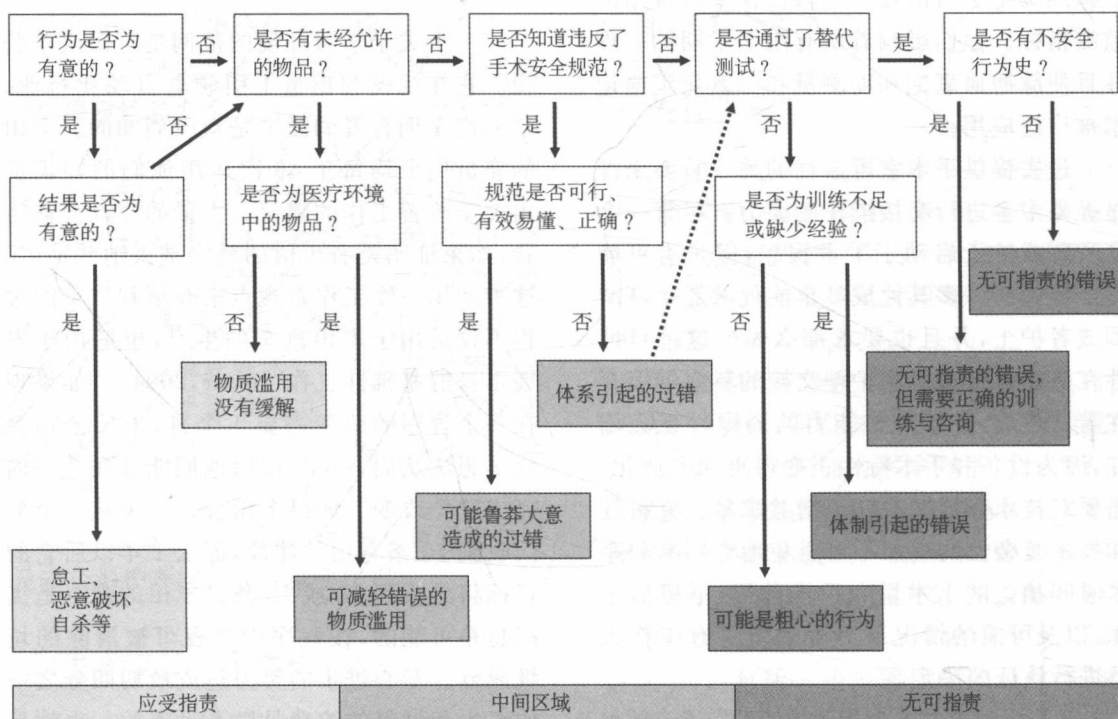


图 1-1 Reason 的简要流程
机构事故危险因素的管理 Aldershot, Hampshire, England

1. 个人是否是故意造成伤害?
2. 个人是否是在(受吸毒、醉酒等)损害的情况下工作?
3. 个体是否遵循了其他拥有相似知识和技术人员遵循的合理规则?
4. 个体是否有涉及或者造成不安全行为的历史?

如果答案分别为否、否、是和否,那么就记入个人过失。在这样一个氛围中,机构相信存在一个合理的机制来评价麻烦的事件,不论事件的结果如何,他们都会相应地采取行动。需要补充和引伸的一点是,行动要基于患者利益最大化,而并非这种方式的倡导者。等级制度、正规或非正规,都不是需要讨论的内容。

当治疗错误被评估时,大部分时间法则用来识别工作在不安全系统中的能够尽责的不应该受责备的个人。James Reason,第一个明确表达出之前描述法则的人,在描述他的模式时很清楚的是:因为个人控制不了的事件而责备这些人不能弥补问题或者让一个系统更加安全,尽管它能使患者安心或者明确法律上的责任问题。这种模式迅速让个人事件从系统事件中分离出来。关键是要创造一个安全的环境,可以让优秀的护士、医生和其他人员在他们犯错或差点犯错的时候告诉我们。

悲剧的例子强调了这种客观、清晰的评估机制的必要性,例如2006年在印第安纳波利斯的血液稀释剂肝素的过量使用。在100倍过量浓缩的肝素被放进自动配药机器后,9名非常熟练的工作人员——6名新生儿重症监护室护士和3名新生儿专家——错误地拿到错误浓度的药并用于非常小的婴儿。由此造成了3例死亡(WRTV,2008)。

一起相似的事情在2007年发生,涉及到演员Dennis Quaid和他在洛杉矶的家人(Fox News,2008)。媒体关于Quaid事件的报道强调了他们作为患者所受到的伤害以及当患者感觉自己未被告知真相时的愤怒。漏

掉的是需要明确潜在原因和修补差错的过程。他们需要一个工程学和系统的方法,首先对事件进行客观回顾,从而让系统瑕疵和个人过失浮出水面。

大西洋两岸的有思想的领导们正开发着从事这个课题的计划。James Reason在20世纪90年代描述了他的事故分析树(Reason,1997)。在过去的10年里,David Marx发展了他的公正法则来评价一线工作者的选择,这也结合并扩展了Reason的工作。这两个范例的目标都是保证合理的责任归属和一个任何高层领导和中级管理层所做的决定都要立足于大局和伦理的环境。

在一些严重的患者伤害中,有一些公认的诱导因素。其他的个体行为以及事件需要仔细地分析,排除偏见和误解,对于过失最终得到公平公正的结论。

提高、培养和支持公平风气的好处是打开了一扇讨论问题的门并且让寻找发展机会、提出异议并通过测试和对不断发展的要求找到解决的方法变得容易接受。一个公平的氛围是实现一个安全系统的基础。每次患者被送到手术室,公平公正氛围的呈现程度部分决定了环境支持手术安全性的程度。

七、优秀的医疗保健团队

什么是一个优秀的医疗保健团队?一个优秀的团队由一群相互依赖的个体构成,他们有以下特点(Hackman,1990;Pryor等,2006)。

1. 他们有不同的技能,但拥有同一个目标。
2. 他们协作的成果大于他们团队里每个人成果的综合。
3. 他们欣赏每一个团队成员的角色,包括领导。
4. 他们很好地了解其他人的专业技术,团队成员知道向谁求助来解决问题。