

护理管理

146例护理不良事件原因分析及对策

李 静¹, 蒋丽芳²

(1. 江苏省苏州市中西医结合医院 护理部, 江苏 苏州, 215101;

2. 苏州大学附属儿童医院 供应室, 江苏 苏州, 215000)

摘 要: **目的** 总结146例护理不良事件发生原因, 提出可行性防范对策。 **方法** 回顾性分析苏州市中西医结合医院2014年1月—2015年6月上报的146例护理不良事件, 总结不良事件发生原因和特点。 **结果** 不良事件类型包括医嘱执行错误、管道脱落/拔出、跌倒、操作失误等, 其中医嘱执行错误56例(38.36%), 分析原因为查对制度执行不到位、违反操作规程等。管道脱落/拔出30例(20.55%)。护理不良事件多发生于日班时间、1~5年工龄的护士中。 **结论** 利用“3 E”对策理念制定针对性的护理措施, 从而降低护理不良事件的发生率, 提高护理质量。

关键词: 护理不良事件; 原因分析; 技术; 管理; 教育

中图分类号: R 473.1 文献标志码: A 文章编号: 2096-0867(2015)03-117-04 DOI: 10.11997/nitcwm.201503046

Causes analysis of 146 nursing related adverse events and corresponding measures

LI Jing¹, JIANG Lifang²

(1. Department of Nursing, Suzhou Hospital of Integrated Chinese and Western Medicine, Suzhou, Jiangsu, 215101;

2. Supplement Center, Children's Hospital Affiliated to Suzhou University, Suzhou, Jiangsu, 215000)

ABSTRACT: **Objective** To analyze the cause of 146 nursing related adverse events and to provide preventive measures. **Methods** A total of 146 nursing related adverse events reported between January 2014 and June 2015 were retrospectively analyzed, and the causes and features of adverse events were analyzed. **Results** Major adverse events included execution error of medical order, catheter removal or falling, falling and inaccurate operation. Execution error of medical order, accounting for 38.36% (56/146), was caused by lack of accurate execution, and violation of operative regulation. There were 30 cases with catheter removal or falling, accounting for 20.55% (30/146). Nursing related adverse events were more likely to occur during day shifts and in nurses with less than five occupational years. **Conclusion** Targeted nursing intervention implemented by 3 E concept can reduce adverse events and improve nursing quality.

KEY WORDS: nursing related adverse event; cause analysis; technique; management; education

护理不良事件是指在疾病治疗过程中因诊疗活动而非疾病本身造成的医疗异常事件, 即非正常的医疗过程和结局^[1]。其通常和护士责任心不强、未严格执行核心制度、未规范执行操作规程有关, 包括用药错误、非计划拔管、患者跌倒/坠床、走失、烫伤等情况。发生护理不良事件不仅增加患者痛苦, 可能导致其暂时或永久性功能障碍, 延长住院时间, 增加医疗费用, 而且也会影响护患

之间的信任关系^[2-3]。本研究回顾性分析苏州市中西医结合医院2014年1月—2015年6月各护理单元上报的146例护理不良事件的原因及特点, 并针对性地提出解决对策, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2014年1月—2015年6月苏州市中西

医结合医院各护理单元通过非惩罚性自愿上报的 146 例护理不良事件的相关资料,包括不良事件名称、护理一般资料、事件发生经过、不良事件分析鉴定结果、改进措施和效果评价。

1.2 方法

采用回顾性研究的方法,对上报的 146 例护理不良事件进行分类,针对护理不良事件发生的类别、班次、责任护士的工作年限及不良事件发生的原因进行分析。

2 结 果

2.1 护理不良事件类型

146 例不良事件中,主要类型有医嘱执行错误、管道脱落/拔出、跌倒、操作失误等,发生频次由高至低的分别为医嘱执行错误 56 例,占 38.36%,管道脱落/拔出 30 例,占 20.55%,其他(设备、仪器、环境等)26 例,占 17.81%。见表 1。

表 1 146 例护理不良事件分类情况

不良事件类型	例数	百分比/%
医嘱执行错误	56	38.36
操作失误	8	5.48
跌倒	13	8.90
坠床	3	2.05
烫伤	3	2.05
管道脱落/拔出	30	20.55
走失	1	0.68
标本问题	2	1.37
药物配伍禁忌	1	0.68
皮肤划伤	1	0.68
输液外渗	2	1.37
其他(设备、仪器、环境等)	26	17.81

2.2 护理不良事件发生分布

根据不同工作班次将护理不良事件分类,146 例护理不良事件中,日班发生 93 例次(63.70%),中班 31 例次(21.23%),夜班 22 例次(15.07%)。根据护士工作年限将护理不良事件分类,护理不良事件在 1~5 年工龄的护士发生率最高,占 72.6%,其次为 6~10 年工龄的护士,占 19.18%,工龄>10 年的护士最低,占 8.22%,呈现依工作年限递增而发生护理不良事件递减的现象。

2.3 主要护理不良事件类型原因分析

56 例医嘱执行错误中,主要原因为查对制度执行不到位(55.36%),其次为违反操作规程、责任心缺失、药名(外包装)相似及交接班落实不到位;30 例导管脱出/拔管中,主要原因为约束不到位(33.33)、其次包括患者意识障碍、评估不到

位、宣教不到位及患者/家属不配合。医嘱执行错误和导管脱出/拔管原因分析见表 4。

表 4 主要护理不良事件原因分析

项目	发生次数	百分比/%
医嘱执行错误		
查对制度执行不到位	31	55.36
违反操作规程	9	16.07
责任心缺失	6	10.71
药名(外包装)相似	5	8.93
交接班不到位	5	8.93
导管脱出/拔管		
约束不到位	10	33.33
患者意识障碍	7	23.33
评估不到位	6	20.00
宣教不到位	4	13.33
患者/家属不配合	3	10.00

3 讨 论

3.1 护理不良事件原因分析

本研究中,医嘱执行错误是最常见的护理不良事件,主要和查对制度,交接班这两项护理核心制度未落实到位有关。有研究显示,低年资的护士是发生不良事件的高风险人群^[4-5],本研究结果显示,工龄 1~5 年的护士是护理不良事件的高发人群,占 72.60%。该层级护士已具备独立当班的资格,但由于工龄短、职称低、实践经验少,相关专科理论知识薄弱,操作技能欠熟练,在独立当班过程中,缺乏对不良事件的预见性,对潜在的护理风险预计不足,观察病情不够细致,对一些留置管路的患者容易忽略细节,加之护理核心制度落实不到位,导致了护理不良事件的高发。同时,由于日班护理工作量大,多数患者的常规治疗如输液、发药等大多数都集中在白天进行,且日班临时医嘱较中夜班都多,增加了出错的概率,这李玉连等^[3]的研究结果基本一致。此外,少数护士责任心缺失,未按标准流程操作或将流程简化,导致医嘱未履行双人签名、烫伤、使用约束器具约束不到位,固定不牢等。一些高危患者未及时进行风险评估,或评估后未采取相关护理安全措施,因而导致了跌倒、坠床等意外事件的发生。除了护理人员主观行为方面,科室宣教不到位也是护理不良事件发生的危险因素。护士的时间主要用于患者的各种治疗和书写各类记录中,很少有时间与患者及家属进行交流和沟通,导致健康教育不到位,患者对自己的病情、用药、治疗不清楚,导致隐患不能及早被发现,甚至导致事件升级引发护理纠纷。本研究中还发现 26 例因机器、材料、环境等

因素方面因素造成的护理不良事件,提示护理不良事件的发生是由多个因素相互作用的结果。

3.2 预防护理不良事件对策

结合上述原因分析,依据“3E 对策”(技术、教育、强制)理论,利用个体、群体和结构对行为的影响,本研究建议从如下几个方面改进护理措施,积极防范护理不良事件的发生。

3.2.1 严格执行各项规章制度:护理部及科室必须狠抓规章制度的落实情况,严格落实护士长负责制,进行科室质控自查,护理部不定期巡查,安排护理总值班特别加强节假日、晚夜间护理质量的检查,落实各项护理核心制度。

3.2.2 提高低年资护士的岗位胜任力:低年资护士其理论和专科知识相对欠缺,识别和评估护理风险的经验和能力较弱,因此全面系统的培训对减少护理不良事件的发生意义重大^[6]。① 严格落实“三基三严”培训及理论、技能操作培训及考核。② 坚持开展护士分层培训,有序组织相关学习并注重学习效果的评价,对未达标的项目继续加强培训并再次进行考核,直至通过,确保培训真实有效。③ 护理部及科室加强对年轻护士护理程序应用能力的培训及考核。护士长及科室总带教老师加强对低年资护士进行床边横断面的护理查房能力的培训,提高专科水平。④ 对年轻护士加强专科知识及患者评估技能的培训。赖兰萍等^[7]的研究显示,通过对医务人员入院评估、风险管理以及沟通技巧的培训,可以大大提高他们对评估和沟通重要性和风险管理的认识,并在日常护理工作中加强督导和引导。

3.3.3 注重环节管理,优化工作流程:日班是患者进行治疗、护理工作相对集中的时段,其中涉及处理医嘱、宣教、医技检查、转运、交接等多个环节。涉及的人员、环节多,不仅要求护士规范操作,多环节的交接也对护士的沟通能力提出了更高的要求。各护理单元应:① 不断优化、规范护理工作流程:针对上报的护理不良事件,根据目前的工作现状,护理部及科室对原有的制度、流程不断进行改进,并进行全员培训,使之熟练掌握并能运用;② 针对本科室的常见的安全隐患定期进行排查,并针对本专科的一些应急预案有计划地进行演练,提高护士在应急状态的应变能力,从而减少护理不良事件的发生。关注护理高危环节,针对新入院、病情危重、大型手术、病情反复不稳定的患者;节假日、交接班、治疗护理相对集中的

繁忙时段;新护士、年迈、业务能力弱、专科经验不强、进修、实习护士,制订专项预案,加强人力调配,降低风险;;③ 合理安排人力,减少交接的环节,保证护理工作的持续性:由于日班是不良事件的高发时段,因此护士长要实行弹性排班,增加高峰时段的人力配置,分层使用,优化组合。同时,减少交接的环节,也可以有效减少因交接不清引起的不良事件。

3.3.4 加强护士教育和能力评估:① 利用案例分享进行分享防范教育,加强护理人员的职业道德培养,引导护士树立以患者为中心的服务理念。在行动中做到“四勤”,即“眼勤、脚勤、手勤、嘴勤”。努力做到“慎独”,养成严谨细致的工作习惯。制定各护理单元的各项操作规程并严格执行。推行安全作业标准化,使护士有据可查,有章可循。② 通过对各类评估量表的学习培训及考核,使护士熟练运用护理评估量表,对高危患者进行有效评估,并及时采取相应的护理措施,进行及时的护理干预,可有效减少不良事件的发生。

3.3.5 提高沟通技巧,加强健康宣教:① 进行相关沟通技巧的培训,使护士能合理运用语言及非语言(肢体、暗示等)的沟通技巧;② 加强医护、护患、护护之间的沟通,重视与患者及家属的交流,严格按照医疗程序履行告知义务。美国健康保健机构(AHRQ)和健康信息教育中心(NCPIE)推出的药物安全使用指南中提出患者有权利知晓和知道自己的治疗,同时患者可以对治疗提出质疑,以此来帮助医务人员避免错误^[8-9];③ 试行疾病(健康)管理师专职管理,进行专科健康教育指导、健康宣教、健康状态评估和疾病风险评估,为患者量身定制个性化的健康干预及健康监测方案,开展科内患者健康小讲课及出院患者的跟踪及随访;④ 充分利用公休座谈会对患者进行健康宣教。针对患者的疑问进行答疑解惑,提高患者的依从性。

3.3.6 重视环境、物品等因素的管理:① 把人、机、环境看做系统的三大要素,运用系统工程方法,使系统具有“安全、高效、经济”等综合效能^[10];② 保证设备的完好和安全性。定期对仪器设备特别是抢救器材性能的检查,发现故障或使用有缺陷及时向相关部门报修;③ 设施、设备和物品本身的设计应安全,符合人体工程学要求,设置合理,可规避或减少不良事件的发生;④ 提高自动化、信息化在护理领域的应用。加大自动

化、信息化的资金投入,不断提高自动化水平,可有效减轻护士的劳动强度,提高工作效能,减少护理不来事件的发生。如在病区采用移动护理 PDA 的使用,可有效减少因查对错误而引起的查对错误,降低发错药、打错针的概率;⑤ 物品存放、摆放科学。建立物品、药品登记本,定点、定位放置。定期进行检查并及时记录,定期做好仪器设备的保养及维修;⑥ 注意病区内环境因素。病区的温湿度、空气、采光照明均有可能成为影响的因素,护士长要做好病区管理,使工作环境中的这些物理因素符合人的生理心理条件,尽可能做到强度适当,质量良好。

3.3.7 建立无惩罚、自愿的原则,构建安全和谐的医院文化。美国医疗协会(AMA)指出不良事件的报告原则应遵循自愿、自信和保护性的原则,着重预防和修正系统组织中的错误,而减少对个人和管理者的责罚^[11]。自 2012 年以来,苏州市中西医结合医院一直推行无惩罚的护理不良事件上报制度。通过个人呈报、科室讨论、科护士长分析、护理部质控小组讨论这几个环节对护理不良事件进行根本原因分析,从而找出系统的原因,并提出整改的措施,从而优化流程,并在全院进行分享,从而形成一种积极的管理文化。互帮互助和良好的团队精神可以减少不良事件的发生^[12]。

综上所述,本研究通过对 146 例护理不良事件的回顾性分析,针对原因进行分析,试通过严格执行各项规章制度;提高低年资护士的岗位胜任力;注重环节管理,优化工作流程;加强责任心教育,规范操作流程;加强护士评估能力及沟通技巧的培训,做好健康宣教;重视环境、物品等管理;建

立无惩罚、自愿的原则,构建安全和谐的医院文化等多方面的尝试,旨在改善护患关系,增进患者健康,保障患者安全,构建更加健康有序的病人健康服务系统,为护理管理者及临床工作者提供借鉴。

参考文献

[1] 彭刚艺,孙伟菊. 护理管理工作规范[M]. 第四版. 广州: 广东科技出版社, 2011: 111-112.

[2] 黄永清,张小庄,聂川. 护理不良事件发生原因分析[J]. 医院管理论坛, 2008, 25(8): 39-41.

[3] 李玉连,卢苇,张润. 某院护理不良事件分析及对策[J]. 中国卫生质量管理, 2015, 2(1): 71-73.

[4] 宋慧娟,刘雪琴,李漓,等. 45 例护理不良事件原因分析[J]. 中国护理管理, 2008, 8(7): 56-57.

[5] 郑煜. 临床护理潜在的安全问题与对策[J]. 护士进修杂志, 2008, 23(8): 685-686.

[6] 李义. 101 例护理不良事件的原因分析与安全管理[J]. 内蒙古医学杂志, 2014, 46(9): 1141-1142.

[7] 王会接,杜立,陈彩玲,等. 风险管理在临床护理管理中的应用[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(16): 90-91.

[8] 朱丽容. 优质护理服务示范病区开展无陪护病房与制度化健康教育一体化的效果[J]. 护理研究, 2011, 25(8): 2037-2038.

[9] Tzeng H M, Yin C Y, Schneider T E. Medication error - related issues in nursing practice[J]. Medsurg Nurs, 2013, 22(1):13-16.

[10] 刘卫华,冯诗愚. 现代人-机-环境系统工程[M]. 北京: 北京航空航天大学出版社, 2009: 1-3.

[11] Karlsen K A, Hendrix T J, OMalley M. Medical error reporting in America: a changing landscape [J]. Qual Manag Health Care, 2009, 18(1): 59-70.

[12] Pham J C, Aswani M S, Rosen M, et al. Reducing medical errors and adverse events[J]. Annu Rev Med, 2012, 63: 447-463.

(上接第 84 面)

患者的并发症,稳定患者的各项指标,促进患者身体情况的巩固,对患者的积极意义重大^[4-5]。日后,可将集束化策略在临床护理中推广应用,为患者谋求更多的利益。

参考文献

[1] 宋昌燕. 重型颅脑损伤患者气管切开后护理干预效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 16(7): 16-17.

[2] 缪素萍,朱熙熙,钟文珍. 气管切开后患者呼吸道感染与环境相关因素分析[J]. 中国实用医药, 2015, 18(9):

24-25.

[3] 蔡红艳,黄旺兴,彭桂嫦,等. 术后气道及心理强化护理对老年气管切开患者的影响[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 5(6): 836-838.

[4] 李树伟,田秀芬. 按压胸骨上窝联合浅部吸痰法用于重型颅脑损伤气管切开患者的研究[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(18): 10-12.

[5] 马更平,康全利,陈善文. 早期免疫营养对重型颅脑损伤患者营养状态及免疫学指标的影响[J]. 海南医学院学报, 2015, 21(4): 498-500.