

护理不良事件 自愿报告系统 的建立

病人安全

```
graph TD; A[病人安全] --> B[是医疗的基本原则]; A --> C[是质量管理的核心]
```

是医疗的
基本原则

是质量管
理的核心

全球面临患者安全问题的挑战

2004年WHO—



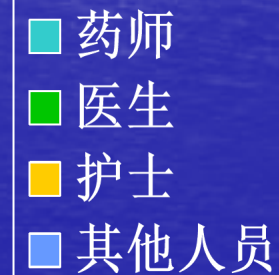
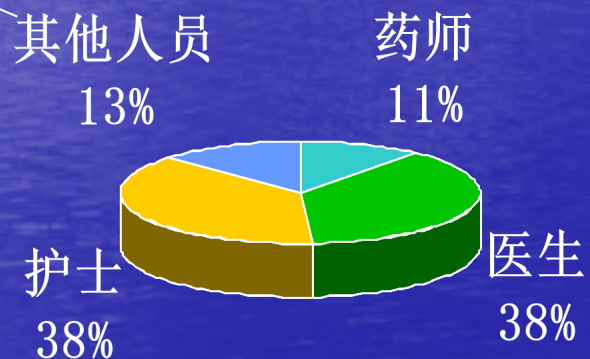
患者安全——世界性重要议题

- 美国 据美国医学研究所1999年的报告，1999年美国约有44,000—98,000例住院病人死于医疗差错，医疗差错导致病人死亡人数高于交通事故（43,458）、乳腺癌（42,297）、AIDS（16,516），到死亡原因的第八位。
- 英国 英国卫生部（The UK Department of Health）在2000年报告“一个有记忆的组织（An organisation with a memory）”中，估计住院患者中不良事件发生率约10%，一年约发生不良事件850000件。
- 德国 每年医疗事故10万起，其中2.5万起事故导致患者死亡。
- 欧洲 医疗质量专题调查委员会（Europe's Working Party on Quality Care in Hospitals）2000年估计，在欧洲的医院，每10个患者就有一个患者遭受可预防的伤害以及医疗护理相关的不良后果。

患者安全——世界性重要议题

1999年美国相关调查表明

其他人员（其中
30%-50%事故中，
有2%由护士引起）



医疗差错、事故发生率

患者安全——世界性重要议题

卫生部2007年对全国696所医院的调查

发生
护理差错
的类别



给药错误（包括剂量错误、途径错误）
操作失误
发生压疮
管道脱出
病人跌倒坠床
服务态度不好引发纠纷等

患者安全——世界关注

- 美国前总统布什在2003年宣称：越来越多的医疗事故诉讼案正在破坏美国的医疗体系，每年不得不花费巨额资金来应对医疗官司。
- 2006年美国医疗保险开支3700亿美元，2008年10月出台医改新定——“医疗保险”拒赔“医疗失误”

患者安全——世界关注

美国医疗机构评审联合委员会

JCAHO 2005年提出病人安全目标

- 1.提高患者识别的准确性
- 2.建立医务人员之间的有效沟通
- 3.提高用药的安全性
- 4.提高输液泵使用的安全性
- 5.减少医院感染的危害，遵循手部卫生指导方针
- 6.保障患者治疗的连贯性
- 7.减少传染病对人群的危害

患者安全——国内关注

2006年国际护士节主题



保证安全的护士配置，
保障患者的生命安全

卫生部医院管理年核心内容



保障医疗安全

2009年卫生部医院管理年



患者安全目标

护理不良事件

- 由于技术、服务、管理等方面的失误，所出现的不在计划中的、未预计到的或不希望发生的事件

零缺陷是护理安全管理的理想追求

构建良性安全文化

——个人观看待不良事件存在的缺陷

- 传统观点：管理者持“个人观”看待与解决不良事件，是由个人原因如遗忘、粗心大意等引起，防范对策为点名批评、通报、惩罚等
- 存在弊端：个人问题与整个系统安全隔绝，不良事件的隐瞒，不能分享经验

构建良性安全文化

——个人观看待不良事件存在的缺陷

将个体行为与组织系联系
割裂开来，忽略了
“最好的人也会犯错”
“相同的错误多次发生”。

阻碍了更为安全行为的追求

仅仅指责当事人，
形成“责备文化”氛围

阻碍了系统对错误的防范

构建良性安全文化

——用系统观看待不良事件

医疗机构的安全性问题

- 传统观点：病人花钱到医院看病，医生就应该将病治好，不能出问题。
- 现代观点：在高危技术时代，异常事件是绝大多数活动中固有的甚至在某些情绪中是不可避免的。

构建良性安全文化

——用系统观看待不良事件

犯了错误的人是否该受罚

- 传统观念：卫生行业的人不应该犯错误，犯了错误就是可耻的，犯错误的人应该受到处罚。
- 现代观念：批评和责备个人对整个系统的改进没有任何积极作用，错误会此起彼伏，不利于同样错误的预防。

医务人员能不能犯错误的问题

- 传统观念：医务人员是不应该犯错误的，也是不允许犯错误的
- 现代观念：人都是有缺点的，是人就会犯错误的，不论他们受到多么好的训练，他们都会犯错误，医务人员也不例外。

病人安全是否就是提醒人们更加小心的问题

- 传统观念：病人安全就是提醒人们更加小心。
- 现代观念：医务人员是世界上最小心的人，在**95%**的情况下错误不是因为不小心或不够注意而发生的，而是系统本身存在的问题。

构建良性安全文化

——用系统观看待不良事件

护理安全反思

孰能无错

创建更加安全的医疗卫生保健系统



“错误的原因主要在于系统的问题而非人的非正常行为。”

“人们犯错误在所难免，意料之中，即使是在最理想的组织里。”

美国医学研究所1999年11月发表著名的报告：“错误人人皆有——构建一个更安全的保健系统”

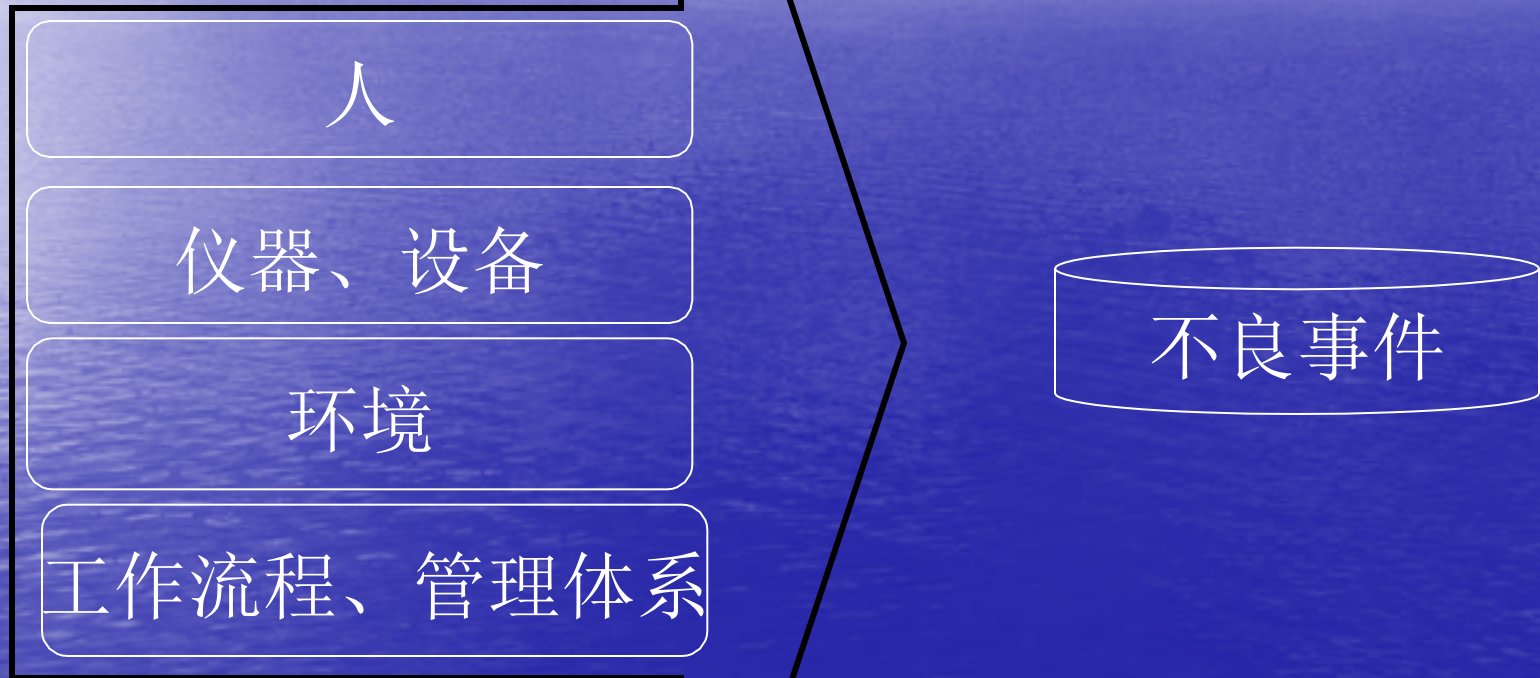
构建良性安全文化

——用系统观看待不良事件

由于护理服务复杂性，多种因素影响护理差错的发生率，即有人为因素，又有系统因素。因此，当出现护理差错事件时，必须综合考虑这两方面因素，运用个人观、系统观两种方法对护理差错事件进行分析和处理。

构建良性安全文化

——用系统观看待不良事件



不良事件的发生是复杂多因素作用的结果

构建良性安全文化

——用系统观看待不良事件

事故的发生是多重错误或疏漏接连发生的结果

执行错误

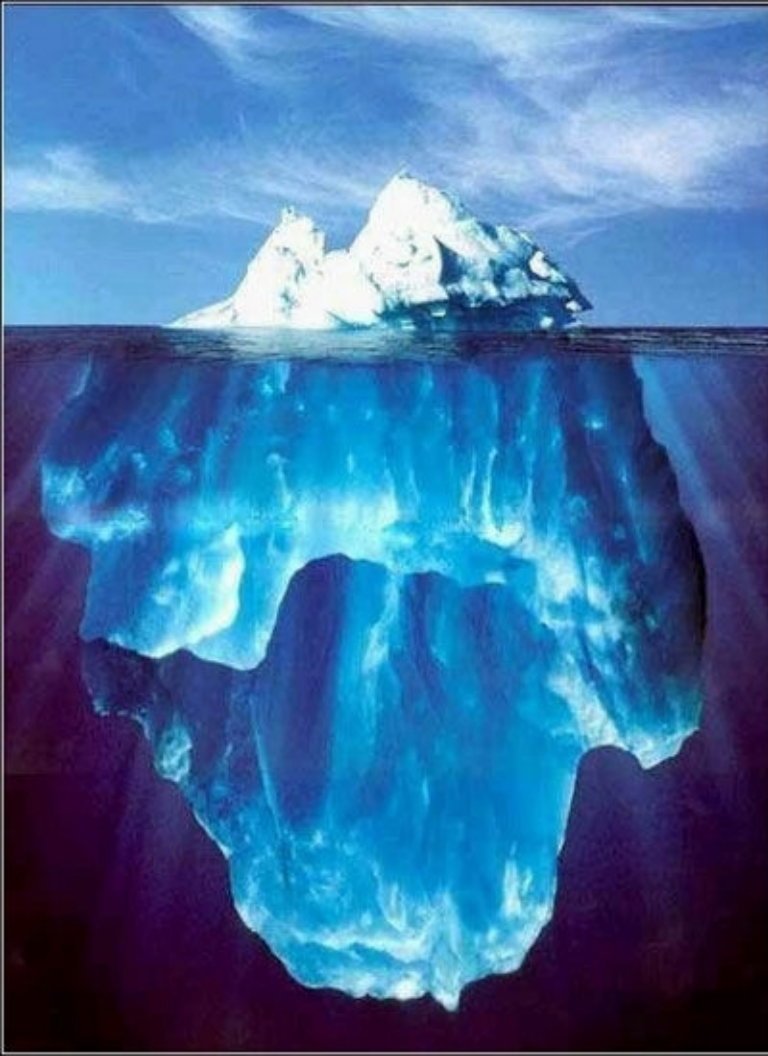
核对错误

放置错误

摆药错误

构建良性安全文化

——用系统观看待不良事件

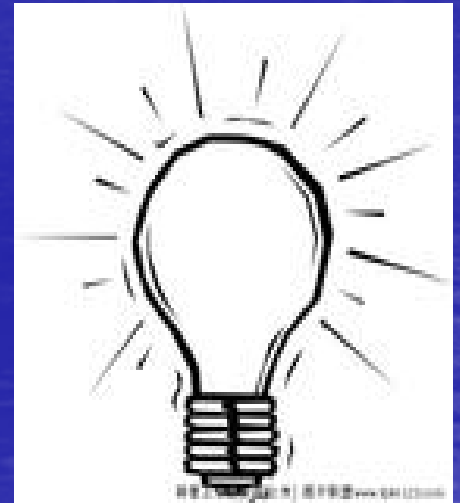


重大伤害事件仅为冰山一角

潜在**10-30**件中、轻度伤害
以及**300-600**件隐患事件

护理不良事件自愿报告系统构建思路

- 如何减少奶酪上存在的漏洞
- 如何找到冰山下隐藏的事件



认识护理不良事件自愿报告系统

从错误中学习是病人安全的第一步

不以惩罚为手段的异常事件报告系统是建立安全医疗体系的第一步。

美国医学研究所

报告医疗不良事件——世界关注

美国 医疗机构评审联合委员会（JCAHO）
建立了半强制性 医疗不良事件报告系统

- 由医院具名报告，靠案例收集归纳出多项重要事件的根本原因，并于网上提出年度医院病人的安全目标以及预防错误发生的建议和做法
- 报告警讯事件(Sentinel Event)

报告医疗不良事件——世界关注

- 澳大利亚 2000年1月成立了卫生保健与质量委员会；致力于建立无障碍医疗不良时间报告系统并消除建立医疗安全环境的障碍。
- 英国 国家病人安全机构（NPSA）2001年建立医疗不良事件报告系统，由医务人员个人自愿不具名报告，2001-2002年收集事件28998例，报告不良事件、无伤害事件（含隐患）
- 日本 医疗保健质量委员会（JCQHC）2001年建立医疗不良事件报告系统，医务人员个人自愿不具名报告，仅三个月由医院及医务人员共申报有效报告4万余件，网上公布其中万余件案例的具体分析及改进意见，为医院的医疗质量持续改进提供资讯服务。

构建良性安全文化

——用系统观对待不良事件

SHEL模式对安全防范作用（日本）

S: 护士业务素质和能力

H: 护理工作场所

E: 临床环境

L: 相关当事人及他人

应用SHEL模式，了解事故原因及事故发生的影响因素，制定避免事故发生的对策，降低事故发生。

报告医疗不良事件——国内关注

政府颁布

- 《医疗事故处理条例》（2002年）
- 《中华人民共和国传染病防治法》（2004年）
- 《护士条例》（2008年）

卫生部颁布

- 《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定》（2002年）
- 《药品不良反应报告和监测管理办法》（2004年）

报告医疗不良事件——国内关注

- 重大医疗过失行为和医疗事故国家强制性上报
- 不良事件以医疗内部登记报告制度为主
- 若时间没有造成一定后果，科室可能不会报告或者仅仅
- 口头报告，没有系统的跟进记录，使其他人员不知道该
- 如何应对、避免此类事件

报告医疗不良事件——国内关注

中国医师协会出台《2007年度病患安全目标》

- 提高医务人员对患者识别的准确性，严格执行三查七对制度
- 提高病房与门诊用药的安全性
- 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
- 建立临床实验室“病危值”报告制
- 严格防止手术患者、部位及术式错误的发生
- 严格遵循手部卫生与手术后废弃物管理规范
- 防范与减少患者跌倒、压疮事件的发生
- 鼓励主动报告医疗不良事件

报告医疗不良事件——国内关注

2008年医院管理年患者安全目标

- 1、制定重大医疗过失行为、医疗事故防范预案和处理程序，及时报告、分析、处理重大医疗过失行为和医疗事故。
- 2、严格执行查对制度，提高医务人员与患者身份识别的准确性
- 3、提高用药安全。
- 4、建立和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。
- 5、严格防止手术患者、手术部位及术式错误的发生
- 6、严格执行手卫生，落实医院感染控制的基本要求。
- 7、防范与减少患者坠床与跌倒事件的发生
- 8、鼓励主动报告医疗安全（不良）事件。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/707015052041006124>