

41 例院内上报护理不良事件分析*

官莉¹, 李晓愚^{2Δ}, 廖璞¹ (1. 重庆市第三人民医院 4000014; 2. 重庆医科大学
实验教学管理中心 400016)

【摘要】目的 探讨提高患者安全管理、降低护理不良事件发生率的方法。**方法** 回顾分析重庆市第三人民医院 2012 年上报的 41 例院内护理不良事件的原因与特点, 对发生不良事件的患者性别及年龄、时间地点及不良事件的结局和分类进行统计学分析。**结果** 80~89 岁和 50~59 岁患者不良事件发生率最高(53.6%); 护理不良事件分类中, 发生率最高的为跌倒、压疮和给药错误; 不良事件上报率最高的科室为老年科、神经内科、重症监护病房(ICU); 院内不良事件发生的主要时间段为上午(08:00~12:00)、夜间(00:00~08:00)和晚间(18:00~00:00); 损伤结局中, 跌倒是造成患者重度损伤的主要原因。**结论** 医院应完善管理制度、明确岗位职责, 合理排班和配置各项资源, 提高护理人员的风险意识和护理水平, 是减少护理不良事件的根本途径。

【关键词】 患者安全; 不良事件; 安全管理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.19.009 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)19-2518-02

Analysis of 41 cases of nursing adverse events reported through Intra-hospital Reporting System* GUAN Li¹, LI Xiao-yu^{2Δ}, LIAO Pu¹ (1. the Third People's Hospital of Chongqing, Chongqing 400014, China; 2. Administration Center of Experimental Education, Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

【Abstract】Objective To analyze the causes and characters of adverse events reported through Intra-hospital Reporting System (IHRS). **Methods** A retrospective study was conducted to analyze the adverse events collected through IHRS and statistical analysis was used to analyze items, including patients' age and sex, time distribution and location, classification and outcome of the adverse events. **Results** Incidence in old patients was the highest (55.6%). The top three kinds of nursing adverse events were fall, pressure sores and medication errors. Department of Geriatrics, Neurology and ICU had the top three adverse event report ratio. Adverse events happened more frequently in daytime (8:00 am-12:00 am), nighttime (0:00 am-8:00 am) and evening (6:00 pm-0:00 am). Fall was the main reason causing severe injury in patients. **Conclusion** The fundamental way of reducing the incidence of adverse events could be the improvement of management system, the definition of responsibilities, the arrangement of resources and the nurse training to enhance risk awareness and general quality.

【Key words】 patient safety; adverse events; safety management

目前, 国内外对护理安全管理问题非常重视, 国内已有多家医院建立了院内非惩罚性自愿呈报系统^[1-2]。对院内不良事件报告的分析有利于掌握不良事件发生的原因和相关性, 为提高护理水平和安全管理质量提供帮助^[3]。本文通过对重庆市第三人民医院 2012 年上报的 41 例院内不良事件进行回顾性研究, 分析不良事件发生的原因、特点以及相关性和相关性, 探讨如何减少院内不良事件的发生, 为提高患者安全管理水平提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 资料来源于重庆市第三人民医院 2012 年 1~12 月上报的护理不良事件 41 例。重庆市第三人民医院为三级甲等医院, 目前开放床位 736 张, 护理单元 19 个。

1.2 研究方法 采用回顾性研究方法对上报的护理不良事件进行回顾性分析。分析过程中对相关科室责任人及患者资料进行保密处理, 隐去相关责任人及患者的相关身份信息。

不良事件造成的患者损伤程度参照香港医院管理局《关于不良事件管理办法》中的损伤分级标准, 分为 0~Ⅵ级: 0 级, 事件在执行前被制止; 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, 需进行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

护理等级及紧急处理; V 级, 永久性功能丧失; VI 级, 死亡。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 17.0 软件进行数据统计分析, 采用频数、百分比等方法描述一般资料。

2 结果

2.1 患者一般情况 20~29 岁 2 例(4.9%)、30~39 岁 3 例(7.3%)、40~49 岁 4 例(9.8%)、50~59 岁 8 例(19.5%)、60~69 岁 4 例(9.8%)、70~79 岁 4 例(9.8%)、80~89 岁 14 例(34.1%)、90 岁以上 2 例(4.9%)。41 例不良事件中, 平均年龄为 66.36 岁, 男 27 例(65.9%), 女 14 例(34.1%)。

2.2 不良事件分类 跌倒 14 例(34.1%)、压疮 6 例(14.6%)、给药错误 6 例(14.6%)、管路滑脱 3 例(7.3%)、坠床 2 例(4.9%)、不假外出 2 例(4.9%)、患者财物丢失 2 例(4.9%)、烫伤 2 例(4.9%)、输液反应 1 例(2.4%)、患者自杀 1 例(2.4%)、分娩意外 1 例(2.4%)、标本采集错误 1 例(2.4%)。

2.3 不良事件发生地点分布情况 2012 年重庆市第三人民医院共有 10 个临床科室上报了护理不良事件, 占全院 24 个临床科室的 42%, 见表 1。报告不良事件最多的科室为老年科(老二科和老三科合计共 15 次)、神经内科(5 次)、重症监护病房(ICU)(5 次)。跌倒在不良事件中发生率最高, 其高发地点主

* 基金项目: 重庆市卫生局科研基金资助重点项目(2010-1-50)。

要集中在卫生间(4 例, 28.6%)、床旁(3 例, 21.4%)和走廊(3 例, 21.4%)。院内不良事件发生的主要时间段为上午(08:00~12:00), 夜间(00:00~08:00)和晚间(18:00~00:00)。

表 1 不良事件发生科室分布情况(n)

科别	跌倒	压疮	给药错误	管道滑脱	坠床	其他
老二科	3	1	—	—	—	3
老三科	5	1	1	—	1	—
内三科	—	—	—	1	—	1
外一科	1	—	1	—	—	1
外三科	1	1	1	—	—	—
妇产科	—	—	—	—	—	2
神内科	2	1	1	—	—	1
耳鼻喉科	1	—	1	—	1	—
眼科	1	—	—	—	—	2
ICU	—	2	1	2	—	—
全院合计	14	6	6	3	2	10

注:—表示无数据。

2.1 患者损伤结局情况 根据不良事件损伤结局, 无伤害(0、I 级)共 9 例, 占 22.0%, 中度伤害(II、III 级)共 26 例, 占 63.4%, 重度伤害(IV、V、VI 级)共 6 例, 占 14.6%。

3 讨 论

3.1 不良事件发生原因分析 重庆市第三人民医院 2012 年上报的 41 例护理不良事件中, 跌倒、压疮、给药错误发生率最高, 分析原因主要有以下几个方面: (1) 护患沟通不足、健康宣教不到位。护患沟通不良已经成为护理不良事件发生的主要原因之一^[4]。(2) 护士对患者临床情况评估不足, 遗漏了一些重要的护理资料。有的护士(尤其是低年资护士)某些专科护理知识比较薄弱, 对于一些高危因素没有提前做出准确的评估并采取相关的措施。(3) 没有严格执行规章制度。护士责任心不强, 没有严格按照交接班制度、查对制度进行交接、核对等, 造成给药错误、标本采集错误。(4) 护士人手不足、工作量大, 易产生疏漏。

3.2 不良事件发生的地点分析 2012 年重庆市第三人民医院报告护理不良事件最多的科室为老年科、神内科、ICU, 这与这几个科室的患者特点相符。老年科患者均为年纪较大的老年人, 不良事件发生风险较高, 尤其是有些老人生活能自理, 对住院风险缺乏足够的认识, 麻痹大意, 需要引起护理人员的足够认识。神内科患者以脑血管意外、中枢神经系统病变为主, 患者容易出现意识障碍和肌力不足, 跌倒概率高。ICU 患者病情比较危重, 发生不良事件的风险也相对较高。对于老人、危重患者、特殊疾病患者等不良事件高危人群, 应该从管理制度上进行科学的安全评估, 提高护理人员重视程度, 采取针对性较强的护理和看护措施, 才能有效地降低不良事件发生率。

环境因素也是院内不良事件发生的重要原因之一。由于重庆市第三人民医院病区地处闹市区, 场地狭窄, 房屋多为七、八十年代建筑, 病房及卫生间相对狭窄。加之患者数量较多, 走廊有较多加床, 加大了跌倒的风险。改善病房条件, 加强病房防跌倒的举措是当前的重要问题。

3.3 不良事件发生的时间分析 不良事件发生的高峰时间在以往报道中存在较大差异。陈长英等^[5]报道, 不良事件发生率白天高于夜间, 易发时间依次为行政班时间(08:00~12:00, 14:30~18:00)、中午时间(12:00~24:00)、前夜(18:00~01:00)、后夜(01:00~08:00)。而宋慧娟等^[6]报道晨、午、晚、夜间的护理风险明显高于正常上班(行政班)时间。杨莘等^[7]

经分析 335 例护理不良事件后认为, 护理事件发生频率与护理工作量趋势基本一致。

重庆市第三人民医院 2012 年护理不良事件的发生高峰为上午(08:00~12:00)、夜间(0:00~8:00)、晚间(18:00~22:00)。每日上午为护理工作最集中的时段, 工作量大、护理操作经手人多、外界环境干扰多, 容易导致护理不良事件的发生。而夜间与晚间护理人手不足、疲倦、患者起夜神志不清、光线不足等因素, 均是不良护理事件的易发因素。

3.4 不良事件发生的结局分析 重庆市第三人民医院 2012 年度上报不良事件的损伤结局中, 重度伤害 6 例(14.6%), 除 1 例患者自杀死亡外, 其余 5 例均是年老患者跌倒后导致粉碎性骨折, 造成患者身心的痛苦和伤害, 也延长了患者的住院时间, 给患者的家庭带来了一定的负担。

中度伤害 26 例(63.4%), 包括跌倒后的皮肤擦伤、压疮、烫伤等。有文献报道, 药物相关事件为护理不良事件中的多发事件, 且容易给患者造成轻度或中度损害^[8]。本次调查共上报药物相关事件 7 例(6 例给药错误, 1 例输液反应), 占总例数的 17.1%, 与其他文献的报道有一定的差距。如李香娥^[9]报道药物相关事件占不良事件发生率的 27.91%; 陈长英等^[5]报道的 129 例护理不良事件中, 药物相关事件共 75 例, 占 58.14%。

综上所述, 护理不良事件是护理工作不到位、护理服务缺失的体现, 护士自身安全意识、服务意识不足、责任心不强是造成护理不良事件的重要原因。护士人手不足、工作量大也是造成护理不良事件发生的重要影响因素。要有效减少不良事件的发生, 需要由上至下各个环节的共同努力。行政管理部门应完善管理制度、明确岗位职责, 合理排班和配置各项资源; 护士自身也应努力提高服务意识和护理技能水平, 提高护理质量。进一步加强患者和患者家属的安全意识教育, 提高患者和家属的安全风险意识也是当务之急。

参考文献

- [1] Donaldson SL. An international language for patient safety[J]. Int J Qual Health Care, 2009, 21(1): 1.
- [2] 张文娟, 崔妙玲, 应燕萍. 构建医院护理差错及不良事件报告系统的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(12): 1142-1144.
- [3] 陈淑清, 王述彭, 刘静芬. 精神科护理学[M]. 长春: 吉林人民出版社, 2005: 63.
- [4] 黄水清, 张小庄. 护理不良事件发生原因分析[J]. 医院管理论坛, 2008, 25(8): 39-41.
- [5] 陈长英, 曹小琴, 刘长凤, 等. 129 例院内上报护理不良事件分析[J]. 中国护理管理, 2011, 11(12): 62-65.
- [6] 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.
- [7] 杨莘, 王祥, 邵文利, 等. 335 起护理不良事件分析及对策[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(2): 130-132.
- [8] Johnson M, Young H. The application of Aronson's taxonomy to medication errors in nursing[J]. J Nurs Care Qual, 2011, 26(2): 128-135.
- [9] 李香娥. 43 例护理不良事件的原因分析和防范措施[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(19): 69-71.