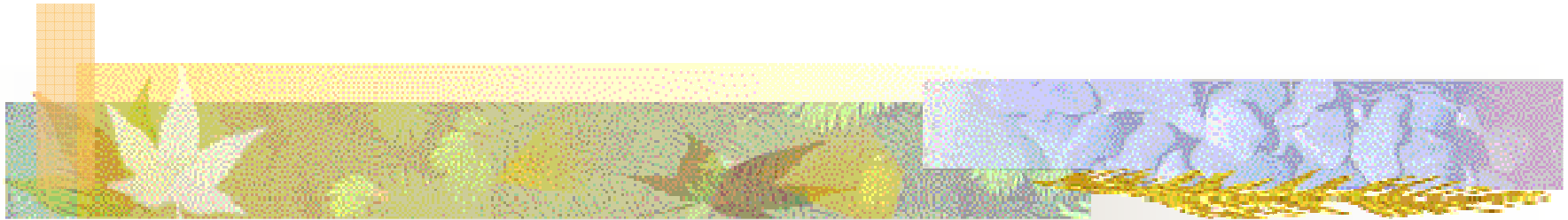
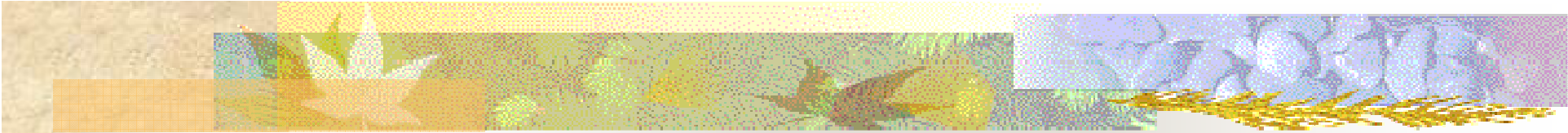


护理不良事件管理



荆门二医 毛金娥

2018.11.10



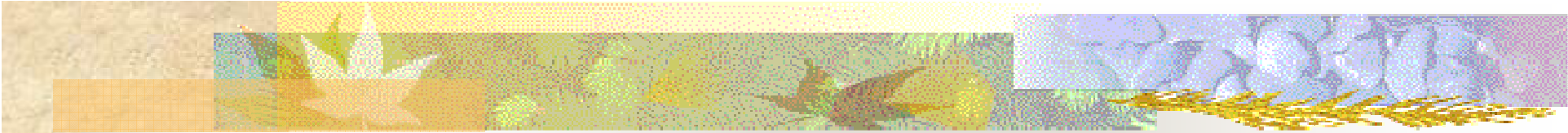
主要内容

- 护理不良事件的定义
- 护理不良事件的分级
- 护理不良事件的处理
- 不良事件案例
- 不良事件防范对策



定义

是指在护理过程中发生的、不在计划中的、未预计到的或通常不希望发生的事件，包括患者在住院期间发生的跌倒、用药错误、走失、误吸或窒息、烫伤及其他与患者安全相关的、非正常的护理意外事件。

- 
- 澳大利亚卫生保健质量研究1995年报告，住院者不良事件发生率约16.6%。
 - 新西兰和加拿大的研究提示，不良事件发生率也高达10%。

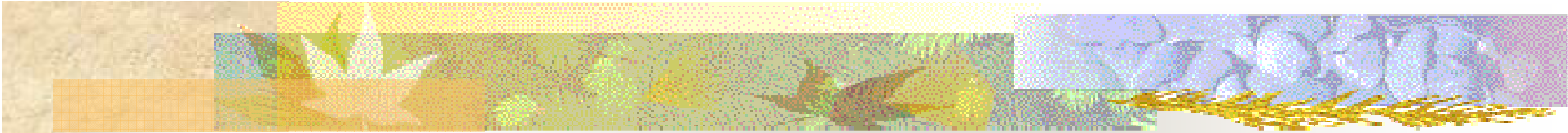
- 
- 我国《三级综合医院评审标准实施细则》不良事件每百张床位年报告 ≥ 10 件

我院近年护理不良事件情况

2015	管道滑脱	错漏用药	跌倒	错漏采标本	烫伤	自杀	标本丢失	其他	合计
	16	20	19	5	4	3	1	13	81

2016	管道滑脱	错漏用药	跌倒	漏采标本	烫伤	压疮	隐患	其他	合计
	28	13	23	2	4	21	5	19	115

2017 一季度	管道滑脱	错漏用药	跌倒	错漏采送标本	药液外渗	压疮	隐患	其他	合计
	16	13	11	3	4	9	4	3	63



常见护理不良事件的分类

管道滑脱

压疮

跌倒/坠床

输液相关事件

给药错误

识别错误

患者自杀

烫伤

走失

其他

分级

I 级事件

- 警告事件

II 级事件

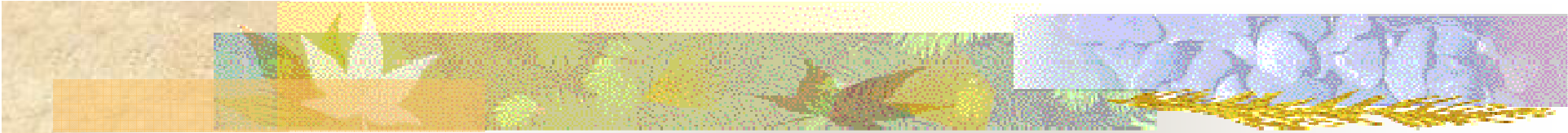
- 不良后果事件

II级事件)

- 未造成后果事件

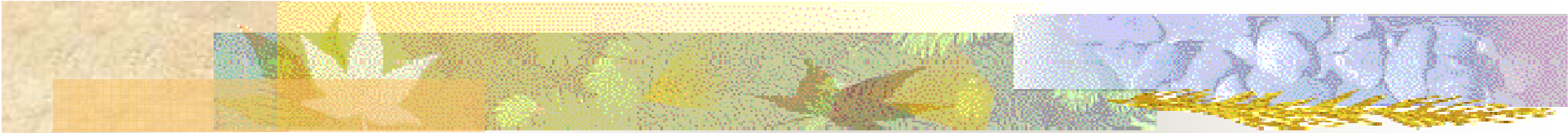
IV级事件

- 隐患事件



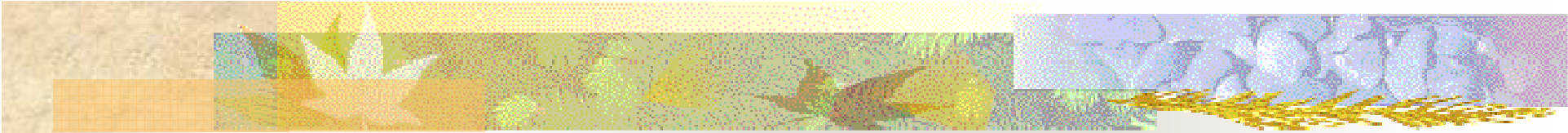
分级

- I 级事件（警告事件）：非预期的死亡，或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。
 - ▶ 未做皮肤过敏试验注射抗生素导致过敏性休克死亡
 - ▶ 未严格核对导致手术部位做错（截肢）



分级

- II级事件（不良后果事件）：在疾病医疗过程中是因诊疗活动而非疾病本身造成的病人机体与功能损害。
 - ▶ 未按操作规程给病人冷热敷导致冻伤、烫伤
 - ▶ 医院设施问题导致患者跌倒损伤（骨折）



分级

- III级事件（未造成后果事件）：虽然发生了错误事实，但未给病人机体与功能造成任何损害，或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。
 - ▶ 医院设施问题导致患者跌倒无损伤或皮肤擦伤
 - ▶ 用药错误，但未造成不良后果者
 - ▶ 术前、检查前准备未达到要求，但未影响手术及检查者
 - ▶ 各种管道引流不畅或非正常拔管，未造成不良后果者



分级

- IV级事件（隐患事件）：由于及时发现错误，未形成事实。
 - ▶ 发错药、摆错药被他人及时发现
 - ▶ 发现精神病人患者床垫下藏有锐器

思考：发生不良事件的影响？

增加病人
痛苦

增加病人
住院日数

增加病人
经济负担

增加医院
经济负担

影响护理
队伍形象

影响医院
形象

.....

发生在我们身边的 案 例



该如何正确识别患者身份？

案例一：

护士从药房拿回口服药，发至49床时病人不在，48床患者的男家属在49床，询问男家属是不是叫xxx（49床姓名），家属肯定的回答是，一时疏忽没有核对手腕带就把口服药发给48床男家属，第二天中午49床的病人向中午值班的护士拿口服药，值班护士发现口服药发放本上已经发放签名。到病房发现药在48床床头桌上，再三询问48床患者家属这两盒药是谁放桌子上的，说是儿子放的，昨晚上口服了一次。





该如何正确识别患者身份？

案例二：

护士准备为5床病人调换床位至27床，因5床患者上午未出院，准备下午调，主班护士为了保证第二天输液卡床号是27，在电脑上先进行了调整床位，结果下午患者说不调了，第二天，配液中心送来静脉用药物，护士输注前没有核对患者身份，将本市5床的药输给了27床。



该如何正确识别患者身份？

案例三：

某医院护士准备给一位62岁的脑出血患者输血，由于没有注意到这个病房的床位发生了变化，错将其他患者的“A”型血输给了本来是“B”型血的该患者，当护士发现错误时，血液已被输入50ml，结果该患者因急性肾功能衰竭16天后死亡。

。

你确定核对药名了吗

- 患者乳房术后医嘱硫酸镁外敷，药房将高锰酸钾错当成硫酸镁发给病人外敷乳房，导致病人乳房烧伤



你确定核对用法了吗？

- 医嘱10床×××中药10付熏洗，主班护士转抄执行单，未注明用法，责任护士接到执行单后有疑问，未询问主班护士，也未核对医嘱，将中药10付发给病人口服，病人口服中药2次。第二天早上医生查房问病人是否用中药熏洗了肛门，病人说护士没有发放熏洗的中药，只有口服的中药。患者于后出现腹痛、腹泻3次，解稀水样大便3次。



你正确核对口头医嘱了吗？

- 患儿，男，5岁，突发抽搐伴意识障碍约半小时，既往有癫痫病史。儿科医生下达口头医嘱鲁米那100mg缓慢静推，因未仔细核对口头医嘱，错将100mg/ml鲁米那当做10mg/ml，用20ml注射器抽吸10支100mg的鲁米那进行静脉推注，当推入4ml后被高年资护士发现及时制止，立即停止给药并报告给当班医生。



你确定它们是一条道上的吗？

- 同一个输液架上挂有静脉输
注的液体和肠内营养液，护
士更换液体时将肠内营养液
接入静脉输液管内



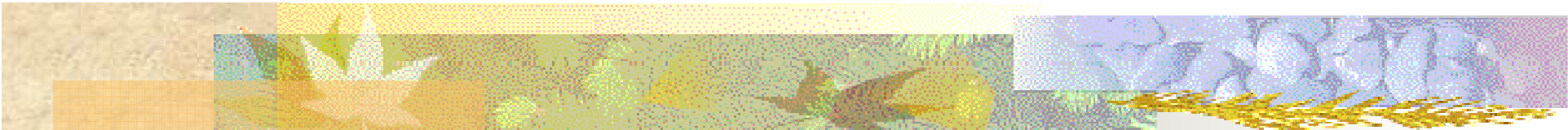
管道滑脱

导管危险程度分类

高危导管：颅内引流管、胸腔闭式引流管、蛛网膜下腔引流管、气管插管、气管切开套管、PICC置管、CVC导管等

中危导管：膀胱造瘘管、陶氏腔引流管、皮下引流管、空肠造瘘管、人工皮负压引流管

低危导管：导尿管、普通氧气管、普通胃管、肛管



脱管原因

固定—正确、有效

牵拉—合适长度

躁动—实时镇静

约束—用具、评估调整

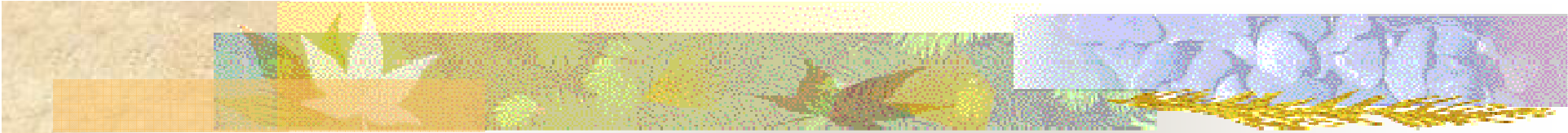
搬运—夹管、固定



跌倒/坠床

■ 原因

- 1.病人原因：体质虚弱、自我评估良好、下床速度快、不遵医
- 2.药物影响：镇静剂、降糖药、降压药
- 3.环境因素：光线不足、地面湿滑、障碍物
- 4.宣教不到位
- 5.评估不足、巡视不到位



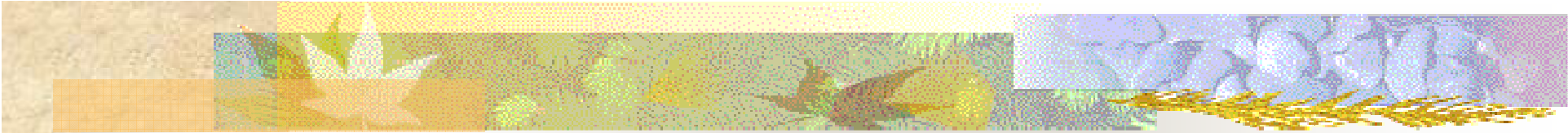
跌倒损伤分级：

无损伤

一级：轻微损伤只需简单处理；

二级：需要清创缝合等；

三级：严重功能障碍或死亡。



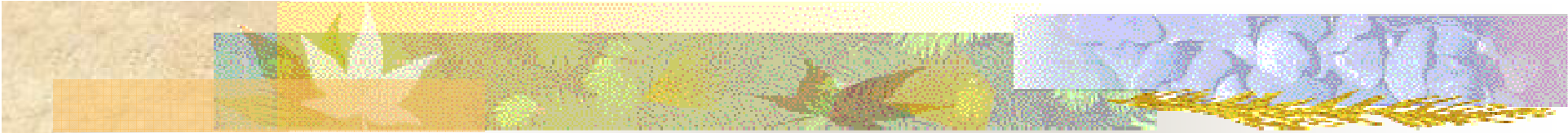
其他：违反操作规程

- 脑外伤术后患者，意识浅昏迷，护士为患者翻身时夹闭导尿管，翻身后未开放。使用甘露醇20分钟后，患者抽搐、坠床。医生发现患者腹部膨隆、导尿管未开放，打开导尿管后，大量尿液流出，患者安静。



违反操作规程

- 护士为一老年病人术前清洁灌肠时，病人诉疼痛，护士未停止或采取措施，导致肠穿孔



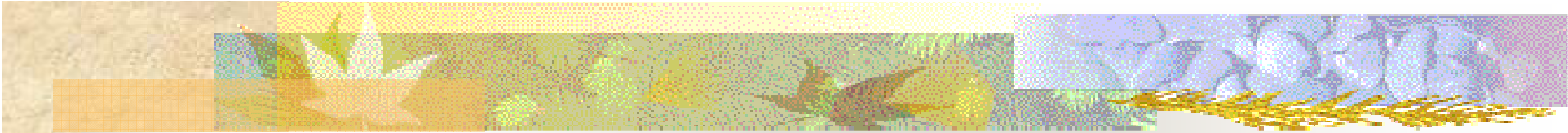
护理不良事件处理

- 护理不良事件上报程序
- 1.严重不良事件（I、II级事件）：当事人立即报告管床或值班医生、护士长、科主任，同时报告护理部，立即采取措施，将损害减至最低，必要时组织进行全院多科室抢救、会诊等工作。护理部核实后上报分管院领导，责任科室于6小时内通过不良事件上报系统上报护理部。
- 2.一般不良事件（III、IV级事件）：立即报告护士长，并立即采取措施，将损害减至最低。科室于24小时内通过不良事件上报系统上报护理部。



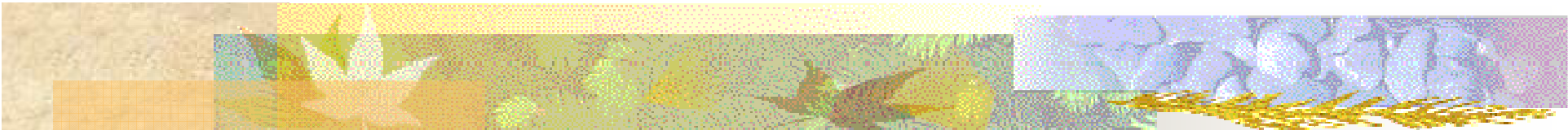
■ 上报形式

- 1.口头报告：发生严重不良事件时，当事人立即向医生、护士长、科主任、护理部口头报告事件情况。
- 2.网络报告：当事人登陆护理不良事件上报系统进行填报。



■ 奖罚机制

- 1.鼓励自愿报告，对主动报告且积极整改者，视情节轻重减轻或免于处罚。
- 2.对阻止重大安全事故发生的报告者予以奖励。
- 3.对不良事件首先提出建设性意见的科室或个人给予奖励。
- 4.对主动上报不良事件的非责任护士给予奖励。
- 5.隐瞒不报经查实，视情节轻重给予一定的处罚；由此引发的纠纷或事故按医院《医疗纠纷医疗事故责任人处理办法》处理。
- 6.对于未执行护理规章制度、操作规范或流程发生的护理不良事件，科室按积分制管理纳入个人绩效考核。

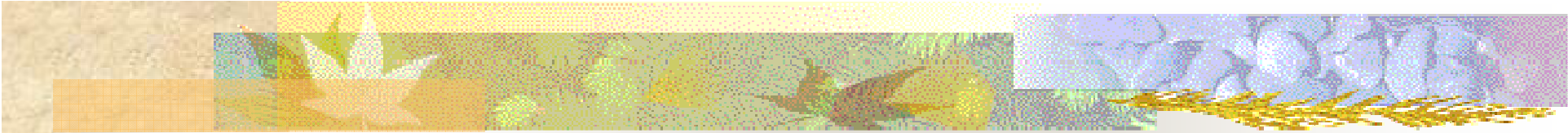


处理

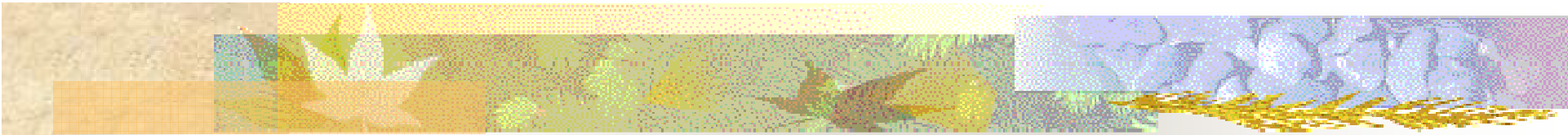
- 1.有护理安全管理制度及监控措施，对护理质量定期进行分析及改进。
- 2.发生护理不良事件后应及时评估事件影响，所在科室及护理部积极采取有效措施，尽量减少或消除不良后果。
- 3.发生护理不良事件后，科室应妥善保管有关记录、标本、化验结果及相关药品、器械等，不得擅自涂改、销毁。
- 4.发生护理不良事件后，所在科室应在《护理不良事件登记本》上详细记录，护士长应对事件发生过程及时调查，在一周内组织科内讨论，分析原因、影响因素及管理流程等各个环节，提出改进措施，完善网上报告资料后上报护理部，并追踪改进措施的落实情况，实时评价改进效果。
- 5.护理部应定期组织护理质量管理委员会对发生的护理不良事件进行分析，并提出整改建议及处理意见。

是否是不良事件隐患？

参加人员:	陈旭 邵 和
存在的主要问题:	1. 雾化执行单多次出现漏签名现象。 2. 体温单有漏画现象 3. 年轻护士对科内急救药品的作用掌握不全面。
原因分析:	1. 科内急救药品用的少, 年轻护士忽略了理论知识的学习。 2. 护士工作责任心不强。 3. 未认真执行查对制度。
防范措施:	1. 加强科内年轻护士带教, 加强科内急救药品理论知识的学习。 2. 认真落实“三查七对”, 下班前仔细检查本班工作。 3. 认真落实交接班制度, 发现问题, 立即解决, 与经手人挂钩。

- 
- “对病人安全来说，医疗差错的报告是非常重要的，通过报告可以使各医疗机构共享经验，互相学习”

——JCI高级顾问侯森博士



护理不良事件发生的主要原因

评估不足

沟通不良

疾病因素

管理不当

培训不到位

能力不足

个人自律

服务不一致

环境因素

设施设备缺陷

其他因素



护理不良事件的防范对策

医院：

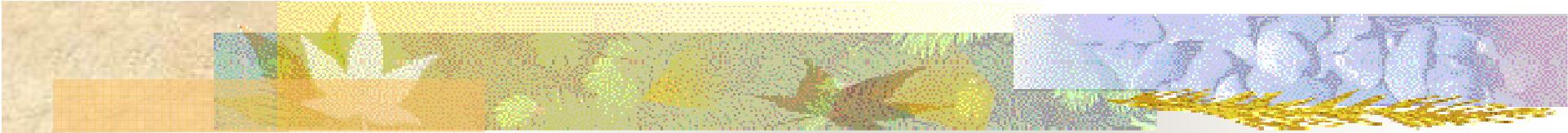
- 1、预防为主，建立健全规章制度
- 2、开发人力资源，完善质量体系
- 3、完善沟通机制，正确执行医嘱
- 4、提高风险意识，加强细节、环节管理
- 5、树立法律意识，强化法制观念
- 6、规范护理文书，提供有用信息
- 7、落实生活护理，减少家属护理带来的安全隐患

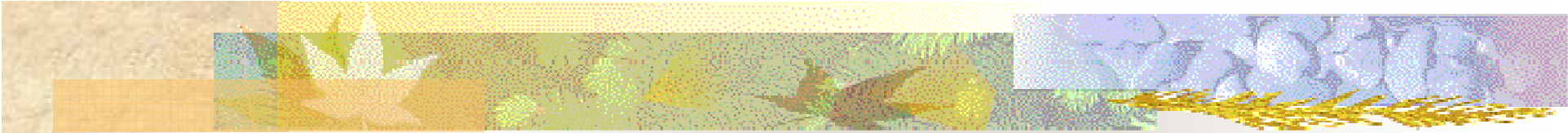


护理不良事件的防范对策

护士：

- 1、有疑问时（病人或家属），一定要核查清楚才能执行，不要主观臆断。
- 2、对不能肯定的事情，不要不懂装懂，或不好意思问别人。
- 3、永远不要过于相信自己的记忆，工作再忙，核对环节不可省。
- 4、做到手勤、腿勤、嘴勤、眼勤。
- 5、安全意识、质量意识。

- 
- 海恩法则：是德国飞机涡轮机的发明者德国人帕布斯·海恩提出一个在航空界关于飞行安全的法则。海恩法则指出：每一起严重事故的背后，必然有29次轻微事故和300起未遂先兆以及1000起事故隐患。
 - 海恩法则强调两点：一是事故的发生是量的积累的结果；二是再好的技术，再完美的规章，在实际操作层面，也无法取代人自身的素质和责任心。

- 
- 发生了错误不可怕，可怕的是不找原因及防范措施，那么类似事件还会再次发生！
 - 不要笑话别人的错误，一不小心你很可能也会犯，用别人的错误时刻提醒自己！



护理工作环环相扣！
护理安全人人有责！
任何阶段、任何护理人员都是关键！
任何不良事件都是可以预防的！

谢谢