

创建安全文化 保证患者安全

◆许璧瑜 张晋昕 成守珍 梁碧宁 冯烽霞

[摘要] 探讨医疗安全与患者安全现状,分析医疗差错发生的原因,提出医疗风险无处不在,保障患者就医安全应从加强医疗安全做起,患者安全成功的关键在于文化建设,积极的安全文化接受差错出现的必然性,主动地寻找系统内潜在的危机;患者安全文化是医疗安全的思想基础、行动依据和内在动力;医疗机构应重视患者安全,增加人、财、物的投入,优化资源配置及诊疗流程,增进患者安全。

[关键词] 患者安全;安全文化;医疗安全

Establishing safety culture to promote patient safety / XU Bi-yu, ZHANG Jin-xin, CHENG Shou-zhen, et al. // the First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University Guangzhou, 510080 China // Chinese Nursing Management-2009, 9(11): 52-55

[Abstract] This study explores the current situation of medical security and patient safety, analyzes the cause of medical errors, and proposes that constructing safety culture is the key to ensure patient safety. In a hospital with positive safety culture, inevitability of errors is acceptable and potential crisis should be found out actively. Medical institution should increase human, financial, and material resources, optimize resources allocation and treatment procedure in order to promote patient safety.

[Key words] patient safety; safety culture; medical safety

近年来,由于患者自主意识的增强,在医疗领域中,患者安全(Patient Safety)被世界卫生组织(WHO)及欧美国家高度重视,自从1999年美国医学研究所(institute of medicine, IOM)发表了题为《孰能无错:建立一个更加安全的医疗保障系统》(To Err Is Human: building a safer health system)的报告^[1],患者的安全问题已引起医学界、公众、许多国家政府和国际社会的高度关切,患者安全遂成为公共卫生议题热点。

1 安全相关概念

1.1 医疗安全

医疗安全是指患者在医疗过程中不发生允许范围以外的心理、机体结构或功能上的障碍、缺陷或死亡^[1]。

1.2 患者安全

患者安全(Patient safety)是指在医疗过程中采取必要措施,避免或预防患者的不良后果或伤害,包括预防差错

(error)、偏误(bias)和意外(incident)^[2]。患者安全的概念源于希波克拉底的箴言“无损于患者为先(First, do no harm)”,表达了医疗保健领域的最基本原则:医疗卫生保健工作者的使命是增进患者健康,而不是因我们的错误或过失使患者雪上加霜。

1.3 患者安全文化

患者安全文化是指医疗机构为实现患者安全而形成的员工共同的态度、信念、价值观及行为方式^[3]。患者安全文化的要素主要包括:对患者安全重要性的共同认识;对患者安全预防措施的信心;坦诚互信的广泛沟通;团队协作精神;信息通畅;学习型组织及机构;医院领导者的参与;对差错不可避免性的认识;主动查找医疗安全隐患;非惩罚性的不良事件报告分析制度。

2 患者安全现状

患者安全已引起医学界、公众、许多国家政府和国际社会的高度关切。

事实上,医疗保健背景下医疗错误和其他的不良事件是全球性疾病负担和死亡的主要致因。据估计每年美国医院内因可预防性医疗错误致4.4万~9.8万人死亡,远远超过了美国每年死于交通事故、乳腺癌或艾滋病的总人数,国家医疗成本上的损失可达170亿~290亿美元^[4],这个数字震惊了美国上下,也引起了世界各国对患者安全的高度重视。一些国家的研究显示^[5],平均每10个住院患者中就有1人遭受一些可预防的能致残甚至致死的伤害。有资料显示:在美国、英国、澳大利亚、加拿大等国家,住院患者的医疗事故比例约为2.9%~16.6%,其中3%~13.6%的医疗事故导致患者死亡,2.6%~16.6%导致患者永久伤残,而在这些医疗事故之中,有27%~51%被认为是可以预防的^[2]。据统计,全世界约1/3死亡病例的死因不是疾病本身,而是不合理用药所致^[3],在发展中国家住院患者中约5%是因药物不良反应(Adverse drug reaction, ADR)而入院的,在住院患者中又有10%~20%发生ADR,内部资料统计表明^[6],因ADR而导致死亡的病例占全部死亡病例的7.7%。调查数据亦显示,发展中国家的医疗设备约50%被界定为不安全,医疗药品中有77%低于标准^[4]。患者安全问题是世界性问题,如何保障患者安全,是全球所有医疗机构、以至医疗工作者所要面对的问题。世界卫生组织于2004年10月宣布成立“患者安全世界联盟”,旨在减少因安全问题导致的疾病、伤害和死亡。

作者单位: 中山大学附属第一医院, 510080 广州市 (许璧瑜, 成守珍, 梁碧宁, 冯烽霞); 中山大学公共卫生学院 (张晋昕)

作者简介: 许璧瑜, 本科, 主管护师, 内科护士长,

通讯作者: 张晋昕, 副教授, E-mail: zhjinx@mail.sysu.edu.cn

3 国际社会患者安全方面所采取的策略

3.1 美国

据美国医学科学院(Institute of Medicine)在1999年的调查研究估计,美国每年因为医疗事故疏忽事件(adverse events)而致死亡的人数约有9.8万,居全美10大死因第5位,另外,40%的患者没有得到国际医学界所推荐的方法治疗,20%的患者得到了错误的治疗。美国总统克林顿颁布的“Healthcare Research and Quality Act”作为联邦政府在健康与照护方面的目标,包括降低疾病与失能的潜在原因,确保医疗与照护的适当性,以及加强患者在医疗上的参与程度^[7-10]。

3.2 英国

英国在2000年国家健康安全系统(National Health Service)发展报告中指出,1999年有400人死于医疗疏忽,并有1万人因医疗疏忽造成身体上或心理上的后遗症^[10]。Vincent等人也在2001年针对伦敦的2家急症医院以病历回顾的方式进行了医疗疏忽事件的调查研究,结果发现将近11%的病患曾在住院期间发生医疗不当事件,而这些医疗不当事件是可以预防的^[7, 10]。英国于2001年成立国家患者安全机构(National Patient Safety Agency),负责收集分析全国不良事件,并负责教育培训的推广与医疗服务活动的质量改善,以更进一步建立医疗不良事件的主动通报系统^[10-11]。

3.3 澳大利亚

澳大利亚由于医疗疏忽的死亡率达16.6%,因此澳大利亚政府于2000年成立健康照护安全与质量委员会,负责统筹全国患者安全与医疗质量的改善工作,建立医疗不良事件通报系统,并协助排除影响医疗安全环境的因素^[1, 8, 11-12]。

3.4 日本

日本为预防医疗不良事件与医疗

事故的发生,在1999年由医学会、护理学会、医院管理协会等医疗团体共同组成委员会,负责制订预防策略与执行方案,并在2001年的年度预算中,拨款200万美元成立患者安全研究基金,并召开患者安全委员会会议,发展更为完善的国家患者安全政策^[1, 12-13]。

近年来,由于血液制品、医院感染、注射、患者医疗意外等事故频发,世界各国都开始关注患者安全问题,考虑如何尊重患者,重视患者安全,为患者服务。世界卫生组织在一份新闻公报中指出,患者安全问题在各国不同程度地存在,但在发展中国家尤为严重,成千上万的患者由于接受错误治疗、输入不安全的血液以及服用伪劣药品而留下后遗症、伤残,甚至死亡。2002年1月,世界卫生组织执行委员会就患者安全问题进行了广泛讨论,并编写了一份决议草案。2002年第55届世界卫生大会通过了这项决议,要求特别重视患者安全问题,在科学的基础上建立和完善提高患者安全和治疗质量的必要体系。决议还责成世界卫生组织指导制定患者安全准则与标准的工作,支持其成员为促进患者安全而制定相关政策和措施。2004年10月27日,世界卫生组织宣布正式成立“患者安全世界联盟”,目的是通过各国政府、民间组织、科学家、研究人员等共同努力,实施一系列措施,减少治疗过程中的医疗事故,以确保患者的安全。2004年9月18日,全球第一次患者安全日大会在中国上海召开,来自40多个国家的卫生行政官员、医学专家等100多人出席了大会。会上通过了6个方面的行动纲领。到目前为止,已有许多国家制定了关于确保患者安全的计划和法律,支持发展医学研究、培训医务人员和普及有关保证患者安全方面的知识。

在全世界都关注患者安全的时候,我国的情况如何呢?

近年来,我国医疗卫生事业取得了长足进步。2004年我国医疗机构总数

达到2916万家,总诊疗人次数为22 103亿次,入院人数为6669万人。医疗机构数量增加,年就诊人数上升,各种新技术、新设备广泛应用,但同时我国各类医疗风险大幅增加,患者安全问题不容忽视。特别是我国正在进入老龄化社会,任何不当的医疗行为都将给老年患者带来严重影响。但是目前我国的患者安全监测体系还不健全,医疗不良事件未见系统报告,医师对患者安全问题缺乏足够的认识,患者自身保护意识不强。相关研究报道:因负性事件引起的再次住院费、诉讼费、医源性感染、误工费、残疾及其他相关医疗费用在一些国家每年已达6亿~29亿美元。例如:美国每年因医疗差错引起伤害费用达2000亿美元,美国医疗保健每支出5美元就有1美元用于支付医疗差错伤害。发展中国家普遍基础设施设备不完善,药品质量、资源相对匮乏,管理不力,感染控制能力较差,个人技术有限及资金严重不足等,因而医疗过失和事故发生率远远高于发达国家。相关研究表明:发展中国家与感染相关的负性事件比发达国家高20多倍。至少50%的医疗机构因相关人员缺乏技术培训而造成设备不能使用或仅部分使用,由此导致诊断和治疗不能正常实施,不规范的诊断或有害治疗严重危害患者安全。“医疗风险无处不在”已成为全球医疗界的共识。新技术及新疗法的介入、卫生保健体制的错综复杂、医生个人的判断决策能力有限、在各种压力及复杂多变的情况下做出医疗决策导致医疗差错的发生不可避免。人们从来没有像今天这样担心医学诊断与治疗的失控,警惕不当医学诊治对人体的伤害,提高生命质量、确保患者安全的呼声越来越强烈。

4 医疗安全事故的原因分析

目前,在医疗机构中允许范围以外的医疗不安全因素或称医疗安全隐患是客观存在的,对此,我们既要有清醒

的认识,更要认真分析其存在的复杂原因。

黄祖珊认为^[14]引发安全事故的管理系统原因有:医务人员过度疲劳,工作时间延长;工作压力过大;临床医护人力不足;医疗仪器陈旧、落后;医务人员无危机感,对于危险(患者/器械/制度操作)后知后觉;对患者缺乏安全意识,沟通不足,团队合作精神不足。人为的错误表现在:个人疏忽职守,知识技能不足;沟通不足;客观原因(外型相似、读名相似的药物);缺少安全保障系统;医护道德水平低(忠诚、认真、慎独精神、对规章制度的遵从率);制度支持不够(人力不足、工作时间过长、足够的物品、足够的时间、安全保障系统);对人的极限之了解与重视不够(记忆、思考、压力、疲劳)。改变安全文化最重要的是改变陈旧医疗理念:如出错后指责个别员工、个人承担全部责任、隐瞒事情、不分享错误经验、无呈报系统习惯等,而是构建医疗安全文化,全员参与防范制度和医疗安全措施落实。多年来学者们已经认识到,安全行为是受一个机构的社会信仰及对安全的态度所影响的,而这些信仰和态度可约束从业者的思想和行为,减少差错、事故的发生^[15]。许多专家认为保障患者就医安全应从加强医疗安全做起^[16]。Vincent等学者分析医疗不良事件的原因时发现:医疗机构的安全文化、工作环境、团队合作及人员等因素是影响医疗安全的主因^[17]。

近年来,对于安全问题的关注已经从个体因素,如人的失误与违章,转移到组织因素上来,如安全文化^[18]。安全文化研究为安全管理的改进和有效地预防事故提供了一个新的视角。患者安全文化是医疗安全的思想基础、行动依据和内在动力。安全文化的高低体现医疗机构对患者安全的重视程度,安全文化可以改善,也可以测量其变化^[19]。

5 医院安全文化研究现状

医院安全文化的概念是由 Singer 等于 2003 年首先提出的^[20],它是医院文化的一个分支,同属组织文化的范畴。组织文化是组织内部理念的一种表现,是组织内部人员对人、事务和环境相互关系的一种共同而又根本的理解,这种理解可以使组织内部的每一个员工以一种共同的方式去理解各种不同的情况。组织文化可以通过价值观、信仰、态度、行为、习惯、语言、目标、政策和组织的运作而表现出来。因此,医院安全文化可以理解为就是将希波克拉底的格言“无损于患者为先(first do no harm)”整合到组织的每一个单元,注入到每一个操作规范之中,就是将“安全”提升到最优先地位的一种行为。“安全文化”就是将“文化”的所有内涵朝着向更安全方向推进的一种统一的组织行为,以及医院内所有员工对待医疗安全的共同态度、信仰和价值趋向。个人的态度与单位的风气可以用心理计量问卷来评价^[21]。

许多高风险的事业如核能电厂及航空业,会定期利用心理计量问卷评量工作人员,希望提早探知员工的安全态度与机构的安全文化,作为加强核能与飞行安全的成效指标与规划政策的依据^[22]。

患者安全成功的关键在于对文化建设已达成共识。根据美国医学会调查显示:“向更加安全医疗体系转变的最大挑战是改变医院文化,即由医疗差错归咎于个体转变为医疗差错并不单纯地被认为是个人的失败,而是提高系统避免再次造成患者伤害的机会^[23]”。积极的安全文化接受差错出现的必然性,主动地寻找系统内潜在的危机。如果不能在文化程序上进行改进,即使采用诸多提高安全的新技术也不会给患者带来任何收益。安全文化的价值评定与医疗保健机构对安全文化的改进是平行增长的,为了改变组织文化氛围,

最为重要的就是理解文化内涵;安全文化评价工具就是提供一个理解文化内涵的方法,对文化有更深层次理解后,制订行动方案就会相对容易,医疗保健机构的患者安全也会有显著的提高。

目前,国外医院管理中,针对负性事件的管理或医疗风险的控制,提出了较多的方法与观点,其中在医院推行文化的改变——提倡安全文化(culture of safety)是其措施之一。“患者安全”是医疗品质的基石,只有通过各项安全活动的规划及推动,逐步形成患者安全文化,才能确保“安全的人员”,在“安全的环境”中,执行“安全的医疗”,真正让所有老百姓感受到“安全”与“安心”,从而创造出高品质的安全医疗环境。

参考文献

- [1] Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook. 2002.
- [2] 吕军,陈刚.对医院安全卫生管理的思考.中华医院管理杂志,2003,19:454-455.
- [3] Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality in Health Care*, 2003,12:112-118.
- [4] 张忠鲁.患者安全:概念与实例.医学与哲学(临床决策论坛版),2006,27(6):12-16.
- [5] Kohn L T, Corrigan J M, Donaldson M S. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press, 1999.
- [6] Cohen MR. Why error reporting systems should be voluntary. *BMJ*, 2000,320:728-729.
- [7] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000: 289-306.
- [8] Pellegrino DE. Prevention of Medical Error: Where Professional and Organizational Ethics Meet in Promoting Patient Safety: An Ethical Basis for Policy Reform. Washington, D.C.: Georgetown University Press, 2001:147-167.
- [9] Osterweil N. Truth or Consequences Does DIS-CLOSURE Reduce Risk Exposure[EB/OL]. [HTTP://my. Webmd.com/content/article/1728.53548](http://my.webmd.com/content/article/1728.53548).
- [10] Blumenthal D. Making Medical Error into Medical Treasures. *Journal of the American Medical Association*, 1994(272):1867-1868.
- [11] Merry A, Smith A M. Errors, Medicine and the Law. Cambridge: Cambridge University Press,

艾滋病患者医院真菌感染回顾性调查

◆谢春梨 杨小兵 石柳春

[摘要] 目的: 调查与分析艾滋病患者医院真菌感染状况。方法: 回顾性分析该院2005~2008年1463例AIDS患者真菌感染的临床资料。结果: 1463例真菌感染部位以口咽部为主, 占82.09%。真菌种类白色假丝酵母菌属占首位, 为71.09%, 其次是新型隐球酵母菌, 占19.06%。住院时间、需要HAART治疗、使用广谱抗生素、侵袭性操作、抗真菌的不规范治疗是真菌感染的危险因素。结论: 控制感染的危险因素, 合理使用抗生素, 减少侵入性操作, 提高患者机体的免疫力是预防艾滋病患者真菌感染的主要措施。

[关键词] 艾滋病; 医院感染; 危险因素; 真菌

Nosocomial Fungal Infection Status Among AIDS Patient: Investigation and Review / XIE Chun-li, YANG Xiao-bing, SHI Liu-chun // Guangxi Longtan Hospital, Guangxi Chest hospital & Guangxi Tuberculosis Hospital, Liuzhou, Guangxi province, 545005 China // Chinese Nursing Management-2009,9(11): 55-56

[Abstract] Objective: To investigate and analyze the status of nosocomial fungal infection among AIDS patients. Methods: We reviewed and analyzed clinical data of 1463 AIDS patient in our hospital from 2005 to 2008. Result: In the 1463 case of fungal infections, 82.09% of them were Oropharyngeal infection. *Candida tropicalis*, was most common (71.09%), then *Cryptococcus* (19.06%). Hospital-stay time, HAART treatment, use of broad-spectrum antibiotics, invasive operation, and non-standard anti-fungal treatment were major risk factors of fungal infection. Conclusion: Control the risk factors, properly antibiotic use, reducing invasive operation and improving patient's immunity are major effective ways to prevent fungal infection in AIDS patients.

[Key words] AIDS; Nosocomial infection; risk factors; fungal infection

艾滋病(AIDS)是当前人类最严重的疾病之一, 艾滋病患者在CD4⁺T淋巴细胞计数少于200个/微升时, 容易并发各种机会性感染, 而真菌感染常成为AIDS患者的终末感染之一^[1]。为了解AIDS患者院内真菌感染的现状, 提高对医院真菌感染的认识, 加强感染的防治, 现就我院2005~2008年1463例AIDS患者真菌感染的病例进

行回顾性调查分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 调查对象

以我院2005年1月至2008年6月所有经过广西壮族自治区疾病预防控制中心免疫检测、蛋白印迹法确认HIV阳性, 符合卫生部疾病控制局提出的诊断标准^[2]的艾滋病住院患者中发生医院真

菌感染的病例为调查对象。

1.2 方法

根据国家卫生部(2001)2号文件《医院感染诊断标准(试行)》诊断医院感染, 真菌感染的诊断以实验室报告为依据。回顾性分析、调查病例中AIDS患者医院真菌感染的临床资料, 并加以综合分析。

1.3 统计学方法

所得数据经复核整理, 采用构成比和 χ^2 检验进行数据统计分析。

2 结果

2.1 真菌感染率

2005年1月至2008年6月AIDS患者总人数1682例, 发生医院感染1512例, 医院感染率为89.89%, 其中真菌感染1463例, 医院真菌感染率为86.98%, 占AIDS患者感染的96.76%。

2.2 真菌感染部位(表1)

2.3 真菌种类分布(表2)

2.4 艾滋病患者发生医院真菌感染与住院时间的关系(表3)

2.5 真菌感染的危险因素(表4)

使用 ≥ 2 种抗生素医院真菌感染率明显比使用 < 2 种抗生素高, 差异有统

2001:286-295.

[12] Reason J. Human Error: Models and Mangement. BMJ, 2000(320):768-770.

[13] Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the Continuity of Care and Progress on Patient Safety. BMJ, 2000(320):791-794.

[14] 黄祖瑚. 医疗安全与患者安全文化. 江苏卫生事业管理, 2007(4):1-3.

[15] 周立宁. 营造安全文化 防范护理差错. 中华护理杂志, 2004, 39(3):92-193.

[16] Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272:1851-7.

[17] Vincent C, Taylor-Adam S, Stanope N. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. BMJ, 1998, 316:1154-7.

[18] Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

[19] 李伟强, 简淑芬, 陈玉枝, 等. 中文版患者安全态度问卷信度效度分析. 台湾卫志, 2008, 3(27):1-8.

[20] Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, et al. The culture of safety: Results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Quality in Health Care, 2003, 12:112-118.

[21] Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. Saf Sci 2000, 34: 215-57

[22] Reason JT, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. Qual Health Care 2001, 10(Suppl 2):i21.

[23] Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, et al. Measuring patient safety climate: A review of surveys. Qual Saf Health Care, 2005, 14(5):364-366.

[收稿日期: 2009-05-27]

(编辑: 张立新)

作者单位: 广西龙潭医院, 广西胸科医院, 广西结核病医院胸外科, 545004 柳州市

作者简介: 谢春梨, 本科, 主管护师, 科护士长