

RCA2 在 1 例潜在不良事件中的应用

李金学¹ 申炜² 彭玲³ 王玉莲² 通讯作者

四川省绵阳市中心医院(1.心胸外科 2.信息中心 3.妇产科) 621000

【摘要】目的 通过 1 例潜在新生儿身份识别错误事件的分析, 介绍 RCA2 在身份识别安全管理的应用。**方法** 运用根本原因分析法回顾性分析绵阳市中心医院 1 例潜在新生儿身份识别错误事件发生的根本原因。**结果** 以产妇姓名为新生儿身份的电子腕带打印有助于杜绝新生儿身份识别错误事件的发生。**结论** 互联网时代充分利用好信息技术产品, 有利于帮助保障患者安全。

【关键词】 RCA2; 潜在不良事件; 应用

【Abstract】Objective The application of RCA2 in identity identification security management was introduced through the analysis of one potential neonatal identification error event. **Methods** The root cause of a potential neonatal identification error in Mianyang Central Hospital was analyzed retrospectively by means of root cause analysis. **Results** The electronic wristband printing with the mother's name as the newborn's identity was helpful to prevent the occurrence of the neonatal identification error. **Conclusion** The electronic wristband printing with the mother's name as the newborn's identity is helpful to prevent the occurrence of the neonatal identification error.

【Keywords】 RCA2; potential adverse event; application

医疗卫生保健服务的根本宗旨是向患者提供安全有效的卫生保健服务, 然而患者安全问题在全球范围内面临着严峻的挑战。WHO 世界患者安全联盟启动了诸多促进患者安全和实践的举措, 其中正确识别患者身份纳入患者十大安全目标 1。但是此类事件依然存在, 而患者身份识别错误事件的发生既有个人原因, 也有系统上的原因, 而作为医院基层管理者首先应该解决系统上存在的问题。

根本原因分析法 (root cause analysis) 起源于美国海军, 20 世纪 90 年代末期引入医疗领域, 是一种回顾性分析方法, 针对已发生的不良事件, 以一套逻辑程序找出造成不良事件的根本原因, 着眼于整个质量体系及过程层面, 系统地分析整个过程的潜在问题及其根本原因, 找出解决方法 2-3。RCA2 是对 RCA 的进一步完善, 添加了行动和过程结果管制部分 4, 最终目标是改善行动和改进结果, 提高护理工作质量, 防止类似事件再次发生。

我院近期发生一例潜在新生儿身份识别错误事件, 虽然在下一个环节通过双人核对及时发现问题, 未导致护理纠纷及投诉发生。但为了不断完善工作, 杜绝类似事件发生, 确保患者安全, 医院护理部针对该项事件, 应用 RCA2 进行分析和经验总结, 找到了根本原因并及时进行改进。

1 事件简要经过

产妇凌晨 0:32 在产房分娩一女活婴 (当时只有一名产妇), 助产士立即记录出生信息, 手写腕带 (信息错误) 信息后, 交给巡回护士, 巡回护士接过腕带直接给新生儿戴上, 并将新生儿放在母亲身旁 (一直未离开父母), 没有进行双人核查新生儿身份信息, 当晚 22:14 新生儿由于黄疸转儿科时, 儿科护士和产科护士在母亲床旁双人核对新生儿信息时才发现错误。

2 事件调查与资料分析

2.1 护理部质控办牵头成立 RCA2 小组

科室立即上报了不良事件, 护理部质控办公室立即成立了专门的 RCA2 小组, 组长为护理部质控办公室主任, 组员为产科护士长及护理安全小组负责人、护理信息管理委员会负责人等, 所有人一起开会讨论, 运用 RCA2 针对此事进行原因分析和改进。

2.2 回顾事件, 进行资料收集和原因分析

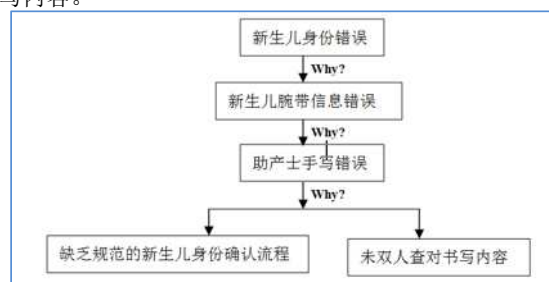
RCA2 小组首先通过对事件相关人员访谈, 再一起通过“头脑风暴法”, 运用 5W1H (Who? What? Where? When? Why? How?) 提问法, 按照事件发生的过程对每一个环节进行追溯详细过程。综合以上资料绘制相应鱼骨图共同找出根本原因。



3 结果

3.1 确认根本原因

对分析出的原因异议进行追溯, 对于原因进行改进后, 该事件就不会发生, 则被确定为根本原因共 2 条, 具体分析内容为: (1) 缺乏规范的新生儿身份确认流程。(2) 未双人核对书写内容。



图表 2 现存根本原因

3.2 制定改进计划

针对现的根本原因, 进一步分析, 是否有更优化的方法去规避风险呢? 我们发现全院只有在手术室和产房出生新生儿的腕带是临时手写腕带, 而回到产房就会按新生儿信息安置床位, 重新打印电子腕带, 替换手写的新生儿腕带。因此是否能用电子腕带替换临时的手写腕带呢? 怎么操作呢?

最后 RCA2 小组进一步讨论结果: (1) 可以用电子腕带替换临时的手写腕带。(2) 在整个母亲分娩前后唯一不变的就是母亲的姓名, 因此确定可以以母亲的身份来提前打印好新生儿的腕带备用。

3.3 执行改进计划

具体内容如下: (1) 科室全体护理人员共同讨论分析此项不良事件。(2) 在产科单独安置新生儿打印机一台。(3) 由护理信息管理委员会负责人与产科护士长一起制定新生儿腕带打印流程, 并制作流程图, 作为新生儿身份确认的流程和规范。(4) 选一名产科助产士按流程图进行流程检验。(5)

全科进行《绵阳市中心医院新生儿腕带管理流程图》培训并实施。

4 讨论

Notan⁶认为,虽然对导致人犯错误的人本原因难以改进,但可以对系统加以改进,减少缺陷的发生,保障医疗安全。在医院儿科护理工作中,患儿年龄小,语言沟通障碍,所以腕带在患儿身份识别中尤为重要⁵。何况这次不良事件是发生在刚出生的新生儿。因此我们高度重视此次不良事件的分析,组建专门团队,实现从系统上查找原因、分析、整改。

通过分析我们查找出发生此次潜在新生儿身份识别错误事件中主要原因有:(1)缺乏规范的新生儿身份确认流程。(2)未双人核对书写内容。而针对这些原因找出相应对策:可以以母亲的身份来提前打印好新生儿的腕带。这样可以减少由于手写腕带发生错误的机会。

通过 RCA2 在 1 例潜在新生儿腕带信息错误不良事件中的应用,我们预见性的找到根本原因,并做相应改进,观察改进后三个月,未再发生一例类似事件。因此 RCA2 是值得在临床护理管理中推广和应用的一种管理方法。

参考文献

- [1]卿利敏, 谌永毅, 邹艳辉, 肖雪莲, 罗朝霞, 许湘华. 静脉输液患者身份识别的持续质量改进[J]. 护理学杂志, 2014, 29(6):10-122.
- [2]Nicolini Davide, Waring Justin, Mengis Jeanne. Policy and practice in the use of root cause analysis to investigate clinical adverse events: mind the gap[J]. Social science & medicine(1982), 2011, 73(2):217-225.
- [3]RICHARD J, CROTEAU M D. Root cause analysis in health care:Tools and techniques[M]. American:Joint Commission Resources, 2009:1-2.
- [4]腾苗, 肖明朝, 吕富荣, 等. 什么是 RCA2[J]. 中国卫生质量管理, 2016, 23(2):16-18.
- [5]杨晓荣, 黄园园, 李雪, 钟兰, 张玮. 儿科身份识别腕带使用现状调查及分析[J]. 护理学杂志, 2018, 33(14):75.