

• 临床监护 •

应用 SHEL 模式对手术物品清点错误的分析及干预

李豫, 侯丹丹*

(广西医科大学附属肿瘤医院手术室, 广西 南宁)

摘要: 目的 降低手术物品清点错误, 提高患者手术的安全性。方法 对 2017 年手术物品清点错误不良事件报告应用 SHEL 模式归类分析, 针对原因提出相应对策。结果 2018 年手术物品清点错误发生情况较 2017 年显著减少, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 应用 SHEL 模式分析差错, 能客观找出差错原因, 并制定相应措施, 减少手术物品清点错误发生, 提高患者手术安全性。

关键词: 手术物品清点; SHEL 模式; 手术安全

中图分类号: R472.3

文献标识码: B

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2019.46.209

本文引用格式: 李豫, 侯丹丹. 应用 SHEL 模式对手术物品清点错误的分析及干预 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(46): 326-327.

0 引言

物品清点制度是手术室最基本最重要的规章制度, 是杜绝物品遗留手术患者体内的保证。虽然各医院高度重视, 但物品清点错误时有发生, 直接影响手术进展和患者的安全, 轻则延长手术患者麻醉时间, 重则造成手术物品遗留, 危害患者身心健康, 给护士也造成极大的精神压力^[1]。我院手术室 2017 年发生手术物品清点错误 14 例, 其中 12 例经过多方查找后找到, 2 例经多方查找仍未找到, 请放射科人员来照 X 光片排除不在患者体内, 医生确认后才结束手术。2018 年 1 月应用 SHEL 模式分析原因并提出相应措施, 取得较好的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2017 年我院手术室年手术量 6100 例, 全年共发生 14 例手术物品清点错误, 其中 12 例经过多方查找后找到, 2 例经多方查找仍未找到, 请放射科人员来照 X 光片排除不在患者体内, 医生确认后才结束手术, 事后由当事人书写护理不良事件报告医务科。

1.2 方法

采用 SHEL 模式对这 14 例手术物品清点错误原因进行归类分析。SHEL 模式是 20 世纪末由日本医疗事故委员会提出, 即 S-soft 软件部分, 护理人员的业务素质和能力; H-hard 硬件部分, 护士工作的场所; E-environment 临床环境; L-litigant 当事人及他人。认为医疗事故的形成主要受上述几方面的影响^[2]。可以通过对这些因素的分析, 找出医疗事故的原因并制定相应措施, 以减少医疗事故的发生。我们在发生手术物品清点错误后, 由当事人及时填写手术室护理不良事件报告表, 详细记录事件发生经过、原因, 由手术室护士长及质控组成员应用 SHEL 模式对每例事件进行原因分析, 其中 S-soft: 人员的业务素质和能力, 包括个人业务不熟、能力不足、责任心不强、违反制度流程、技术不过关、查对不认真、交接不清、缺乏预见性、粗心疏忽等^[3]; H-hard: 工作的场所和设施, 包括手术间布局不合理、护理设施不足等; E-environment: 临床环境, 包括护理人力不足、工作流程有缺陷、管理不到位等; L-litigant: 当事人及他人, 包括事件原因中涉及的其他工作人员操作不当、配合不默契等。

分析结果: 2017 年 14 例手术物品清点错误发生的不同原因分类分析见表 1。

表 1 应用 SHEL 模式对 2017 年 14 例手术物品清点错误的原因分类分析

错误原因类别	该类原因导致错误的例数	该类原因导致错误的比例 (%)
(S) 护士业务素质和能力	13	92.9
(H) 工作场所和设施	5	35.7
(E) 临床环境	6	42.9
(L) 当事人及他人	4	28.6

基金项目: 广西壮族自治区卫生和计划生育委员会自筹经费科研课题 (编号 Z2016829)。

作者简介: 李豫 (1975-), 女, 本科, 主管护师。

通讯作者*: 侯丹丹, 副主任护师, 本科, 从事手术室护理工作。

2 干预措施

2.1 提高手术室护士的业务素质和能力

从表 1 中导致手术物品清点错误的原因比例可知, 手术室护士的业务素质和能力所占比例最大, 共 13 例与其有关, 占 92.9%。进一步分析发现, 在这些事件中低年资护士占较高比例, 这说明护士的工作年限短、资历浅、临床经验不足而导致临床工作能力、沟通能力相对较差, 影响手术物品的清点。与相关报道一致^[4]。因此, 加强手术室护士培训, 实行分层次培训和专科培训的方法, 对工作 1~2 年的护士实施强化培训, 担任相对固定专科器械护士, 使其在工作中及时总结经验, 提高各专科手术配合能力和应急能力, 减少手术物品清点错误事件的发生。加强专科护士培训, 进行专科手术查房, 使每位手术室护士都能熟练地掌握手术配合。此外, 还要加强护士工作责任心教育, 让护士意识到由于责任心不强而出现不良事件的危险性, 严重后果和处理原则。因护士原因而造成手术物品清点错误的当事人, 除上报手术室护理不良事件外, 在绩效考核中按一定比例扣分, 及时召开科室缺陷分享会议, 分享经验教训, 以免重蹈覆辙。同时组织全科护士学习手术室物品清点制度、交接班制度等相关核心制度, 在工作中监督落实, 根据质量标准定期检查, 监控手术物品清点相关核心制度落实情况, 培养护士严谨、认真、慎独、负责的工作作风。

2.2 提高手术室护士对手术物品的管理能力

器械护士应加强手术台上物品的使用管理, 如选择合适的持针器夹持缝针^[5]; 不用的器械及时收回器械台上, 不堆积术野; 医生操作不规范时, 及时纠正。巡回护士应加强手术间的环境管理, 保持手术间整洁; 使用后的纱布敷料要遵循 5 块、10 块的原则摆放在固定的污敷料桶内, 巡回护士按“地摊法”整理后, 醒目展示给洗手护士, 共同清点; 对于开胸、开颅、双切口及切口较深的手术, 应在传统清点方法的基础上, 制定适宜的清点制度; 坚持手术物品清点规定, 未查清楚, 患者不得离开手术间。同时, 注重手术室护士心理素质的培养, 以提高术中应对各种突发事件的能力, 做到忙而不乱, 降低手术物品清点错误的隐患。

2.3 改善手术工作场所和设施

手术间布局合理、光线充足、环境安静、没有卫生死角。手术台上所有用物在术前做好安全性检查, 及时更换损坏或功能不良的手术器械, 采用安全性能高、质量好的器械。同时, 可以应用各种方法防止手术物品掉地, 如在颅脑外科手术中利用骨蜡的粘性, 在颅骨固定过程中将骨蜡涂在固定骨瓣的螺丝钉背面, 防止螺丝钉掉地^[6]。

2.4 优化手术环境

建立和完善相关核心制度和流程, 科学地弹性排班, 合理安排护理人力资源, 弹性排班不再将日工作时间固定为 8h, 而是以手术占用时间为依据, 完成手术后即可下班休息, 缓解疲劳, 下班护士保持手机通畅, 护士长根据下班先后, 合理安排听班次序, 若有急诊手术, 通知护士及时到位, 确保护士精力充沛, 防止手术物品清点错误的发生。

2.5 加强手术室医护沟通协作

加强手术室护士的沟通协调能力和提高手术室护士与医生的默契配合度, 营造安全和谐的手术氛围, 及时掌握手术进展, 了解手术所需物品并准备齐全, 对医生不用的器械敷料及时收回, 使用

中的物品做到心中有数。对手术医生不良操作及时发现、及时制止,如手术医生矫正弯曲的缝针,将夹缝针的持针器抛掷到器械托盘上。点数时如有疑问及时告诉手术医生,确认正确后方可结束手术,确保手术物品清点无误。

3 效果评价

3.1 通过对 2017 年 14 例手术物品清点错误事件的原因分析,并采用相应的改进措施后,2018 年我院手术量增加近 500 例,但仅发生手术物品清点错误 5 例,其中全部经过多方寻找清点后找到,改进前、后的错误发生率经 χ^2 检验比较,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 干预措施前后手术量及手术物品清点错误例数比较

时间	手术量	手术物品清点错误 (例)
2017 年 1-12 月	6100	14
2018 年 1-12 月	6544	5

注: $\chi^2=5.368$, $P<0.05$

3.2 应用 SHELL 模式分析不良事件,有利于找出差错的根本原因和制订有效措施。差错的发生,管理者以往只认为是当事人查对制度未认真执行好等个人原因,忽略了从其他方面寻找原因,查寻漏洞。而应用 SHELL 模式分析,一旦有不良事件发生,不仅当事者要反省,管理者更要深思“你为护士提供了安全的临床环境吗?你的工作流程安全、可靠吗?手术环境变化了你的流程更新了吗?”等,要求护理管理者从管理的角度进行系统分析查寻原因,而不仅仅就是护士的原因。

3.3 应用 SHELL 模式进行分析,有利于提高护士的安全隐患意识和护理管理者的管理水平。护士接受了系统安全知识,了解了可能发生安全隐患的环节,一旦发生也学会了从人员、硬件、软件及当事人 4 个方面来分析,寻找原因。而护士长也从这 4 个方面来规避风险,完善流程,制订措施。

4 小结

手术物品清点错误是手术室护理不良事件中比较常见、危害也比较大的事件。应用 SHELL 模式分析手术物品清点错误、采取干预措施能保障手术患者安全。但是由于构成手术物品清点错误因素错综复杂,应用此模式也不能完全杜绝,还需要护理管理者敏锐的调查力及时发现 SHELL 4 个部分的隐患,制定有效措施,确保手术物品清点正确。

参考文献

- [1] 饶珊珊,刘国力,袁兰,等.心外科手术中常见物品丢失的原因分析与对策[J].中国实用护理杂志,2013,29(31):73-74.
- [2] 李克佳,胡建军,于俊叶,等.SHELL 模式在护理不良事件原因分析中的应用[J].护理管理杂志,2014,14(6):438-439.
- [3] 艾红珍,蒋银芬,陈筱琳.应用 SHELL 模式对高危药物用药失误的分析及干预[J].中国实用护理杂志,2011,27(5):56-57.
- [4] 蒋维连.手术室专科护士核心能力探讨[J].护士进修杂志,2014,29(6):504-506.
- [5] 谢丽霞,蒋维连,蒋丽,等.手术中缝针丢失原因的调查分析及防范对策[J].当代护士,2011,15(1):38-39.
- [6] 蒋维连,谢丽霞.骨蜡在颅脑外科钛板固定手术中的应用[J].护士进修杂志,2011,26(6):500.

(上接第 325 页)

表 3 两组护理满意度对比

组别	例数	满意	比较满意	一般	总满意率 (%)
观察组	46	34	11	1	97.83
常规组	46	23	13	10	78.26

注:与常规组比较, $P<0.05$

性感染的发生风险不容忽视,需要开展预防性护理^[1]。本研究结果显示,观察组导管感染发生率为 4.35%,低于常规组的 30.43%,总满意率为 97.83%,高于常规组的 78.26%,且社会、躯体、认知和情绪功能评分均高于常规组 ($P<0.05$)。由此表明,在腹膜透析期间进行预防性护理干预能够减少导管感染的发生,改善患者生活

质量,有利于提升患者对护理服务的评价,发展前景广阔。

参考文献

- [1] 李玉香.腹膜透析患者腹膜感染预防措施和心理护理体会[J].中国继续医学教育,2018,10(25):182-184.