

密苏里大学医疗保健系统第二受害者机构支持经验与启示^{*}郑双江, 滕 苗, 肖明朝, 徐 玲[△]
(重庆医科大学附属第一医院 400016)

[摘要] 该文总结了密苏里大学医疗保健系统(MUHC)构建第二受害者支持系统的经验与成效,并对我国开展第二受害者机构支持提出了关注并支持第二受害者、加强第二受害者的本地化研究、确保强大的患者安全文化等建议。

[关键词] 患者安全;不良事件;第二受害者;机构支持

[中图法分类号] R197.32 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2021)12-2146-03

由于医疗系统的复杂性,医疗差错或不良事件不可避免,除了患者及家属会受到伤害以外,涉事的医务人员也会受到影响。相关医务人员被称为“第二受害者”,往往会出现不同程度的负向心理或生理表现,甚至出现严重创伤后应激障碍,引起辞职或自杀^[1-2]。既往研究显示,及时、有效的机构支持可有效降低医疗差错或不良事件对第二受害者的影响程度,促进第二受害者快速康复,但多数第二受害者并没有得到足够的机构支持^[2-4]。作为美国第二受害者机构支持领域的领导者,密苏里大学医疗保健系统(university of missouri health care, MUHC)做了诸多卓有成效的工作。

1 MUHC 第二受害者机构支持相关做法

1.1 事件起因

MUHC 是坐落于美国密苏里州哥伦比亚市的艺术型医疗中心,拥有 6 家医院,52 家门诊,员工约 6 500 名^[5]。2006 年的某个星期五晚上,该中心的 1 名资深护士托尼在为手术患者进行适度镇静的常规操作中,患者突发心肺骤停并经抢救无效死亡。托尼为此失眠了近 72 h,出现严重头痛和恶心症状,脑海里一直在闪现整个事件,并反复推敲自己的诊疗过程。临床疗效办公室(Office of Clinical Effectiveness, OCE)第 2 周周一调查结果显示,未发现可预防的系统性问题。调查人员还发现,和前期类似案件一样,涉事医务人员在事件发生后往往会表现出强烈的痛苦^[6]。

为了更好地帮助像托尼这样的医务人员,2006 年 10 月,MUHC 管理者正式任命 OCE 组建跨专业团队研究并支持第二受害者,具体由 SCOTT 负责^[7]。

1.2 广泛开展第二受害者调查

OCE 先期从广泛查阅文献入手,初步了解第二受

害者经历和机构支持的相关经验。为了解该院第二受害者的流行现状,OCE 在 2007 年 5 月开展的医院患者安全文化调查中新增加了 2 个相关条目。结果显示,近 14% 的人员在过去的 1 年中经历过患者安全事件,并遭遇到个人问题(如焦虑、抑郁和对工作能力的怀疑等),但 68% 的人员未得到机构支持^[7]。

2007 年 10 月至 2008 年 1 月,OCE 对该机构的 31 名第二受害者进行半结构化访谈发现:(1)无论性别、职业和工作年限,第二受害者都遭受了很糟糕的经历,影响一生,对于当时的事件记忆深刻,并时常被类似事件触发。(2)尽管个体有不同的反应,但复苏轨迹基本相同且可预测,可划分为 5 个特定阶段和 1 个结果阶段,即著名的“第二受害者复苏轨迹”。第 1 阶段:慌乱应对;第 2 阶段:自责反思;第 3 阶段:寻求帮助;第 4 阶段:忍受调查;第 5 阶段:情感需求;第 6 阶段:结局(离职、压抑生存或积极成长)^[7-9]。

为评估构建第二受害者机构支持体系所需的类型、范围和需求程度,OCE 于 2009 年 2 月又实施了一项定量调查。调查结果显示:39% 的受访者听说过第二受害者这一概念,约 30% 的人员有过第二受害者经历^[10];15% 的第二受害者认真考虑过转行、离职;65% 的第二受害者靠自己走出阴影,仅 35% 的人获得过同行或同事的帮助。33% 的受访者阐述了理想第二受害者支持系统的 8 个特征:(1)能够暂时休息或脱离岗位;(2)建立公正文化和免责机制;(3)对员工进行宣教(包括重大不良事件的调查分析、第二受害者现象、机构帮助等);(4)对不良事件进行系统回顾、审查,审查结果客观、全面,并将结果反馈以促进思考;(5)机构支持 24×7 全天候在线;(6)明确第二受害者可预期的进展;(7)确保机构支持服务的保密性;(8)对特殊需求提供个性化服务^[11]。

* 基金项目:重庆市科卫联合医学科研项目(2018QNXM010);重庆医科大学附属第一医院管理科研基金项目(GLJJ2016-18, GLJJ2019-

03)。作者简介:郑双江(1989—),助理研究员,硕士,主要从事医院管理、患者安全和质量管理工具运用研究。△ 通信作者,E-mail: 529212240@qq.com。

1.3 组建 forYOU 团队

历经 3 年的筹备, MUHC 第二受害者心理支持快速反应系统(rapid response system, RRS)于 2009 年 3 月 31 日正式成立, 并命名为“forYOU”团队。团队的目标为:(1)减轻第二受害者的伤害与痛苦;(2)为医护人员寻求帮助提供一个安全区;(3)为医务人员搭建一个情感急救的内部快速反应小组;(4)监测小组的活动与开展, 确保项目的效率最大化;(5)增加对第二受害者现象的重视与认识;(6)为帮助医疗服务提供者提供管理/领导资源^[5,9]。

forYOU 团队最初由 51 名跨专业的团队成员组成, 成员主要来自高危临床团队和科室, 包括医师、护士、社会工作者、呼吸治疗师和其他医院工作人员, 被称为“临床人员的救生员”(clinician lifeguards)^[5,9]。成员的培训包括理论教学、小组学习和模拟教学 3 大模块, 培训内容包括第二受害者的相关文献研究结果、本单位的研究结果、与第二受害者相关的高危临床事件特征与类型、第二受害者 6 阶段复苏轨迹、理想支持系统的 8 大特征、3 层次支持模型、关键时刻的关键语言/关键措施、主动倾听的技巧、一对一保密的危机干预技巧、团队心理干预的角色和需要第 3 层次支持时的转诊流程。经过 4 期的招募与培训, 2015 年 4 月, forYOU 团队成员已达到 137 名^[5]。

forYOU 团队实行 3 层次支持模式(即 SCOTT 3 层次帮助支持模式)。第 1 层提供基本的心理急救支持, 由所在部门的领导、同事提供, 预计 60% 的第二受害者在该层次得到充分的帮助。该层次的人员需接受第二受害者现象的认知培训、情感难对付的案例类型培训和关键时刻的关键语言/关键措施培训。第 2 层主要为已被确认的第二受害者提供指导和支持, 预计能满足 30% 的第二受害者需求, 提供支持的成员主要为 forYOU 团队成员。他们将会持续性监测第二受害者的现状, 随时准备提供及时的一对一支持; 当某个团队都遭遇非预期不良事件时, 成员还可以提供团队干预。当部分第二受害者的压力超过成员能力的时候, 第 3 层将会提供迅速、有效的专业咨询, 预计 10% 的第二受害者需要该层次的帮助。第 3 层次的人员包括员工支持项目(EAP)成员、社会工作者和临床心理专家^[5,8,10,12]。

1.4 机构支持成效

5 年的回顾分析发现, foyYOU 团队共完成了 1 075 人次的心理支持, 其中指导 47 人次, 团队干预 632 人次, 一对一心理关怀 396 人次^[5]。

因第 1 层次的帮助发生在科室/病区层面, 相关数据未进行统计。但科室管理者偶尔会寻求 forYOU 团队领导者提供额外的指导。这种指导 5 年内共发生 47 人次, 每次约 20 min^[5]。

第 2 层次的帮助共开展了 1 028 人次, 其中团队干预 83 期 632 人次, 平均时间为 1 h; 一对一心理关

怀 396 人次, 平均时间为 24 min。团队干预和一对一心理关怀的前 5 位高风险因素为: 儿科案件、第一次经历患者死亡、非预期的患者死亡、长期住院患者和多个患者疗效不佳。一对一关怀的主要群体为护士(53%), 其次为医生(23%)。值得注意的是, 团队干预后的部分第二受害者还需要一对一心理关怀, 1/3 的一对一心理关怀者则需要随访^[5]。

第 1 层次和第 2 层次支持解决了大多数第二受害者的心理压力, forYOU 团队干预的 1 075 人次中, 仅 104 人次(9.7%)寻求了第 3 层次的专业咨询和指导。

forYOU 团队的实施改变了 MUHC 对非预期临床事件的全系统响应, 并为事件后的临床支持提供了新的渠道, 被认为是促进 MUHC 患者安全转型发展的重要手段, 也是 MUHC 患者安全评估系统的重要组成部分。该团队已成为美国公认的第二受害者机构支持领导者^[5], 于 2009 年获得了 MITSS 希望奖, 并于 2012 年获得安全医疗实践研究所(Institute for Safe Medical Practices)欢呼奖。美国很多医疗机构的第二受害者机构支持项目参考了 forYOU 团队模式, 如北卡罗来纳大学医学中心和美国俄亥俄州国家儿童医院实施相关项目的时候就充分借鉴了 forYOU 团队经验^[10]。

2 我国开展第二受害者机构支持的建议

2.1 关注并支持第二受害者

医务人员是人民健康的“守护神”, 是推进健康中国建设、落实“健康中国 2030”规划纲要的主力军, 也是医疗机构赖以生存和发展的根本。在医疗技术日益复杂、临床工作繁重的当下, 不良事件和医疗差错不可避免, 第二受害者现象也预计较为普遍, 卫生行政部门和医院管理者需高度关注, 并采取切实的政策和措施给予第二受害者支持^[2,13]。建议卫生行政部门在我国患者安全体系建设中纳入第二受害者支持体系构建要求, 强化对第二受害者相关内容的研究、培训和教育, 提高医疗机构管理者和医务人员对第二受害者现象和寻求机构支持重要性的认识。医疗机构管理者应认识到第二受害者现象的普遍性, 公正地对待第二受害者; 加大资金和资源投入建立第二受害者支持体系, 及时识别第二受害者, 并给予第二受害者及时、有效地关怀和支持, 促进第二受害者快速恢复。

2.2 加强第二受害者的本地化研究

得益于前期详实的调查研究结果, MUHC 在 forYOU 团队组建前期就明晰了第二受害者的流行现状、支持需求和复苏轨迹, 并以此确定了第二受害者 3 层次支持模式, 为 forYOU 团队的良好运行打下了了的基础。但需要引起注意的是, 由于各国文化背景不同, 政策环境不同, 医疗机构组织架构不同, 第二受害者的症状不一定一致, 支持需求与途径也不一定一致, 我国医疗机构在给予第二受害者支持的时候不能

照搬照抄 forYOU 团队模式。

建议医疗机构管理者组建第二受害者研究团队(包括医务、护理、医患沟通部门人员、临床一线医务人员、心理医生和患者安全研究人员),广泛开展本地化的调查研究,明确本医疗机构第二受害者的流行现状、复苏轨迹、不同性格/专业的支持需求和可用的支持资源,确立基于循证证据的、符合本医疗机构实际的第二受害者机构支持模式,以确保第二受害者支持体系真正可用、可及和可靠。

2.3 确保强大的患者安全文化

强大的患者安全文化是实施第二受害者支持计划的必要基础。医疗机构管理者应促使医疗机构从传统的“惩罚文化”“羞耻文化”向“非惩罚性文化”和“公正文化”转变:(1)医务人员快速、及时、无忧地上报不良事件、医疗差错或安全隐患,这就确保医疗机构可以及时甄别和发现第二受害者,以便给予第二受害者及时干预支持;(2)组织内部相互信任、互相尊重,具有良好的跨学科协作氛围,这为第二受害者的机构支持提供了良好的环境和人力储备。(3)医疗机构管理者持续重视和支持患者安全,愿意为患者安全改善(如实施第二受害者支持计划)提供所需的相关资源和政策支持^[5,14-15]。

参考文献

- [1] WU A W. Medical error:the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too [J]. BMJ,2000,320(7237):726-727.
- [2] 杨巧,郑双江,陈登菊,等. 应关注患者安全事件中第二受害者的支持需求[J]. 中国卫生质量管理,2018,25(3):38-41.
- [3] 谭蓉,胡德英,刘义兰,等. 医院患者自杀事件中 731 名第二受害者体验和支持需求水平分析[J]. 护理学报,2020,27(6):29-34.
- [4] 陈娇娇,杨巧,赵庆华,等. 患者安全事件中护士作为第二受害者的经历与支持现状[J]. 中华护理杂志,2020,55(6):894-899.
- [5] HIRSCHINGER L E, SCOTT S D, HAHN-COVER K. Clinician support:five years of lessons learned[J]. Patient Safety Qual Healthcare,2015,12(2):26-31.
- [6] SCOTT S D,HIRSCHINGER L E,COX K R. Sharing the load. Rescuing the healer after trauma[J]. RN,2008,71(12):38-43.
- [7] SCOTT S D,HIRSCHINGER L E,COX K R, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events[J]. Qual Saf Health Care,2009,18(5):325-330.
- [8] 潘世华,孙慧敏,陈贵儒,等. 医疗不良事件中第二受害者复苏路径的研究现状[J]. 中国护理管理,2020,20(4):558-563.
- [9] SCOTT S D,MCCOIG M. Care at the point of impact-Insights into the second victim experience[J]. J Healthc Risk Manag,2016,35(4):6-13.
- [10] MERANDI J,LIAO N,LEWE D,et al. Deployment of a second victim peer support program: a replication study[J]. Pediatr Qual Saf,2017,2(4):e031.
- [11] MCDANIEL L R,MORRIS C. The second victim phenomenon: how are midwives affected [J]. J Midwifery Womens Health,2020,65(4):503-511.
- [12] SCOTT S D,HIRSCHINGER L E,COX K R, et al. Caring for our own:deploying a system-wide second victim rapid response team[J]. Jt Comm J Qual Patient Saf,2010,36(5):233-240.
- [13] 郑双江,徐玲,肖明朝. 我国患者安全推进举措与思考[J]. 中国医院,2020,24(5):26-28.
- [14] 廖婧延,孙昌朋,王静,等. 深圳市 4 所医院医务人员患者安全文化现状及影响因素分析[J]. 重庆医学,2017,46(13):1801-1803,1806.
- [15] PRATT S,KENNEY L,SCOTT S D,et al. How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations [J]. Jt Comm J Qual Patient Saf,2012,38(5):235-240.

(收稿日期:2020-09-11 修回日期:2021-02-16)