

医疗不良事件中第二受害者研究现状与思考

陈蓉, 杨梦娇, 蔡邱嫦, 王亚莉

Advances and implications of the second victim in medical adverse events Chen Rong, Yang Mengjiao, Cai Qiuchang, Wang Yali

摘要: 阐述了医疗不良事件中第二受害者的定义, 对第二受害者的认知过程, 不良事件对第二受害者的影响, 第二受害者相关评估工具及支持体系, 并对我国发展构建第二受害者的支持体系提出建议。

关键词: 医疗不良事件; 第二受害者; 支持体系; 综述文献

中图分类号: R471 文献标识码: A DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.02.102

医疗不良事件的高发生率严重威胁患者的安全^[1]。据 WHO 2018 年数据显示, 在全球每年 4.21 亿住院人次中估计会发生 4 270 万次医疗不良事件, 其造成的患者伤害所产生的经济负担占全球疾病负担的第 14 位, 与结核病、疟疾等疾病负担相当^[2]。不良事件不仅给患者及家属造成伤害和痛苦, 同时也会对涉及不良事件的医护人员带来身体和心理的负面影响。Wu^[3]把受不良事件伤害的患者及其家属称为第一受害者, 而不幸卷入不良事件并且经历与该事件相关的心理和情感创伤的医务人员称为第二受害者(Second Victim)。目前医疗机构在不良事件的处理过程中主要重视不良事件的报告制度、满足患者的要求、对责任人的追责, 对第二受害者往往采取沉默、孤立、放弃和惩罚性的态度, 缺乏有效的支持体系, 严重影响第二受害者的个人和职业生活^[4]。目前国内对第二受害者的认识还不足, 本文就第二受害者的定义、国外研究现状、第二受害者支持体系进行综述, 以期国内医院管理者和政策制定者构建第二受害者支持体系提供参考。

1 第二受害者的定义

第二受害者最早由 Wu^[3]提出。医生、护士、药剂师、麻醉师、医学实习生等均是第二受害者的高危人群^[4-5]。2017 年 Wu 等^[6]指出: 目前这一术语的使用仍存在争议, 患者方面认为造成不良事件的医务人员更像肇事者而非受害者, 医务人员方面则认为第二受害者意味着被动和无助, 会对整个医疗卫生行业带来不利影响; 有研究者质疑第二受害者的准确性, 并提出其他不同的术语, 如“继发性创伤”、“受伤的护理人员”、“受伤的治疗人员”, 但迄今为止缺乏具有明确证据并广泛使用的新术语取代第二受害者; Wu 认为第二受害者承认医务人员的创伤和痛苦, 有助于提高医务人员、卫生管理者、政策制定者对第二受害者问题的认识并采取支持行动。最早提出第二受害者这一术语时, 只是对不良事件中医务人员受到伤害的现象进行描述, 并未赋予第二受害者准确的定义, 且第二受害者范围较窄, 仅仅包括医护人员, 不利于第二受害者概念的界定。目前国外学者普遍接受和引用

的是 Scott 等^[7]提出的定义: 第二受害者指在意外的不良事件(医疗差错或患者相关损伤)中受到身心伤害的医疗服务提供者。其在 Wu^[3]的基础上扩大了第二受害者的潜在范围, 不仅包括医护人员还包括医疗机构中一切参与患者服务的其他人员, 更有利于发现和识别第二受害者。Scott 等^[7]指出, 在复杂的医疗环境、不完善的诊疗规范和沟通模式的大背景下, 即使是经验丰富、认真负责的医务人员都有可能出现医疗不良事件, 道义上的责任感使他们普遍认为对不良事件或多或少负有责任, 从而怀疑自己的专业能力和临床判断, 陷入强烈的情绪困扰和职业窘迫^[7]。

2 第二受害者国外研究现状

2.1 第二受害者的认知过程 第二受害者现象追溯到公元前 1792~1750 年, 汉谟拉比法典中就曾有过对造成医疗事故的外科医生进行断肢惩罚的描述^[5]。Hilfiker^[8]于 1984 年对涉及医疗差错的医务人员长期严重的心理伤害进行了详细报道, 他指出医疗行业需要改变传统的惩罚文化, 构建安全的支持体系满足医务人员的需求。2000 年 Wu^[3]目睹同事的遭遇后提出“第二受害者”一词, 经过近 20 年的发展, 美国、加拿大、日本、瑞士、法国相继出现关于第二受害者的研究^[7,9]。为提高医疗机构对第二受害者的认识, 各官方机构纷纷呼吁对第二受害者提供支持计划: 美国医疗保健改善研究所(The Institute for Healthcare Improvement, IHI)发布关于医疗不良事件管理的白皮书, 倡导为第二受害者提供支持帮助^[10]; 美国医疗安全协会(Institute for Safe Medication Practices, ISMP)敦促医疗机构制定危机管理计划为第二受害者提供正式的机构支持^[11]。据报道美国大多数医院管理者已经意识到第二受害者的身心创伤, 医务人员也对第二受害者支持系统有强烈的需求^[12]。

2.2 医疗不良事件对第二受害者的影响 医疗不良事件发生后第二受害者出现震惊、惊慌失措、怀疑、害怕、羞耻和内疚、睡眠障碍、抑郁甚至自杀等负面情绪和行为, 可持续数月甚至数年^[4,12-14]。Waterman 等^[15]对美国和加拿大 3 171 名医务人员调查显示, 美国和加拿大分别约有 30% 和 43% 的医务人员在经历不良事件后出现负面情绪反应, 包括对未来的错误更加焦虑(61%)、丧失信心(44%)、睡眠困难(42%), 工作满意度下降(42%)、担心名誉受损(13%)。

外界的质疑和内心的自责使第二受害者怀疑自

作者单位: 川北医学院附属医院胸外 ICU(四川 南充, 637000)

陈蓉: 女, 硕士在读, 护师

通信作者: 王亚莉, 1282608494@qq.com

收稿: 2018-08-12; 修回: 2018-09-24

己的专业能力和临床判断而产生职业倦怠,而职业倦怠使医疗护理质量下降、患者满意度降低、医疗差错事故增多,医疗机构的诉讼赔偿增多。此外,恶意的法律诉讼迫使医务人员采用防御性医疗策略^[5,12-13,16-17],如 20%~30% 的 CT、X 线、超声波检查只是医生的免责手段,但这些过度检查可增加医疗成本,造成医患关系紧张^[5]。孙少星等^[18]研究表明,超负荷的工作量加上日益紧张的医患关系,造成医务人员情绪耗竭和情感疏远,产生职业倦怠,降低工作满意度,增加离职倾向。意大利研究者对 33 名第二受害者进行半结构化访谈发现,高达 88% 的受访者有侵入性记忆,42% 的受访者提到重返工作时感到焦虑,27% 的受访者表示考虑过更换工作^[19]。

2.3 第二受害者经历和支持评估量表 Burlison 等^[20]通过文献检索、小组讨论、问卷调查等方法制定第二受害者经历和支持评估量表(Second Victim Experience and Support Tool, SVEST)。该量表分成 2 个部分,第一部分包括 7 个维度,2 个结果变量和 29 个条目,主要评估第二受害者负面影响的程度和能获得支持资源的程度。7 个维度分别是心理压力、身体压力、同事支持、主管支持、机构支持、非工作相关支持和职业自我效能;2 个结果变量是离职意向和缺勤;29 个条目以 Likert 5 级评分,非常不同意到非常同意分别计 1~5 分,分数越高表明第二受害者的负面反应越重,支持资源越不充分,缺勤和离职的可能性越大。第二部分是第二受害者希望得到的支持方式,包括 7 个条目,以 Likert 5 级评分,强烈不想要到强烈渴望分别计 1~5 分,该部分主要计算需要的支持项目(4 或 5 分)和不需要的支持项目(1 或 2 分)的百分比。该量表具有良好的信度,各维度 Cronbach's α 系数为 0.61~0.89,适用于医疗机构评估和跟踪第二受害者的心理反应和现有支持资源的质量,以及对现有的组织支持资源进行改进。

Kim 等^[21]和 Brunelli 等^[22]对 SVEST 进行正向翻译、回译和跨文化调适,并分别对 305 名和 452 名护士进行测试,形成韩文版和阿根廷版 SVEST,其中韩文版内部一致性 Cronbach's α 系数为 0.59~0.87,重测信度为 0.71, I-CVI 和 S-CVI 均为 0.95,验证性因子分析结果为 $\chi^2 = 578.21$, $df = 303$, $CFI = 0.92$, $TLI = 0.90$, $REMEA = 0.05$;阿根廷版内部一致性 Cronbach's α 系数为 0.805。2 个版本的量表均具有可接受的信效度。但值得注意的是,无论哪个版本的量表,均处于探索性测试阶段,均不是成熟的第二受害者测评工具,其普适性还需进一步验证。

2.4 第二受害者的支持体系 医疗不良事件发生后,医务人员既需要即刻支持也需要有计划的长期指导。对第二受害者的支持可以分个人支持和组织支持^[23-25]。个人层面的支持包括家庭成员、朋友、同事、医院管理者、治疗师、心理医生等,发生不良事件后同事和管理者的即刻支持尤为重要,但由于担心外界的偏见和歧视,第二受害者更愿意选择关系亲密的家庭

成员、朋友和同事的支持^[17]。不良事件发生后无论医务人员是否存在过错,医疗机构都有责任和义务帮助自己的员工渡过难关。美国联合委员会(The Joint Commission)和国家质量论坛(National Quality Forum)倡导医疗机构建立组织支持帮助第二受害者从创伤中弹性恢复^[26]。一些支持项目已经用于第二受害者的康复支持,如约翰霍普金斯医院建立 RISE 的支持项目^[27],成立由患者安全主任、风险经理、内科教员、患者安全研究员、护士管理者、牧师组成的领导团队,招募 42 名同行支持的志愿者参与 8 次定期快速反应培训,包括反思性倾听、评估、优先次序、干预和处置,每月举行同伴支持反馈会议,以讲课、讲故事、角色扮演、小组讨论等方式呈现,设立电话热线要求在 30 min 内回电,并在 12 h 内指定会面计划进行当面访谈。西班牙由 15 名临床和学术领域的患者安全专家基于文献回顾设立“减轻第二受害者影响”(Mitigating Impact in Second Victims, MISE)的在线课程^[14],提供患者安全相关概念的基本信息和第二受害者的相关知识,设计一套第二受害者预防性干预方案(包括家庭和同事如何帮助第二受害者以及如何应对第二受害者经历),并由 266 名一线医护人员对网站信息的有效性和充分性进行评估,结果显示使用 MISE 的用户在患者安全术语、不良事件的流行、第二受害者支持模型和严重不良事件后的建议行动等方面的知识提高。这些支持项目承认医疗不良事件对第二受害者的危害,注重在一个保密而且公正的环境里为第二受害者提供支持服务。虽然这些机构的支持项目在在一定程度上取得了令人欣慰的进展,然而有限的支持项目对庞大的第二受害者潜在需求显得杯水车薪。White 等^[28]对美国医疗风险管理协会(American Society for Healthcare Risk Management, ASHRM)575 名成员的调查显示,不到一半的受访者机构向第二受害者提供诉讼支持,14.4% 的机构向第二受害者提供情感支持手册或指南。Joesten 等^[29]调查发现,只有 10%~30% 的受访者表示医疗机构提供干预服务,而 30%~60% 的受访者表示没有有效的支持项目。雇员援助计划(Employee Assistance Program, EAP)是医疗机构最常见的支持方式,在有的医院 EAP 甚至是唯一可用的支持服务,但 EAP 存在功能单一、感知力低的缺点^[28]。近年来灵性支持开始受到重视,主要以寻求精神支柱和宗教信仰作为核心手段,是另一种行之有效的应对策略^[30]。

2.5 实施组织支持的障碍 组织支持虽然得到初步发展,但针对第二受害者的组织支持项目仍然屈指可数,并不是每个第二受害者都能从组织支持中受益。通过相关文献^[6,10,15,30-31]分析组织支持的实施障碍包括以下:①资源和资金短缺;②医疗机构缺乏获得支持资源和基础设施的能力;③不良事件调查体系不完善,调查过程不透明导致医务人员对支持体系不信任;④传统的“羞耻文化”和“惩罚文化”,使第二受害者对医疗差错事故感到羞耻,害怕受到惩罚,更重视非正式的个人层面支持而非正式的组织支持;⑤担心

支持环境的保密性以及获得组织支持后被永久性地记录;⑥担心受到同事的负面评价;⑦临床工作繁忙,难以抽出时间接受支持;⑧安全文化尚未普及,医务人员对情感支持的认识存在误区,没有意识到情感支持的目的独立于传统的惩罚行为;⑨缺乏同伴支持的志愿者;⑩医务人员对第二受害者身心创伤的危害及组织支持的目的认识不足;对不良事件的责任感,认为自己造成的后果必须自己负责。

3 对我国发展构建第二受害者支持体系的思考

“是人都会犯错”,医疗不良事件的发生在所难免,我国发展构建第二受害者支持体系应聚焦于:①加强第二受害者相关知识的教育、培训、研究,将第二受害者意识教育纳入医学教育体系和医学继续教育,提高医院管理者和医疗服务提供者对第二受害者相关影响和寻求组织支持重要性的认识,加强对医学生第二受害者知识的普及,形成医学共识。②加大行政机构对医疗不良事件中第二受害者的支持力度,站在第二受害者本身的角度公正地评估第二受害者,保障其应有的公正、尊重、理解、同情、支持、参与的权利^[31]。③加大资金和资源投入,使医院管理者意识到提供资金支持是一种保护人力资源和加强安全文化的重要战略,建立多学科合作的支持体系,重视同伴支持,为第二受害者提供有效的帮助。④加强从传统的“惩罚文化”、“羞耻文化”向“公正文化”和“安全文化”的理念转变,医院领导建立一个开放的非惩罚的组织文化^[32-33]。⑤平衡问责机制与现有的制度缺陷,增加不良事件调查的透明度,对不良事件进行根因分析和经验学习,并完善各级诊疗服务早期预警系统。

4 小结

目前,我国医院管理者和政策制定者对第二受害者问题并未引起重视,应改变传统的片面惩罚和追责行为,着力构建适合我国国情和文化的第二受害者有效支持体系,在不良事件中总结升华,防范于未然。

参考文献:

- [1] 余丽娜,钱新毅,盛静,等.医疗安全不良事件告知患者/家属的研究进展[J].护理学杂志,2017,32(21):103-107.
- [2] 世界卫生组织.关于患者安全的10个事实[EB/OL]. [2018-03-09]. <http://www.who.int/zh/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>.
- [3] Wu A W. Medical error: the second victim, the doctor who makes the mistake needs help too[J]. BMJ, 2000, 320(7237):726-727.
- [4] Grissinger M. Too many abandon the "second victims" of medical errors[J]. Pharm Ther, 2014, 39(9):591-92.
- [5] Pellino I M, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service[J]. Updates Surg, 2015, 67(4):331-337.
- [6] Wu A W, Shapiro J, Harrison R, et al. The impact of adverse events on clinicians: what's in a name? [J]. J Patient saf, 2017. doi:10.1097/PTS.0000000000000256.
- [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] Hilfiker D. Facing our mistakes[J]. N Engl J Med, 1984, 3(10):118-122.
- [9] Scott S D, Hirschinger L E, Cox K R, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team[J]. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2010, 36(5):233-240.
- [10] The Institute for Healthcare Improvement. Respectful management of serious clinical adverse events[EB/OL]. [2017-01-11]. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx>.
- [11] Institute for Safe Medication Practices. The 15th Annual ISMP Cheers Awards: meet this year's true gems in medication safety [EB/OL]. [2012-12-13]. <https://www.ismp.org/resources/15th-annual-ismp-cheers-awards-meet-years-true-gems-medication-safety>.
- [12] Seys D, Wu A W, Van Gerven E, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review[J]. Eval Health Prof, 2013, 36(2):135-162.
- [13] Marmon L M, Heiss K. Improving surgeon wellness: the second victim syndrome and quality of care[J]. Semin Pediatr Surg, 2015, 24(6):315-318.
- [14] Mira J J, Carrillo I, Mercedes G, et al. The second victim phenomenon after a clinical error: the design and evaluation of a website to reduce caregivers' emotional responses after a clinical error[J]. J Med Internet Res, 2017, 19(6):e203.
- [15] Waterman A D, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada[J]. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2007, 33(8):467-476.
- [16] Merandi J, Liao N, Lewé D, et al. Deployment of a second victim peer support program: a replication study [J]. Pediatr Qual Saf, 2017, 2(4):e031.
- [17] Seys D, Scott S D, Wu A W, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review[J]. Int J Nurs Stud, 2013, 50(5):678-687.
- [18] 孙少星,王立成,王家富,等.医务人员职业倦怠对工作满意度及离职倾向的影响[J].中国医院管理,2014,34(11):34-36.
- [19] Rinaldi C, Leigh F, Vanhaecht K, et al. Becoming a "second victim" in health care: pathway of recovery after adverse event[J]. Rev Calid Asist, 2016, Suppl(2):11-19.
- [20] Burlison J D, Scott S D, Browne E K, et al. The Second Victim Experience and Support Tool: validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources[J]. J Patient Saf, 2017, 13(2):93-102.
- [21] Kim E M, Kim S A, Lee J R, et al. Psychometric properties of Korean Version of the Second Victim Experience and Support Tool (K-SVEST) [J]. J Patient Saf, 2018. doi:10.1097/PTS.0000000000000466.
- [22] Brunelli M V, Estrada S, Celano C. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a Second Victim