

浅谈风险管理在精神科护理管理中的应用

杨龙¹ 马红²

1. 宁夏社会福利院（宁夏民政厅民康医院） 宁夏 银川 750011

2. 宁夏工人疗养院（工人医院） 宁夏 银川 750011

摘要：本文探讨风险管理在精神科护理管理中的应用价值与实践路径。通过分析精神科护理中患者行为不可控、护理操作高风险等特殊特性，提出风险识别、评估、预防及持续改进的系统化管理策略。研究强调多学科协作、护理人员培训及智能化技术应用的重要性，旨在降低不良事件发生率，提升护理质量与患者安全，为精神科护理风险管理提供理论参考与实践指导。

关键词：风险管理；精神科护理；风险因素；护理管理；患者安全

引言：精神科患者因疾病特殊性（如认知障碍、情绪失控、行为冲动等）导致护理风险显著高于普通科室。护理不良事件（如患者自伤、攻击他人、用药错误等）不仅威胁患者安全，还可能引发医疗纠纷。风险管理通过系统化识别、评估与控制风险因素，已成为提升精神科护理质量的核心策略。本文结合临床实践，探讨风险管理在精神科护理管理中的应用路径与效果评估方法。

1 风险管理在精神科护理管理中的重要性

1.1 保障患者安全

精神科患者因疾病导致的认知、情感及行为障碍，使其面临自杀、自伤、伤人等高风险。风险管理通过系统性环境管控与行为干预，为患者安全筑牢防线。第一，优化病房物理环境，如安装防撞软包、安全门窗，移除锐器等危险物品，从源头减少自伤可能性；第二，制定个性化行为干预方案，对高风险患者实施24小时监护，并定期开展心理疏导，缓解其负面情绪与冲动行为。多项研究显示，实施风险管理后，精神科患者意外事件发生率可降低30%-50%，显著提升患者生存质量。

1.2 提升护理质量

规范化风险管理流程是精神科护理质量提升的核心保障。通过标准化风险评估工具（如暴力风险评估量表、自杀风险评估表），护理人员可动态识别患者风险等级，并制定分级护理计划，确保资源合理分配。同时完善应急预案体系，涵盖患者突发攻击、自伤等场景，定期组织模拟演练，提升护理人员应急处理能力^[1]。另外双人核对制度、操作流程标准化等措施可有效减少护理失误，如用药错误、约束具使用不当等。规范化管理不仅提升护理服务的专业性，更增强患者对护理团队的信任感，形成良性循环。

1.3 降低医疗纠纷风险

医疗纠纷是精神科护理管理的重大挑战，而风险管理通过风险预防与不良事件追溯机制，可显著降低纠纷发生率。第一，强化风险预警，通过多维度评估（如患者病史、症状波动、家属反馈）提前识别潜在风险，采取预防性措施；第二，建立不良事件上报与分析制度，对已发生事件进行根因分析，明确责任归属并落实整改。通过透明化的管理流程与持续改进机制，减少因护理疏漏导致的纠纷，维护医患关系和谐，同时提升医院社会声誉。

2 精神科护理管理中常见风险因素

2.1 患者因素

精神科患者的疾病特征与认知行为异常是护理风险的核心来源。（1）疾病特征：不同精神障碍类型对应的风险行为差异显著。例如，精神分裂症患者因幻觉、妄想支配，易对他人产生攻击性或自伤倾向；躁狂症患者因情绪高涨、活动增多，可能因冲动行为破坏环境或伤害他人；而抑郁症患者则长期处于情绪低落状态，自杀风险显著高于普通人群。据统计，抑郁症患者自杀未遂率约为普通人群的20倍，且约15%的抑郁症患者最终死于自杀。此外，双相情感障碍患者在躁狂与抑郁交替发作期间，行为风险亦呈现动态变化，需持续监测。（2）认知与行为：患者因疾病导致的认知障碍与行为失控，进一步加剧护理难度。例如患者可能因被害妄想拒绝服药或治疗，甚至对医护人员产生敌意；部分患者因意志减退、生活懒散，无法配合基础护理（如进食、洗漱），导致营养不良或皮肤感染。此外，冲动性行为（如突然冲向窗户、抢夺锐器）常发生于病情波动期，需护理人员高度警惕。

2.2 护理操作因素

护理操作不规范是引发不良事件的直接原因。（1）

约束具使用不当：约束具是精神科护理中控制患者攻击性行为的必要工具，但使用不当可能造成严重后果。例如，约束时间过长（超过2小时）可导致患者肢体血液循环障碍、皮肤压疮，甚至引发深静脉血栓；约束方式错误（如捆绑过紧）可能损伤神经或肌肉^[2]。此外未及时评估患者状态而盲目解除约束，亦可能增加患者再次发生危险行为的风险。（2）药物管理失误：抗精神病药物是精神科治疗的核心手段，但剂量错误或漏服可能引发严重后果。例如，氯氮平过量可能导致粒细胞缺乏症，利培酮剂量不足则可能无法控制幻觉妄想。另外患者藏药、吐药行为（因药物副作用或认知障碍）亦需护理人员通过观察服药过程、检查口腔等方式防范。

2.3 环境与设施因素

病房环境与设施的安全性直接影响患者安全。（1）物理环境：病房设计缺陷是自伤风险的隐患。例如，门窗未安装防护栏或玻璃易碎，患者可能通过撞窗、跳楼等方式自杀；锐器（如剪刀、针头）管理不当，患者可能用于自伤或攻击他人。此外，病房照明不足、地面湿滑亦可能增加患者跌倒风险。（2）设施老化：监控设备与报警系统故障可能延误应急响应。例如，摄像头死角导致患者危险行为未被及时发现，报警按钮失灵使患者无法及时求助。此外，呼叫系统音量过低或位置隐蔽，亦可能影响患者与护理人员的沟通效率。

2.4 人员因素

护理人员专业能力与沟通技巧的不足是风险管理的薄弱环节。（1）风险意识不足：部分护理人员对暴力风险评估工具（如BVC量表）掌握不熟练，导致高风险患者未被及时识别；应急处理能力欠缺（如面对患者攻击时不知所措），可能加剧事态恶化。此外对新入职护士的带教不足，亦可能导致其风险防范意识薄弱。（2）沟通障碍：患者因疾病导致表达不清（如思维散漫、言语混乱），护理人员若缺乏倾听技巧或专业知识，可能误解患者需求，导致护理措施不到位。例如，患者反复提及“头痛”，若护理人员未进一步询问其症状细节，可能遗漏药物副作用或躯体疾病线索。

3 风险管理在精神科护理管理中的实施策略

3.1 风险识别与评估

（1）工具应用：采用标准化评估量表提升风险识别准确性。例如，《暴力风险评估量表》（BVC）通过评估患者冲动性、言语威胁、攻击史等6项指标，快速判断暴力风险等级；《自杀风险评估表》则结合患者抑郁程度、自杀计划、社会支持等因素，量化自杀风险。评估需贯穿患者住院全程，每日更新风险等级，尤其在病情

波动期（如药物调整后、家属探视后）加密评估频次。

（2）分级管理：根据风险等级实施差异化护理。例如，对高风险患者（BVC评分 ≥ 3 分或自杀风险评估为“极高”）实行24小时监护，病房内设置独立观察窗，护理人员每15分钟巡视一次；中风险患者限制活动范围，安排专人定时陪护；低风险患者允许在护士站可视范围内活动，但需每日进行安全宣教。分级管理可集中资源保障高危患者安全，同时避免过度限制低危患者自由。

3.2 风险预防与控制

（1）环境优化：病房设计需兼顾安全与人性化。例如，墙面安装防撞软包，门窗采用钢化玻璃并加装限位器（开启角度 $\leq 15^\circ$ ），卫生间内壁无锐角并配备紧急呼叫按钮；设立危险物品存放专柜，由双人双锁管理锐器、绳索、玻璃制品等，每日交接班时清点数量。此外，病房走廊设置安全标识（如“小心地滑”“禁止奔跑”），并通过暖色调灯光与绿植缓解患者焦虑情绪。

（2）操作规范：制定标准化流程减少人为失误^[3]。例如，《约束具使用指南》明确约束指征（如患者存在自伤或攻击他人倾向）、约束方式（优先选择四肢约束带，避免颈部或胸部约束）及解除条件（患者情绪平稳且无危险行为）；《药物双人核对制度》要求两名护士通过“患者姓名-药名-剂量-时间”四步核对，并采用电子扫码系统防止漏服或错服。操作规范需通过定期考核与暗访督查确保落实。

3.3 人员培训与能力提升

（1）专项培训：开展分层级培训强化风险应对能力。例如，新入职护士需完成风险评估工具使用、约束具操作等基础培训；高年资护士参与应急预案演练（如模拟患者持刀攻击场景），提升团队协作与危机处理能力；护士长学习质量改进工具（如PDCA循环），推动风险管理持续优化。（2）心理支持：通过减压辅导降低职业倦怠。例如，定期组织团体心理辅导，运用正念疗法、情绪释放训练缓解护理人员压力；设立“树洞信箱”鼓励匿名倾诉，由心理咨询师提供个性化干预；优化排班制度，避免连续高强度工作。

3.4 多学科协作与家属参与

构建“医护-心理-社工-家属”协作网络，形成风险防控合力。（1）团队协作：联合医生调整治疗方案（如高风险患者增加抗冲动药物剂量），心理治疗师开展认知行为疗法改善患者情绪，社工协助解决患者经济或家庭矛盾。例如，对存在自杀倾向的患者，团队每日召开案例讨论会，制定“药物+心理+环境”综合干预方案。（2）家属教育：通过健康讲座、模拟演练提升家属照护

能力。例如，指导家属识别患者危险信号（如突然整理物品、交代后事），教授非暴力沟通技巧（如倾听患者感受、避免指责）；建立家属微信群，实时共享患者病情变化，并鼓励家属参与病房安全巡查。

4 风险管理效果评估与改进

4.1 评估指标

科学评估是风险管理持续优化的依据。（1）量化指标：第一，不良事件发生率：统计自杀未遂、攻击他人、跌倒、噎食等事件例数，计算每千住院日发生率。例如，实施风险管理后，若不良事件发生率从3.2‰降至1.5‰，则表明风险控制有效。第二，约束具使用率：监测约束具使用时长与频次，评估替代措施（如心理干预、药物调整）的效果。理想状态下，约束具使用率应逐步下降，同时患者攻击行为未显著增加。第三，患者跌倒率：通过Morse跌倒风险评估量表筛选高危患者，比较干预前后跌倒例数。若跌倒率从8%降至4%，则说明环境改造与防跌倒措施有效。（2）质性指标：第一，患者及家属满意度：采用Likert 5级量表（1 = 非常不满意，5 = 非常满意）调查护理服务体验，重点关注安全感知、沟通质量等维度。满意度提升反映风险管理的人文关怀成效。第二，护理人员风险意识评分：通过情景模拟测试（如呈现患者攻击性行为视频，要求评估风险等级）与知识问卷，量化护理人员风险识别与应对能力。评分提高表明培训与考核机制有效。

4.2 持续改进机制

通过PDCA循环与案例复盘，实现风险管理动态优化。（1）PDCA循环：第一，计划（Plan）：根据评估结果制定改进目标（如3个月内将不良事件发生率降低20%），明确责任人与时间节点。第二，执行（Do）：落实改进措施，如增设防滑标识、开展家属沟通技巧培训。第三，检查（Check）：对比改进前后数据，验证措施有效性^[4]。第四，处理（Act）：固化成功经验（如将

约束具使用流程纳入SOP），针对未达标问题启动新一轮PDCA循环。（2）案例复盘，每月召开不良事件分析会，运用“5Why法”追溯根本原因。例如，若患者因藏药导致病情复发，需分析发药流程、服药监督、患者教育等环节漏洞，制定整改方案（如增加服药后口腔检查）。

4.3 智能化技术应用

借助科技手段提升风险管理的精准性与效率。（1）AI预警系统：第一，行为监测摄像头：通过计算机视觉技术识别患者异常行为（如徘徊、攀爬），自动触发警报并通知护理人员。第二，可穿戴设备：监测患者心率、步态等生理指标，结合机器学习算法预测暴力或自伤风险。例如，心率骤升、步态紊乱可能提示攻击性行为即将发生。（2）电子护理记录：集成风险评估数据（如BVC评分、自杀风险等级），支持多角色实时共享与趋势分析。通过移动端推送高风险患者预警信息，确保护理人员第一时间响应。

结语

风险管理是精神科护理质量提升的核心保障。通过系统化识别风险因素、制定针对性干预措施、建立动态评估与改进机制，可显著降低不良事件发生率，保障患者安全。未来需进一步探索智能化技术在风险管理中的应用，同时加强护理人员专业能力与人文关怀，推动精神科护理向精细化、科学化方向发展。

参考文献

- [1]王辉.优质护理服务在精神科护理管理工作中的应用价值[J].中国医药指南,2022,20(32):183-186.
- [2]陈红方,栗雪琪,王涌.精神科住院患者护理风险评估指标体系的构建[J].中国护理管理,2023,23(1):63-68.
- [3]苏丽红,于莉,周正春.早期预警管理在精神科护理管理中的效果评价[J].中国卫生产业,2023,20(11):93-96.
- [4]陈彦.护理风险管理在急诊科护理管理中的应用价值[J].中国农村卫生,2021,13(20):20-21.