

PHÂN TÍCH BIẾN CỐ Y KHOA QUAN TRỌNG (Significant Event Analysis-SEA)

Nguyễn Thị Bích Duyên

Võ Thành Liêm

1. Mục tiêu

- Trình bày được tên 4 nhóm nguyên nhân gây biến cố y khoa thường gặp
- Trình bày được tên 7 bước đánh giá một biến cố

2. Tình huống ví dụ

2.1. Tình huống 1:

Bệnh nhân 26 tuổi đến khám vì ho đàm và sốt từ 2 ngày nay. BN được chẩn đoán viêm phế quản cấp và được chỉ định sử dụng kháng sinh amoxiciline uống trong 5 ngày. Sau khi uống thuốc được 1 lần, bệnh nhân quay lại tái khám với than phiền xuất hiện ngứa toàn thân và khó thở sau dùng thuốc. Bác sĩ khai thác kỹ lại tiền căn thì phát hiện bệnh nhân có dị ứng với ampiciline đường chích trong một lần nhập viện trong quá khứ.

Câu hỏi: tại sao biến cố như vậy lại xảy ra? Cách thức phòng tránh như thế nào trong tương lai?

2.2. Tình huống 2:

Theo yêu cầu của nhà nước, các phòng khám cần thực hiện ghi chép và quản lý bệnh án đối với bệnh nhân theo dõi bệnh mãn tính. Qua 2 năm thực hiện, số bệnh án giấy ngày càng nhiều nên một số hồ sơ cũ được chuyển vào kho lưu trữ. Một bệnh nhân bị đái tháo đường đang điều trị với insulin, tái khám thường xuyên mỗi tháng. Lần này bệnh nhân đến tái khám tại phòng khám. Tuy vậy, nhân viên tiếp nhận bệnh không thể tìm được hồ sơ bệnh nhân tại tủ bệnh án. Do phải đợi chờ lâu, bệnh nhân phật lòng và có nhiều lời qua lại với nhân viên tiếp nhận, gây ồn ào tại phòng chờ.

Câu hỏi: tại sao biến cố như vậy lại xảy ra? Cách thức phòng tránh như thế nào trong tương lai?

3. Tổng quan

Biến cố không mong muốn, bao gồm tai biến, sai sót là điều khó tránh khỏi trong thực hành y khoa. Luôn luôn có một nguy cơ nhất định xảy ra kết quả không mong muốn mỗi khi tiến hành một can thiệp trên người bệnh. Do vậy, bác sĩ gia đình cần nắm rõ tất cả các nguy cơ có thể có của điều trị cũng như cách thức phòng tránh phù hợp.

Các yếu tố nguy cơ gây biến cố không mong muốn không thể loại trừ hoàn toàn nhưng chúng ta có thể giảm thiểu bằng cách thực hành tốt việc xác định, phân tích, can thiệp và lượng giá các biến cố đã có. Phân tích biến cố quan trọng (SEA - Significant Event Analysis) là phương pháp đánh giá định tính tương đối mới về tai biến thiếu sót dựa trên thông tin ghi nhận lâm sàng. Các thông tin này chủ yếu là dữ

kiện cá nhân được thu thập một cách có hệ thống. Các dữ kiện được ghi nhận và đánh giá bởi ê kíp làm việc.

Việc đánh giá biến cố được thực hiện vì mục đích hướng thành viên hoặc cả nhóm làm việc đến môi trường chất lượng và an toàn trong chăm sóc bệnh nhân. Tiến trình này sẽ đạt được thông qua việc khuyến khích tự duy học hỏi tự hoàn thiện, hoặc thiết lập một qui trình nhằm hạn chế tái diễn vấn đề đã xuất hiện trong quá khứ, đã xác định nguyên nhân và có giải pháp can thiệp.

Mở rộng ra, nếu được thực hiện một cách hệ thống, phương pháp này cho phép cải thiện chất lượng qui trình làm việc, quản lý nguy cơ trong thực hành chuyên môn, nâng cao an toàn cho bệnh nhân, khuyến khích việc ghi nhận các tai biến y khoa như là cơ sở để phát triển và hoàn thiện. Ngày nay, việc phân tích biến cố quan trọng là một hoạt động cần thiết đối với người bác sĩ tổng quát – bác sĩ gia đình. Lý do là vì trong số các hoạt động chuyên môn Y học gia đình, việc quản lý phòng khám và quản lý bệnh nhân ngoại trú là những hoạt động thường xuyên và quan trọng.

4. Các nhóm biến cố quan trọng:

- Sai sót trong kê toa
- Không phản ứng phù hợp khi có kết quả điều trị không như mong muốn
- Không chẩn đoán chính xác
- Không chuyển khám, tham vấn hợp lý
- Không nhận định chính xác tình trạng cấp cứu
- Không đảm bảo tính bảo mật chuyên môn
- Không thực hiện giao tiếp tốt, ứng xử phù hợp

5. Các nguyên nhân gây biến cố y khoa quan trọng thường gặp

Phần lớn các biến cố quan trọng có nguồn gốc nhiều nguyên nhân phối hợp hơn là do một nguyên nhân cụ thể. Do vậy, để đánh giá đúng, qui trình SEA cần phải đánh giá “bức tranh tổng thể” của sự việc. Một số nhóm nguyên nhân gây biến cố y khoa thường gặp bao gồm:

- Thiếu thông tin
- Yếu tố về phía bệnh nhân
- Yếu tố về phía nhân viên y tế
- Qui trình làm việc không hoàn hảo

5.1. Thiếu thông tin

Thiếu thông tin quan trọng cần “nắm bắt” trong quá trình thăm khám bao gồm khám nghiệm, diễn giải kết quả, theo dõi, tiên lượng bệnh. Một vài ví dụ về việc thiếu hoặc không có thông tin quan trọng:

- Các bệnh lý đi kèm có thể gây chống chỉ định một can thiệp y khoa cụ thể. Ví dụ như tiền căn hen phế quản trên bệnh nhân vừa cho chỉ định thuốc ức chế beta.

- Không nắm rõ danh mục thuốc đang dùng hiện tại.
- Không có thông tin các thuốc đã dùng trước đó và tác dụng phụ đã có
- Không khai thác được tiền căn dị ứng thuốc.

5.2. Yếu tố về phía bệnh nhân

Bác sĩ thường không kiểm tra được sự toàn vẹn của thông tin cung cấp cho bệnh nhân, chẳng hạn trong những tình huống sau:

- Liệu bệnh nhân đã hiểu đúng về tầm quan trọng của điều trị?
- Liệu bệnh nhân đã hiểu về liều lượng, thời gian, ngày bắt đầu và kết thúc điều trị?
- Liệu bệnh nhân đã nắm được các tác dụng phụ có thể có của thuốc?

5.3. Yếu tố về phía nhân viên y tế

- Kỹ năng giao tiếp kém.
- Thiếu kiến thức và kỹ năng chuyên môn.
- Không nắm được giới hạn về khả năng của bản thân.

5.4. Quy trình làm việc không hoàn hảo

- Không có đào tạo và huấn luyện phù hợp.
- Không có sự giám sát đầy đủ.
- Không xác định rõ vai trò và trách nhiệm.
- Không có kiểm định và đánh giá nguy cơ.

6. 7 bước đánh giá một biến cố quan trọng

6.1. Bước 1: định danh biến cố

Xác định và ghi nhận biến cố được xem là quan trọng (tai biến, biến chứng, tác dụng phụ của thuốc). Biến cố này sẽ được phân tích, được nêu ra trong buổi họp chuyên biệt để các thành viên trong ê kíp cùng bàn bạc. Nên có một nhóm đặc trách thực hiện SEA và cuộc họp để giải quyết vấn đề SEA. Nên giao việc ghi nhận biến cố quan trọng vào sổ cho một thành viên cụ thể.

6.2. Bước 2: thu thập thông tin

Thu thập và tổng hợp các thông tin y học chứng cứ có liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến vấn đề được tìm thấy. Thông tin về y học chứng cứ có thể tìm thấy trong y văn, trong ý kiến đóng góp của chuyên gia. Ngoài ra, chúng ta cũng cần quan tâm đến thông tin, các ý kiến đóng góp của bệnh nhân, thân nhân và nhân viên y tế trong và ngoài đơn vị.

6.3. Bước 3: tổ chức họp trao đổi ý kiến

Tổ chức buổi họp thảo luận và phân tích các biến cố với sự tham gia của tất cả các thành viên của nhóm. Cuộc họp nên được tổ chức trong bầu không khí thoải mái,

thăng thắn, trung thực, không chỉ trích. Biên bản cuộc họp nên được làm nghiêm túc và chuyển đến tất cả các thành viên.

Các buổi họp này nên được tổ chức thường kỳ, có thể lồng ghép vào các buổi họp của nhóm trong tháng. Điều này cho phép tất cả các vấn đề đều được nêu ra, phân tích, thảo luận với sự hiện diện của đa số các thành viên, từ đó có điều kiện ghi nhận được ý kiến đóng góp của các thành viên. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng một số cuộc họp đã có những nội dung quan trọng khác, mọi người sẽ khó tập trung giải quyết vấn đề nảy sinh. Do vậy, cách hay nhất vẫn là tổ chức buổi họp riêng cho chính biến cố đang cần được giải quyết.

Người được lựa chọn trình bày vấn đề và điều hành buổi thảo luận cần phải nắm được hoạt động của nhóm và có được uy tín của mọi người. Thông thường, người có kiến thức nhiều nhất về vấn đề được bàn sẽ được chọn làm người điều phối. Điều này cho phép buổi thảo luận đi đúng hướng và đạt được kết quả tốt. Tuy nhiên, cũng chính người này có thể làm hạn chế tham gia của một số thành viên. Do vậy, người phụ trách nhóm cần nắm rõ các điểm này trong quá trình tổ chức buổi họp. Người trưởng nhóm sẽ mở đầu buổi họp trong không khí thoải mái, khuyến khích sự tham gia của các thành viên.

Đối với một số chủ đề khá chuyên sâu, chúng ta có thể giới hạn số thành viên tham gia cuộc họp. Ví dụ như đối với trường hợp chẩn đoán bệnh lý phức tạp, buổi họp có thể chỉ giới hạn đối với bác sĩ, các thành viên khác của nhóm như điều dưỡng-nhân viên hành chánh thường không liên đới đối với vấn đề này.

6.4. Bước 4: phân tích biến cố

Thực hiện phân tích vấn đề một cách có hệ thống. Buổi họp cần tập trung xác định vấn đề gì đã xảy ra? Tại sao vấn đề đó xảy ra? Và cách gì có thể hạn chế sự việc tương tự trong tương lai? Mục đích sau cùng của việc phân tích vấn đề là cải thiện chất lượng công việc. Hình thức tiếp cận nên dựa trên quan điểm học hỏi từ sai sót, hướng đến hoàn thiện cá nhân, công việc và qui trình của đơn vị khi cần thiết.

Phương pháp phân tích biến cố quan trọng nên được thực hiện một cách hệ thống, cần đào sâu vào nội dung thông qua việc đặt câu hỏi xung quanh 4 nội dung lớn như sau:

6.4.1. Điều gì đã xảy ra?

Các thông tin thu thập ở bước 1 là quan trọng để trả lời câu hỏi này. Chúng ta cần nêu ra tất cả các yếu tố có liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến vấn đề (bao gồm ngay giờ, con người và hệ thống có liên quan). Từ thông tin này, chúng ta thiết lập một bức tranh tổng thể của vấn đề đã xảy ra. Trong bức tranh này, chúng ta cũng nên đề cập đến các ý kiến đánh giá nhận xét của bản thân bệnh nhân, của ê kíp chăm sóc và những người khác nếu có.

Đôi khi câu trả lời không thể có ngay lập tức vì thiếu thông tin, thiếu ý kiến, thiếu thời gian... Do vậy, đôi khi người điều hành cần phải biết dừng đúng thời điểm và giúp nhóm hướng đến kết quả cụ thể.

6.4.2. Tại sao vấn đề này đã xảy ra?

Trong buổi họp, chúng ta cần thiết lập các giả thuyết xung quanh câu hỏi vì sao vấn đề này đã xảy ra. Cần xác định vấn đề này nằm trong nhóm vấn đề nào, do nguyên do tại đâu: thiếu tính chuyên nghiệp của hệ thống, thiếu kiến thức....

6.4.3. Chúng ta học được điều gì từ vấn đề này?

Điều quan trọng là nhấn mạnh cái gì có thể học được từ vấn đề này, từ kinh nghiệm này. Chúng ta cần tạo dựng môi trường học hỏi, suy nghĩ, cầu tiến cho mỗi thành viên và cả nhóm (có nghĩa là hệ thống qui trình). Ví dụ như việc chúng ta có thể tổ chức buổi rút kinh nghiệm về một trường hợp bệnh lý phức tạp khó chẩn đoán, hoặc việc phối hợp lồng ghép trong chăm sóc một bệnh nhân, hoặc cập nhật những thay đổi trong hồ sơ hành chính... Các kinh nghiệm này là thực tế, được hình thành trên cơ sở tình huống cụ thể có lồng ghép các yếu tố về bệnh nhân, đồng nghiệp, đơn vị.

6.4.4. Chúng ta phải hành động (thay đổi) như thế nào?

Với các vấn đề nảy sinh và các kinh nghiệm thu thập được qua các bước trên, chúng ta cần phải dự kiến, hoạch định kế hoạch cụ thể nhằm hướng đến giảm thiểu nguy cơ xuất hiện vấn đề đã ghi nhận hoặc kế hoạch can thiệp một khi vấn đề xảy ra, hoặc cả hai.

Cần xem xét lại qui trình hiện tại có cần hiệu chỉnh hoặc làm mới không, cần xem lại thành viên của nhóm có cần được huấn luyện bổ sung không. Một khi hành động được xác định, chúng ta cần phải đưa quyết định này thành hành động cụ thể chứ không chỉ dừng ở mức độ là một sự đồng thuận đơn thuần vào cuối cuộc họp. Các hành động cần phải xem xét nghiêm túc: danh sách hành động cần làm, cách thức thực hiện, cách thức theo dõi và lượng giá. Nếu được, cần phân công trách nhiệm cho thành viên cụ thể trong việc triển khai và báo cáo tiến trình thực hiện hành động can thiệp vào lần họp sau.

Thỉnh thoảng trong vài trường hợp cụ thể, giải pháp can thiệp không khả thi trong bối cảnh của đơn vị hoặc nằm ngoài tầm kiểm soát của đơn vị. Ví dụ như một tác dụng phụ của thuốc nằm ngoài khả năng can thiệp của nhóm, một nguy cơ lâm sàng mà tần suất xuất hiện quá thấp như dị ứng thuốc mà việc can thiệp không cần thiết,... Trong các trường hợp này, chúng ta cũng cần phải ghi nhận lại và trình bày lý do cụ thể tại sao không cần can thiệp.

6.5. Bước 5: đồng thuận – triển khai – theo dõi

Theo dõi tiến trình triển khai các hành động đã được thống nhất bởi nhóm, đơn vị. Ví dụ như trường hợp nhóm tiếp nhận bệnh đề xuất thay đổi mẫu biểu tiếp nhận bệnh. Kết quả thực hiện với mẫu biểu mới nên được báo cáo như là một trong những nội dung làm việc trong lần họp tới.

6.6. Bước 6: lập báo cáo

Soạn thảo một tài liệu đánh giá vấn đề một khi hành động can thiệp đã được thống nhất và triển khai. Các tài liệu, bằng chứng có liên quan đến tiến trình này cần được kẹp chung vào tài liệu để dễ dàng tham khảo trong tương lai. Bản báo cáo có thể được viết bởi thành viên được xem là có nhiều kinh nghiệm nhất trong lĩnh vực đó, người đã điều hành quá trình phân tích vấn đề (trường hợp đơn vị không nhất thiết là người điều hành nhóm thảo luận như đã trình bày ở bước 2, cũng không hẳn là người trực tiếp thực hiện việc thay đổi như đã trình bày ở bước 4).

Cấu trúc một tài liệu báo cáo được khuyến cáo bám sát các hành động theo một trình tự lý luận đã kể ở trên:

- Ngày xảy ra biến cố

- Ngày tổ chức họp
- Người điều hành
- Vấn đề gì đã xảy ra?
- Tại sao vấn đề đó đã xảy ra?
- Điều gì đã rút ra từ vấn đề?
- Cái gì có thể thay đổi được từ vấn đề này?

Điều quan trọng cần nhắc là các thông tin ghi nhận phải dựa trên cơ sở tổng hợp các ý kiến thảo luận của nhóm, được ghi nhận một cách chi tiết. Tránh trường hợp bản báo cáo được ghi quá sơ sài, không đủ thông tin khi cần tra cứu về sau. Chúng ta cũng không nên nêu tên riêng của người bệnh, của thành viên, của tổ chức liên đới trong bản báo cáo. Có như vậy, tài liệu này mới phục vụ mục đích cầu tiến trong công việc.

6.7. Bước 7: hệ thống hóa - chia sẻ

Tiếp tục ghi nhận các ý kiến đóng góp, phản hồi về kế hoạch can thiệp, về bản báo cáo ngay cả khi nó đã được hoàn thành. Theo các nghiên cứu trong y văn, 1/3 kết quả phân tích vấn đề không được đánh giá cao bởi ê kíp thực hiện. Đa phần nguyên nhân là do các thành viên chưa hiểu tầm quan trọng của vấn đề, chưa nắm hết nguyên nhân, hoặc chưa thực hiện tốt kế hoạch đã đề ra nhằm hạn chế tái diễn vấn đề trong tương lai.

Bản báo cáo có thể được gửi xin ý kiến của các đồng nghiệp, chuyên gia của các đơn vị khác. Ý kiến đóng góp sẽ góp phần làm sáng tỏ thêm vấn đề, cải thiện chất lượng công việc lượng giá và thực hiện của ê kíp và đơn vị.

Bằng cách thực hiện nghiêm túc các bước kể trên, chúng ta đang trong một quá trình tự hoàn thiện liên tục hướng đến sự chuyên nghiệp hóa trong lĩnh vực của chúng ta.

7. Tài liệu tham khảo

Royal College of General Practitioners, National Patient Safety Agency - NHS Quality Improvement Scotland, “Significant Event Audit Guidance for Primary Care Teams”.

Deleted: <#>Câu hỏi trắc nghiệm¶

Một bệnh nhân đột ngột đi vào hôn mê, mạch khó bắt. Ê kíp chăm sóc lập tức đưa máy sốc tim phá rung đến cấp cứu. Tuy vậy máy không có điện, phải mất thời gian để khởi động máy. Tình huống này có biến cố là “máy sốc tim phá rung mất điện” thuộc nhóm nguyên nhân nào?¶

<#>Thiếu thông tin¶

<#>Yếu tố về phía bệnh nhân¶

<#>Yếu tố về phía nhân viên y tế (câu chọn)¶

<#>Quy trình làm việc không hoàn hảo ¶

Nhiều bệnh nhân ngồi đợi tại phòng khám khá đông. Có một bệnh nhân 82 tuổi được nhân viên y tế đưa vào thẳng phòng khám mà không phải đợi như những người khác. Điều này gây bất bình, mặc dù cô điều dưỡng tiếp nhận có giải thích rằng đây là bệnh nhân được ưu tiên, nhưng một số bệnh nhân vẫn có lời than phiền – trách cứ. Tình huống này có biến cố thuộc nhóm nguyên nhân nào?¶

<#>Thiếu thông tin¶

<#>Yếu tố về phía bệnh nhân¶

<#>Yếu tố về phía nhân viên y tế¶

<#>Quy trình làm việc không hoàn hảo (câu chọn)¶

Bệnh nhân nữ 65 tuổi, béo phì, rung nhĩ trên bệnh lý van tim đã biết, đang được theo dõi ổn định và dùng sintrom bởi phòng khám. Một tuần trước, bệnh nhân có đau nhức vùng khớp gối nên có ra nhà thuốc tây mua và sử dụng thuốc không rõ loại. Lần này bệnh nhân nhập viện với xuất huyết tiêu hóa với kết quả INR = 6 (khoảng điều trị bình thường là 2-3). Tình huống này nằm trong nhóm nguyên nhân nào?¶

<#>Thiếu thông tin¶

<#>Yếu tố về phía bệnh nhân (câu chọn)¶

<#>Yếu tố về phía nhân viên y tế¶

<#>Quy trình làm việc không hoàn hảo¶

8. PHIẾU PHÂN TÍCH BIẾN CỐ (mẫu 1)

Tên biến cố:				Ngày/giờ	Người phát hiện
I: diễn tiến	II:tác dụng phụ	III: sai sót	IV: sai phạm		Hồ sơ
Ghi nhận tại hiện trường				Ý kiến của cuộc họp	
Bối cảnh sự việc					
Về phía bệnh nhân					
Về phía nhân viên y tế					
Về phía qui trình					
Ngày họp 1				Người phụ trách	
Thông tin cuộc họp					
Điều gì xảy ra?				Nguyên nhân vấn đề?	
Kinh nghiệm rút ra?				Cần can thiệp gì?	

Sơ đồ nguyên nhân		
Hành động can thiệp	Phụ trách	Ghi chú
Ngày họp 2	Người phụ trách	
Nhận xét khác (sau triển khai)		
Tài liệu đi kèm	Chữ ký phụ trách	

9. PHIẾU PHÂN TÍCH BIẾN CỐ (mẫu 2)

Ngày xảy ra biến cố: Ngày họp giải quyết: Ngày kết thúc
Điều gì đã xảy ra? (Mô tả chi tiết điều đã xảy ra. Cần nhấn mạnh các ý sau: người nào có liên đới, mức độ ảnh hưởng hoặc có thể ảnh hưởng đến bệnh nhân, ê kíp làm việc, tổ chức hoặc đối tượng khác).
Tại sao điều đó lại xảy ra? (Mô tả nguyên nhân chính, các yếu tố ảnh hưởng – cả yếu tố nguyên nhân và bảo vệ - tham gia vào việc tạo ra biến cố. Cần nhấn mạnh đến yếu tố chuyên môn, yếu tố thiếu sót hoặc sai sót của hệ thống, sự thiếu kiến thức, sự phức tạp của vấn đề hoặc sự không chắc chắn trong xử trí)

Chúng ta học được điều gì?

(Trình bày những ý kiến nhận xét, kinh nghiệm rút ra cho cá nhân, ê kíp, đơn vị, những người có liên đới trực tiếp đến biến cố. Cần nhấn mạnh những yếu tố có thể tác động được như: nâng cao trình độ, kiến thức, kỹ năng; cần hiệu chỉnh qui trình công việc; cần thay đổi cách thực hiện -phối hợp; cần cải thiện chất lượng thông tin - giao tiếp hiệu quả giữa các thành viên trong ê kíp)

Chúng ta thay đổi điều gì?

(Liệt kê các hành động đã thống nhất và triển khai ngay khi có thể. Cần nhấn mạnh các ý: điều gì đã làm - cần thay đổi; cách thức thay đổi; ai thực hiện thay đổi; cách thức tổ chức giám sát; các tài liệu tham khảo giúp gợi ý hành động có thể bổ sung vào hồ sơ)