

เรียนรู้ **Adverse Event**

เพื่อเป้าหมาย

คุณภาพ และความปลอดภัย



By Suradet Sriangkoon

Adverse Event คืออะไร

Adverse Event (AE) : เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

หมายถึงการบาดเจ็บ อันตรายหรือ

ภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นผลจากการดูแล

รักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของ

โรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต นอก

โรงพยาบาลนานขึ้นหรืออวัยวะสูญเสียการ

ทำหน้าที่



AE คือความเสี่ยงที่มีความรุนแรงดังนี้

- **E** : เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น
- **F** : เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยต้องรักษา/ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น
- **G** : เกิดความผิดพลาด มีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ ความเชื่อถือ อาจฟ้องร้อง/ มีผลระยะยาว หรือทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร
- **H** : เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต เสียชื่อเสียง หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหาย
- **I** : เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียง มีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ
- **Sentinel Event** : เหตุการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น ทารกหาย



การเรียนรู้ **Adverse Event**



- เรียนรู้ที่จะรู้ว่าเป็น **Adverse Event**
- เรียนรู้ที่จะค้นหาและรายงาน
- เรียนรู้ที่จะประเมิน/แก้ไข/หาสาเหตุ
- เรียนรู้ที่จะป้องกัน
- เรียนรู้ที่จะรับมือ
- เรียนรู้เพื่อเรียนรู้

เรียนรู้ที่จะรู้ว่าเป็น **Adverse Event**



สิ่งสำคัญประการแรกคือ ต้องทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องรู้ว่านี่คือ **Adverse Event** ยามที่เกิดขึ้นตามบทบาทและหน้าที่ของแต่ละคน เพราะเหตุผลหนึ่งของการจัดการกับ **AE** ได้ไม่ดีคือบุคลากรไม่ทราบว่าสิ่งที่เกิดขึ้นคือ **AE** ไม่ว่าจะ

- **AE** กระบวนการการดูแลผู้ป่วย
- **AE** ที่เป็น **Specific Clinical Risk**
- **AE** ที่เกิดจากการติดเชื้
- **AE** ที่เกี่ยวกับ **SIMPLE**
- **AE** ที่เกิดจากการให้เลือด ยา สารน้ำ
- **AE** ที่เกี่ยวกับรังสีวินิจฉัย กายภาพบำบัด เป็นต้น

เหล่านี้ต้องทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติให้ชัดเจน

ตัวอย่าง**ความเสี่ยง** ทางคลินิกทั่วไปที่มีความรุนแรง E - I

- เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล, CAUTI, Phlebitis
- การระบุ/บ่งชี้ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยผิดพลาด
- ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้
- ทำหัตถการที่มีความเสี่ยงในสถานการณ์หรือสถานที่ที่ไม่เหมาะสม
- เกิดความผิดพลาดในขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย (ไม่ได้ประเมิน/
ประเมินผิด/ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ หรือเป้าหมาย)
- ผู้ป่วยตกเตียง/ผู้ป่วยแพ้เลือด ส่วนประกอบของเลือด/การแพ้ยา
ชา และอื่น ๆ
- อื่น ๆ

ตัวอย่างความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (**Specific Clinical risk**) ที่มีความรุนแรง E - I

Acute appendicitis	Ruptured
Cellulites	Sepsis
Diarrhea	Electrolyte imbalance
Tuberculosis	Relapse / Re infection
Ectopic pregnancy	Shock
High fever	Convulsion
Birth asphyxia	Hypoxia, Acidosis ,
ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นอายุรกรรม สูติหารี ศัลยกรรม กุมารเวช เป็นต้น	

เรียนรู้ที่จะค้นหา และรายงาน **Adverse Event**



การค้นหา และรายงาน **Adverse Event** เป็นหัวใจของการเรียนรู้ **AE** เพราะถ้าไม่มีการค้นหา และรายงาน แล้วเราจะพัฒนา และสร้างความปลอดภัยได้อย่างไรเพราะไม่มีข้อมูล ซึ่งสามารถทำได้ดังนี้

- การรายงาน **AE** เมื่อเกิดเหตุการณ์ แต่การรายงานนั้นต้องถือหลักว่า เป็นการนำมาสู่การพัฒนา มิใช่การจับผิดและกล่าวโทษ (ต้องเป็นนโยบายที่ทุกคนรับทราบและปฏิบัติ)
- การค้นหา **AE** จากเวชระเบียนที่ผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้ว ด้วยการใช้เครื่องมือ **Trigger tool** ในการค้นหา
- การทำ **Concurrent trigger tool** คือการกำหนด **Trigger** เพื่อเฝ้าระวัง **AE** ในขณะที่ผู้ป่วยยังนอนในโรงพยาบาล
- การทำ 12 กิจกรรมการทบทวน เช่น การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ เป็นต้น

เรียนรู้ที่จะประเมิน/แก้ไข/หาสาเหตุ **Adverse Event**



Adverse Event ที่เกิดขึ้นต้องมีการประเมินความรุนแรงเพื่อนำไปสู่การหาสาเหตุที่เกิดขึ้นและกำหนดมาตรการป้องกัน ได้แก่

- **RCA (Root cause Analysis)** การหาสาเหตุที่แท้จริง เมื่อ AE เกิดขึ้นแล้วทั้งที่เกิดขึ้นครั้งแรก หรือมีการเกิดซ้ำ และคิดว่าทำเพื่อแก้ไขระบบ มิใช่จับผิดและกล่าวโทษ
- **FMEA (Failure Mode Effect Analysis)** เป็นการหาสาเหตุเช่นเดียวกันแต่เป็นการหาสาเหตุจาก AE ที่ไม่เคยเกิดขึ้น แต่เราไม่ต้องการให้เกิดในองค์กรเพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกันล่วงหน้า ไม่ให้ AE นั้นเกิดขึ้นในองค์กร

เรียนรู้ที่จะป้องกัน **Adverse Event**



เมื่อหาสาเหตุได้แล้วก็กำหนดมาตรการใน
ป้องกัน **Adverse Event** ด้วย

- แนวคิด HFE (Human factor Engineering) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน มากกว่าการแก้ไขที่ตัวบุคคล นั่นคือการแก้ไขที่ระบบ
- การทำ CQI, วัตกรรม, R2R เพื่อพัฒนาตามแนวทางของตนเอง
- การอาศัยมาตรฐานการปฏิบัติงานต่าง ๆ เช่น ของราชวิทยาลัยต่าง ๆ ,Best practice ต่าง ๆ มากำหนดเป็นมาตรการการป้องกันในองค์กร เป็นต้น

เรียนรู้ที่จะรับมือ **Adverse Event**



Adverse Event ที่เกิดขึ้นเราสามารถ รับมือได้ดังนี้

- รับมือ Adverse Event ที่ยังไม่เกิดขึ้นและไม่ต้องการให้เกิดขึ้น นั่นคือกำหนดมาตรการการป้องกันล่วงหน้า ด้วยแนวคิด FMEA
- รับมือ Adverse Event ที่เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาความรุนแรงของเหตุการณ์ นั่นคือมีการเตรียมมาตรการการแก้ไข การรักษา หรือบรรเทาความรุนแรง เมื่อเกิด AE กับผู้ป่วยให้ครอบคลุม
- หมั่นทบทวนมาตรการการป้องกันต่าง ๆ ว่ายังรับมือกับ AE ได้หรือไม่



เรียนรู้เพื่อเรียนรู้ Adverse Event

เราสามารถเรียนรู้ Adverse Event เพื่อพัฒนา และปรับปรุง ได้
ดังนี้

- เรียนรู้ และประเมินผลความเข้าใจของบุคลากร รวมทั้งการค้นหา การรายงาน การประเมิน การแก้ไข การป้องกัน ของ AE ที่เกิดขึ้น
- เรียนรู้แนวโน้มการเกิด AE ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่าเป็นเช่นใด เช่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือไม่ เกิดซ้ำหรือไม่ (เราป้องกันดีหรือไม่) , มี AE เกิดขึ้นใหม่หรือไม่ (เราป้องกันล่วงหน้าดีหรือไม่) เป็นต้น
- เรียนรู้จากตัวชี้วัดทางคลินิก/โรค ที่เกิดขึ้นว่าดีขึ้น หรือไม่ดี
- เรียนรู้ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ความล้มเหลวของการพัฒนาด้วย AE เพื่อถอดบทเรียน เรียนรู้ และพัฒนาต่อไป
- เรียนรู้ที่จะช่วยหลีกเลี่ยง ยกย่องกันมากกว่าการตำหนิ และกล่าวโทษ
- เรียนรู้ที่จะกำหนดมาตรการการการป้องกันล่วงหน้าเพื่อไม่ให้ AE เกิดขึ้น

Adverse Event สู่การประเมินตนเองในการพัฒนา

เมื่อเกิด AE หรือกำหนดมาตรการการป้องกันล่วงหน้า

