

บทความพิเศษ

ความปลอดภัยผู้ป่วย

กัญญาลักษณ์ ณ รังษี

บทคัดย่อ

ความปลอดภัยผู้ป่วยได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอย่างกว้างขวางทั่วโลก ความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เกิดในหน่วยงานสุขภาพยังมีความชัดเจนไม่เพียงพอ ในประเด็นสาเหตุ ความถี่ ความรุนแรง ความสามารถในการป้องกัน และผลกระทบที่เกิดขึ้น องค์ความรู้ด้านวิทยาการระบาดจะทำให้เกิดความเข้าใจวิธีแก้ไขปัญหา เพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ บทความนี้เป็นการรวบรวมผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยผู้ป่วยทั้งในและต่างประเทศ นำมาเรียบเรียงตามองค์ความรู้ด้านวิทยาการระบาด เพื่อเป็นบทเรียนหรือเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ให้สามารถป้องกันและแก้ไขเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย อีกทั้งยังได้สรุปประเด็นสำคัญต่างๆ ที่ควรศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: ความปลอดภัยผู้ป่วย, เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์, ระบบสุขภาพ

ความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยผู้ป่วยในขณะนี้ได้รับการจัดประเด็นจากการศึกษาของโรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งพบว่าร้อยละ ๓.๗ ของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรัฐนิวยอร์ก ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ ส่งผลให้ต้องพักรักษาตัวนานขึ้น เกิดความพิการหรือเสียชีวิต^๑ และความปลอดภัยผู้ป่วยได้รับความสนใจมากยิ่งขึ้น เมื่อสถาบันการแพทย์ของอเมริกา (the Institute of Medicine) รายงานว่าสถานการณ์บริการสุขภาพของอเมริกามีความปลอดภัยน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์จำนวน ๔๐,๐๐๐ - ๙๘,๐๐๐ คน^๒

หลังการรายงานของสถาบันการแพทย์ของอเมริกามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยและความผิดพลาดทางยาเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๔๗ มีจำนวน ๕,๕๑๔ เรื่อง รายงานซึ่งเผยแพร่ทาง MEDLINE เพิ่มขึ้นจาก ๕๙ ต่อแสนเรื่อง เป็น ๑๖๔ เรื่องต่อแสนเรื่อง อย่างไรก็ตามการนำผลการศึกษาดังๆ ไปถ่ายทอดเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยยังคงไม่มีคำตอบ

ที่ชัดเจน^๓ เช่นเดียวกับการศึกษาความปลอดภัยผู้ป่วยในประเทศไทย ซึ่งมักเกี่ยวกับอุบัติการณ์และผลที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์^{๔-๖} โดยยังไม่ไปถึงการเพิ่มความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างแท้จริง

นิยามศัพท์

ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การหลีกเลี่ยง และการป้องกันการบาดเจ็บต่อผู้ป่วยหรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเหตุการณ์นั้นๆ เป็นผลมาจากความคลาดเคลื่อน (error) ความผิดพลาด (mistake) อุบัติเหตุ (accident) หรือความเบี่ยงเบน (deviation)^{๗-๘}

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse events) หมายถึง การบาดเจ็บหรืออันตรายที่เกี่ยวข้องหรือเกิดขึ้นจากการดูแลรักษาผู้ป่วยรวมถึงการวินิจฉัยโรค ความผิดพลาดในการวินิจฉัยหรือการรักษา ระบบและเครื่องมือซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการส่งมอบ (deliver) การดูแลรักษาทั้งหมด เป็นเหตุการณ์ที่มีได้มุ่งหวังให้เกิดขึ้น โดยมีทั้งเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้และป้องกันไม่ได้^{๙-๑๐}

วิทยาการระบาดและการศึกษาที่ผ่านมา

แหล่งใหญ่ของการศึกษาเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์คือสหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย โดยโรงเรียนแพทยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา มักถูกใช้เป็นแหล่งอ้างอิงถึงอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล^{๑๑}

การศึกษาในประเทศต่างๆ เช่น อังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา และเนเธอร์แลนด์ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๔-๒๕๕๒ พบอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประมาณร้อยละ ๔-๑๗ ของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือร้อยละ ๖-๑๒ ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัว โดยจำแนกเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ประมาณร้อยละ ๒๔-๖๕^{๑๒, ๑๓-๑๕}

สถาบันการแพทย์ของอเมริการายงานว่าความคลาดเคลื่อนทางยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพบมากที่สุด^{๑๖} ข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔ จากการศึกษานิรรัฐอริโซนา พบการจ่ายยาผิดประเภทและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยผิดคนร้อยละ ๖๑.๗ ของจำนวนรายงาน^{๑๗} การศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ประเทศอังกฤษ ปีพ.ศ. ๒๕๔๖ พบความผิดพลาดจากการสั่งใช้ยาร้อยละ ๑๙.๖ สามารถคุกคามต่อชีวิต^{๑๘}

การศึกษาวิจัยความปลอดภัยผู้ป่วยในประเทศไทยมักใช้วิธีทบทวนประวัติการรักษาของผู้ป่วย เช่น การศึกษาในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ปีพ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๕ พบความผิดพลาดจากการใช้ยาจำนวน ๓๒๒ ครั้งจากการเข้าพักรักษาตัว ๓๒,๑๐๕ ครั้ง ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาพบมากที่สุด และความคลาดเคลื่อนส่วนมาก (ร้อยละ ๗๖.๗) ได้รับการค้นพบและป้องกันได้ก่อนให้ยาแก่ผู้ป่วย ยาชนิดกินและกลุ่มยาปฏิชีวนะพบความคลาดเคลื่อนมากที่สุด^{๑๙} การศึกษาในโรงพยาบาล ๔๒ แห่ง กลุ่มตัวอย่าง ๑๘,๕๕๖ คน ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ พบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection) ร้อยละ ๖.๔ พบสูงสุดที่แผนกศัลยกรรม (ร้อยละ ๙.๑) รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม (ร้อยละ ๗.๖) ส่วนที่ติดเชื้อมากที่สุดคือทางเดินหายใจส่วนล่าง (ร้อยละ ๓๔.๑) รองลงมาคือทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ ๒๑.๕) และแผลผ่าตัด (ร้อยละ ๑๕.๑)

ตามลำดับ^{๒๐} การศึกษาภาคตัดขวางในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปีเดียวกัน ใช้ global trigger tool ในการทบทวนประวัติการรักษาผู้ป่วยจำนวน ๕๗๖ คนคิดเป็น ๔,๕๖๐ วันนอนป่วย พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เฉลี่ย ๔๑ เหตุการณ์ต่อผู้ป่วย ๑๐๐ คน หรือ ๕๐.๔ เหตุการณ์ต่อ ๑,๐๐๐ วันนอนป่วย โดยร้อยละ ๕๑.๗ เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ ร้อยละ ๓๑.๘ เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ร้อยละ ๒๐.๓ เกี่ยวข้องกับกระบวนการผ่าตัด และร้อยละ ๑๗.๘ เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและการให้เลือด^{๒๑}

เห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยที่ผ่านมามีส่วนมากจะเกี่ยวกับอุบัติการณ์และผลที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นเพียงหนึ่งประเด็นที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก ยังมีประเด็นอื่นที่สมควรศึกษาเพิ่มเติม เช่น การออกแบบและการทดสอบวิธีแก้ปัญหาคำความปลอดภัยผู้ป่วยในท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพ สมรรถนะที่เพียงพอในการทำงาน การอบรมทักษะการดูแลรักษาของบุคลากรที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อขอบเขตและลักษณะปัญหาความปลอดภัยผู้ป่วย การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เพียงพอและเหมาะสม เป็นต้น^{๒๒}

ผลที่เกิดขึ้นจากความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย

ในภาพรวมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ ๘๕ ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นโดยระยะเวลาที่ต้องพักรักษาตัวนานขึ้นเฉลี่ย ๖.๕ วันต่อ ๑ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ ๑๗ ก่อให้เกิดการบกพร่องทางกายหรือความพิการที่รุนแรงต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวในระยะเวลา ๖ เดือน ร้อยละ ๔ ใช้เวลาในการฟื้นตัว ๖-๑๒ เดือน ร้อยละ ๑๑ ก่อให้เกิดความพิการถาวร และประมาณร้อยละ ๑๐ เสียชีวิต^{๒๓}

ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

การประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย สามารถประยุกต์ใช้จากระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาตามที่ NCC MERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) กำหนดขึ้น ซึ่งมีทั้งหมด ๙ ระดับ^{๒๔} ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ระดับ	เหตุการณ์
a	ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้
b	มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไม่ไปถึงผู้ป่วย
c	ความคลาดเคลื่อนนั้นไปถึงผู้ป่วยแล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย
d	ความคลาดเคลื่อนนั้นไปถึงผู้ป่วยแล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย จำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม
e	เป็นอันตรายเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม
f	เป็นอันตรายเพียงชั่วคราว ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป
g	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร
h	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบเสียชีวิต
i	เกิดความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตรายจนเสียชีวิต

การประเมินเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

วิธีประเมินเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบในการศึกษาต่างๆ เช่น การทบทวนประวัติการรักษาของผู้ป่วย การรายงานตามสมัครใจ การประเมินจากมุมมองของผู้ป่วย ญาติหรือบุคลากรการแพทย์ การเฝ้าสังเกตการณ์จริง และการใช้ trigger tool เป็นแนวทางพิจารณาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น มีข้อดีและข้อด้อยตลอดจนผลลัพธ์ที่แตกต่างกันไป โดยการเฝ้าสังเกตการณ์จริงพบจำนวนเหตุการณ์มากที่สุด แต่ต้องใช้การเฝ้าติดตามที่เคร่งครัด ทำให้อาจสามารถทำได้ในช่วงสั้นๆ การรายงานตามสมัครใจพบความเฉพาะเจาะจงและระดับความรุนแรงของเหตุการณ์มากที่สุดเมื่อเทียบกับวิธีอื่นๆ แต่จำนวนรายงานมักต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลาของผู้รายงาน และความกังวลต่อผลทางลบที่อาจจะเกิดขึ้น^{๒๓} การใช้ trigger tool เป็นที่ยอมรับของสถาบันคุณภาพต่างๆ ในสหรัฐอเมริกา เหมาะกับการติดตามระยะยาว มีความจำเพาะและความไวค่อนข้างสูง พบเหตุการณ์ร้อยละ ๕-๑๐ สอดคล้องกับรายงานตามสมัครใจ^{๒๔-๒๖}

การวิเคราะห์สาเหตุความคลาดเคลื่อน

การวิเคราะห์สาเหตุความคลาดเคลื่อนทำได้ทั้งเชิงรับและเชิงรุก การวิเคราะห์เชิงรับ โดยวิธี Root Cause Analysis (RCA) คือการวิเคราะห์สาเหตุราก มักใช้เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่รุนแรงหรือเกิดบ่อยครั้ง ทำให้องค์กรมองเห็นจุดเสี่ยงหรือจุดอ่อนในกระบวนการที่อยู่เบื้องหลัง เริ่มจากสาเหตุพิเศษ (special cause) ในกระบวนการทางคลินิกไปสู่สาเหตุร่วม (common cause) ของระบบ เจาะลึกด้วยคำถาม “ทำไม” ซ้ำแล้วซ้ำอีก ค้นหาการเปลี่ยนแปลงระบบและกระบวนการ

ที่เป็นไปได้ สามารถพิจารณาได้ทั้งปัจจัยด้านคน ระบบ และกระบวนการ ส่วนการวิเคราะห์เชิงรุกที่รู้จักกันในทางวิศวกรรม คือ การวิเคราะห์หาจุดบกพร่องและผลกระทบ (Failure Mode and Effect Analysis - FMEA) ควรนำมาใช้เมื่อเริ่มระบบใหม่ เปลี่ยนระบบ เมื่อผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการถูกนำไปใช้กับสิ่งแวดล้อมหรือวิธีการที่ต่างจากปกติ ขั้นตอนดำเนินการคือ วิเคราะห์ล่วงหน้าว่า กระบวนการที่ใช้อยู่มีขั้นตอนใดที่อาจเกิดความผิดพลาดได้ หากเกิดขึ้นจะป้องกันอย่างไร กำหนดแนวทางแก้ไขหรือป้องกัน โดยควรทบทวนการวิเคราะห์และแนวทางแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ^{๒๗}

แนวคิดการบริหารจัดการความผิดพลาด

อุบัติเหตุ หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นพบว่า ร้อยละ ๗๐-๘๐ เป็นความผิดพลาดของมนุษย์^{๒๘} ทั้งนี้ความผิดพลาดอาจแบ่งได้เป็นความผิดพลาดจริงที่เห็นได้ (active error) ซึ่งกระทำโดยบุคคล เช่น การที่แพทย์พลาดไปตัดเส้นเลือดแดงหรือเส้นประสาทในการผ่าตัด เป็นต้น และความผิดพลาดที่แฝงอยู่ (latent error) ซึ่งเกี่ยวกับองค์กร ระบบบริหารจัดการ เครื่องมือ หรือการฝึกอบรม เช่น การใช้เครื่องมือที่ออกแบบไม่เหมาะสมกับงาน ระบบปฏิบัติการที่ไม่ชัดเจน และการฝึกอบรมที่ไม่เพียงพอ เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่าความผิดพลาดที่แฝงอยู่มักจะนำมาสู่ความผิดพลาดของบุคคล เช่น การที่แพทย์ผ่าตัดพลาดไปตัดหลอดเลือดแดงหรือเส้นประสาทอาจมีสาเหตุจากการที่แพทย์ต้องทำงานติดต่อกันตลอดทั้งคืน

แนวคิดของการบริหารจัดการความผิดพลาดของมนุษย์อาจแบ่งเป็น การจัดการเชิงบุคคลและการจัดการเชิงระบบ โดยการจัดการเชิงบุคคลเป็นแนวคิดดั้งเดิมที่มุ่งเน้นมองหาความผิดพลาดของมนุษย์ ด้วยความเชื่อว่า “คนที่ทำพลาด

เป็นคนผิด" และความผิดพลาดของมนุษย์เกิดจากความบกพร่องด้านจิตใจ เช่น การหลงลืม เหนื่อยชา ประมาท ละเลย หรือสะเพร่า เป็นต้น วิธีการลดพฤติกรรมดังกล่าวทำได้โดยการกำหนดกฎเกณฑ์ ระเบียบ การเตือน การควบคุมกำกับ และมาตรการลงโทษ ส่วนแนวคิดของการบริหารจัดการเชิงระบบมีสมมติฐานที่สำคัญ คือ "มนุษย์ทำพลาดได้ แม้จะอยู่ในองค์กรที่มีการจัดการดีที่สุด" ความผิดพลาดเป็นผลลัพธ์มากกว่าที่จะเป็นสาเหตุ การป้องกันความผิดพลาดไม่ใช่การเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ แต่ควรเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือระบบมากกว่า^{๙๔}

วัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture)

วัฒนธรรมความปลอดภัยหมายถึง ผลจากคุณค่า ทักษะคติ การรับรู้ สมรรถนะและแบบแผนการกระทำของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ในความมุ่งมั่นที่ก่อให้เกิดรูปแบบและความสามารถในการจัดการความปลอดภัยขององค์กร ๓๐ ทั้งนี้วัฒนธรรมความปลอดภัยได้รับการยอมรับว่ามีผลต่อความปลอดภัยผู้ป่วย^{๙๕} การศึกษาในหน่วยบริการผู้ป่วยวิกฤต ๓๐ แห่งในสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗ พบว่าคะแนนการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในประเด็นการจัดการความปลอดภัยเชิงบวกที่ลดลงทุกๆ ร้อยละ ๑๐ สัมพันธ์กับอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ๑.๒๔ เท่า และระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๕^{๙๖}

สิ่งที่ควรดำเนินการเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัย และตรวจสอบเหตุการณ์หรือระบบที่เกี่ยวข้อง เป็นสิ่งสำคัญที่หน่วยงานต้องดำเนินการเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในกระบวนการดูแลรักษา ทั้งนี้การสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนและจริงใจ มีความสำคัญอย่างยิ่ง เช่นเดียวกับการขออภัยและการอธิบายถึงสิ่งที่ดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นอีกในอนาคต^{๙๗} พบว่าอุปสรรคของการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวคือ การเกรงกลัวต่อความผิดทางกฎหมาย การไม่ทราบวิธีการจัดการที่ดี และการไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของผู้ประสบเหตุ อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีช่องว่างระหว่างสิ่งที่ต้องการและสิ่งที่ปฏิบัติจริงในการเปิดเผยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น^{๙๘} เช่น แพทย์ร้อยละ ๙๗ ให้ความเห็นว่าจะเปิดเผยเหตุการณ์หากทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจนต้องรักษาพยาบาลนานขึ้น และร้อยละ ๙๓ จะเปิดเผยเหตุการณ์หากทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิต แต่ผลการปฏิบัติจริงพบว่า แพทย์เพียงร้อยละ ๔๑

เปิดเผยเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจนต้องรักษาพยาบาลนานขึ้น และร้อยละ ๕ เปิดเผยเหตุการณ์เมื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิต^{๙๙}

สรุป

การประเมินเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งในประเด็นความถี่ ชนิด ความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดขึ้น เป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาระบบในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย อย่างไรก็ตามยังมีหลายประเด็นสำคัญที่ต้องศึกษาวิจัยเพื่อค้นหา ป้องกันและแก้ไขความผิดพลาดที่ดักรออยู่ในระบบปฏิบัติงานทางสุขภาพที่ซับซ้อน ทั้งนี้การบริการทางการแพทย์ต้องเป็นบริการที่ปลอดภัย โดยสถานบริการสุขภาพต้องเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ คือต้องตรวจสอบตนเองอย่างสม่ำเสมอ เรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พรชัย ลิขิตศรัณย์กุล ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำและความช่วยเหลือที่เป็นประโยชน์ยิ่งต่อผู้เขียน

เอกสารอ้างอิง

๑. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991;324:370-6.
๒. Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
๓. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The "To Err is Human" report and the patient safety literature. Qual Saf Health Care 2006;15:174-8.
๔. Sangtawesin V, Kanjanapattanakul W, Srisan P, Nawasiri W, Ingchareonsunthorn P. Medication errors at Queen Sirikit National Institute of Child Health. J Med Assoc Thai 2003;86:S570-5.

๕. Danchaivijitrmd S, Dhiraputra C, Santiprasitkul S, Judaeng T. Prevalence and impacts of nosocomial infection in Thailand 2001. *J Med Assoc Thai* 2005; 88:S1-9.
๖. Asavaroengchai S, Sriratanaban J, Hiransuthikul N, Supachutikul A. Identifying adverse events in hospitalized patients using global trigger tool in Thailand. *Asia Biomed* 2009;3:545-50.
๗. Patient safety and quality improvement. Notice of proposed rulemaking. *Fed Regist.* 2008 12;73:8111-83.
๘. Cooper JB, Gaba DM, Liang B, Woods D, Blum LN. The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. *Med Gen Med* 2000;2:38.
๙. Safety. WAFp. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: From information to action. WHO/EIP/SPO/QPS/053 Geneva (Switzerland): World Health Organization 2005;8,20.
๑๐. Powell SK. When things go wrong: responding to adverse events: a consensus statement of the Harvard hospitals. *Lippincotts Case Manag* 2006 11:193-4.
๑๑. La Pietra L, Calligaris L, Molendini L, Quattrin R, Brusaferrero S. Medical errors and clinical risk management: state of the art. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2005; 25:339-46.
๑๒. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995 6;163:458-71.
๑๓. Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A, Dobson Y, Grant C, et al. Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital. *Qual Saf Health Care* 2007;16:434-9.
๑๔. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman AJ. Consumer perceptions of safety in hospitals. *BMC Public Health* 2006;6.
๑๕. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322:517-9.
๑๖. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170:1678-86.
๑๗. Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Al Saied G, Code CC, Caughey SC, et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. *CMAJ* 2004;170:1235-40.
๑๘. Zwaan L, de Bruijne M, Wagner C, Thijs A, Smits M, van der Wal G, et al. Patient record review of the incidence, consequences, and causes of diagnostic adverse events. *Arch Intern Med* 2010; 170:1015-21.
๑๙. Institute of Medicine. Preventing Medication Errors. Washington, DC: The National Academies Press; 2006.
๒๐. Rolland P. Occurrence of dispensing errors and efforts to reduce medication errors at the Central Arkansas Veteran's Healthcare System. *Drug Saf* 2004;27:271-82.
๒๑. Ridley SA, Booth SA, Thompson CM. Prescription errors in UK critical care units. *Anaesthesia* 2004; 59:1193-200.
๒๒. Bates DW, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, Jha AK. Global priorities for patient safety research. *BMJ* 2009;338:b1775.
๒๓. Flynn EA, Barker KN, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Comparison of methods for detecting medication errors in 36 hospitals and skilled-nursing facilities. *Am J Health Syst Pharm* 2002;59:436-46.
๒๔. Hope C, Overhage JM, Seger A, Teal E, Mills V, Fiskio J, et al. A tiered approach is more cost effective than traditional pharmacist-based review for classifying computer-detected signals as adverse drug events. *J Biomed Inform* 2003;36:92-8.
๒๕. Rozich JD, Haraden CR, Resar RK. Adverse drug event trigger tool: a practical methodology for measuring medication related harm. *Qual Saf Health Care* 2003; 12:194-200.

๒๖. Sari ABA, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *BMJ* 2007;334:79.
๒๗. DeRosier J, Bagian JP, Nudell T. Using health care Failure Mode and Effect Analysis: the VA National Center for Patient Safety's prospective risk analysis system. *Jt Comm J Qual Improv* 2002;5:248-67.
๒๘. Scott A, Shappell DAW. The Human Factors Analysis and Classification System—HFACS. DOT/FAA/AM-00/7 Office of Aviation Medicine Washington, DC 20591 February 2000.
๒๙. Dankelman J, Grimbergen CA. Systems approach to reduce errors in surgery. *Surg Endosc* 2005; 19:1017-21.
๓๐. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science* 2007;45:653-67.
๓๑. Huang DT, Clermont G, Kong L, Weissfeld LA, Sexton JB, Rowan KM, et al. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care* 2010;22:151-61.
๓๒. O'connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *Int J Qual Health Care* 2010;22:371-9
๓๓. Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, Forman-Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. Disclosing medical errors to patients: attitudes and practices of physicians and trainees. *J Gen Intern Med* 2007;22:988-96.

Abstract

Patient Safety

Kunyalak Na-Rungsri

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

Patient safety is receiving increased attention worldwide. Error and other adverse events occur regularly in health care settings, but the causes, frequency, severity, preventability, and impact of these events on patient outcomes are not completely understood. As the epidemiology and causes of adverse events become better known, it will become possible to find the solutions that are most likely to reduce harm. In this article, a brief critical overview of literature on adverse events and patient safety was presented on the basis of the epidemiology for lesson learned and improvement of patient safety, in addition to some key concepts for future study.

Key words: Patient safety, Adverse event, Health care system