

Warfarin Zero Harm

การพัฒนากลไกเชิงระบบ

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

System-based Mechanisms for Preventing Medication Errors and Strengthening Patient Safety)

Warfarin จัดเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่ม High-risk ที่มี therapeutic index แคบและมีความผันผวนของระดับ INR สูง โดยขึ้นกับปัจจัยของผู้ป่วย เช่น โภชนาการ ยาอื่นร่วม และภาวะโรคเรื้อรัง จึงต้องปรับขนาดยาอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะเลือดออก หรือการอุดตันของลิ่มเลือด [1,2] กระบวนการสั่งจ่ายยา และจ่ายยาในโรงพยาบาลเป็นต้นเหตุสำคัญของ Adverse Drug Events (ADEs) กว่า 10% โดยการศึกษาสำคัญชี้ว่าข้อผิดพลาดในการคำนวณขนาดยาและกระบวนการตรวจสอบก่อนจ่ายยา มีส่วนทำให้เกิด ADEs ในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกสถานบริการ [3]



องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้ความสำคัญ ต่อการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา จนได้กำหนด Global Patient Safety Action Plan 2021–2030



ประเทศไทยได้เข้าร่วมสนับสนุนและประกาศนโยบาย 3P Safety (Patient, Personnel and People Safety) และจัดทำ Thailand 3P Safety Action Plan

E ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป :

เหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนที่พบมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป ซึ่งสะท้อนถึงความเสี่ยงสูงเนื่องจาก Warfarin เป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ (Narrow Therapeutic Index) และผลการรักษาขึ้นอยู่กับค่า INR (International Normalized Ratio) หากเกิดข้อผิดพลาดแม้เพียงเล็กน้อยสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ทั้งภาวะเลือดออกและการอุดตันของหลอดเลือด

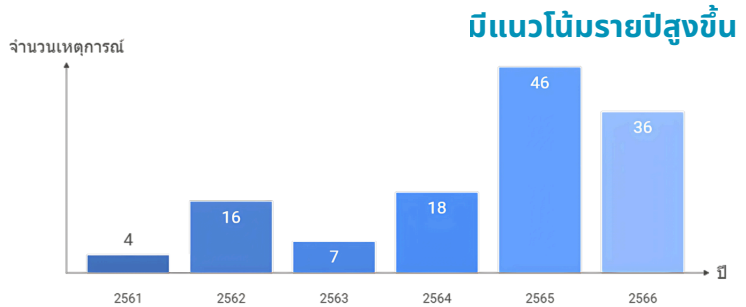
1.35M รายงานความเสี่ยงทางคลินิก "Safe from Medication error" ทั้งหมด

486K รายงานที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นด้วยเทคนิค NLP

127 รายงานที่เกี่ยวข้องกับยา Warfarin โดยเฉพาะ ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป

จาก **78** โรงพยาบาล

สถิติจากระบบ NRLS (กุมภาพันธ์ 2561 – เมษายน 2567)



มีแนวโน้มรายปีสูงขึ้น

แนวโน้มเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนที่มีระดับความรุนแรง E-I จากการใช้ Warfarin ในช่วงปี 2561–2567 พบว่า จำนวนเหตุการณ์โดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงปีหลังการระบาดของโควิด-19

รายงานบนพื้นฐาน Power BI Dashboard Link: Power BI Link
Source: NRLS Thailand (2561–67) processed by NLP

วิเคราะห์ความคลาดเคลื่อน ขนาดยา Warfarin

กลุ่มผู้สูงอายุ (>50 ปี) คิดเป็นสัดส่วน 79% ของทั้งหมด

การกระจายตามเพศ

เพศหญิง
56%

เพศชาย
44%

การกระจายตามช่วงอายุ

0-25 ปี

2%

26-35 ปี

4%

36-50 ปี

15%

>70 ปี

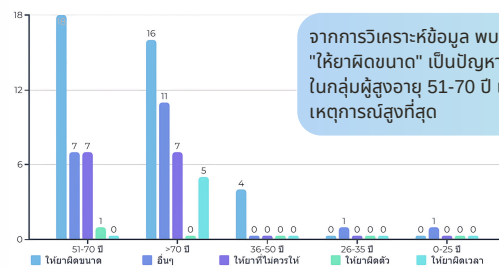
39%

51-70 ปี

40%

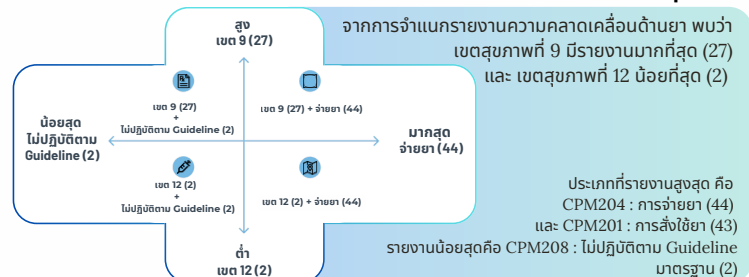


รูปแบบข้อผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับ Warfarin จำแนกตามช่วงอายุ



จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าความผิดพลาดประเภท "ให้ยาผิดขนาด" เป็นปัญหาหลักในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ 51-70 ปี และ >70 ปี ที่พบจำนวนเหตุการณ์สูงสุด

การกระจายข้อผิดพลาดตามกระบวนการและเขตสุขภาพ



จากการจำแนกรายงานความคลาดเคลื่อนด้านยา พบว่า เขตสุขภาพที่ 9 มีรายงานมากที่สุด (27) และ เขตสุขภาพที่ 12 น้อยที่สุด (2)

ประเภทที่รายงานสูงสุดคือ CPM204 : การจ่ายยา (44) และ CPM201 : การสั่งจ่ายยา (43) รายงานน้อยสุดคือ CPM208 : ไม่ปฏิบัติตาม Guideline มาตรฐาน (2)

1. Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA, et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. JAMA. 1997;277(4):307-11.
2. Lee JS, Shim JY, Park SB, et al. Clinical impact of warfarin-related medication errors: a systematic review. Thromb Res. 2020;191:55-60.
3. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO; 2021.



Warfarin Zero Harm

การพัฒนากลไกเชิงระบบ

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

System-based Mechanisms for Preventing Medication Errors and Strengthening Patient Safety

ภาพรวมการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา Warfarin

จำนวนการรายงานแบ่งตามเขตสุขภาพ

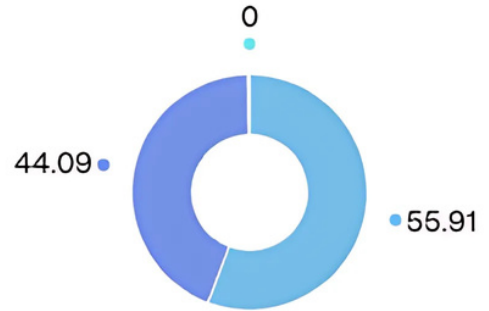


3 อันดับแรกที่มีเหตุการณ์สะสมสูงสุด

เขตสุขภาพที่ 9 มีจำนวนรายงานสูงสุดที่ 27 รายงาน ตามด้วยเขตสุขภาพที่ 6 (20 รายงาน) และ เขตสุขภาพที่ 8 (14 รายงาน)

ความท้าทายในการจัดการและติดตามผลลัพธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

- Recovered (ปิดรายงานแล้ว)
- Not Recover (ยังไม่สามารถปิดรายงาน)
- Under Recover



โดยภาพรวม มีโรงพยาบาลสมาชิก 78 แห่ง ที่ได้รับรายงานเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนรวมทั้งสิ้น 127 เคส

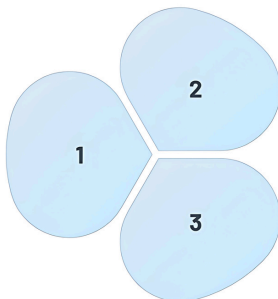
จากจำนวนทั้งหมด 127 รายงาน พบว่า 55.91% ได้รับการแก้ไขและปิดรายงานแล้ว (Recovered) ขณะที่ 44.09% ยังไม่สามารถปิดรายงานได้ (Not Recover) และมี 9 เคส (0.00%) ที่ยังไม่บันทึกความคืบหน้า (Under Recover)

เวรเข้า ในเวลาราชการ : เกิดความคลาดเคลื่อนสูงสุด

การวิเคราะห์ช่วงเวลาที่เกิดข้อผิดพลาดในการใช้ยา Warfarin สูงสุด:

เวรเช้า (วันทำการปกติ)

เป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงสุดและเกิดข้อผิดพลาดมากที่สุด:
 ให้นยาผิดขนาด: 36 กรณี
 ให้นยาผิดเวลา: 8 กรณี
 ให้นยาขาด: 6 กรณี
 อื่นๆ: 12 กรณี
 ไม่ระบุ: 10 กรณี



เวรเด็ก

พบข้อผิดพลาดเพียง 1 ราย ในแต่ละประเภท

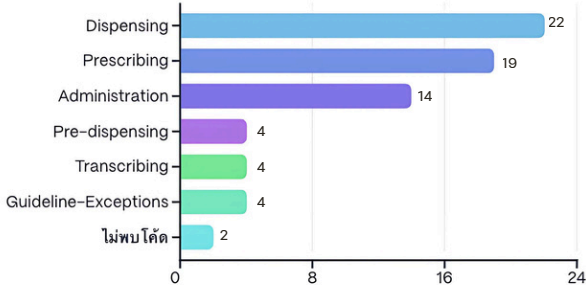
เวรบ่าย

จำนวนข้อผิดพลาดต่ำมาก

ข้อมูลนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการให้ความสนใจและเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษในช่วงเวรเช้า โดยเฉพาะในวันทำการปกติ ซึ่งเป็นช่วงที่พบความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา Warfarin สูงที่สุด

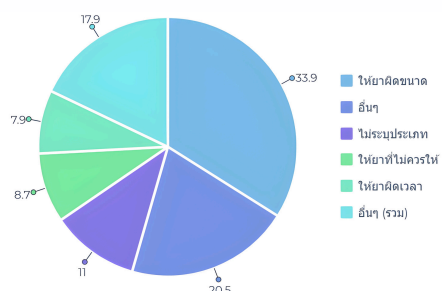
ภาพรวมกระบวนการใช้ยา Warfarin

พบความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ การจ่ายยา



จากข้อมูลจะเห็นว่าหมวดกระบวนการ Dispensing (การจ่ายยา), Prescribing (การสั่งใช้ยา), และ Administration (การบริหารยา) เป็น 3 อันดับแรกที่มีข้อผิดพลาดมากที่สุด ซึ่งหมวดเหล่านี้คิดเป็น >80% ของเหตุการณ์ทั้งหมด และถือเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลักที่ต้องได้รับการแก้ไข

พบ การผิดขนาด สูงที่สุด 33.9%



จากการวิเคราะห์ พบว่า "การให้ยาผิดขนาด" เป็นประเภทความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุด โดยคิดเป็นสัดส่วน 33.9% ซึ่งสูงกว่าประเภทอื่นๆ อย่างชัดเจน ความผิดพลาดประเภท "อื่นๆ" คิดเป็น 20.5% และ "ไม่ระบุประเภท" 11% ขณะที่ "ให้ยาที่ไม่ควรให้" และ "ให้ยาผิดเวลา" มีสัดส่วน 8.7% และ 7.9% ตามลำดับ

Warfarin Zero Harm

การพัฒนากลไกเชิงระบบ

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

System-based Mechanisms for Preventing Medication Errors and Strengthening Patient Safety

ผลกระทบมีความต่อเนื่อง ไปยังทุกขั้นตอนถัดไปในกระบวนการใช้ยา



1. การสั่งใช้ยา (Prescribing)
ข้อผิดพลาดเริ่มต้นที่นี่

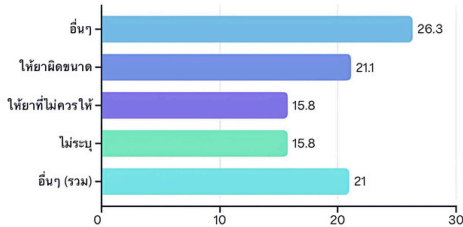
2. การเตรียมยา (Pre-dispensing)
ส่งผลต่อการเตรียม

3. การจ่ายยา (Dispensing)
ส่งผลต่อการจ่าย

4. การบริหารยา (Administration)
ส่งผลต่อการบริหาร

วิเคราะห์แยกตามกระบวนการใช้ยา Warfarin

การสั่งใช้ยา การให้ยาผิดขนาด เป็นความคลาดเคลื่อนที่ระบุได้ที่มีรายงานสูงที่สุด คิดเป็น 21.1%



ความคลาดเคลื่อนประเภท "อื่นๆ" มีสัดส่วนสูงสุดถึง 26.3% ในขณะที่ "ให้ยาผิดขนาด" คิดเป็น 21.1% ส่วน "ให้ยาที่ไม่ควรให้" และ "ไม่ระบุ" มีสัดส่วนเท่ากันที่ 15.8% ซึ่งเน้นย้ำถึงความหลากหลายของปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการสั่งใช้ยา

แนวทางการดำเนินการจัดการใน 4 แนวทางหลักจากรายงานฯ

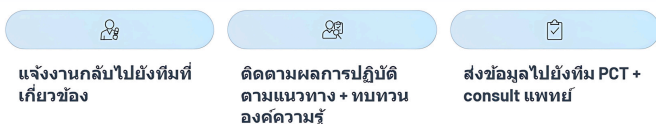
52.6%	การปรับปรุงระบบและการรายงานต่อคณะกรรมการ
อื่นๆ	สื่อสาร/ชี้แจง, การติดตาม, Clinical Management

จากเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา จำนวน 19 รายการ พบว่าแนวทางที่ใช้มากที่สุดคือ การปรับปรุงระบบและการรายงานต่อคณะกรรมการ รวม 10 รายการ (52.6%) ขณะที่แนวทาง การสื่อสาร/ชี้แจง, การติดตาม และการดูแลผู้ป่วย (Clinical Management) พบอย่างละ 3 รายการ (15.8%)

การจัดเตรียมยา การคัดยามีผิดขนาด มีสัดส่วนสูงที่สุด

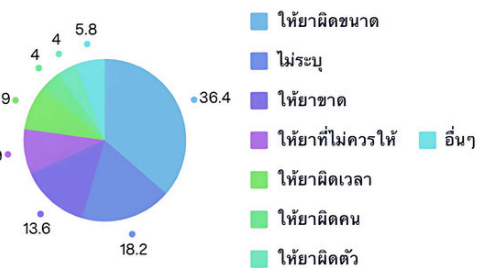
ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการ Pre-dispensing ซึ่งอยู่ในกลุ่ม Transcribing Error พบว่ามีรายงานทั้งหมด 3 กรณี โดยจำแนกออกเป็นข้อผิดพลาดประเภท "ให้ยาผิดขนาด" 1 ราย และ "อื่นๆ" อีก 2 ราย

แนวทางการดำเนินการจัดการใน 3 แนวทางหลักจากรายงานฯ



มีรายงานทั้งหมด 3 กรณี โดยจำแนกออกเป็นความคลาดเคลื่อนประเภท "ให้ยาผิดขนาด" 1 ราย และ "อื่นๆ" อีก 2 ราย แม้จำนวนกรณีในหมวดนี้จะไม่สูง แต่ลักษณะการดำเนินการหลังเกิดเหตุการณ์สะท้อนถึงความพยายามในการจัดการอย่างเป็นระบบ

การจ่ายยา การจ่ายยาผิดขนาด มีสัดส่วนสูงสุดถึง 36.4%



ความคลาดเคลื่อนประเภท "จ่ายยาผิดขนาด" มีสัดส่วนสูงสุดถึง 36.4% ในกระบวนการจ่ายยา ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการทบทวนและปรับปรุงขั้นตอนการจ่ายยาให้มีความถูกต้องและแม่นยำยิ่งขึ้น

แนวทางการดำเนินการจัดการใน 3 แนวทางหลักจาก

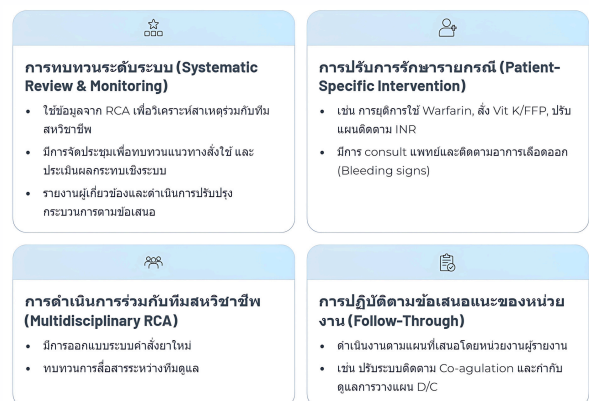
☆☆☆☆☆ Process Review 54.5%	☆☆☆☆☆ Patient Intervention 22.7%	☆☆☆☆☆ RCA 13.6%	☆☆☆☆☆ อื่นๆ 9.2%
การทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงาน	การให้คำแนะนำหรือแก้ไขข้อผิดพลาดของผู้ใช้ระบบ	การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา	แนวทางแก้ไขอื่น ๆ ที่ไม่ซ้ำซ้อน

การวิเคราะห์ข้อผิดพลาดนี้แสดงให้เห็นว่า "Process Review" เป็นแนวทางการแก้ไขที่ได้รับความนิยมสูงสุด ซึ่งสะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับการปรับปรุงระบบและกระบวนการทำงานเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดที่ต้นทาง

การบริหารยา ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นในสัดส่วนที่เท่ากัน

ความคลาดเคลื่อนการ: "ให้ยาที่ไม่ควรให้", "ให้ยาผิดเวลา", "ให้ยาขาด", "ให้ยาผิดขนาด", "ให้ยาผิดคน" และ "ให้ยาผิดตัว" โดยแต่ละประเภทมีจำนวน 1-3 ราย

แนวทางการดำเนินการจัดการใน 4 แนวทางหลักจากรายงานฯ



Warfarin Zero Harm

การพัฒนากลไกเชิงระบบ

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

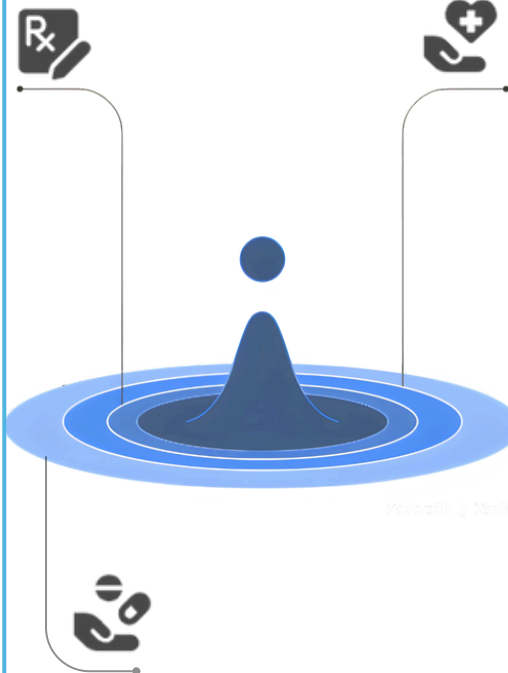
System-based Mechanisms for Preventing Medication Errors and Strengthening Patient Safety



ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

• การสั่งใช้ยา

- **Procedure / Protocol :**
 - ขนาดยาที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป (3 มก., 5 มก.) และโรงพยาบาลชุมชน (2 มก., 3 มก., 5 มก.)
 - คำสั่งด้วยวาจา (ข้อผิดพลาดจากเสียงที่คล้ายกัน)
 - ไม่ทราบขนาดยาล่าสุดที่ผู้ป่วยรับประทานก่อนมาเจาะINR
 - ไม่มี แจ้งเตือน Interaction ระหว่าง Warfarin กับยาสมุนไพร และภาวะเจ็บป่วย ขณะสั่งใช้ยา
 - บันทึกตามผลเว้นระยะนานเกินไปในผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูง (ไม่มีแนวทางการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูง)
- **Communication :**
 - ช่องว่างการสื่อสารข้อมูลระหว่างวิชาชีพ และจุดรอยต่อของการให้บริการ
- **People :**
 - ทัศนคติที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามมาตรฐาน
 - ภาระงานที่มากเกินไป
 - ความรู้และประสบการณ์ในการคำนวณขนาดยาแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ที่ถูกปรับเปลี่ยนเสมอ หากค่าเลือดไม่อยู่ในเป้าหมายการรักษา
- **Workload & Team :**
 - ภาระงานที่มากเกินไปทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนด้านความปลอดภัยได้



• การบริหารยา

- **Procedure / Protocol :**
 - ไม่ตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ
 - ละเลยขั้นตอนมาตรฐาน
 - การมีรอยต่อของการดูแล ผู้ป่วยระหว่าง OPD กับ IPD
- **Workload & Team :**
 - ภาระงานที่มากเกินไปทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนด้านความปลอดภัยได้

• การจ่ายยา

- **Procedure / Protocol :**
 - การให้ความรู้และการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย/ครอบครัวที่ไม่สอดคล้องกัน
 - การใช้เครื่องมือด้านความปลอดภัยที่แตกต่างกัน (บัตรประจำตัว Warfarin, บัตรนัดหมาย, คำแนะนำบนฉลาก)
 - การให้คำปรึกษาด้านยาที่ไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย ที่ ประาะบาง (ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางสายตา),
 - ไม่ปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน ยา พ้องชื่อ-มองคล้าย เช่น การจัดเก็บยาใกล้กัน บรรจุภัณฑ์คล้ายกัน
 - ระบบจ่ายยาไม่เอื้อต่อการปฏิบัติตาม
- **People :**
 - เกสเซอร์ งานบริการ มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน กรณี คนใช้ที่มีความซับซ้อน ของปัญหา แต่ไม่มีการส่งติดตามในคลินิกยาต้านการแข็งตัวของเลือด (สหวิชาชีพ)
- **Workload & Team :**
 - ภาระงานมาก จำนวนคนไข้ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง(ผู้ป่วย AF, คนไข้ใส่ลิ้นหัวใจเทียม, คนไข้DVT) ทำให้มีความรับแรงในการจ่ายยา

Warfarin Zero Harm

การพัฒนากลไกเชิงระบบ

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

System-based Mechanisms for Preventing Medication Errors and Strengthening Patient Safety



ประเด็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



ต่อหน่วยกำกับนโยบาย

กำหนดมาตรฐานความปลอดภัยในการสั่งจ่าย

- ควรกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการสั่งจ่าย Warfarin อย่างชัดเจน
- ควรส่งเสริมการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยสั่งจ่าย (CPOE) ร่วมกับเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ (CDS) และระบบเตือน เช่น Dose Adjustment Protocol, Duplicate Therapy Check และ Drug-Lab, Drug-Herb Interaction Alert เพื่อลดความคลาดเคลื่อน
- ควรยกเลิกการสั่งยาด้วยวาจาสำหรับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และกำหนดแนวทางมาตรฐานเมื่อต้องเข้ารับหัตถการ

ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการยา

- ควรบูรณาการระบบข้อมูลและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การระบุตัวผู้ป่วย INR Monitoring System เข้ากับการสั่งและจ่ายยา เพื่อสร้างมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ (และให้ความสำคัญกับการหยุดยา) ในแอมพริ้อม (เพิ่มช่อง)
- ควรกำหนดให้สถานพยาบาลใช้ Standardized Order Set และ Dispensing Checklist เพื่อสร้างความสม่ำเสมอในระบบบริการ
- ส่งเสริมการจัดตั้ง Anticoagulant Clinic ในทุกโรงพยาบาล
- Dosing Tools

ปรับปรุงเครื่องมือและกลไกด้านความปลอดภัย

- ควรสนับสนุนการใช้มาตรการเสริม เช่น Hard Stop / Soft Stop สำหรับยาที่มี interaction ในระดับอันตราย (ร่วมกับ สำนัก Digital สป. โครงการ Ai Drug Interaction)
- ประเด็นการจัดยา ผิดความแรง ควรพัฒนามาตรฐานการติดฉลากและบรรจุภัณฑ์ เช่น Color-coded Labeling และ Tall-man Lettering สำหรับยา Look-alike / Sound-alike
- มีแนวทางการส่งต่อ และแนวทางปฏิบัติ สำหรับ Warfarin ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เช่น ไรค Target INR , ชื่อการค้า

ต่อโรงพยาบาล

การสื่อสารและการให้ความรู้ผู้ป่วย/ญาติ

- ควรจัดทำบัตรหรือสมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วย Warfarin เพื่อใช้ในการติดตามและลดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อน
- ควรพัฒนาแบบประเมินความรู้และคู่มือการใช้ยาพร้อมภาพประกอบ (Flip chart) เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

ระบบการติดตามและประเมินผล

- ควรมีแนวทางปฏิบัติด้านความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of Care) สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง โดยเชื่อมโยงระบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน Telemedicine และ ปฐมภูมิ
- ควรมีแนวทางการตรวจติดตามเฝ้าระวังผลการรักษา และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น จากการใช้ยา Warfarin

มาตรฐานการบริหารยา

- มีแนวปฏิบัติการบริหาร warfarin ให้เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น
 - Admin check list ได้แก่ ตรวจสอบขนาดยา การให้ยาครบ ให้อาหารเวลา ให้ตรงคำสั่งแพทย์ ก่อนบริหารยา และเฝ้าระวัง
 - Early Warning Sign Warfarin ที่มีการ monitor INR, การเฝ้าระวังการติดตามอาการ
 - ควรมีระบบทบทวนและประเมินความเข้าใจก่อนจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Checklist)



- ควรใช้ Bedside Medication Verification เช่น สายรัดข้อมือ เพื่อยืนยันความถูกต้องของการบริหารยา



- ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตรวจสอบยา



บทสรุปเชิงนโยบายฉบับนี้จัดทำขึ้นจากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา การติดตามผล และการประเมินระบบการบริหารจัดการยา ที่เกี่ยวข้องกับยา Warfarin จากรายงานอุบัติการณ์ในระบบ การรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning System: NRLS) และการถอดบทเรียนจากสถานพยาบาลสมาชิก 23 แห่งทั่วประเทศ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ โดยมุ่งเน้นการยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแนวทาง 3P Safety (Patient, Personnel and People Safety) และแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยผู้ป่วยระดับโลก (World Health Organization: WHO)

แสกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย



หน่วยงาน 2P Safety (Patient and Personnel Safety) คือโครงการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทยที่สอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานพยาบาลลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และยกระดับระบบคุณภาพโรงพยาบาลให้มีมาตรฐานสูงสุด โครงการนี้ได้พัฒนาต่อยอดเป็น 3P Safety (Patient, Personnel and People Safety) โดยขยายความครอบคลุมถึงความปลอดภัยของประชาชนทั่วไป เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่ปลอดภัยและยั่งยืนสำหรับทุกคนในสังคม

ผู้เขียน



พญ.เอกจิตรา สุขกุล



ภญ.วิชขุณี พิตรากุล



เนตรนภา ปานมน



ภญ.เกลิยวคมล บุญยีน



ได้รับการสนับสนุน โดย
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
Healthcare Accreditation Institute
(Public Organization) : HA

asw. ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานและการรับรองคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 เพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุข ที่มีคุณภาพมาตรฐานและทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกระดับมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาลเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่ดี และมีคุณภาพ

CONTACT US

ติดต่อ: เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5
กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี 11000

-  โทรศัพท์ : 02-027-8844
-  Call Center : 02-975-5554
-  โทรสาร (Fax) : 02-026-6680
-  อีเมล : hathailand@ha.or.th
-  เว็บไซต์หลัก : ha.or.th
-  Facebook : [HA Thailand / asw.](https://www.facebook.com/HA.Thailand/asw)

