เสริมเกราะความปลอดภัยสู่การใช้ยาอย่างมีคุณภาพ

“High Alert.....High Safety”

ถอดบทเรียนนวัตกรรมด้วยกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management) 7 ขั้นตอน

หน่วยงาน	แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร
ผู้จัดทำ	พว.ผ่องศรี นวลมนี (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ), พว.สุมาลิน พลศักดิ์ขวา (พยาบาลวิชาชีพชำนาญ), พว.ฐิตินันท์ พุทธมาตย์ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญ)
ที่ปรึกษาโครงการ	แพทย์หญิงภามนี สายเหมย
ระยะเวลาดำเนินการ	6 เดือน (มกราคม 2568 – มิถุนายน 2568)

บทนำ

การให้บริการด้านวิสัญญีเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความแม่นยำและความปลอดภัยสูง โดยเฉพาะการบริหารยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug: HAD) เช่น ยาควบคุมความดันโลหิตและยาคลายกล้ามเนื้อ จากการทบทวนอุบัติการณ์การใช้ยาผิดชนิดในแผนกวิสัญญี พบว่าในปี 2564 อยู่ที่ร้อยละ 1.2 และในปี 2566 ลดลงเหลือร้อยละ 1.0 แต่ยังคงมีความเสี่ยงเกิดซ้ำได้ โดยเฉพาะในสถานการณ์เร่งด่วน ทีมงานจึงได้ถอดบทเรียนและจัดระบบความรู้ในการพัฒนานวัตกรรม “สติกเกอร์ป้ายยา High Alert Drug” ผ่านกระบวนการจัดการความรู้ (KM) 7 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การบ่งชี้ความรู้ (Knowledge Identification)

การวิเคราะห์และระบุองค์ความรู้ที่จำเป็นต้องมีเพื่อแก้ไขปัญหาการบริหารยาในแผนกวิสัญญี:

- อุบัติการณ์การใช้ยาผิดชนิด ปี 2564 ร้อยละ 1.2 และปี 2566 ร้อยละ 1.0 (แนวโน้มลดลงแต่ยังพบซ้ำได้)
- ยากลุ่มเสี่ยงสูง (High Alert Drug) มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง หากเลือกผิดชนิด ผิดขนาด หรือผิดวิธี อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต
- ระบบเดิม: ป้ายยา HAD เป็นกระดาษสีขาวแบบเดียวกันทุกชนิดยา ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ง่ายในช่วงเวลาเร่งรีบ
- ความรู้ที่ต้องแสวงหาเพิ่มเติม: มาตรฐานสากลด้าน Visual Management และการจัดการยาเสี่ยงสูง

ขั้นตอนที่ 2 : การสร้างและแสวงหาความรู้ (Knowledge Creation and Acquisition)

ทีมงานดำเนินการรวบรวมและสร้างองค์ความรู้จากทั้งแหล่งภายในและมาตรฐานสากล ผ่านขั้นตอน:

1. สำรวจปัญหาและเก็บข้อมูลอุบัติการณ์การใช้ยาในหน่วยงาน
2. วิเคราะห์อุบัติการณ์ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกับทีม
3. ศึกษามาตรฐานสากล ได้แก่ Institute for Safe Medication Practices (ISMP) และ Australian & New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA)

หลักการที่นำมาประยุกต์ใช้: Visual Management และ Standardization ตามมาตรฐาน ISMP และ ANZCA

ขั้นตอนที่ 3 : การจัดความรู้ให้เป็นระบบ (Knowledge Organization)

นำความรู้ที่ได้มาจัดระบบให้ใช้งานได้จริง โดยออกแบบระบบแยกแยะยาด้วยสีตามคุณลักษณะการใช้งาน:

- ระบบแยกแยะด้วยสีสำหรับยาแต่ละชนิด ปรับให้เหมาะสมตามบริบทหน่วยงาน อ้างอิงมาตรฐาน ISMP
- ขนาดมาตรฐาน 7×8 ซม. ตัวอักษรขนาด 12 สำหรับติด infusion bag
- ขนาด 10×5 ซม. สำหรับติดหน้า infusion bag
- ขนาด 3.5×6 ซม. สำหรับติด Syringe pump
- ขนาด 2×1 ซม. สำหรับติดปลายสาย extension

ขั้นตอนที่ 4 : การประมวลและกลั่นกรองความรู้ (Knowledge Codification and Refinement)

กลั่นกรองรูปแบบสติกเกอร์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหน่วยงาน โดยยึดหลักการดังนี้:

- ออกแบบให้มีสีและสัญลักษณ์เด่นชัด สะดุดตา ช่วยให้บุคลากรระบุยา HAD ได้ทันที
- ปรับรูปแบบและขนาดให้สอดคล้องกับอุปกรณ์ที่ใช้งานจริงในหน่วยงาน (infusion bag, syringe pump, extension)
- กลั่นกรองให้สอดคล้องกับนโยบายความปลอดภัยของโรงพยาบาลและมาตรฐาน Hospital Accreditation (HA)

ขั้นตอนที่ 5 : การเข้าถึงความรู้ (Knowledge Access)

จัดให้บุคลากรในหน่วยงานสามารถเข้าถึงและรับทราบองค์ความรู้ที่พัฒนาขึ้น:

- นำเสนอวิธีการใช้งานสติกเกอร์ให้วิสัญญีพยาบาลทุกท่านรับทราบทั่วทั้งหน่วยงาน
- สื่อสารประโยชน์และวิธีการใช้งานอย่างต่อเนื่องในช่วงเริ่มต้นการใช้งาน เพื่อลดแรงต้านจากบุคลากรที่คุ้นเคยระบบเดิม

ขั้นตอนที่ 6 : การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ (Knowledge Sharing)

นำนวัตกรรมไปทดลองใช้จริง ติดตามผล และแบ่งปันความรู้สู่วงกว้าง:

- ทดลองใช้งานสติกเกอร์จริงในหน่วยงานวิสัญญี
- กำกับติดตามการใช้งาน ปรับปรุง และสรุปรายงานผลการใช้งานประจำเดือน
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา/อุปสรรคระหว่างดำเนินการ เช่น การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงในระยะแรก (Deny phase) และข้อจำกัดด้านงบประมาณ
- เสนอแนวทางขยายผลไปยังแผนกอื่นที่ใช้ยา High Alert Drug เช่น ICU, Emergency Department และเครือข่ายโรงพยาบาล สปสช. เขต 8

ขั้นตอนที่ 7 : การเรียนรู้ (Learning)

สรุปบทเรียนและผลลัพธ์จากการดำเนินงาน เพื่อนำไปพัฒนาต่อยอดอย่างยั่งยืน:

ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (ก่อน–หลัง)

ตัวชี้วัด	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	ผลการเปลี่ยนแปลง
อุบัติการณ์ใช้ยาผิดชนิด	2 ครั้ง/เดือน	0 ครั้ง/เดือน	ลดลง 100%
การให้ยาเกินขนาด	1 ครั้ง/เดือน	0 ครั้ง/เดือน	ลดลง 100%
เวลาระบุและเตรียมยา	2 นาที	1 นาที	ลดลง 50%
ความพึงพอใจบุคลากร	3.0/5.0	4.0/5.0	เพิ่มขึ้น
อัตราปฏิบัติตามมาตรฐาน	65%	95%	เพิ่มขึ้น 30%
ความถูกต้องในการสื่อสาร	70%	98%	เพิ่มขึ้น 28%

บทเรียนที่ได้รับ

ปัญหาและวิธีการจัดการ:

- การเปลี่ยนแปลงใดๆ ย่อมมีการต่อต้านหรือไม่ได้รับความร่วมมือในระยะแรก (Deny phase) แก้ไขโดยสื่อสารประโยชน์ของการใช้งานและกระตุ้นเตือนเป็นระยะ
- ข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทีมจึงปรับจากสติกเกอร์เป็นกระดาษสีแทน เพื่อควบคุมต้นทุน

ข้อแนะนำเพื่อการต่อยอด:

- ให้ความสำคัญกับโปรแกรมฝึกอบรมและทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง
- จัดตั้งระบบติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
- ขยายผลเป็นลำดับขั้นตอน โดยเริ่มจากหน่วยงานนำร่องก่อน

แนวทางการประยุกต์ใช้ต่อไป:

- ขยายผลไปยังแผนกอื่นที่ใช้ยา High Alert Drug เช่น ICU และ Emergency Department
- ประยุกต์ใช้กับระบบการจัดการเวชภัณฑ์อื่น เช่น เลือดและผลิตภัณฑ์เลือด
- พัฒนาต่อยอดเป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลในเครือข่าย สปสช. เขต 8

งบประมาณที่ใช้ในการพัฒนา

รายการ	จำนวน	มูลค่า
กระดาษสี	10 ลีม/เดือน	1,200 บาท
หมึกพิมพ์	-	300 บาท
รวม		**1,500 บาท/เดือน**

สมาชิกทีมและการติดต่อ

- แพทย์หญิงภามนี สายเหมย — ที่ปรึกษาโครงการ
- พว.ผ่องศรี นวลมนี — พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- พว.สุมาลิน พลศักดิ์ขวา — พยาบาลวิชาชีพชำนาญ
- พว.ฐิตินันท์ พุทธมาตย์ — พยาบาลวิชาชีพชำนาญ (ผู้ประสานงาน โทร 5932, 5943 อีเมล thitinan.noey1992@gmail.com)