

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลปากพะยูน

ครั้งที่ 2/2566

วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566

เวลา 13.30 น.

ณ.ห้องประชุม โรงพยาบาลปากพะยูน

รายชื่อผู้มาประชุม

ลำดับที่ ชื่อ-สกุล

ตำแหน่ง

1.	นางสาวนันท์ฉัฐ วรรณรัตนวงค์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
2.	นางสาวภัทราวดี สีนวลสุข	นายแพทย์ปฏิบัติการ	รองประธานกรรมการ
3.	นางสาวศุภวัลย์ รักมาก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
4.	นางรจิต เศรษฐสุข	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
5.	นางพัชรี แสงเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
6.	นางสิริพร คงแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
7.	นางธนันพร พูลสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
8.	นางศิริภรณ์ บัวบาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
9.	นางสาวละออง ทองสีอ่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
10.	นายวิเชียร นุ่นศรี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการ
11.	นางสุจินต์ แทนเกิด	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการ
12.	นางกาญจนา ศักดิ์แสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
13.	นายธีรทัต ศรีขวัญ	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

- ทันตแพทย์นันท์ฉัฐ วรรณรัตนวงค์ การเตรียมความพร้อมในการรับการประเมินจาก สรพ.โดยมีการประเมินติดตาม recommendation ในวันที่ ๑ มีนาคม ๒๖๖๖ โดยอาจารย์มาติดตามการดำเนินงานของระบบบริหารความเสี่ยง

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

- ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๓ สืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

- ติดตามการจัดทำ risk register ในโรคสำคัญและมาตรฐานที่จำเป็นต่อความปลอดภัย ๙ ข้อ
- ปรับปรุงระบบโปรแกรมรายงานความเสี่ยง

- ทบทวนชื่อความเสี่ยงที่มีความสอดคล้องกับ รหัสความเสี่ยงให้ตรงกับ NRLS ของสรรพ.
ระเบียบวาระที่ ๔ เสนอเรื่องที่ประชุมรับทราบและพิจารณา

การประชุมติดตาม recommendation ในวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ โดยอาจารย์มาติดตามการดำเนินงานของระบบบริหารความเสี่ยงดังนี้

๑. ดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อ ความปลอดภัย ๙ ข้อให้เป็นระบบและครอบคลุม ทั้ง ๔ ขั้นตอน และควรมีการติดตามประเมินการ บรรลุเป้าหมาย และระบุข้อที่เป็นปัญหา/สำคัญ และยังไม่บรรลุเป้าหมายไปกำหนดเป็นจุดเน้นที่ ต้องแก้ไข/พัฒนา

๒.สื่อสารข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้ทีมที่เกี่ยวข้องนำไปวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญ และปรับปรุงระบบ

๓. มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีผลกระทบระดับ G H I เพิ่มขึ้นในปี๒๕๖๔ และอุบัติการณ์ความเสี่ยงใน ๙ ข้อของมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ยังมีการเกิดซ้ำและแนวโน้มลดลงยังไม่เสถียร ควรประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและนำปัญหาไปปรับปรุงอย่าง ต่อเนื่อง

คำแนะนำ(Suggestion)

๑. การประเมินตนเองและการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ : ควรส่งเสริมการประเมินตนเองที่หลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น เช่น การตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน การทบทวนเชิงคุณภาพ การทบทวนหลังกิจกรรม และการทบทวนตัวชี้วัด รวมทั้ง การบันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง

๒. ควรส่งเสริมการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้ออกแบบ/ดำเนินการไว้ให้มากขึ้น เช่น

๒.๑. ข้อมูลจากผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย ควรนำเรื่องที่ยังมีโอกาสพัฒนามากในลำดับต้นๆ ไปปรับปรุง

๒.๒. ข้อมูลจากระบบทะเบียนความเสี่ยงที่ โรงพยาบาลได้ออกแบบและดำเนินการไว้ เช่น มีความครอบคลุม/สมบูรณ์ ควรเพิ่มเติมหรือไม่ มีการดำเนินการที่สอดคล้องกับแนวทางที่ ออกแบบไว้มาน้อยเท่าไร และการเข้าถึง ข้อมูล/การใช้ประโยชน์ของผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้นเพื่อนำไปปรับปรุงให้ระบบทะเบียนความเสี่ยง ใช้ประโยชน์ได้สูงสุด

แผนพัฒนาคุณภาพของระบบบริหารความเสี่ยงตามที่คณะกรรมการกำหนด

คณะกรรมการ RMC. ติดตามผลลัพธ์ในการดำเนินงาน เรื่องมาตรฐานสำคัญ จำเป็นต่อความปลอดภัย ๙ ข้อ ครอบคลุม ๔ ขั้นตอน โดยเฉพาะ การติดตามวัดผลการปฏิบัติ จากการตามรอยหน่วยงาน และประเมินผลลัพธ์ สรุปประเด็นปัญหาที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ๓ ประเด็น ตามระดับ risk level ได้แก่ ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖

๑.บุคลากรติดเชื่อจากการปฏิบัติงาน ๓ ราย

๒.การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ๕ เรื่อง

๓.การลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย ๗ เรื่อง

๔ triage ผิดพลาด ๙ เรื่อง

- นำเสนอให้ คณะกรรมการบริหารรับทราบกำหนดเป็น Pakphayoon Safety Gold ด้านความปลอดภัย นำข้อมูลผลลัพธ์ มาจัดลำดับความสำคัญกำหนดเป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล

- จัดทำแผนงาน และแนวทางปฏิบัติ ถ่ายทอดลงสู่หน่วยงาน

- สื่อสาร ทำความเข้าใจ ให้ความรู้ความเข้าใจให้กับบุคลากรทุกระดับในที่ประชุม ทบทวนความเสี่ยงของ รพ. ที่จัดให้มีขึ้นในระหว่างวันที่ (๑๗-๑๘ มกราคม ๒๕๖๖)

- ติดตามวัดผลการปฏิบัติ โดย Risk round หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ประเมินผล

๑)คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ รพ. ส่งเสริมการประเมินตนเองที่หลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น
รพ.ปากพะยูน ประเมินตนเองโดย

๑.การตามรอยทางคลินิก โดยทีม CLT.

๒.Internal survey (RisK Round ENV.Round ประเด็นสำคัญตาม เข็มมุ่ง มาตรฐานสำคัญ และจำเป็นต่อ ความปลอดภัย ตามนโยบาย ๒ P safety

๓.การทบทวนตัวชี้วัด ทุก ๖ เดือน

๔.สรุปผลการทบทวน ๑๒ กิจกรรม

๕.จากรายงานการประเมินตนเอง SAR

๒) รพ.ส่งเสริมการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้ นำมาออกแบบ/ดำเนินการไว้ให้มากขึ้นได้แก่ การนำผล จากการประเมินประสิทธิภาพ ระบบบริหารความเสี่ยง จากข้อมูล patient safety culture มาใช้ ประโยชน์

โรงพยาบาล ได้กำหนดเป็นแผนปฏิบัติการใน ปี ๒๕๖๖ และสู่การพัฒนา ดังนี้

๑). ปรับปรุงโปรแกรมความเสี่ยง

พัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ โดยใช้ ระบบ HRMS on Cloud

ให้สามารถลงข้อมูลหน่วยงานได้ง่าย โดยกำหนด ให้ความเสี่ยงระดับ A-D และ ๑-๓ มีการทบทวนและจัดการ ในฝ่ายโดยทำการประชุม หรือ จัดวางแผนทางด้วยกัน ส่วนความเสี่ยงระดับ E up หรือ ๔ ,๕ ให้ การรายงาน นั้น ไปถึงทีมนำและมีการนำหัวข้อเข้าทีมนำเพื่อหารือ แนวทางจัดการ แก้ไขป้องกันเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน นอกจากนี้ ในอุบัติการณ์สำคัญ ให้ทำการรายงานความเสี่ยงเข้าโปรแกรมทันที และจะมีการแจ้งเตือนเข้าLine RMทันที โดยไม่ต้องค้างในระบบเช่นก่อนหน้า เพื่อให้ทีมนำและผู้เกี่ยวข้องทราบ สามารถเรียกประชุม หารือ และหาแนวทางแก้ไข ป้องกันภายในระยะเวลาที่เหมาะสมตามกำหนดการของความรุนแรงนั้นๆ

- ๒).อบรมความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากร รพ. โดยแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ ระดับผู้ปฏิบัติหน้างานหน่วยบริการคลินิกและหน่วยสนับสนุน และระดับหัวหน้างาน เพื่อติดตามและกำกับระบบ
- ๓.ปรับปรุงโครงสร้างคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โดยให้ตัวแทนหน่วยงานเข้ามาเป็นคณาทำงาน เพื่อรับรู้การปฏิบัติ และสามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้อง
- ๔.จัดทำ Risk Profile จัดลำดับความเสี่ยงสำคัญและจัดทำแผนป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในหน่วยงาน และกำหนดให้มีการทบทวน Risk Profile ในหน่วยงานอย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง
- ๗.กำหนด trigger ในการค้นเวชระเบียนมาทบทวนเพื่อหา AEและนำ เข้าทบทวนในทีม PCT เพื่อพัฒนาเชิงระบบ
๘. นำอุบัติการณ์และการแก้ไขเชิงระบบมาทำ Risk register ระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล
๙. ทบทวน risk matrix จัดลำดับ ความสำคัญของความเสี่ยงเสนอในกรรมการบริหารและทีมที่เกี่ยวข้อง ทุก ๓ เดือน/ จัดทำ Risk register ระดับโรงพยาบาล

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ
ไม่มี

เลิกประชุมเวลา ๑๖.๓๐น.

ลงชื่อ
(นางกาญจนา ศักดิ์แสง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้จตรายงานการประชุม

ลงชื่อ
(นางสาวนันท์ฉัฐ วรรภัทร์ธนาวงศ์)
ประธานคณะกรรมการ RM
ผู้ตรวจรายงานการประชุม