

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๖

วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมพิศาลสิน ชั้น ๙ โรงพยาบาลบางพลี

ผู้มาประชุม

๑. นพ. พงศ์ธร	หาญบุญคุณอุปการ	องค์กรแพทย์	ประธานฯ
๒. นพ. สุปัทมนัก	รัตนกัญวานวงศ์	หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	รองประธาน
๒. นส. ปาริชาติ	ป่าเกลือ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ห้องผ่าตัด
๓. นส. อรวลี	ชื่นชม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศัลยกรรม
๔. นางภิญญลักษณ์	เรวัตพัฒนภักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ศัลยกรรม
๕. นางสาวชุลีพันธ์	ไชยพันธุ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ห้องคลอด
๖. นส. บุษปากร	โสภณนิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	พิเศษรวม
๗. นส. ศศิรดา	ศรสังข์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	งานศัลยกรรม
๘. นส. แสงระวี	คำใจเดียว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	งานผู้ป่วยนอก
๙. นส. กรณิกา	จุมเกษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	งานหลังคลอด
๑๐. นส. จิณต์ฉวีรา	ภาระเวช	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	งานอายุรกรรมชาย
๑๑. นส. ปานไพลิน	ยอดสม	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	งานเวชกรรมฟื้นฟู
๑๒. นางพนิดา	นันทขว้าง	เภสัชกรชำนาญการ	งานเภสัชกรรม
๑๓. นส. ศลิษา	จันทร์สุวรรณ	เภสัชกรปฏิบัติการ	งานเภสัชกรรม
๑๔. นส. ศิรดาพรรณ	แสนจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	งานเวชกรรมสังคม
๑๕. นส. ณัฐภรณ์	ผาใต้	พยาบาลวิชาชีพ	งานทารกแรกเกิดวิกฤติ
๑๖. นส. นวพร	ศรีตรรกยานันท์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	งานทารกแรกเกิดวิกฤติ
๑๗. นส. อริสรา	พึ้งเกษม	นักจัดการงานทั่วไป	ฝ่ายบริหาร
๑๘. นส. สรียาภรณ์	ใบแสง	พนักงานบริการ	แพน IC
๑๙. นางจำรูญศรี	แก้วพวง	นักเทคนิคการแพทย์	ฝ่ายพยาธิวิทยาคลินิก
๒๐. นายณัฐภักดิ์	นิลเศรษฐกุลวัฒน์	นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ	งานรังสีวิทยา
๒๑. นส. ฟาตอนันท์	มะหมัด	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	งานผู้ป่วยนอก
๒๒. นส. ทีชานิกา	โรจน์ทนต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	งานอายุรกรรมหญิง
๒๓. นางจริยา	ชูสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เริ่มประชุมเวลา ๑๔.๐๐ น.

วาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งทราบ

๑๔.๐๐ น. 1.1 นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ได้ให้ความสำคัญกับการสื่อสารสร้างความสัมพันธ์ของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ ให้มีการจัดตั้ง Care D+ Team ในหน่วยบริการทุกระดับ โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้มี โครงการอบรมขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะและสังคม (Care D+) ประจำปีงบประมาณ 2567 สำหรับผู้บริหาร บุคลากร เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครในสถานพยาบาล เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารอย่างเข้าอกเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารในภาคดูแลสุขภาพ และร่วมมือกันส่งเสริมวัฒนธรรมการสื่อสารอย่างเข้าอกเข้าใจในองค์กรและภาคีเครือข่าย ซึ่งจังหวัดสมุทรปราการมีผู้เข้าร่วมอบรมทั้งหมด 95 คน-

1.2 จากสภาพปัญหาความขัดแย้งจากการให้บริการสาธารณสุขมีมากขึ้น ทำให้สถิติการ ร้องเรียนฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ส่งผลให้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเกิดวิกฤติ ศูนย์สันติวิธีกระทรวงสาธารณสุข จึงให้ สสจ. และ รพ.ทุกแห่ง ดำเนินการ ดังนี้

1. จัดตั้งศูนย์ไกล่เกลี่ยในสถานบริการ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน และผ่านการอบรม
2. จัดตั้งหรือทบทวนแนวทางการดำเนินงานและรายงานการรับเรื่องร้องเรียนของหน่วยบริการและระดับจังหวัด

การจัดตั้งทีมระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาล

ในระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาลถ้าเป็นสถานการณ์สีเหลือง และ แดง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จะต้องรับรู้และตอบสนองเร็วที่สุด ดังนั้น จึงต้องมีระบบเฝ้าระวัง Early detection และ การตอบสนองได้โดยเร็วที่สุด ดังนั้นจึงให้ สสจ./รพ. ดำเนินการ Set ระบบ RRT ระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาล สร้างทีม RRT ให้มีบทบาทหน้าที่ชัดเจน ตามโครงสร้างดังต่อไปนี้

โครงสร้าง RRT (Rapid Response Team)

RRT ระดับจังหวัด	RRT ระดับโรงพยาบาล
<ul style="list-style-type: none"> • รอง นพ.สสจ. ด้านบริหาร เป็นประธาน • หัวหน้ากลุ่มประกันสุขภาพ • นักเจรจาไกล่เกลี่ย (ผู้ที่ผ่านการอบรมด้านการเจรจาไกล่เกลี่ย) ระดับจังหวัด • นิติกร 	<ul style="list-style-type: none"> • รอง ผอ.ฝ่ายการแพทย์ เป็นประธาน • Medical Law (บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จบทางด้านนิติศาสตร์ • นักเจรจาไกล่เกลี่ย (ผู้ที่ผ่านการอบรมด้านการเจรจาไกล่เกลี่ย) ระดับโรงพยาบาล • นิติกร

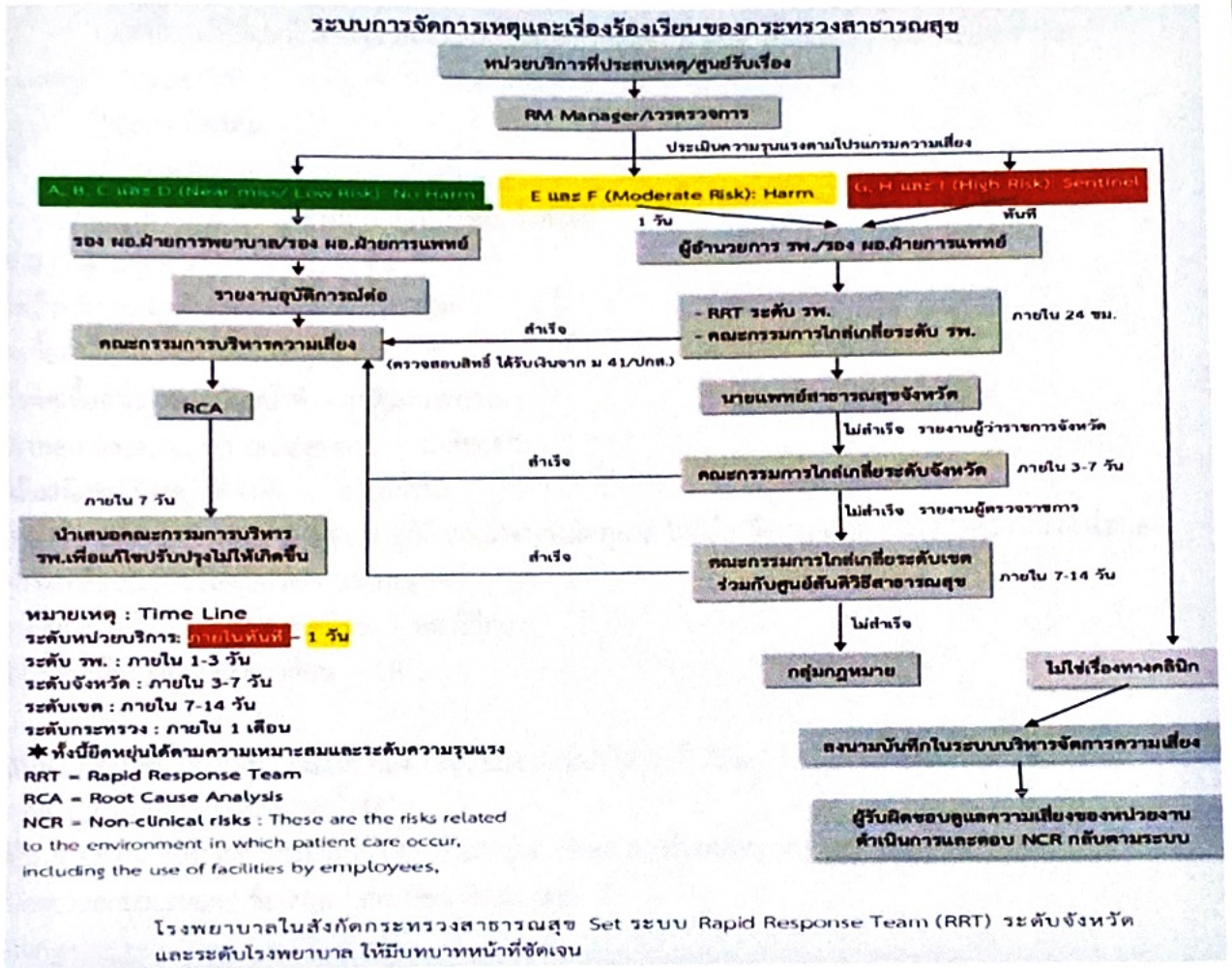
ซึ่งโรงพยาบาลบางพลี น่าจะได้จัดตั้งทีม ระดับโรงพยาบาล

- ทบทวนแนวทางการบริหารความเสี่ยง โดยใช้ Risk Register เป็นเครื่องมือ

- Risk Identification คือการค้นหาความเสี่ยง จึงใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพ ของความเสี่ยงเชิงรุก Proactive Risk การค้นหาความเสี่ยง – เชิงรุก (ยังไม่เกิด อุบัติการณ์ *จากการทบทวนกระบวนการทำงาน)
- เชิงรับ จากการทบทวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น
- Risk Analysis การวิเคราะห์ความรุนแรงของความเสี่ยง
- Plan Risk Treatment Strategies การจัดการความเสี่ยง
- Monitor & Review การติดตามผลของการจัดการความเสี่ยง

** ให้ทุกหน่วยงาน ทบทวน Risk Register ของหน่วยงาน นำมาเสนอในที่ประชุม ครั้งต่อไป

- จำนวนการรายงานอุบัติเหตุ บอกรถึง ความตระหนัก ถึงความเสี่ยง และ แนวโน้ม trend ของความเสี่ยงขององค์กร ระบบการรายงานอุบัติเหตุ ยังใช้ ของ สรพ. คือ NRLS ซึ่ง ใครยังไม่สามารถเข้าถึงระบบการรายงาน ให้แจ้งมาที่เลขฯได้
- การจัดการความเสี่ยงแยกตามความรุนแรง



- ระดับ A-D, 1-2 หัวหน้างาน และผู้เกี่ยวข้องจัดการหาแนวทางการแก้ไข
- ระดับ E-F, 3 ทีม PCT และ/หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการหาแนวทางการแก้ไข
- ระดับ G-I, 4 ทีม PCT และ/หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำ RCA ดำเนินการหาแนวทางการแก้ไข
- Sentinel event ต้องรายงานทันที และบันทึกอุบัติการณ์ภายใน 24 ชม. ต้องทบทวนระบบทุกระดับความรุนแรง
- โรงพยาบาลบางพลีมี ๑๐ ข้อ แบ่งเป็น - clinic ๔ ข้อ , non-clinic ๖ ข้อ
- Clinic
 ๑. มารดาเสียชีวิตระหว่างคลอดบุตร
 ๒. เกิดโรคระบาดรุนแรงที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น SARS, EBOLA.
 ๓. อุบัติเหตุหมู่
 ๔. มีการเสียชีวิตโดยมิได้คาดหมาย
- non-clinic ๖ ข้อ
 ๑. ทารกถูกลักขโมย
 ๒. มีเหตุการณ์บุคคลในโรงพยาบาลถูกประทุษร้าย/ฆ่าตัวตาย/ ถูกฆาตกรรม
 ๓. เจ้าหน้าที่เสียชีวิตขณะปฏิบัติงาน(ทั้งในและนอกโรงพยาบาล)
 ๔. เหตุการณ์ภัยพิบัติ
 ๕. อัคคีภัยในโรงพยาบาล

- ๖.เหตุการณ์ที่มีแนวโน้มจะถูกฟ้องร้องหรือเผยแพร่ต่อสื่อมวลชนทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงโรงพยาบาล

** โทร - ๑๙๙๙ *code CPR

** code อักคิภัย

code คุกคาม

ทบทวน Flow code ต่างๆ ในการประชุมครั้งต่อไป

**ทบทวน มาตรฐาน ความเสี่ยงที่สำคัญ ๙ ข้อ

๑. ผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ (OR)

๒. การติดเชื้อสำคัญ (SSI, VAP, CAUTI, CLABSI)- IC

๓. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ - อาชีวเวชกรรม

๔. การเกิด med error, advert drug event - เภสัชกรรม

๕. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด - อายุรกรรม

๖. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด - OPD เมื่อเกิด อุบัติการณ์ระบุตัวผิดพลาด ให้คืออุบัติการณ์ด้วย / แจ้ง OPD เพื่อเก็บข้อมูล

๗. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค - องค์กรแพทย์

๘. การรายงานผล lab / patho คลาดเคลื่อน - พยาธิวิทยา

๙. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน - ER

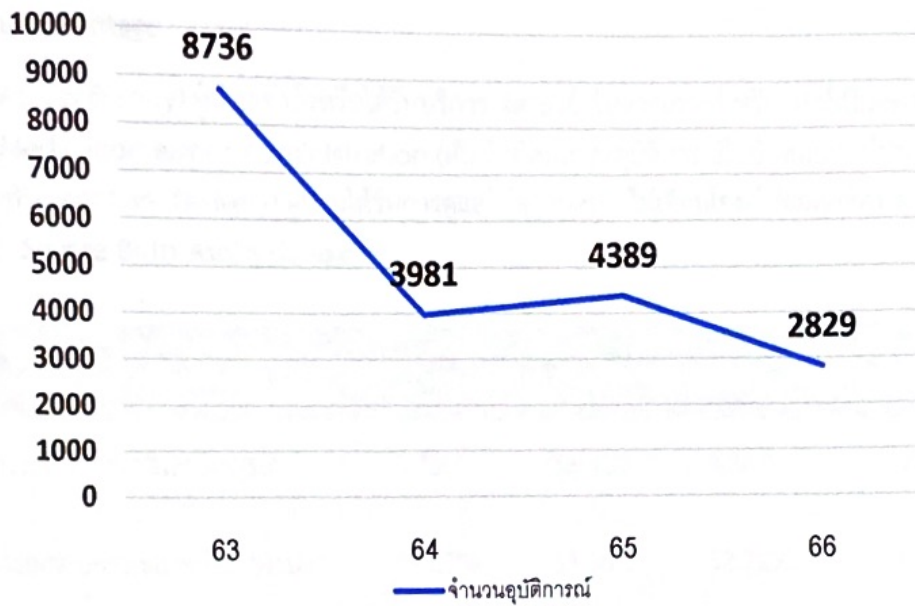
มุ่งสู่การเป็น 3Psafety hospital และใช้ Risk registered เน้นเชิงรุก ปี 2567

นัดทบทวนการวางแผน ในการประชุมครั้งต่อไป

มุ่งสู่การเป็น 3Psafety hospital และปรับใช้ HRMS โดยเน้น เชื่อมโยง ของโรงพยาบาลบางพลี

1. Patient identification (ชื่อ-สกุล / เลข.ปชช/ ชื่อมารดา)
2. Falling
3. Social media and communication professionalism
4. ลดการติดเชื้อ ผู้ป่วย/บุคลากร
5. พัฒนาระบบ Triage (ER)
6. อัตราการเสียชีวิตจาก sepsis (PCT Med)
7. อัตราการเกิด post partum hemorrhage(PCT สูติ)
8. ลดข้อร้องเรียน รอนานล่าช้า

สรุปจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ ปี 2566



หน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ มากที่สุด ในปี ๖๖

๑.งานกายภาพบำบัด
๒.ห้องคลอด
๓.คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
๔.ห้องตรวจกุมารเวชกรรม
๕.งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
๖.งานพยาธิวิทยาคลินิก
๗.หอผู้ป่วยหลังคลอด
๘.หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
๙.หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย
๑๐.งานทันตกรรม

รายงานอุบัติการณ์ที่มีการรายงานมากที่สุด ปี ๒๕๖๖

๑. บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านละอองฝอย (droplet transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัดเยอรมัน ฯลฯ-๘๐
๒. Patient Identification -๓๒

๓. ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ล่าช้า หรือไม่สามารถปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ได้ - 28

๔. PPH with Complicate -๒๖

๕. บุคลากรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง- ๒๔

๖. Under triage - ๑๙

๗. Access & Entry) ผู้ป่วยเข้าถึงหรือได้รับบริการ ผิด/ล่าช้าไปจากเกณฑ์ หรือโรคที่เป็น-๑๘

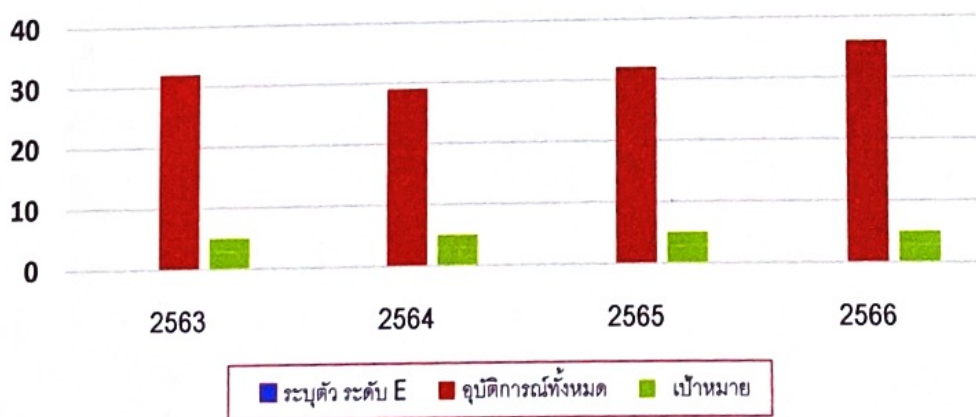
๘. Medication error : Administration (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติเหตุในขั้นตอนการให้ยา) -๑๘

๙. :(Patient Care Delivery) ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครอบคลุม/ไม่เพียงพอ/ไม่สอดคล้อง ตามเกณฑ์ อาการ หรือโรค-๑๔

๑๐. Severe Birth Asphyxia -๑๔

	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
จำนวนการรายงานอุบัติการณ์	8,736	3,981	4,389	2,829
ความครอบคลุมของการรายงาน	77.27%	36.36%	52.72%	42.22%

จำนวนอุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด

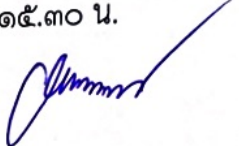



แต่ยังมีการเก็บข้อมูลในหน่วยงาน ที่ยังไม่ค่อยเข้าระบบ

วาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

วาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องและติดตาม

วาระที่ ๔ เรื่องอื่นๆ การตอบสนอง ต่อการรายงานอุบัติการณ์ มีการลงข้อมูล แต่ไม่ทราบผลการดำเนินการ
นัดประชุม ครั้งต่อไป วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๖๗ ปิดประชุมเวลา ๑๕.๓๐ น.


นางจิริยา ชุสุวรรณ
ผู้จัดรายงานการประชุม


นพ.พงศ์ธร หาญบุญคุณูปการ
ผู้ตรวจรายงานการประชุม