

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ครั้งที่ 1 / 2563

วันอังคารที่ 26 พฤศจิกายน 2562 เวลา 13.30 – 16.00 น.
ณ ห้องประชุมดอกปีบ ชั้น 8 อาคารสนับสนุนบริการทางการแพทย์

.....

ผู้มาประชุม

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------|
| 1. พญ.สุวิมล ทองประเสริฐ | นายแพทย์ชำนาญการ | ประธานที่ประชุม |
| 2. พญ.วัฒนาพร คุ่มบุญ | นายแพทย์ชำนาญการ | |
| 3. พญ.ธนิตาวดี เชื้อโชติ | นายแพทย์ชำนาญการ | |
| 4. นางวิภาพรรณ คงชนะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 5. นางจันทร์ฉาย ทองเพ็ญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 6. น.ส.อรุณี รัตนนิเทศน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 7. น.ส.ปราณี บุญถูก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 8. น.ส.ปนัดดา จันทวีศิริรัตน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 9. น.ส.รัชณี วีระสุขสวัสดิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 10. น.ส.นันทาศิณี พิริยะเศรษฐโสภณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 11. นางมณีวรรณ มุลมี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 12. นางปิยดา เคียง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 13. นางนิตยา พลศักดิ์ | เจ้าพนักงานเวชสถิติ | |
| 14. นางวิชณี รัตนกุล | นักวิชาการสาธารณสุข | |
| 15. นางบุษดี แก้วกันยา | นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ | |
| 16. นางพัศจีพร ยศพิทักษ์ | นักกายภาพบำบัดชำนาญการ | |
| 17. นายราเชนทร์ นามวงศ์ | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ | แทน นายสัญญา ทารวย |
| 18. น.ส.รัชฎา จัยจำลอง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 19. น.ส.ราตรี บุญชู | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 20. น.ส.สุวรรณา สลับศรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 21. นางปราณีต สาธูจรรย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 22. นางอมรรัตน์ ถิ่นขาม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 23. น.ส.สิริมนต์ ดำริห์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 24. นางทัศนีย์ กลิ่นหอม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 25. นางปรียวดี เทพมุสิก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 26. นางรัชณี ทองคำ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 27. น.ส.สุพัตรา ชายแก้ว | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 28. น.ส.วาสนา อุปสาร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 29. นางเยาวรัตน์ มังคลา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 30. นางพัชรี ชิงค์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| 31. นางรำไพ ศุขเกษม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |

32. นางสาวฝน ดีเมืองปัก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
33. นางรัชฎาภรณ์ บุญหอม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
34. น.ส.วิวรรธน์ สารธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
35. นางกัลยา ชาญเฉลิม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
36. น.ส.กฤตภรณ์ ประกอบแสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
37. น.ส.อรวรรณ สายสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
38. นางศศิณาพร อยู่สุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
39. นางศรีไพร กัลบดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
40. น.ส.สุภาพร ประทุมเทศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
41. น.ส.นิภารัตน์ ไชยโกฏี	นักวิชาการสาธารณสุข	เลขานุการที่ประชุม

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. พญ.อโนรี สุระวงศ์	นายแพทย์ชำนาญการ
2. พญ.จตุมา แสนคำหมื่น	นายแพทย์ชำนาญการ
3. นางจิรัฐกา เยนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางจตุพร สลักคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. นางสุชาดา ฤทธิน้ำคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. นางสมคิด ตาทิพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
7. นางพัชรกร สงค์แก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
8. นางกันติชา ธนูทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ไม่มาประชุม เนื่องจากติดราชการ จำนวน 34 คน

เริ่มประชุม เวลา 13.30 น.

พญ.สุวิมล ทองประเสริฐ เป็นประธานในที่ประชุม ดำเนินการประชุม ตามวาระดังนี้

วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ทราบ

- 1.1 กรณีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลผูกคอตาย เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2562 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะเชิญประชุมเพื่อหาแนวทางป้องกัน โดยจะเชิญกลุ่มงานจิตเวชและหัวหน้ากลุ่มงานต่างๆ เข้าร่วมประชุม วัน เวลา สถานที่ จะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง
- 1.2 กรณีผ่าตัดผิดข้างเมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2562 ได้เชิญประชุมเพื่อหาแนวทางป้องกันในวันที่ 27 พฤศจิกายน 2562 ณ ห้องประชุมองค์กรแพทย์ เวลา 13.30 น.

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5 / 2562

มติที่ประชุม รับทราบ รับรองรายงานการประชุม

วาระที่ 3 สรุปข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ประจำเดือน ตุลาคม 2562

- 3.1 รายงานอุบัติการณ์ประจำเดือน ตุลาคม 2562 จำนวน 305 เรื่อง
 - ความเสี่ยงด้านคลินิก 242 เรื่อง
 - ความเสี่ยงทั่วไป 63 เรื่อง

3.2 ความเสี่ยงด้านคลินิก (Patient Safety Goals) 3 อันดับแรก

- | | |
|--|----|
| 1. Admin Error | 20 |
| 2. การสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ไม่สื่อสาร/สื่อสารผิด/สื่อสารไม่ครบถ้วน/สื่อสารล่าช้า | 18 |
| 3. การเลื่อนการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนจากความไม่พร้อมหรือการประเมินไม่ครบถ้วน | 10 |

3.3 ความเสี่ยงด้านทั่วไป (Personnel Safety Goals) 3 อันดับแรก

- | | |
|---|----|
| 1. เกิดปัญหาด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงานเช่น ระบบน้ำอุปโภค-บริโภค, ระบบไฟฟ้า, การบำบัดน้ำเสีย/กำจัดขยะ ไม่ถูกวิธี/ไม่ได้มาตรฐาน | 17 |
| 2. เจ้าหน้าที่ถูกร้องเรียน | 3 |
| 3. บุคลากรถูกวัสดุอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ | 2 |

3.4 ความเสี่ยงด้านทั่วไป (Organization Safety Goals) 2 อันดับแรก

- | | |
|---|---|
| 1. เกิดปัญหาด้านข้อมูล สารสนเทศ เช่น ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่น่าเชื่อถือ/ไม่เป็นปัจจุบัน | 6 |
| 2. เกิดปัญหาด้านการควบคุมการวางแผน เช่น ไม่มีแผนปฏิบัติการ-แผนไม่ครอบคลุม/การสื่อสารแผน/การมอบหมายผู้รับผิดชอบ/ไม่กำหนดวัตถุประสงค์ | 1 |

3.5 ข้อมูลเชิงมุ่งประจำเดือน ตุลาคม 2562

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| 1. Safe surgery | |
| - ผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง | = 0 |
| 2. Emergency Response | |
| - Effective CPR | = 4 (H = 1, I = 3, *RRT = 0) |
| 3. Line | |
| - ET Tube เลื่อนหลุด | = 13 (D = 12, E = 1) |
| 4. ทั่วไป | |
| - ผ้าไม่พอใช้ | = 0 |

3.6 5 อันดับหน่วยงานที่มีรายงานอุบัติการณ์

- | | | |
|-------------------------|----|--------|
| 1. ICU Hub | 86 | เรื่อง |
| 2. ห้องคลอด | 61 | เรื่อง |
| 3. ICU med 2 เหนือ | 59 | เรื่อง |
| 4. CCU 2 | 39 | เรื่อง |
| 5. อายุรกรรมหญิง ชั้น 6 | 38 | เรื่อง |

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ 4 นำเสนอ Risk Register/RM Round

4.1 นำเสนอ Risk Register

1. ไตเทียม
 - HD1 = Peritonitis
 - HD2 = Volume overload in CAPD
 - HD3 = cardiac arrest in HD unit

HD4 = Complication จาก หัตถการ

การแก้ไข

- รายงานแพทย์ ในกรณีที่ resident ใส่ DLC ไม่ได้ ควรจะเป็น Staff
- การเฝ้าระวัง หลังใส่ DLC ประเมิน Bleeding /hematoma ก่อนส่งกลับ ward

HD5 = เครื่องมือ ไม่พร้อมใช้ และน้ำไม่ไหล ไฟไม่มา เครื่อง HD เสีย

การแก้ไข

- หน่วยงานช่าง maintenance ประจำเครื่อง สามารถปรึกษาได้ ตลอดเวลา /มีเครื่องสำรองหมุนเวียน ถ้าเครื่องไม่พร้อมใช้
- ระบบน้ำ มีช่างประจำ รพ. ดูแลเบื้องต้นในหน่วยงาน

2. PCT MED

- อุบัติการณ์สำคัญคือ ET-Tube เลื่อนหลุด

4.2 RM Round

ทีม 1 ลง Round วันที่ 19 พฤศจิกายน 2562 งานซักฟอก, อายุรกรรมสาย 1

1. งานซักฟอก

ข้อเสนอแนะ

- ในระหว่างชั่วโมงของการทำงานที่ติดต่อกันแนะนำให้ช่วงพักในการยืดเหยียดร่างกายอย่างน้อย 10 นาที บริหารด้วยตัวเจ้าหน้าที่เอง
- แนะนำให้หน่วยงานซักฟอกจัดทำแฟ้ม RM ให้เป็นปัจจุบัน โดยมีที่ปรึกษาคือ ดร.จันทร์ฉาย ทองเพ็ญ

2. อายุรกรรมชายชั้น 6

ข้อเสนอแนะ

- เจ้าหน้าที่ที่มีการใช้คอมพิวเตอร์มากกว่า 4 ชม.ต่อวันควรได้รับการตรวจสมรรถภาพการมองเห็น 1 ครั้งต่อปี
- มีการตรวจวัดแสงสว่างในที่ทำงานปีละ 1 – 2 ครั้ง ทั้งกลางวันและเวรบ่าย
- แนะนำให้หน่วยงานอายุรกรรมชายชั้น 6 ทำ Risk Matrix, Driver Diagram โดยมีที่ปรึกษา คือ คุณศศิณาภรณ์ อยู่สุข

ทีม 2 ลง Round วันที่ 21 พฤศจิกายน 2562 อายุรกรรมสาย 2

1. หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงชั้น 6

ชื่นชม

- มีการใช้ Innovation
- ใช้ QR code มาปรับใช้ในงาน เช่น Pre-Post test การใช้โปรแกรม HRMS
- มีการค้นหาปัญหาเชิงรุกจากหน้างาน

ข้อเสนอแนะ

- เน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก การใช้ Trigger tool ค้นหาปัญหาให้มากขึ้น
- ให้ติดตาม Risk register โดยหมุน PDCA รอบที่ 2 เพื่อเป็นการติดตามงานทุก 3 เดือน

- ข้อมูลET- tube เลื่อนหลุด เพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใส่แนวทางปฏิบัติให้ตรงตามปัญหาทั้ง อนุ.6 และ ICU med 2 ทิศใต้
- ปัญหาเรื่องผ้าที่ อนุ.6 ผู้ป่วยและญาติที่ผ้าเบื่อนเอง แนะนำให้เพิ่ม การแนะนำการทิ้งผ้าให้ถูกต้อง
- มูลฝอย ยังมีมูลฝอยทั่วไป ปนกับมูลฝอยติดเชื้อ
- เพิ่มการ Feed- back ข้อมูลการลง โปรแกรม HRMS ในทีม

2. ICU Med 2 ทิศใต้

ชื่นชม

- มีการใช้ Innovation แก้ไขปัญหาความเสี่ยง
- ใช้ QR code มาปรับใช้ในงาน เช่น Pre-Post test การใช้โปรแกรม HRMS
- ICU med 2 ทิศใต้ ใช้ QR code ในการตรวจสอบรถ Emergency
- การสำรองยามีคุณภาพ ยาเพียงพอต่อการใช้ มีการรับคำสั่งการให้ยาที่ดี น้องๆตระหนักเห็นความสำคัญ และมีCompetency
- มีระบบ Double check ยาที่ดี

ข้อเสนอแนะ

- เครื่องมือ : การใช้ Infusion pump ยังขาดแคลน มีแผนรองรับอย่างไร เมื่อต้องให้ยา HAD และยาที่มีการdrip rate > 100ml./hr.
- การติดเชื้อ MDR ในหน่วยงาน มีการแยก Zone และมีการประเมินประสิทธิภาพการแพร่กระจายเชื้ออย่างไรบ้าง, การตรวจสอบข้อมูล AMR Alert รับทราบและลงข้อมูลอย่างไร, ถ้ามีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาจำนวนมากเราจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันเพียงพอหรือไม่ เช่น Stethoscope สีส้ม เพียงพอหรือไม่ ถ้าไม่พอทำอย่างไร
- ENV: ถังดับเพลิง ต้องอยู่สูงจากพื้นกี่ Cm.
- ทบทวนประสิทธิภาพการใช้ใบ MAR สื่อสารในทีมที่ได้มากขึ้น เป็นการ Re -check ซึ่งกันและกัน
- ถึงขณะที่ ICU med 2 ทิศใต้ ฝาปิดไม่สนิท แนะนำให้ส่งซ่อม หรือเบิกใหม่
- Effective CPR ที่ ICU med 2 ทิศใต้ มีความเชี่ยวชาญอยู่แล้ว เพิ่มการตรวจสอบรถ Emergency, CPR Box ตรวจสอบความพร้อมใช้ของLaryngoscope การใช้งานยังไม่คล่อง ควรเช็คทุกเวอร์

ทีม 3 ลง Round วันที่ 19 และ 21 พฤศจิกายน 2562 อายุรกรรมสาย 3, X-Ray, จิตเวช, ไตเทียม

ชื่นชม

- มีการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ทำ RCA ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- มีการพัฒนางานเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

- โปรแกรม HRMS on cloud ซ้ำมาก และ เข้าใช้ ยาก ลืม Password
- การแก้ไขปัญหา RM จะเป็นการแก้ไขเฉพาะหน้ายังเกิดปัญหาเดิมๆซ้ำๆ
- ผู้ที่เกี่ยวข้อง ต่างมีงานล้นมือ มีเวลาประชุมกันค่อนข้างยาก

- ควรมีคณะกรรมการ หรือ ทีม RM เชิงรุกแบบมืออาชีพ เพื่อตอบสนองได้รวดเร็ว ในการแก้ไขปัญหาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม
- มีระบบการตอบกลับข้อมูล ให้หน่วยงาน

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

- เมื่อเกิด cardiac arrest ที่เวชศาสตร์นิวเคลียร์ จะมี 3 ทีมที่เข้าไปช่วยเหลือคือ 1) RRT 2) ICU Trauma 1 3) ICU Neuro 1

มติที่ประชุม รับทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ปิดประชุม เวลา 16.00 น.

ลงชื่อ



ผู้บันทึกรายงานการประชุม

(นางสาวนิภารัตน์ ไชยโกฏี)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ลงชื่อ



ผู้ตรวจรายงานการประชุม

(นางวิภาพรรณ คงชนะ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่ง เลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ลงชื่อ



ประธานในการประชุม

(นางสุวิมล ทองประเสริฐ)

นายแพทย์ชำนาญการ

ตำแหน่ง รองประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

รูปการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ครั้งที่ 1 / 2563

วันอังคารที่ 26 พฤศจิกายน 2562 เวลา 13.30 – 16.00 น.
ณ ห้องประชุมดอกปีป ชั้น 8 อาคารสนับสนุนบริการทางการแพทย์

.....



รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ครั้งที่ 2 / 2563

วันพฤหัสบดีที่ 26 ธันวาคม 2562 เวลา 13.30 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ ชั้น 7 อาคารสนับสนุนบริการทางการแพทย์

ผู้มาประชุม

1. นพ.ประพทธี ธนกิจจารุ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานที่ประชุม
2. พญ.สุวิมล ทองประเสริฐ	นายแพทย์ชำนาญการ	
3. พญ.ธนิตาวดี เชื้อโชติ	นายแพทย์ชำนาญการ	
4. นางพิมพ์พันธ์ เจริญศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
5. นางทัศนีย์ บุญวานิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
6. นางวิภาพรรณ คงชนะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
7. นายยุกุท วัฒนาไชย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
8. นางเยาวรัตน์ มังคลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
9. น.ส.นันทาศิณี พิริยะเศรษฐโสภณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
10. นางสุมาลี ประกอบจรรยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
11. นางอมรรัตน์ ถิ่นขาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
12. นางปรียาวดี เทพมุสิก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
13. นางปราณีต สาธุจรรย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
14. นางปิยดา เคียง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
15. น.ส.รัชนี วีระสุขสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
16. นางมณีวรรณ มุลมี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
17. น.ส.สุวรรณา สลับศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
18. นางศรีไพร กัลปดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
19. น.ส.รัชฎา จุ้ยจำลอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
20. น.ส.ปนัดดา จันทวีศิริรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
21. น.ส.สิริมนต์ ดำริห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
22. น.ส.วาสนา อุปสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
23. น.ส.วิรวรรณ สารธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
24. นางสาวฝน ดีเมืองปัก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
25. น.ส.อรพรรณ สายสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
26. นางกัลยา ชาญเฉลิม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
27. นางจินตนารักษ์ สมสกุลชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
28. นายชัยชนะ ละดาดก	นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ	
29. น.ส.จารุวรรณ ปรีเปรม	นักวิชาการสาธารณสุข	
30. นางวัชনী รัตนกุล	นักวิชาการสาธารณสุข	
31. น.ส.นิภารัตน์ ไชยโกฏี	นักวิชาการสาธารณสุข	เลขานุการที่ประชุม

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| 1. นพ.พิเชฐ หล่อวินิจนันท์ | นายแพทย์ชำนาญการ |
| 2. พญ.วรรษพร อมรไชย | นายแพทย์ชำนาญการ |
| 3. พญ.สุภาสินี จิตปรีดา | นายแพทย์ชำนาญการ |
| 4. น.ส.เรืองอุไร ธิเดช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

ผู้ไม่มาประชุม เนื่องจากติดราชการ จำนวน 34 คน

เริ่มประชุม เวลา 13.30 น.

นพ.ประพทธี ธนกิจจากรุ เป็นประธานในที่ประชุม ดำเนินการประชุม ตามวาระดังนี้

วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ทราบ

พญ.สุวิมล ทองประเสริฐ แจ้งให้ทราบดังนี้

- 1.1 นโยบาย Safe Surgery อยู่ระหว่างปรับแก้
- 1.2 แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลเข็มมุ่ง 4 ข้อของงานบริหารความเสี่ยงในระบบ Google drive อยู่ระหว่างดำเนินการ

คุณวิภาพรรณ คงชนะ แจ้งให้ทราบดังนี้

1.3 อุบัติการณ์ผ่าตัดผิดข้างได้มีการจัดประชุมไปเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2562 ณ ห้องประชุมองค์กรแพทย์ ได้แนวทางดังนี้

1. Set ผ่าตัด มีแนวทาง ดังนี้

1.1 ก่อนการผ่าตัด อวัยวะไหนที่มีข้าง แพทย์มีคำสั่งผ่าตัด ระบุข้างผ่าตัดชัดเจนและพยาบาลผู้รับคำสั่งต้องตรวจสอบก่อนรับคำสั่งว่ามีการระบุข้างแล้ว ควรหลีกเลี่ยงวิธีการเขียนที่จะทำให้เกิดความไม่แน่ใจ เช่น Rt. Lt. ควรใช้ Rt. Lt.

1.2 การลงระบบนัดผ่าตัดจากโปรแกรม นัดผ่าตัด ผู้นัด set มาจาก OPD และ มาจากหน่วยงาน ให้ระบุข้างผ่าตัดในโปรแกรมทุกครั้ง จากใบ set ผ่าตัด ควรมีการตรวจสอบก่อนส่งนัดผ่าตัด

1.3 ห้องผ่าตัด ยืนยันกับหน่วยงานที่จะผ่าตัด ช่วงเวรป่วย

2. Mark site มีแนวทาง ดังนี้

กรณีนัดผ่าตัดให้ทำมาจาก OPD/ward โดยแพทย์ในทีมผ่าตัด (Staff/Resident/Intern) กรณีฉุกเฉิน/เร่งด่วน ให้ทำ Mark site ก่อนเข้าห้องผ่าตัดได้

วิธีการ ใช้ปากกาสีน้ำเงินทำ สัญลักษณ์กากบาท x บริเวณ หลังมือ / หลังเท้า ข้างที่จะทำผ่าตัด โดยสามารถสังเกตได้เห็นชัดเจนว่าจะผ่าตัดด้านนั้นๆ ทีมแนะนำว่า ควรทำในรพ.ให้เป็นวิธีเดียวกัน

แผนพัฒนา ให้แต่ละ PCT กำหนดว่าจะทำ mark ที่ไหน เพื่อให้เข้าใจตรงกันทั่วทั้งรพ.

3. การทำ Time out มีแนวทาง ดังนี้

วิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ทำ Time out และถ้ามีเหตุฉุกเฉิน ให้คนที่มียางานผู้ป่วยอยู่ในมือ เป็นผู้กำหนด Time out ขณะทำ Time out ควรเงียบสงบและมีสมาธิ

4. ระบบ X-ray มีแนวทาง ดังนี้

การส่งผู้ป่วยมา X-ray ควรมีการลงทะเบียน ก่อนส่ง เพื่อจะได้ sticker และจะเพิ่มขนาดตัวอักษรให้เพิ่มขึ้น ว่า เป็นด้าน Rt. Lt. ยกเว้น film CxR

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 1 / 2563

มติที่ประชุม รับทราบ รับรองรายงานการประชุม

วาระที่ 3 สรุปข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ประจำเดือน พฤศจิกายน 2562

- 3.1 รายงานอุบัติการณ์ประจำเดือน พฤศจิกายน 2562 จำนวน 339 เรื่อง
- ความเสี่ยงด้านคลินิก 242 เรื่อง
 - ความเสี่ยงทั่วไป 63 เรื่อง
- 3.2 ความเสี่ยงด้านคลินิก (Patient Safety Goals) 3 อันดับแรก
1. Admin Error 33
 2. การสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ไม่สื่อสาร/สื่อสารผิด/สื่อสารไม่ครบถ้วน/สื่อสารล่าช้า และ Dispensing 27
 3. Patient Identification 24
- 3.3 ความเสี่ยงด้านทั่วไป (Personnel Safety Goals) 3 อันดับแรก
1. เจ้าหน้าที่ถูกร้องเรียน 4
 2. เกิดปัญหาด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงานเช่น ระบบน้ำอุปโภค-บริโภค, ระบบไฟฟ้า, การบำบัดน้ำเสีย/กำจัดขยะ ไม่ถูกวิธี/ไม่ได้มาตรฐาน 3
 3. เกิดปัญหาความไม่ปลอดภัย/ขาดการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามนโยบายความปลอดภัย เช่น ทรัพย์สินสูญหาย/ถูกลักขโมย เป็นต้น 2
- 3.4 ความเสี่ยงด้านทั่วไป (Organization Safety Goals) อันดับแรก
1. เกิดปัญหาด้านข้อมูล สารสนเทศ เช่น ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่น่าเชื่อถือ/ไม่เป็นปัจจุบัน 8
- 3.5 ข้อมูลเชิงมุ่งประจำเดือน พฤศจิกายน 2562
1. Safe surgery
 - ผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง = 1
 2. Emergency Response
 - Effective CPR = 5 (H = 3, I = 2, *RRT = 0)
 3. Line
 - ET Tube เลื่อนหลุด = 29 (D = 17, E = 12)
 4. ทั่วไป
 - ผ้าไม่พอใช้ = 3
- 3.6 5 อันดับหน่วยงานที่มีรายงานอุบัติการณ์
1. ห้องคลอด 39 เรื่อง
 2. OR พยาธิฯ ชั้น 6 34 เรื่อง
 3. อายุรกรรมหญิง ชั้น 5, อายุรกรรมหญิง ชั้น 6 29 เรื่อง
 4. X-ray 28 เรื่อง
 5. ห้องบัตร 27 เรื่อง

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ 4 นำเสนอ Risk Register/RM Round

4.1 นำเสนอ Risk Register

PCT Gen Surg. มี Risk Register ทั้งหมด 12 เรื่องคือ

1. Re-bleed ในผู้ป่วย UGIB
2. Tear esophagus ในผู้ป่วย on Sengstaken Breakmore tube
3. ผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน
4. ใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ (Re-intubation within 2 hrs. after ex-tubation)
5. Postoperative Acute Kidney Injury Requiring Dialysis**
6. การมีอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างอื่นใดในร่างกายผู้ป่วย (Unintended retention of foreign object in a patient after surgery or other procedure)
7. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Pressure Injury Prevention)
8. การป้องกันการเกิดภาวะ HAP ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่
9. ผู้ป่วยย้ายเข้า ICU. โดยไม่ได้วางแผน ในผู้ป่วยผ่าตัด
10. การป้องกัน EU
11. ผู้ป่วยตั้งสายสวน/ท่อระบายออก
12. การป้องกัน CAUTI

โอกาสพัฒนาคือ

ยังมีการรายงานอุบัติการณ์เข้าในระบบน้อย แต่ลงไว้ในสมุดที่หน่วยงาน มีการทบทวน RCA

4.2 RM Round

ทีม 1 ลง Round ศัลยกรรมสาย 1, ห้องจ่ายยา 3 และห้องผลิตยา วันที่ 17 ธันวาคม 2562

หน่วยงาน ห้องจ่ายยา 3

ประเด็นชื่นชม

Risk register ในหน่วยงานมี 5 เรื่อง ได้แก่

1. Cold chain break down (เกิดกรณีไฟฟ้าดับหรือตู้เย็นแช่ยาเสีย)
2. ผู้ป่วยจิตเวชไว้วางยาก็ก้าวร้าวใส่เจ้าหน้าที่ขณะรอรับยา
3. Dispensing error จากการจ่ายยากลุ่มเสี่ยงผิดชนิด (เกิดความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา Chloral hydrate ผิดชนิดเป็น enalapril syrup)
4. Dispensing error จากการจ่ายยากลุ่มเสี่ยงประเภทรายการยาขาด (เกิดความคลาดเคลื่อนจากการไม่ได้จ่ายยา wafarin ให้ผู้ป่วย)
5. การจัดจ่ายยาหมดอายุให้แก่ผู้ป่วย (จ่ายยา carvedilol ที่หมดอายุแล้วจำนวน 8 แผงให้แก่ผู้ป่วย)

Risk registers ในหน่วยงานห้องยา3 ได้มาจากการทบทวนการปฏิบัติงานและจากข้อร้องเรียนในระบบ มีการนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับระบบการทำงานโดยมีเภสัชสู่มตรวจระบบการทำงาน

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับ Risk register

1. มีการจัดระบบคิวในช่วงชั่วโมงเร่งด่วนในเวลา 10.00-14.00น.
2. มีการทำ Diver Diagram

3. มีการเฝ้าระวังติดตาม ADR เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยง

หน่วยงาน ห้องผลิตยา(ยาเคมี ยาปราศจากเชื้อ)

ประเด็นขึ้นชม

Risk Register ในหน่วยงานมี 3 เรื่อง ได้แก่

1. ผู้จัดเตรียมยาปลอดภัย
2. Pre-dispensing error (คีย์ยาผิด)
3. อาคารสถานที่ไม่เหมาะสมไม่ตรงตามมาตรฐานในการเตรียมยา

Risk register ในหน่วยงานห้องผลิตได้มาจากการทบทวนการปฏิบัติงานมีการนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับระบบการทำงานเพื่อติดตามและแก้ไข

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับ Risk register ได้แก่

1. การส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับยาน้ำสำหรับเด็ก
2. การพัฒนาระบบstock TPN (NICU)
3. การพัฒนาเครือข่ายเภสัชเตรียมยาให้ผู้ป่วยในระดับชุมชน

หน่วยงาน ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ

ประเด็นขึ้นชม

Risk Register ในหน่วยงานมี 4 เรื่อง ได้แก่

1. ผู้ป่วยแพ้ยา
2. ผู้ป่วยแพ้เลือด
3. ภาวะ bleed ในผู้ป่วยหลังทำ TUR-P
4. Pneumothorax ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด PCNL

Risk register ในหน่วยงานได้มาจากความรุนแรงของเหตุการณ์และจำนวนครั้งที่เกิดขึ้นบ่อย

ทีม 2 ลง Round ศัลยกรรมสาย 2, งานเวชระเบียนและห้องจ่ายยา 4 วันที่ 25 ธันวาคม 2562

หน่วยงาน ICU CVT2

ประเด็นขึ้นชม

- มีการค้นหาปัญหาเชิงรุกจากหน้างาน
- การจัดสิ่งแวดลอม การแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากกรณีศึกษา
- การดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ และการสอบเทียบตามมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ

- Effective CPR ที่ ICU CVT 2 มีความเชี่ยวชาญอยู่แล้ว เพิ่มการตรวจสอบรถ Emergency, CPR Box (ขอเพิ่ม CPR Box) ตรวจสอบความพร้อมใช้ของ Laryngoscope ให้ไฟสว่าง พร้อมใช้ทุกเวอร์
- เน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก การใช้ Trigger tool ค้นหาปัญหาให้มากขึ้น
- ให้ติดตาม Risk register โดยหมุน PDCA เพื่อเป็นการติดตามงานทุก 3 เดือน
- ระบบการทวนสอบการรับคำสั่งทางโทรศัพท์
- เพิ่มการ Feed- back ข้อมูลการลง โปรแกรม HRMS ในทีม

หน่วยงาน ห้องจ่ายยา 4

ประเด็นขึ้นชม

- เรื่องตู้แช่เย็นมีการตรวจสอบ ตรวจเช็คสม่ำเสมอ , มีการจัดวางตำแหน่งพื้นที่และ หน้าที่ในการทำงานได้ดี, มีระบบเช็คสต็อกยาหมดอายุและวางแผนในการจ่ายยาในยาใกล้หมดอายุ

- บุคลากรในห้องยาารู้และสามารถบอกความเสี่ยงในการทำงานของตัวเองได้

ข้อเสนอแนะ

- การจัดเก็บยา ที่ชั้นเก็บยาสำหรับ Ward ต่างๆยังไม่มิดชิด แยกชั้นไม่ชัดเจนอาจหยิบตะกร้ายาปะปนกันได้
- การเก็บยาคืน เสนอให้หาระบบการแยกยาที่ชัดเจนป้องกันการเก็บยาปะปนกัน
- การจัดยาให้ผู้ป่วย ยังมีการจัดยาผิดพลาดเนื่องจากเม็ดยามีลักษณะคล้ายคลึงกัน ปะปนกันในช่องเก็บยา เมื่อพนักงานจัดยา หยิบยาออกมาอาจไม่ได้ตรวจสอบชื่อยาซ้ำจึงเกิดความผิดพลาดได้
- กระบวนการที่อาจทำให้เกิด Dispensing error จากการร่วนคือการเติมยาเข้าไปในช่องยาที่เตรียมจะจ่ายยาที่เติมเข้าไปมีสองแบบคือยาใหม่กับยาเก่าที่ผู้ป่วยคืนมาซึ่งมี look a like หลายตัว

หน่วยงาน เวชระเบียน

ประเด็นชื่นชม

- บุคลากรมีความตระหนักรู้ สามารถวิเคราะห์งานหลักและมีส่วนร่วมในการพัฒนางานเวชระเบียน
- มีระบบการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์ม และส่งต่อให้ผู้รับผิดชอบลงในระบบ HRMS

ประเด็นที่ขอความช่วยเหลือ

1. การเบิกจ่ายหมึกปริ้น เนื่องจากหมึกที่ไม่ชัดทำให้ QR code ของ OPD Card ไม่ชัด ทำให้เกิด Errors ในการดึงข้อมูลเข้าแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์
2. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน OPD Card ครบถ้วนทั้งการตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค ทำให้ลง Coder ถูกต้อง
3. การคืนบัตรตรวจโรค ตรงตามเวลา
4. การ Scan OPD Card ก่อน Admit ช่วยให้เวชระเบียนสมบูรณ์มากขึ้น แต่มีจุดที่ยังเป็นโอกาสพัฒนา คือ OPD นรีเวชกรรม

ทีม 3 ลง Round ห้องจ่ายยา 1 และศัลยกรรมสาย 3 วันที่ 18 ธันวาคม 2562

หน่วยงาน ห้องจ่ายยา 1

ประเด็นชื่นชม

1. มีนวัตกรรมสติ๊กเกอร์ป้ายสี ป้องกันการจ่ายยาผิด
2. มีการทำ RCA ในการจ่ายยาผิด

โอกาสพัฒนา

1. Effective CPR บริเวณห้องจ่ายยา 1 ยังไม่ทราบว่าต้องประสานหน่วยงานไหน
2. การรอรับยานาน
3. การบริหารจัดการผู้ป่วย TB

หน่วยงาน Neuro หญิง

ประเด็นชื่นชม

1. ไม่มีอุบัติเหตุการฉีดยาผิดข้าง ทำ Mark site ทุกเคส
2. มีการทบทวนเคสทุกวัน

โอกาสพัฒนา

1. Effective CPR มีการเก็บข้อมูล แต่ยังไม่ได้นำอุบัติการณ์มาวิเคราะห์

หน่วยงาน ICU Neuro 1

ประเด็นขึ้นชม

1. Effective CPR มีการกำหนดตัวชี้วัดชัดเจน
2. มีการทบทวนเคส ET-Tube เลื่อนหลุด
3. สร้างนวัตกรรมป้องกันการเกิด CAUTI

โอกาสพัฒนา

1. มีอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดข้าง 1 ครั้ง ภายใน 3 ปีที่ผ่านมา
2. มีปัญหาเรื่อง CAUTI

ทีม 4 ลง Round ห้องจ่ายยา 2 และงานห้องผู้ป่วยศัลยกรรม วันที่ 24 ธันวาคม 2562

หน่วยงาน ICU Trauma 2

ประเด็นขึ้นชม

1. มีนวัตกรรมรูปตัว K เพื่อป้องกัน ET-Tube เลื่อนหลุด

โอกาสพัฒนา

1. ET-Tube เลื่อนหลุด
2. มีบุคคลภายนอกเข้ามาทำร้ายเจ้าหน้าที่ ยังไม่มีระบบป้องกัน

หน่วยงาน ห้องจ่ายยา 2

ประเด็นขึ้นชม

1. Risk Register สมบูรณ์เป็นแบบอย่างได้

ข้อเสนอแนะ

1. เสียงเพลงจากจิตอาสาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครอบคลุมในการจ่ายยา
2. ยังไม่ทราบว่าเมื่อเกิด Effective CPR ต้องตามหน่วยงานไหน

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

- 5.1 กำหนดสิทธิกรรมการ RM ในโปรแกรม HRMS on Cloud ให้เลขา PCT/Excellent ทุกท่าน
- 5.2 บันทึกข้อความแจ้งเวียนเรื่องการยืนยันและแก้ไขอุบัติการณ์ ต้องยืนยันภายใน 5 วันหลังเกิดเหตุการณ์ และแก้ไขให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน
- 5.3 PCT OR รับนโยบาย Safe Surgery ไปปรับปรุง
- 5.4 PCT OR ต้องส่งข้อมูล Mark site และ Time out ให้ศูนย์บริหารความเสี่ยงสัปดาห์ที่ 1 ทุกเดือน

มติที่ประชุม รับทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ปิดประชุม เวลา 16.00 น.

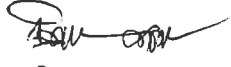
ลงชื่อ




ผู้บันทึกรายงานการประชุม

(นางสาวนิภารัตน์ ไชยโกฏิ)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ลงชื่อ  ผู้ตรวจรายงานการประชุม
(นางวิภาพรรณ คงชนะ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ตำแหน่ง เลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ลงชื่อ  ประธานในการประชุม
(นายประพจน์ รัตนกิจจารุ)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

รูปการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ครั้งที่ 2 / 2563

วันพฤหัสบดีที่ 26 ธันวาคม 2562 เวลา 13.30 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ ชั้น 7 อาคารสนับสนุนบริการทางการแพทย์

.....

