

รายงานการประชุมคณะกรรมการความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๑ วันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๓๐ น.

ณ ห้องประชุม ชั้น ๒ อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
ผู้มาประชุม

๑. ทนตแพทย์หญิงชนม์วรินทร์ ใจเอื้อ		ประธาน
๒. แพทย์หญิงอังสนา นิยมลรัตน์		คณะกรรมการ
๓. แพทย์หญิงรัตนา จันท์แจ่ม		คณะกรรมการ
๔. นางสาวพรพนา อินดีะแก้ว		คณะกรรมการ
๕. นางวิริยภรณ์ สิงห์ทองวรรณ		คณะกรรมการ
๖. นางอำไพ พิมพีไกร		คณะกรรมการ
๗. นายบุญยฤทธิ์ ยอดศิริ		คณะกรรมการ
๘. นางสาวนที ไทยสวัสดิ์		คณะกรรมการ
๙. นางสาวรัตน์ กอผจญ		คณะกรรมการ
๑๐. นางกัญจรมัชฌา กันทะ		คณะกรรมการ
๑๑. นางมนลดา ลู่ควร		คณะกรรมการและเลขานุการ

ผู้ไม่มาประชุม

๑. นายอภิชาติ มูลฟอง		ติตราชการ
๒. นายแพทย์วาสนา กล่อมวิทย์		ติตราชการ
๓. แพทย์หญิงศศิวิมล โฆษะสุนนท์		ติตราชการ
๔. แพทย์หญิงนิตินาถ วงษ์ตระกูล		ติตราชการ
๕. นางณัฐกานต์ ยาวังเสน		ติตราชการ
๖. นางสาวตรีชฎา ภิมุข		ติตราชการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นางวาสนา ศรีวิชัย	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
----------------------	---------------------

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

วาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

ประธานฯ แจ้งที่ประชุมทราบดังนี้

- ได้ดำเนินการส่งรายงาน ERM ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไปยังสำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ ซึ่งประเมินความเสี่ยงตาม ERM Standard ได้แก่ ประเด็นการทุจริตประพฤติมิชอบในหน่วยงาน (เช่นการลื้อคสเปค) ทั้งนี้อ้างอิงกับการจัดการความเสี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดจากกระบวนการจัดซื้อ/จัดจ้าง การเลื่อนตำแหน่ง /เลื่อนระดับ

๒. การเตรียมความพร้อมรับการการเยี่ยม Re – Accreditation ครั้งที่ ๓ ขณะนี้ได้ส่งแบบประเมินตนเอง ๒๐๑๑ และส่วนเพิ่มเติม ๒๐๑๘ ไปยัง สรพ.เรียบร้อยแล้ว โดยประมาณการเข้าตรวจเยี่ยมในวันที่ ๑๐ - ๑๑ มกราคม ๒๕๖๒

วาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุม

นางมนลดา ลู่ควร เลขานุการคณะกรรมการ ได้สรุปรายงานการประชุม ครั้งที่ ๒/๒๕๖๑ วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๑ และแจ้งในที่ประชุมได้ส่งรายงานเข้ากลุ่มไลน์คณะกรรมการ และลง Intranet โรงพยาบาล

มติที่ประชุม รับทราบ และรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๑ วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๑

วาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

๓.๑ สรุปผลการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

นางมนลดา ลู่ควร เลขานุการ นำเสนอสรุปผลการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยมีอุบัติการณ์ทั้งหมด ๘๗ เรื่อง แบ่งเป็น ความเสี่ยงทั่วไป ๖๐ เรื่อง ความเสี่ยงทางคลินิก ๒๗ เรื่อง จำแนกตามโปรแกรม ๑๑ หมวด และตามระดับความรุนแรง ทั้งนี้มีการนำเสนอแผนการดำเนินงานอิงตามแบบฟอร์มของ ERM พร้อมทั้งเสนอเรื่องที่น่าจะนำมาทำการบริหารความเสี่ยงระดับองค์กร เช่น การปลัดตกหกหลัม(เจ้าหน้าที่, คนไข้) การเลื่อนผ่าตัด ระบบการจัดเก็บค่าบริการ เป็นต้น

หลังการนำเสนอ ที่ประชุมได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ในประเด็น แนวทางการส่งรายงานอุบัติการณ์ไปยังผู้เกี่ยวข้อง และแนวทางการดำเนินงานติดตาม เนื่องจากการตอบกลับผลการดำเนินการน้อย ที่ผ่านมาได้จัดส่งไปผู้เกี่ยวข้องถึงเดือน พฤษภาคม ที่ประชุมเสนอแนวทางแก้ไขดังนี้

- ควรมีการกำหนดวันที่แน่นอนให้ผู้เกี่ยวข้องตอบกลับรายงานการดำเนินงาน และควรมีการติดตามพร้อมรายงานในที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ
- ควรจัดส่งส่งรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมดของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ตุลาคม ๒๕๖๐ – กันยายน ๒๕๖๑) ส่งไปตามกลุ่มภารกิจ(รองผู้อำนวยการของแต่ละกลุ่มภารกิจ)
- การพิจารณารายงานอุบัติการณ์ของกรรมการ กำหนดความถี่ ทุกเดือน เดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อการจัดส่งให้เป็นปัจจุบัน และให้คณะกรรมการมาอ่านร่วมกันเพื่อทราบภาพรวมของทุกกลุ่มภารกิจ เมื่อจัดส่งตามรองผู้อำนวยการของแต่ละกลุ่มภารกิจแล้วเมื่อมีการตอบกลับให้นำเข้าในการที่ประชุมคณะกรรมการครั้งต่อไปเพื่อพิจารณาความเหมาะสม หรือเพิ่มเติมจุดพัฒนา
- ควรมีการพัฒนาโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์ในอินเทอร์เน็ตให้เป็นปัจจุบัน เช่น เพิ่มกลุ่มภารกิจ พรส. การมี Password สำหรับผู้บริหาร(รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ) เพื่อรับรายงานอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องตามความรับผิดชอบ รวมถึงสามารถตอบกลับการดำเนินการได้ ซึ่งมีการออกแบบโปรแกรมไว้แล้วแต่ยังไม่มีการกำหนด password
- ประเด็นข้อเสนอแนะการเข้าเยี่ยม Surveillance survey (วันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๑) ได้แก่ จำนวนการรายงานอุบัติการณ์น้อย นั้น ควรมีการประสานข้อมูลอุบัติการณ์จากช่องทางอื่นๆ เช่น กกME กก IC อุบัติการณ์ของกลุ่มภารกิจอำนวยการ และควรรหาแนวทางในการรวบรวมอุบัติการณ์ให้เข้าอยู่ในระบบรายงานทางอินเทอร์เน็ตต่อไป

มติที่ประชุม : รับทราบ มอบเลขานุการดำเนินการ

- การเตรียมประชุมพิจารณาอุบัติการณ์ในวันอังคารที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ณ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ชั้น ๔ อาคาร ๕ ชั้น เวลา ๑๓.๐๐ น.
- ประสานข้อมูลอุบัติการณ์จากผู้เกี่ยวข้อง
- ประสานการปรับปรุงโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์ในอินเทอร์เน็ต และ Password กับโปรแกรมเมอร์

วาระที่ ๔ เรื่องพิจารณา

๔.๑ การดำเนินการ ๒Psafety ของปี ๒๕๖๑

๔.๑.๑ Patient Safety Goals

นางมนลดา ลู่ควร เลขานุการ ได้นำเสนอ การดำเนินการ ๒Psafety ของปี ๒๕๖๑ โดยใช้ฐานข้อมูลจากแบบประเมินตนเองในระดับรพ. ระดับที่มีระบบงานและระดับหน่วยงาน ทั้งนี้พบว่า Patient Safety Goals ส่วนใหญ่มีการดำเนินการตามมาตรฐานแต่ขาดการจัดเก็บตัวชี้วัด บางหัวข้อยังไม่มีตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กัน เช่น ตัวชี้วัด Safe anesthesia, hand hygiene, Central line infection prevention, Medical safety, Patient identification, Communication ที่ประชุมร่วมกันเสนอความคิดเห็น ดังนี้ ให้มีการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา คุณณิชาภาในผลการนิเทศการดำเนินงานIC คุณอำไพหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม สำหรับประเด็น Patient identification ตัวชี้วัดพิจารณาจากจำนวนครั้งของการระบุตัวผิดพลาดที่ก่อให้เกิดความรุนแรง ระดับ D ขึ้นไป (เก็บจาก IR) ประเด็น Communication พิจารณาตัวชี้วัดจากจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดจากการสื่อสารที่ผิดพลาด (เก็บจาก IR)

มติที่ประชุม : รับทราบ มอบเลขานุการดำเนินการ ประสานข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้อง

๔.๑.๒ Personnel Safety Goals

นางมนลดา ลู่ควร เลขานุการ ได้นำเสนอหัวข้อหลักๆของ Personnel Safety Goals S = Social media and communication safety I = Infection and Injury M = Mental (second victim) & Management P = Personnel work (occupational) L = Lane (Traffic) & Law E = Environment & Social ทั้งนี้ยังไม่มีกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง และจากข้อเสนอแนะการเข้าเยี่ยม Surveillance survey นั้นให้มีการดำเนินงานเรื่อง Personnel Safety Goals ตามที่วางแผนไว้

ประธานแจ้งว่า ในวันที่มี Surveillance survey นั้น มีการนำเสนอการดำเนินการที่มีอยู่, gap และแผนการดำเนินงานของ Personnel Safety Goals ในหลายประเด็น ทั้งนี้ต้องวางแผนการดำเนินงานต่อไป

มติที่ประชุม : รับทราบ มอบเลขานุการดำเนินการ นำเข้าในการประชุมครั้งต่อไป

เลิกประชุมเวลา ๑๖.๑๕ น

มนลดา ลู่ควร/ ผู้จัดรายงานการประชุม
อำพิน / พิมพ์
ช.ช.ช. ทพญ.ชนมวีรินทร์ /ตรวจทาน