

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ครั้งที่ 1 /๒๕๖๖

วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐ น. - ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมแทนใจ โรงพยาบาลมะขาม

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| ๑. นางอัญชลี วรรณิตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๒. นางสาวณัจญา เกียรติเกษม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๓. นางสาวรัตดา ศรีชวนะ | เภสัชกรชำนาญการ |
| ๔. นางสาวจิราวรรณ แซ่เอี้ยว | ทันตแพทย์ปฏิบัติการ |
| ๕. นางศิริลักษณ์ กังวาล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๖. นางสาวพิมพ์ผดุงดา ศิริธนาอนันชัย | นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ |
| ๗. นางสาวธัญญลักษณ์ พานทอง | นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ |
| ๘. นายสิริพัฒน์ เกตุสำเภา | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ |
| ๙. นางสาวพรนภา สันรัตน์ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| ๑๐. นางสาวสุภักดิ์ คงชัยกุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๑๑. นางสาวศศิวิมล ขานจำ | เจ้าพนักงานเวชสถิติ |

เปิดประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

วาระที่ ๑ ประธานแจ้งให้ทราบ

- ไม่มี

วาระที่ ๒ ทบทวนและติดตามรายงานการประชุม

- ไม่มี

วาระที่ ๓ สรุปผลการรายงานความเสี่ยงเข้าระบบ

- ไม่มี

วาระที่ ๔ ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล

- ไม่มี

วาระที่ ๕ Risk Register

การจัดทำ Risk register ระดับองค์กร โดยผู้รับผิดชอบเป็นเลขาคีย์ต่างๆตามโปรแกรมความเสี่ยง ๙ โปรแกรม ดังนี้

โปรแกรมความเสี่ยง	ทีมคณะกรรมการรับผิดชอบ
๑.ด้านสิทธิผู้ป่วยและข้อร้องเรียน	ทีมHRD/ทีมรับเรื่องร้องเรียน
๒.ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	ทีมENV
๓.ความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค	ทีมPCT
๔.ด้านการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ	ทีมIC
๕.ด้านความปลอดภัยด้านยา/สารน้ำ/เลือด	ทีมPTC / PCT
๖.ด้านทรัพยากร/เครื่องมือ	ทีม เครื่องมือ
๗.ด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัยเจ้าหน้าที่	ทีมENV/ ทีมIC
๘.ด้านระบบสารสนเทศและเวชระเบียน	ทีมIM
๙.ด้านอื่นๆ (สนับสนุนบริการ)	กลุ่มงานการจัดการ ทีมที่เกี่ยวข้องเฉพาะเรื่อง

จากที่ประชุมเห็นควรว่า หน่วยงานชั้นสูตร หน่วยงานรังสี และทันตกรรม เป็นหน่วยงานเฉพาะทาง จึงให้มีการจัดทำ Risk register เฉพาะหน่วยงาน

ในส่วนของหน่วยงานอื่นๆ ให้มีการจัดทำ Risk profile (เอกสารบอกเล่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระดับหน่วยงาน) ประจำหน่วยงานของตนเอง เน้นให้มีการนำมามาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ๙ ข้อ มาขึ้นทะเบียน Risk register โดยเลขาความเสี่ยงได้นำใส่ลงในแบบฟอร์มให้ทีมที่เกี่ยวข้อง ให้มีการนำความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์มาขึ้นทะเบียน โปรแกรมละ ๕ - ๑๐ เรื่อง ยกตัวอย่างชื่ออุบัติการณ์ ตามบัญชีอุบัติการณ์ ความเสี่ยงของระบบ HRMS on Cloud & NRLS โดยเลขาทีมความเสี่ยงได้มีการจัดส่งแบบฟอร์ม Risk register ให้เลขาทีมต่างๆทาง Email และในที่ประชุมมีมติเห็นควรให้ส่งเลขาทีมความเสี่ยงรวบรวมภายในวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๖

ทบทวนทฤษฎีและชี้แจงเรื่อง Risk register เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำ

Risk Register คือ เอกสารที่ช่วยในการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ครอบคลุมทุกขั้นตอน พร้อมทั้งมีการวางแผนในการป้องกัน การจัดการและประเมินผล เพื่อให้การบริหารจัดการความเสี่ยงมีชีวิต เห็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เป็นระบบ ซึ่งเราจะนำข้อมูลมาขึ้นทะเบียน risk register ได้ดังนี้

- Risk profile : เอกสารบอกเล่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระดับหน่วยงาน
- Trigger tool : เครื่องมือในการค้นหาและติดตามระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย
- การทบทวนเวชระเบียน
- การตามรอย
- Insident report
- การเดิน round
- ข้อร้องเรียน

แนวทางการจัดทำ Risk register

๑. Risk Identification การระบุความเสี่ยงที่จะขึ้นทะเบียน
๒. Risk Monitoring & Review การเฝ้าระวัง ติดตาม ควบคุมความเสี่ยง
๓. Risk Analysis การประเมินความเสี่ยงเชิงคุณภาพ / เชิงปริมาณ
๔. Risk Treatment Plan การกำหนดแผนในการตอบสนองความเสี่ยง
๕. QI Plan การวางแผนเพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น

๑. Risk Identification		
Date added	Risk Title เหตุการณ์ความเสี่ยง	Risk Definition นิยาม/ความหมายความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
	ชื่อความเสี่ยง/เหตุการณ์/ อุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เรานำมา ขึ้นทะเบียนนั้นหาได้คือ ๑. ความเสี่ยงที่เราไม่ต้องการให้ เกิดขึ้น เช่น ความเสี่ยงของระบบ ต่างๆ ๒. สิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว ๓. เป้าหมายสำคัญขององค์กร เช่น ๒P safety , มาตรฐานสำคัญ จำเป็น ๙ ข้อ ตัวอย่างเช่น แพ้ยาซ้ำ / PPH / พลัดตกหกล้ม	เป็นนิยาม และความหมายของเหตุการณ์ความ เสี่ยง มิใช่การเล่าสาเหตุผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น โดยเราสามารถหาคำนิยาม และ ความหมายจากเอกสารวิชาการที่น่าเชื่อถือ

๒. Risk Monitoring & Review			
Risk Owner ผู้รับผิดชอบ	Review Frequency ความถี่ในการ ทบทวน	Review Date การทบทวน ครั้งสุดท้าย	Result of Review ทบทวนอุบัติการณ์ สาเหตุ มาตรการป้องกัน และ การปฏิบัติ
กำหนดเป็นตัวบุคคล หรือ คณะกรรมการก็ได้ เพื่อ ประสานงาน เฝ้าติดตาม ความเป็นไป ทบทวนความ เสี่ยงที่เกิดขึ้นจะมีการ ปรับปรุงอย่างไร	อาจกำหนดเป็น ทุกเดือนหรือไตร มาส ดูจากความ รุนแรง	เป็นวันที่เรา ทบทวน เหตุการณ์ ความเสี่ยงนี้ ครั้งสุดท้าย	เช่น จากการทบทวนพบว่า เหตุการณ์/อุบัติการณ์ เกิดจากสาเหตุอะไร และได้มีมาตรการการ ป้องกันอย่างไร แนวทางปฏิบัติที่ได้ทำไปแล้ว (เป็นผลจากการทบทวน : ปฏิบัติตาม CPG / แนวทางที่วางไว้ / ติดตามประเมินผลว่าทำได้ดี เพียงใด)

๓. Risk Analysis

Likelihood (frequency) ๑-๕ โอกาสเกิด	Consequence (Impact) ๑-๕ ความรุนแรง (ผลที่ตามมา)	Risk Level ระดับความเสี่ยง
--	--	-------------------------------

นำระดับคะแนนทั้งLikelihoodและConsequence มาบวกหรือคูณกัน เพื่อกำหนดตาราง risk matrix และระบุสี เพื่อจัดลำดับความสำคัญตามคะแนนที่เกิดขึ้น (ซึ่งมีตารางเกณฑ์ในการประเมินผลกระทบและโอกาสเกิด)

Likelihood

๑. Rare (ไม่เชื่อว่าเกิดได้) : < ๐.๕ % (< ? ครั้งต่อปี)
๒. Unlikely (ไม่คาดว่าจะเกิด) : ๐.๕ - ๑ % (หรือ ? ครั้งต่อปี)
๓. Possible (เป็นครั้งคราว) : ๑ - ๕ % (หรือ ? ครั้งต่อเดือน)
๔. Likely (บ่อย) : ๕ - ๑๐ % (หรือ ? ครั้งต่อสัปดาห์)
๕. Frequent (บ่อยมาก) : > ๑๐ % (หรือ > ? ครั้งต่อวัน)

Consequence

๑. Negligible : มีอันตราย/บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องการการปฐมพยาบาล หรือสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
 ๒. Minor : มีอันตราย/บาดเจ็บเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้โดยง่าย อาจทำให้ต้องนอน รพ. นานขึ้น
 ๓. Moderate : มีอันตราย/บาดเจ็บปานกลาง ต้องการการรักษาพยาบาลหรือทำหัตถการ อาจมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเล็กน้อยหรือชั่วคราว
 ๔. Major : มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรง อาจทำให้สูญเสียอวัยวะหรือการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างถาวร
 ๕. Catastrophic : อุบัติการณ์นำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร
- สำหรับความเสี่ยงด้านระบบสนับสนุนโรงพยาบาล ควรพิจารณาด้วยเกณฑ์หลายด้านประกอบกัน เช่น การบาดเจ็บ การเงิน การหยุดชะงักของกิจการ ชื่อเสียงองค์กร

Risk Matrix

Risk Assessment Matrix			โอกาสเกิด (Likelihood)				
			ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงมาก
			๑	๒	๓	๔	๕
Impact (ผลกระทบ)	สูงมาก	๕	๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕
	สูง	๔	๔	๘	๑๒	๑๖	๒๐
	ปานกลาง	๓	๓	๖	๙	๑๒	๑๕
	ต่ำ	๒	๒	๔	๖	๘	๑๐
	ต่ำมาก	๑	๑	๒	๓	๔	๕
			ระดับของความเสี่ยง				

Risk Level	ความสำคัญของ Risk	ความเร่งด่วนในการดำเนินการ
๑๕-๒๕	สูงมาก	ต้องทำแผนและดำเนินการภายใน๑เดือน
๘-๑๒	สูง	ต้องทำแผนและดำเนินการภายใน ๒เดือน
๓-๖	ปานกลาง	พอยอมรับได้ แต่ต้องทบทวนมาตรการควบคุมที่มีอยู่ และติดตามใกล้ชิด ถ้าไม่เพียงพอต้องทำแผนภายใน ๔ เดือน
ต่ำกว่า ๓	ต่ำ	ยอมรับได้ไม่ต้องมีแผนจัดการความเสี่ยงเพิ่มเติม แต่ต้องยังคง monitor ต่อ หรือทำแผนและดำเนินการให้ดีขึ้น

๔. Risk Treatment Plan		
Risk Transfer & Prevention มาตรการป้องกันและถ่ายโอน ความเสี่ยง	Risk Monitor การติดตาม	Risk Mitigation แนวทางบรรเทาความเสียหาย
<p>มาตรการการป้องกันที่เราใช้ใน ปัจจุบัน ไม่ใช่มาตรการที่คาดว่าจะมี ในอนาคต</p> <p>Risk Transfer : ถ่ายโอนความเสี่ยง ให้คนอื่น ถ้าคิดว่าไม่คุ้มที่จะทำเอง หรือเราทำไม่ได้</p> <p>Risk Prevention : นำ guideline ต่างๆ มาเป็นแนวทางปฏิบัติ</p>	<p>การกำกับติดตามตัวชี้วัดหรือข้อมูล อะไรเพื่อตรวจจับโอกาสเกิด อุบัติการณ์ได้เร็วขึ้น หรือรับทราบ สถิติการเกิดอุบัติเหตุ เช่น อัตราการเกิด ตัวชี้วัด การตามรอย ติดตาม ตรวจสอบ</p> <p>การ monitor คือการ early detection</p>	<p>เป็นการปฏิบัติ / กระบวนการดูแลที่ บรรเทาความรุนแรง ความเสียหาย ถ้าเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - นโยบายอธิบาย ขอโทษ และช่วยเหลือผู้เสียหาย - การตอบสนองอย่างเร่งด่วน ต่อ physical harm (ทำ ร้ายร่างกาย) - การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ ผู้ป่วยและครอบครัว - การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ - การทำประกัน - การตอบสนองคำร้องเรียน ในเชิงรุก - การตอบสนองต่อสื่อในเชิง รุก

๕. QI Plan
<p>QI Plan เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น</p>
<p>เป็นขั้นตอนใหม่ เป็นสิ่งใหม่ที่เราต้องการพัฒนาขึ้น เพื่อลดโอกาสเกิด ลดความรุนแรงของความเสี่ยง</p> <p>** การสร้างขั้นใหม่ต้องสัมพันธ์กับผลทบทวนใน result of review และเมื่อนำ QI Plan ไปปฏิบัติในไตรมาส ถัดไปจะกลายเป็นมาตรการป้องกัน คือถ้าQI Plan สามารถปฏิบัติได้ดี ก็นำไปใส่ใน risk prevention ได้เลย ถ้าไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ก็ยกเลิกไป</p>

ปิดการประชุม เวลา ๑๖.๐๐ น.

สุภัค คงชัยกุล
 (นางสาวสุภัค คงชัยกุล)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 ผู้จัดบันทึกการประชุม