

รายงานการประชุม ที่มบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลบางคล้า

ครั้งที่ 1/2569

วัน 22 ตุลาคม พ.ศ. 2568 เวลา 14.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลบางคล้า

คณะกรรมการผู้มาประชุม

1. นางสาวอารียา พัดชา	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ	ประธานที่มบริหารความเสี่ยง
2. นางสาวณัฐภาสสินี เกื้อกุล	จพ.ทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน	กรรมการ
3. นางสาวศิริพร อักษร	เจ้าพนักงานธุรการ	กรรมการ
4. นางสาวอภิญญา ภาคกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	กรรมการ
5. นางสาวพุดินันท์ ตั้งพัฒนารุ่งเรืองนักวิชาการสาธารณสุข		กรรมการ
6. นางสาวนิตยา วะภูติ	จพ.ทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน	กรรมการ
7. นางศศิธร ครุฑปรากการ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
8. นางสาวทักษิณา สุขพงษ์ไทย	นักเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
9. นางสาวจุฑารัตน์ รัศมีชา	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ
10. นางสาวนุชนาฏ หงษ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
11. นางสาวอลิสา สุริยวิทยาเวช	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	กรรมการ
12. นายวีระยุทธ นิมสายน	เภสัชกร ชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการผู้ไม่มาประชุม

1. นางสาวชุตติกาญจน์ ถาวรเจริญ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
2. ทพญ.นทกมล วานิชกิตติกุล	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
3. นางสาวอุทัยวรรณ สกลสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กรรมการ
4. นางสาวรัตนกร คงลอย	พยาบาลวิชาชีพ	กรรมการ

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

ประธานกล่าวเปิดประชุม และดำเนินการประชุมตามระเบียบวาระการประชุมดังต่อไปนี้
วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

มติที่ประชุม -

วาระที่ 2 เรื่อง รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2/2568 วันที่ 19 มีนาคม 2568

มติที่ประชุม รับทราบและให้รับรองรายงานการประชุม

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

3.1 ไม่มี

มติที่ประชุม -

วาระที่ 4 เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

4.1 จากการเยี่ยมสำรวจของ สรพ. ได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation) ที่ม
บริหารความเสี่ยงดังนี้

1.ระบบและกระบวนการบริหารความเสี่ยง

เพิ่มบทบาทของทีมในการจัดการแบบ Proactive Risk Management โดยมีการค้นหาความ
เสี่ยงเชิงรุกอย่างรอบด้าน ทั้งใน ระดับหน่วยงาน/ระดับทีม นำระบบสำคัญ ค้นหาจาก กิจกรรมทบทวน
คุณภาพที่มี ความเข้าใจในเป้าหมายการทบทวน, Trigger tool, จากผลการทบทวนอุบัติการณ์
unplanned refer และที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลแม่ข่าย, re-visit ที่ ER เป็นต้น โดย นำมากำหนด
มาตรการป้องกันอย่างรัดกุม รวมทั้งมีการติดตามกำกับปฏิบัติตาม มาตรการที่กำหนดไว้อย่าง
สม่ำเสมอ โดยใช้ประโยชน์จากการจัดทำทะเบียน ความเสี่ยง (Risk register) ระดับโรงพยาบาลให้มี
ความชัดเจนครอบคลุมมากขึ้นและส่งเสริมผู้รับผิดชอบ (Owner) ที่มีบทบาทอย่างชัดเจน รวมทั้งส่งเสริม
การ ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย (HSCS) อย่างต่อเนื่อง และนำคะแนนที่มีค่าน้อย มาพัฒนาและ
ปรับปรุงร่วมกับทีมอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมการปฏิบัติตาม QI Plan ที่กำหนดไว้และมีการ
ปรับเปลี่ยนแผนเพื่อช่วยในการขับเคลื่อนระบบให้มี ประสิทธิภาพ

แผนการพัฒนา

Trigger tool ประธานทีม IM เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความครบถ้วนกระบวนการจากการ
ค้นหา trigger การระบุว่าเป็นอุบัติการณ์หรือไม่ นำมาสู่การรายงานอุบัติการณ์และการทบทวน
อุบัติการณ์ และได้แนวทางการป้องกัน

Dead refer out พบปัญหาการตาม case ไม่ครบถ้วน รพ.แม่ข่าย เสนอให้มีช่องทางการรายงาน
อุบัติการณ์กลับมายัง รพ. ปัจจุบัน รพ.หน่วยงานดำเนินการเอง ยังไม่มีผู้รับผิดชอบในภาพรวม

ประธาน PCT เพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบ

unplanned refer และ re-visit ที่ ER มีการทบทวนที่หน่วยงานแต่ขาดการรายงานมาที่ทีม RM

กำหนดให้แต่ละหน่วยงานที่พบอุบัติการณ์รายงานเข้าระบบ HRMS

ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย (HSCS) เริ่มดำเนินการในปี 2568 พบประเด็นที่มีคะแนนน้อยได้แก่อข้อ 2 และ 4 นำมาพัฒนา ในปี 2569

2.การเรียนรู้จากอุบัติการณ์

ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ ที่พบว่ามีจำนวนน้อย โดยเฉพาะข้อมูลที่เกิดซ้ำที่ไม่พบเลย และข้อมูลจากการ ทบทวนต่าง ๆ ให้เป็นการวิเคราะห์เห็นภาพรวม จำแนกเป็นกลุ่มโรคที่สำคัญ จำแนก เป็นระดับความรุนแรง เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ ได้จัดลำดับความสำคัญในภาพรวมในการปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้จาก อุบัติการณ์ E-up โดยการ ทบทวนวิธีการทำ RCA ให้ได้ถึงปัจจัยสำคัญเชิงระบบเพื่อ ปรับปรุงแก้ไข ในเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำรวมทั้งการ สะท้อนข้อมูลอุบัติการณ์ E-up ที่วิเคราะห์ภาพรวมได้ส่งกลับให้ ทีม PCT และทีม บริหารโรงพยาบาล

แผนการพัฒนา ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามผู้เยี่ยมสำรวจให้ข้อเสนอแนะไว้ ส่งข้อมูลให้ PCT และกรรมการบริหารทุก 3 เดือน

3.มาตรฐานสำคัญจำเป็น

เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัย Owner ควรส่งเสริม การทบทวนแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ รวมทั้งทบทวนวิธีการติดตามกำกับ การ ปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด โดยเฉพาะส่วนการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Act) เพื่อให้แน่ใจ ไม่มี Under report และมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย

แผนการพัฒนา กำหนดให้ owner เป็นกรรมการทีมบริหารความเสี่ยง ในปี 2569 มีการติดตามอุบัติการณ์ ทบทวนอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดรอบการ ทบทวน

มติที่ประชุม รับทราบ ผู้เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ (ถ้ามี)

ไม่มี

ปิดประชุมเวลา 15.00 น.

(นายวีระยุทธ นิ่มสาย)

เภสัชกร ชำนาญการ

ผู้จัดรายงานการประชุม

(นางอารียา พัดชา)

นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

