คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สายบังคับบัญชา
บริหารแบบพิเศษ
บริหารแบบอิสระ
ประสานงานกับคณะฯ

คณะกรรมการประจำคณะฯ

คณบดี

กก.บริหารคณะฯ

รองคณบดี

ประธานคณะกรรมการตรวจสอบภายในและความเสี่ยง

รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคณะฯ
- ศิริราชมูลนิธิ
- ศูนย์ถันยรักษ์
- สมาคมศิษย์เก่าฯ
- มูลนิธิต่างๆ

หน่วยงานองค์กรวิชาชีพ/ตรวจสอบภายใน
- สภาอาจารย์ศิริราช
- องค์กรแพทย์ศิริราช
- หน่วยตรวจสอบภายในและบริหารความเสี่ยง

สำนักงานคณบดี
6 ฝ่าย 15 งาน
3 หน่วย

รองคณบดีทุกฝ่าย

งานพัฒนาคุณภาพ

ภาควิชา
25 ภาควิชา
3 สถาน 1 ศูนย์
(ศูนย์โรคหัวใจฯ)

หัวหน้าภาควิชา/สถาน/ศูนย์

สถาน/รร.
1 สถาน
1 โรงเรียน

หัวหน้าสถาน/ผอ.โรงเรียน

โรงพยาบาลศิริราช
1 สนง. 3 ฝ่าย
15 งาน. 1 ศูนย์

ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ผู้อำนวยการ รพ.
รองผอ.รพ.

งานบริหารความเสี่ยงฯ

หน่วยงานการบริหารแบบพิเศษ
โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

The Heart Siriraj

โครงสร้างการบริหารงาน โรงพยาบาลศิริราช

คณบดี

↓

ผู้อำนวยการ รพ.

↓

รอง ผอ.รพ.

↓

ผู้ช่วย ผอ.รพ.

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1 สำนัก

3 ฝ่าย

15 งาน

ศูนย์บริการพิเศษต่างๆ

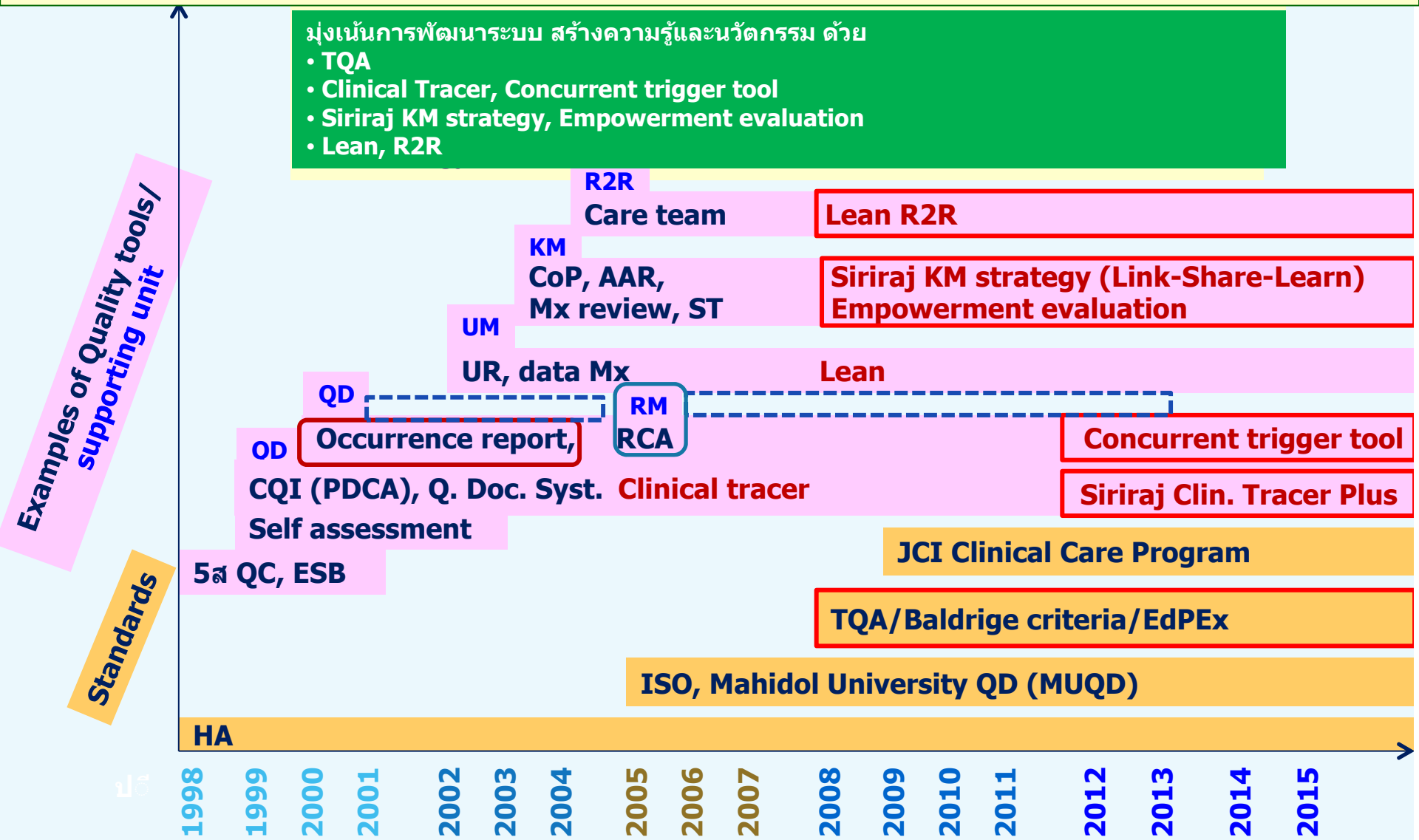
1 โครงการ

25 กก.คร่อมสายงาน

สำนักงานผู้อำนวยการ	งานบริการผ้า
ฝ่ายการพยาบาล	งานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ
ฝ่ายเภสัชกรรม	งานโรคติดเชื้อ
ฝ่ายโภชนาการ	งานเปลี่ยนอวัยวะศิริราช
งานทันตกรรม	งานโภชนศาสตร์คลินิก
งานเวชระเบียน	งานอาชีวอนามัย
งานคลินิกพิเศษนอกเวลาฯ	ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร
งานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	ศูนย์เบาหวานศิริราช
งานสิทธิประกันสุขภาพ	ศูนย์นิทรรักษ์ศิริราช
งานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช
งานบริหารความเสี่ยงฯ	ศูนย์ธาลัสซีเมีย
งานสังคมสงเคราะห์	ศูนย์ฝึกอบรม CPR
งานพิษวิทยา	โครงการ SiHMIS

คณะกรรมการคร่อมสายงาน

ระยะที่ 5 พัฒนาสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมการเรียนรู้ & ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน (2555 – 2558)



จุดเน้นการพัฒนาคุณภาพ ปี 2553-2554

"SAE-HI"

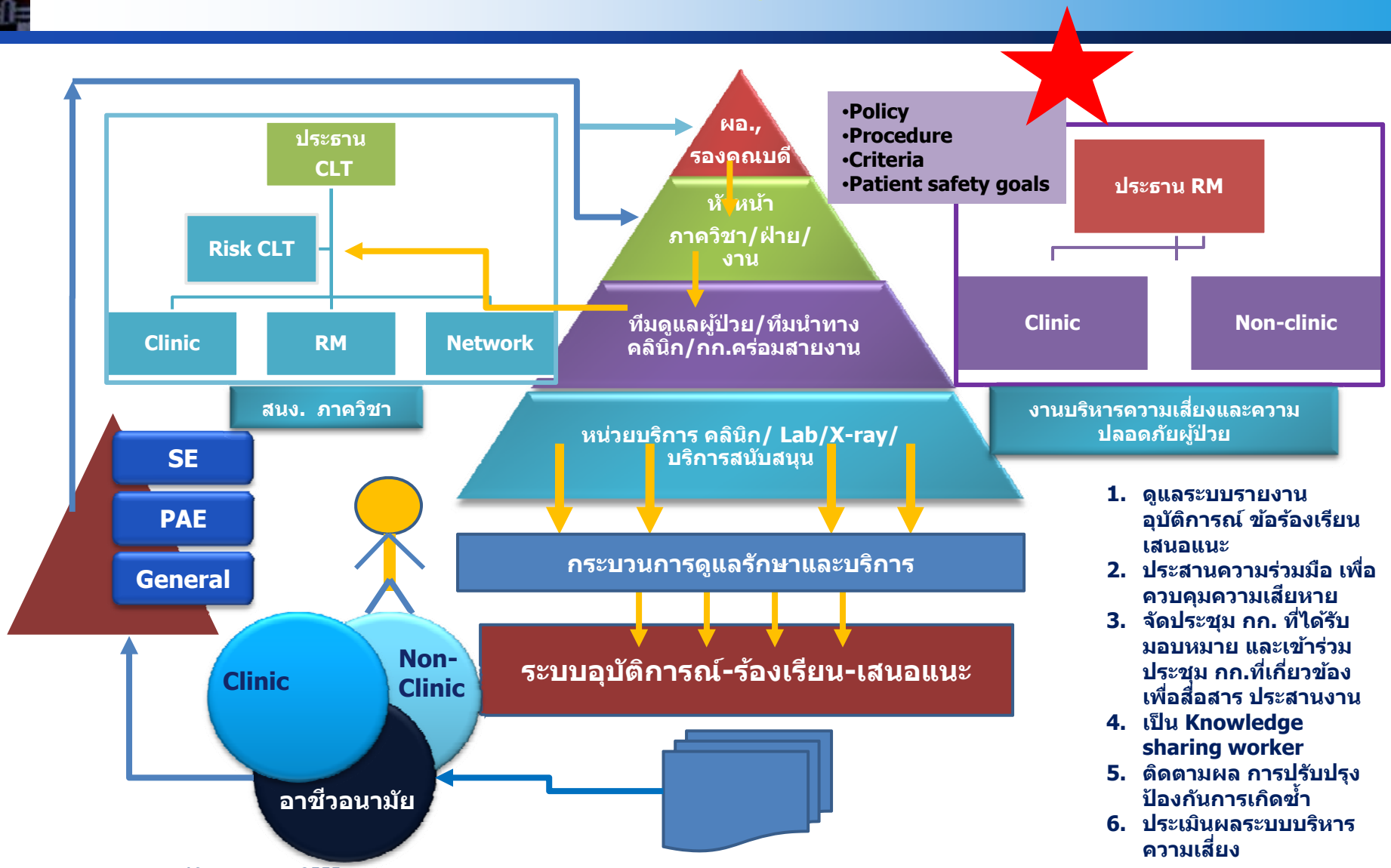
- **S**afety by prevention or reduction the risk
- **A**rea of excellence
- **E**ffective communication
- **H**ealth promotion
- **I**ncrease customer satisfaction

จุดเน้นการพัฒนาคุณภาพ ปี 2554-2558

"HEROES"

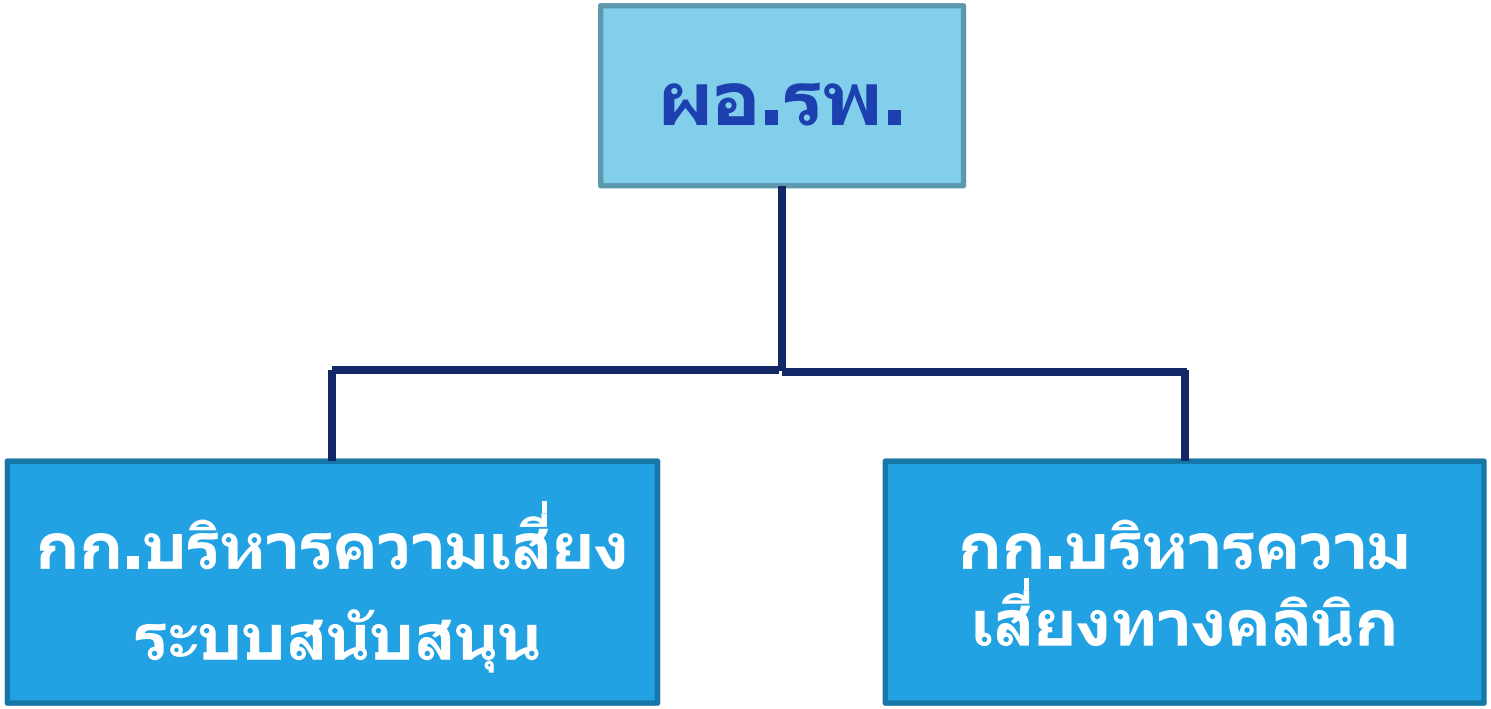
- **H**ealthy Community
- Journey to **E**xcellence & Sustainability
- Safety Culture by **R**isk Management
- Learning **O**rganization
- Communication **E**ffectiveness
- Increase Customer and Staff **S**atisfaction

โครงสร้างระบบบริหารความเสี่ยง
และเส้นทางระบบอุบัติการณ์-ร้องเรียน-เสนอแนะ



1. ดูแลระบบรายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียน เสนอแนะ
2. ประสานความร่วมมือ เพื่อควบคุมความเสียหาย
3. จัดประชุม กก. ที่ได้รับมอบหมาย และเข้าร่วมประชุม กก.ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสื่อสาร ประสานงาน
4. เป็น Knowledge sharing worker
5. ติดตามผล การปรับปรุงป้องกันการเกิดซ้ำ
6. ประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยง

ผู้บริหารโรงพยาบาลที่กำกับดูแล



ประธาน

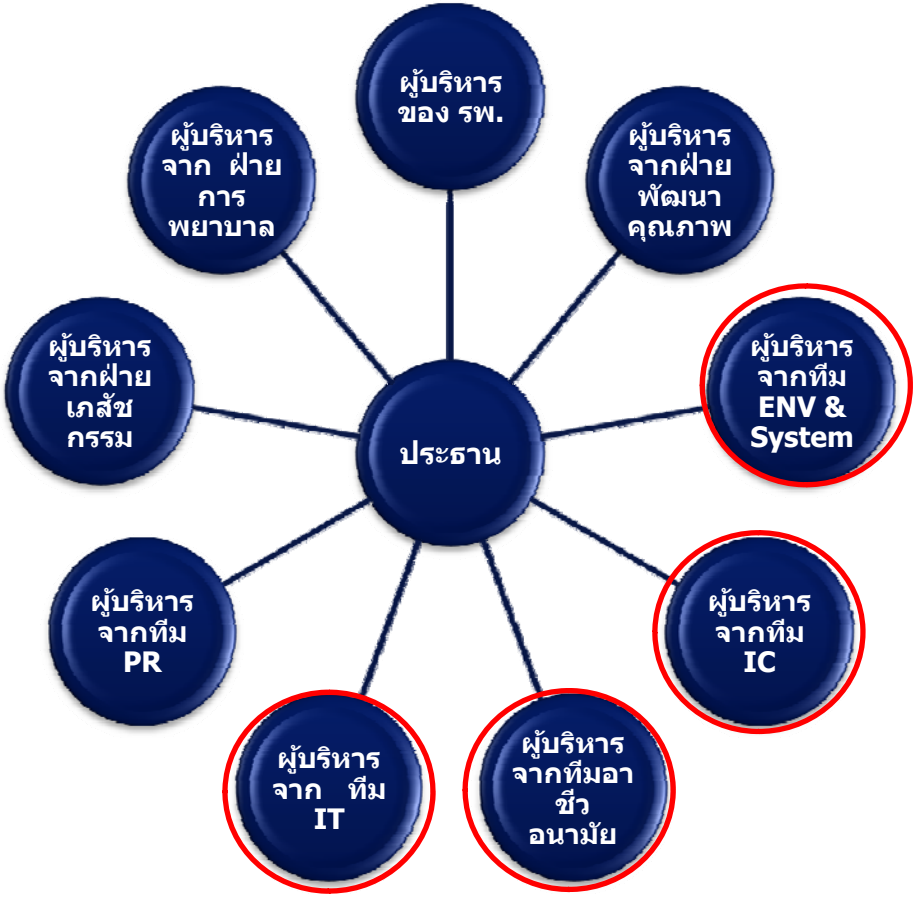
- Support's events
- Monitoring
- System improvement

- Doctor's events
- Specific clinical risks

กก.บริหารความเสี่ยง
ระบบสนับสนุน

กก.บริหารความเสี่ยง
ทางคลินิก

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ระบบสนับสนุนและบริการ



กำหนดประชุมเดือนละ 1 ครั้ง

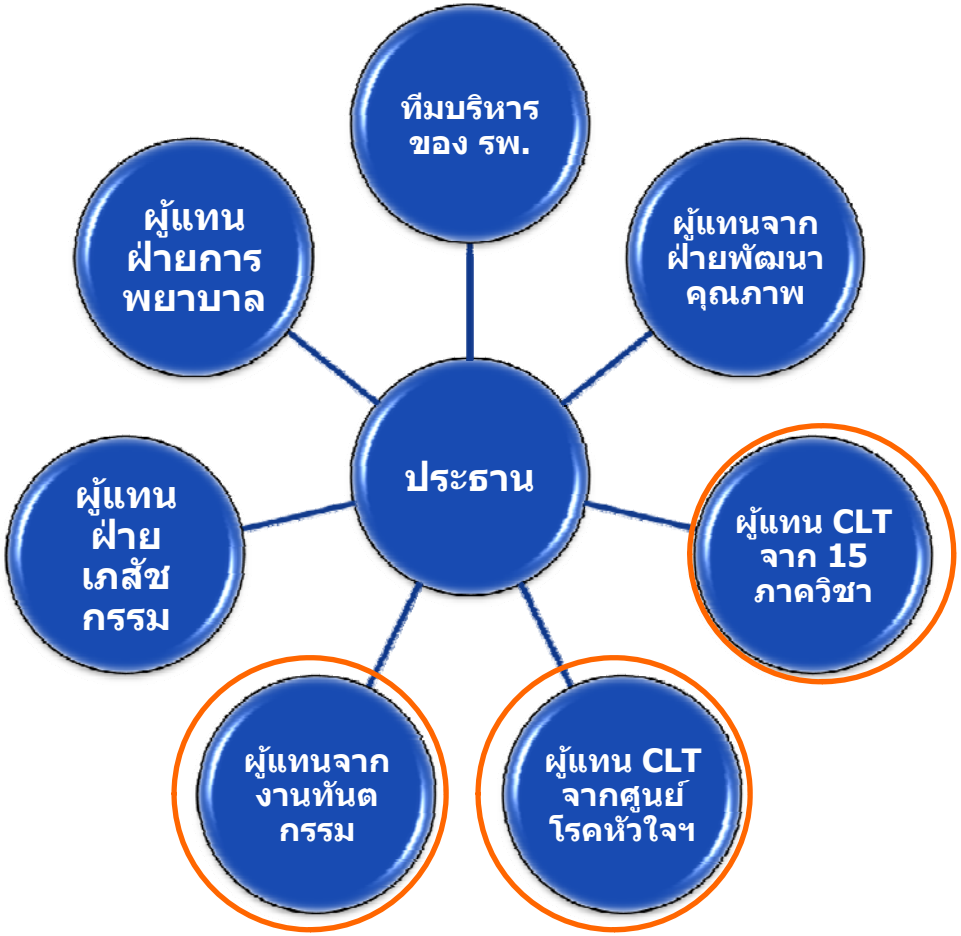
ทุกวันอังคารสัปดาห์ที่ 1 ของเดือน

มุ่งเน้นการติดตามความก้าวหน้า

การดำเนินการตามมาตรการความปลอดภัยผู้ป่วย

การทบทวนการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ คำร้องเรียน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปซึ่งการป้องกันความเสี่ยงเชิงรุก

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก



กำหนดประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก
เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน

มุ่งเน้นการติดตามความก้าวหน้า

การดำเนินการตามมาตรการความปลอดภัยผู้ป่วย

การทบทวนการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์ คำร้องเรียน

และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปซึ่งการป้องกันความเสี่ยงเชิงรุก

ตัวอย่างการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระบบสนับสนุนและบริการ

วาระการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระบบสนับสนุนและบริการ
ครั้งที่ 7/2556 วันอังคารที่ 3 กันยายน 2556 เวลา 09.00 – 12.00 น.
ณ ห้องประชุมคณะฯ ตึกอำนวยการ ชั้น 3

วาระที่	เรื่อง	ผู้รับผิดชอบ
1	เรื่องแจ้งเพื่อทราบ	- ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระบบสนับสนุนและบริการ
2	รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ 6/2556 วันอังคารที่ 2 กรกฎาคม 2556	- ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระบบสนับสนุนและบริการ
3	เรื่องสืบเนื่อง 3.1 ความก้าวหน้าการสำรวจและเปลี่ยนปลั๊กไฟสำหรับใช้ในโรงพยาบาล	- ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายทรัพยากรกายภาพและสิ่งแวดล้อม(ผศ.นพ.ธารา วงศ์วิริยางกูร) - หัวหน้างานอุปกรณ์ทางการแพทย์
4.	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบบริหารความเสี่ยง : การรายงานอุบัติการณ์, คำร้องเรียนและการตอบกลับ 4.1. สถิติรายงานอุบัติการณ์ฝ่ายโภชนาการ 4.2 รายงานอุบัติการณ์เกี่ยวกับการซ่อมสร้าง (ORF-2556-002804) ประเด็น : การปรับปรุงสถานที่/หน่วยงาน ที่ส่งผลกระทบหน่วยงานอื่นๆ 4.3 รายงานอุบัติการณ์เกี่ยวกับกลิ่นบุหรี่ 4.4 รายงานอุบัติการณ์เกี่ยวกับอัคคีภัย	- หัวหน้าฝ่ายโภชนาการ - หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย - หัวหน้างานซ่อมบำรุง - หัวหน้างานสถาปัตยกรรมและวิศวกรรม - หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย - หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย
5	การนำเสนอข้อมูลรายงานอุบัติการณ์และ Feedback - สถิติเกี่ยวกับระบบสนับสนุนและบริการ	- หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย
6	เรื่องพิจารณา 6.1 แนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุลักทรัพย์	- หัวหน้างานรักษาความปลอดภัย
7	เรื่องอื่นๆ 7.1 เรื่องแจ้งจากคณะกรรมการต่างๆ	- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระบบสนับสนุนและบริการ โรงพยาบาลศิริราช

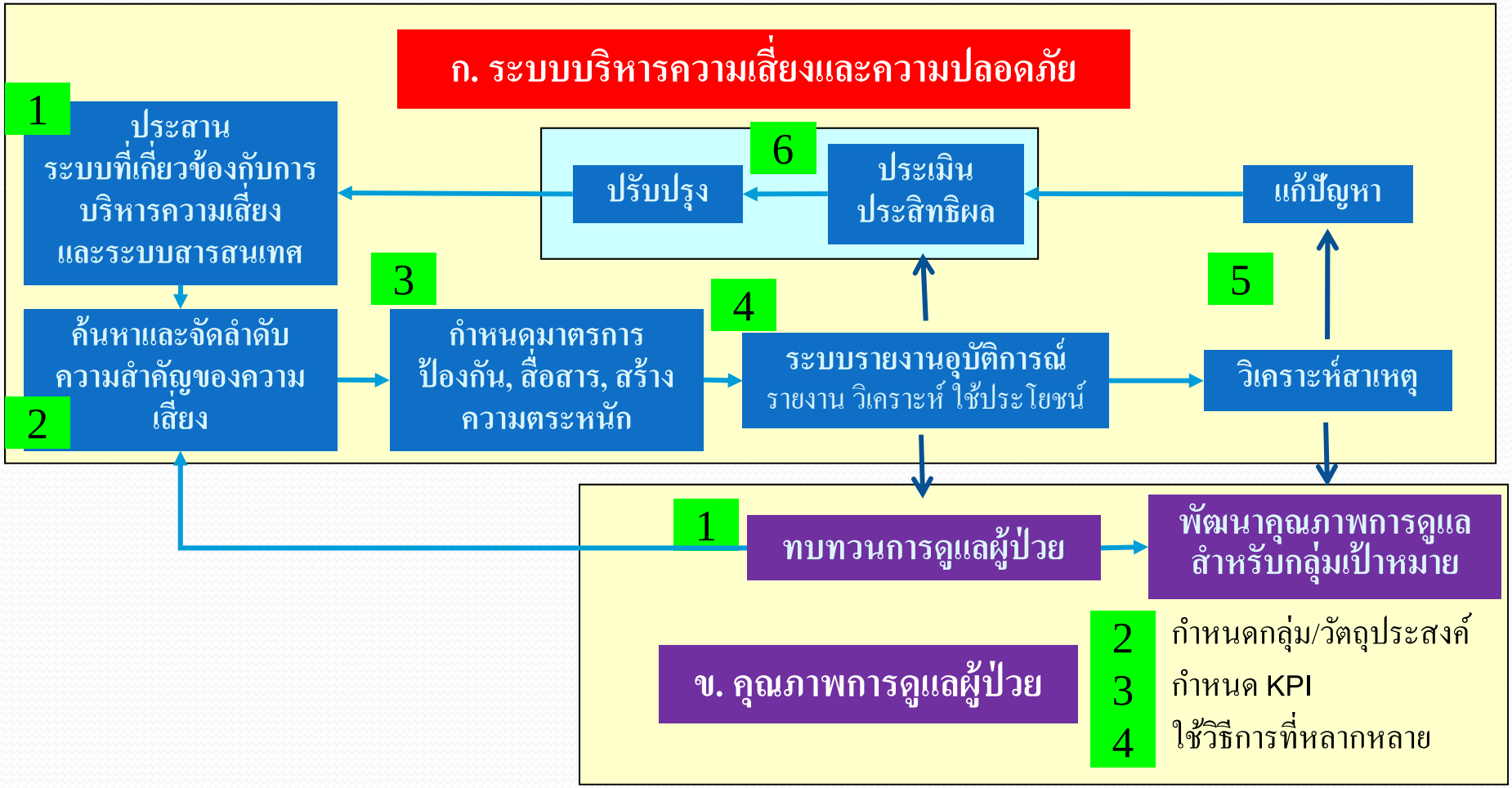
ตัวอย่างการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก

วาระการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก โรงพยาบาลศิริราช
ครั้งที่ 7/2556 วันจันทร์ที่ 9 กันยายน 2556 เวลา 13.30 – 16.00 น.
ณ ห้องประชุมคณะฯ ตึกอำนวยการ ชั้น 3

วาระ	เรื่อง	ผู้รับผิดชอบ
1	เรื่องแจ้งเพื่อทราบ 1. การใช้กระดาษ reuse ในการสื่อสาร 2. ภาควิชาพยาธิวิทยาขอความร่วมมือหน่วยงาน/ภาควิชาต่างๆ ใช้ภาชนะเพื่อบรรจุชิ้นเนื้อในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาให้เหมาะสม สำหรับชิ้นเนื้อที่มีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร ให้บรรจุในภาชนะ PLASTIC BOX No.4 (Sterite) ขนาด 40 cc. โดยสามารถเบิกภาชนะดังกล่าวในระบบ SAP รหัส Material 30000504 3. การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยในที่สาธารณะ 4. การติดป้ายชื่อขณะปฏิบัติงาน	- ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก
2	รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก โรงพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 6/2556 วันที่ 8 กรกฎาคม 2556	- ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก
3	เรื่องสืบเนื่อง	
4	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบบริหารความเสี่ยง : การรายงานอุบัติการณ์, คำร้องเรียน, การบริหารจัดการ และการตอบกลับ 4.1 หมวดยา สารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือด 4.1.1 การสั่งยา ระดับ H (ORF-2556-002635) 4.1.2 การสั่งยา ระดับ C (ORF-2556-002077) 4.1.3 การสั่งยา ระดับ E (ORF-2556-001721) 4.2 การบริการเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ (ORF-2556-002364,002388) 4.3 การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ (Reject Specimens) (ORF-2556-002227) 4.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา (ORF-2556-002363)	-หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงฯ - หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม - ภาควิชาวิสัญญีวิทยา - หัวหน้างานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ - ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิคส์ฯ - หัวหน้าภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก - ภาควิชาอายุรศาสตร์
5	การนำเสนอข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ 5.1 สถิติการรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง (Sentinel Events)	- หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงฯ
6	เรื่องพิจารณา 6.1 การระบุ Common clinical risk, Specific clinical risk, Specific clinical risk เฉพาะของแต่ละภาควิชา	- หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงฯ

II – 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (Risk, Safety, and Quality Management System)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ



น้องนุช ภูมิสนธิ์

สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญ
(รวบรวม ณ วันที่ 4 มกราคม 2557)

1. **สื่อสารแนวทางปฏิบัติที่สำคัญในระบบบริหารความเสี่ยง ฉบับปรับปรุงวันที่ 18 ตุลาคม 2556 ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และเผยแพร่ทาง Website ของงานบริหารความเสี่ยงฯ**
   - เนื้อหาประกอบด้วย
   1) คำจำกัดความที่สำคัญในระบบบริหารความเสี่ยง
   2) เป้าหมายการดำเนินงานของระบบรายงานอุบัติการณ์
   3) การจำแนกความสำคัญของอุบัติการณ์และการจัดการ
   4) เกณฑ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง
   5) Flow การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง
   6) รายชื่อและ VPN ของผู้บริหารโรงพยาบาล
   7) ทบทวนคำประกาศ Siriraj's Patient Safety Goals
   8) ระบบข้อร้องเรียน เสนอแนะ
   9) ปรับเกณฑ์การส่งออกและเกณฑ์การทบทวนและตอบกลับอุบัติการณ์และข้อร้องเรียน
   10) หน้าจอรายงานอุบัติการณ์
   11) การจำแนกระดับผลกระทบ (Impact)
   12) แบบตอบกลับรายงานกลับอุบัติการณ์และข้อร้องเรียน
2. **จัดทำเอกสารคุณภาพ เรื่อง วิธีรายงานอุบัติการณ์ รหัส SI-14-3-001-00 อนุมัติใช้งาน วันที่ 20 กันยายน 2556**

สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญ
(รวบรวม ณ วันที่ 4 มกราคม 2557)

3. **จัดการประชุมคณะกรรมการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงสม่ำเสมอ เพื่อ**
   - **ผลักดันให้มีการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง**
   - **สร้างความแข็งแกร่งให้กับกรรมการ ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการหลักในภาควิชา/ฝ่าย/งาน และหน่วยงานที่เป็นระบบงานหลัก**
   - **สร้างความเข้า แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน ประสานและสอดคล้องกัน**

	เป้า	2554	2555	2556
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง หมายเหตุ:มีการเปลี่ยนแปลงคณะชุดนี้ โดยปรับเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระบบสนับสนุนและบริการ ตั้งแต่วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2555	9 ครั้งต่อปี (75%)	12 (100%)	7 (58.33%)	10 (83.33%)
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก หมายเหตุ: คณะกรรมการชุดนี้ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 13 มีนาคม 2555	9 ครั้งต่อปี (75%)	-	7 (58.33%)	10 (83.33%)
คณะทำงานเครือข่ายนักจัดการความเสี่ยงด้านคลินิก หมายเหตุ: ยกเลิกการจัดประชุมคณะทำงานชุดนี้ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2556	9 ครั้งต่อปี (75%)	12 (100%)	7 (58.33%)	-

สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญ
(รวบรวม ณ วันที่ 4 มกราคม 2557)

4. ระบบงานที่ได้รับการปรับปรับปรุงและป้องกันการเกิดซ้ำ ภายหลังมีการนำเสนออุบัติการณ์และข้อร้องเรียนต่อที่ประชุม<u>คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระบบสนับสนุนและบริการ ปี 2556</u> (21 เรื่อง) ตัวอย่าง เช่น

ครั้งที่	อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียน	สาเหตุ	การปรับปรุง/การป้องกันการเกิดซ้ำ
7/2556	ข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการอาหารของฝ่ายโภชนาการ	• พบสิ่งแปลกปลอมในอาหาร • ได้รับอาหารที่มีประวัติแพ้ • ได้รับอาหารผิดชนิด/ไม่ถูกต้อง	- ที่ประชุมเสนอให้ฝ่ายโภชนาการวิเคราะห์ ทบทวน แนวทางป้องกันการเกิดซ้ำในที่ประชุมครั้งต่อไป
8/2556	เกิดอัคคีภัยที่ตึก 84 ปี (จากการประชุมครั้งที่ 7/2556)		- ควรมีการจัดทำระบบเพื่อช่วยฝ่าย Commander ปฏิบัติหน้าที่ได้ถูกต้องครบถ้วน พร้อมกับมีการจัดทำแผนการฝึกซ้อมในจุดเสี่ยงมาก → น้อย ตาม Priority
	นำเสนอการบริการอาหารของฝ่ายโภชนาการ (จากการประชุมครั้งที่ 7/2556)		- ที่ประชุมเสนอให้ฝ่ายโภชนาการนำเสนอผลการวิเคราะห์ RCA เกี่ยวกับการสั่งอาหารที่มีประวัติแพ้ในที่ประชุมครั้งต่อไป
	เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน	• ความไม่พร้อมใช้งานของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์	- จัดทำโครงการตรวจสอบการใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ นำร่องใน 4 หอผู้ป่วย ตึกอัษฎางค์ และจะขยายไปยัง 10 หอผู้ป่วย ตึก 84 ปี
9/2556	การบริการอาหารของฝ่ายโภชนาการ (จากการประชุมครั้งที่ 8/2556) ▪ ผลการวิเคราะห์ RCA การสั่งอาหารที่มีประวัติแพ้ในที่ประชุมครั้งต่อไป	• เกิดจากบุคลากรไม่ปฏิบัติงานตามข้อกำหนดหรือระเบียบปฏิบัติการจัดอาหาร • ระบบสารสนเทศที่ใช้สำหรับการเตือนเรื่องอาหารที่ผู้ป่วยแพ้ยังไม่สมบูรณ์ มีปัญหาการ Interphase ข้อมูล	- ปรับแนวทางปฏิบัติงานตามข้อกำหนดหรือระเบียบปฏิบัติงานการจัดอาหารโดยเพิ่มกระบวนการตรวจสอบอาหารก่อนนำส่ง - ประสานงานร่วมกับฝ่ายสารสนเทศ วางแผนจัดทำระบบ Soft ware ของฝ่ายโภชนาการ เพื่อจัดทำระบบการเตือนประวัติการแพ้อาหารของผู้ป่วย - เพิ่มกระบวนการหรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ เพื่อสื่อสารให้บุคลากรภายใน – ภายนอก เข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน
	รถไฟฟ้าบรรทุกตู้สำหรับบรรจุอาหารเกิดไฟลุกไหม้	• เกิดไฟลุกไหม้บริเวณห้องเก็บแบตเตอรี่ของรถไฟฟ้า	- มอบหมายให้รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ดูแลรับผิดชอบ Maintenance รถไฟฟ้าในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งมาเสนอความก้าวหน้าในการประชุมครั้งต่อไป

สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญ
(รวบรวม ณ วันที่ 4 มกราคม 2557)

5. ระบบงานที่ได้รับการปรับปรับปรุงและป้องกันการเกิดซ้ำ ภายหลังมีการนำเสนออุบัติการณ์และข้อร้องเรียนต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ปี 2556 (23 เรื่อง) ตัวอย่าง เช่น

ครั้งที่	อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียน	สาเหตุ	การปรับปรุง/การป้องกันการเกิดซ้ำ
4/2556	ปัญหาการแจ้งผล "ค่าวิกฤต (Critical Value)" ทางห้องปฏิบัติการ ของผู้ป่วยนอก		- ควรมีระบบการค้นหาผู้ป่วยที่รวดเร็ว เพื่อให้มีการรายงานผล "ค่าวิกฤต" ที่ถูกต้อง
5/2556	Prescribing Error ระดับ A-B ปี 2555 และมาตรการเชิงป้องกันที่เสนอต่อคณะกรรมการยาและเวชภัณฑ์	• ยามีหลายขนาด	- ฝ่ายเภสัชกรรม Feedback บริษัทยา นำข้อคิดเห็นจากที่ประชุมเสนอเข้าพิจารณาในคณะกรรมการยาและเวชภัณฑ์ เช่น แพทย์ต้องเป็นผู้ที่ระบุขนาดยาที่ชัดเจน ควรมียาหลายขนาดเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย - ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ได้รณรงค์เรื่องการสั่งยาคลาดเคลื่อน โดยเมื่อรับรายงานอุบัติการณ์ได้ดำเนินการ 1. ประกาศหน้าห้องที่แพทย์ทำกิจกรรมตอนเช้า โดยแสดงเลข ว. และชื่อยาที่มีความคลาดเคลื่อน 2. ภาควิชาฯ ส่งจดหมายถึงแพทย์ที่สั่งยาที่มีความคลาดเคลื่อน 3. เก็บเงินจากแพทย์ที่สั่งยาความคลาดเคลื่อนรายการละ 10 บาท
6/2556	การสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้	• ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ตามแนวทางปฏิบัติ	- การตอบกลับของภาควิชาศัลยศาสตร์ เสนอแนวทางการป้องกันการเกิดซ้ำ ดังนี้ 1. ควรใช้ระบบสารสนเทศให้เป็นประโยชน์ 2. แม้มีระบบเตือนด้วยระบบสารสนเทศ จำเป็นต้องมีการ Double check โดยเครื่องมือที่มีอยู่แล้ว - การตอบกลับของงานการพยาบาลจักษุ โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา เสนอแนวทางการป้องกันการเกิดซ้ำ ดังนี้ 1. ทบทวนระบบการประเมินและให้มีการตรวจสอบซ้ำโดยบุคลากรอีกคน เมื่อรับ-ส่งเวร 2. มอบหมายให้พยาบาลผู้ที่ส่งผู้ป่วยไปตรวจ/ทำผ่าตัด/หัตถการ ตรวจสอบความถูกต้องของป้ายข้อมือ และสอบถามประวัติแพ้ยาซ้ำ 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องจัดลำดับความสำคัญของงานก่อน-หลัง และติดตามตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ 4. อธิบายให้ข้อมูลผู้ป่วยให้เข้าใจถึงความสำคัญของการให้ประวัติการแพ้ยาเมื่อไปรับการรักษา

สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญ
(รวบรวม ณ วันที่ 4 มกราคม 2557)

6. ผู้บริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการคร่อมสายงานและหัวหน้าภาควิชา หน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้จัดทำประกาศเวียนแจ้งแนวทางปฏิบัติที่มีการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ตัวอย่าง เช่น

1) จัดทำแผนปฏิบัติการกรณีระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง
2) ทบทวนแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์
3) จัดทำแนวทางปฏิบัติเรื่องการขอความยินยอม (Informed Consent) ในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า
4) จัดทำแนวทางปฏิบัติในการเบิกยาด่วนรอรับสำหรับผู้ป่วยใน และการเบิกยาช่วยชีวิตสำหรับผู้ป่วยใน
5) เพิ่มมาตรการในการควบคุมการระบาดของเชื้อดื้อยาต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ คือ VRE
6) ออกหนังสือเวียนทาง SiNet เพื่อขอความร่วมมือในการบรรจุชิ้นเนื้อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาให้เหมาะสม

สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญ
(รวบรวม ณ วันที่ 4 มกราคม 2557)

6. ผู้บริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการคร่อมสายงานและหัวหน้าภาควิชา หน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้จัดทำประกาศเวียนแจ้งแนวทางปฏิบัติที่มีการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ตัวอย่าง (ต่อ)

8) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock

9) จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับ Heparin (Siriraj guideline for adult patient with heparin administration) และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับ Low Molecular Weight Heparin (Siriraj guideline for adult patient with Low Molecular Weight Heparin administration)

10) ภาควิชาศัลยศาสตร์อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การใส่สาย Foley catheter, การบริหารความเสี่ยงจากยาเคมีบำบัดเพื่อใช้ในห้องผ่าตัด (Hyperthermia with Intraperitoneal chemotherapy : HiPEC) เป็นต้น

11) ภาควิชาวิสัญญีวิทยามีแนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสื่อสาร (Effective Communication) โดยจัดทำเครื่องมือสื่อสาร เพื่อเพิ่มความปลอดภัย ดังนี้

- Siriraj Transfer / Handover note
- Siriraj surgical safety checklist
- เอกสารคุณภาพ (WI/SP)
- SBAR-concept documentations
- Briefing/Debriefing
- C-C-D (Clear message , Closed-loop communication, Double check)