

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของ โรงพยาบาล ในประเทศไทย พ.ศ. 2550

นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ*

พัชรินทร์ ชมเดช*

สมชาย กาญจนสุด**

*สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

**โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

บทคัดย่อ

ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรอดชีวิตของประชาชนที่ประสบการเจ็บป่วย ฉุกเฉิน คือการได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ในระยะเวลาที่รวดเร็ว การศึกษาเชิง operational research นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในประเทศไทยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ระยะเวลาในการดำเนินการ ตั้งแต่ มีนาคม พ.ศ. 2550 - กันยายน พ.ศ. 2551 ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ คือ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่พึงประสงค์ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ดำเนินการสำรวจโรงพยาบาลตามกลุ่มตัวอย่าง 32 แห่ง จำแนกได้ 4 ระดับ คือ *ปฐมภูมิ (primary level)* *ทุติยภูมิ (secondary level)* *ตติยภูมิ (tertiary care)* และ *สูงกว่าตติยภูมิ (supertertiary care)* ผลการสำรวจพบว่าสัดส่วนของบุคลากร และภาระงานไม่เหมาะสมกัน และได้้นำแนวทางการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลไปทดสอบใช้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ จำนวน 9 แห่ง ผลการทดสอบในภาพรวมทุกโรงพยาบาลมีค่าคะแนน ระหว่าง 2.79-3.32 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดจะพบว่า ระบบสนับสนุนได้คะแนนค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะด้านระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาคุณภาพ การศึกษา/การวิจัย และด้านอาคารสถานที่ ในระดับนโยบาย นั้นควรมีแนวทางโครงสร้างของแผนฉุกเฉิน โดยยึดตามภาระงาน และอัตรากำลัง รวมถึง ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของแผนฉุกเฉินให้ชัดเจน ควรมีมาตรฐานของระบบการเก็บข้อมูลแผนฉุกเฉิน เพื่อเป็น based line data ในการนำเสนอผู้บริหารโรงพยาบาล และระบบการปรึกษาและส่งต่อ ควรมีสุนัขการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน, โรงพยาบาล

บทนำ

ตามคำนิยาม “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 หมายถึง บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกระทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิต หรือ การทำงานของอวัยวะสำคัญ ต้อง

ประเมิน จัดการ และรักษาอย่างทันที่ เพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บนั้น⁽¹⁾

ระบบบริการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน เกี่ยวข้องกับการให้บริการรักษาโดยจะเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยจากภายนอกโรงพยาบาล เข้ารับการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง

เหมาะสม

สำหรับวิวัฒนาการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย⁽²⁾ เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2480 มุลินธิปอเด็กตั้งช่วยเหลือผู้ประสบภัยในลักษณะสังคมสงเคราะห์ และกู้ภัยโดยควบคู่ไปกับการเก็บศพผู้เสียชีวิต ต่อมา พ.ศ. 2513 มุลินธิร่วมกตัญญู เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาในเรื่องความมั่วของบุคลากรในการดูแลและนำส่งอย่างถูกต้อง

ต่อมาทีมแพทย์ ตำรวจ เจ้าหน้าที่กู้ภัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมมือกันในการจัดระบบการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ เริ่มใน พ.ศ. 2532 กรมการแพทย์ โดย ร.พ.ราชวิถี ได้จัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นครั้งแรก พ.ศ. 2535-2539 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 บรรจุแผน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2538 กรมการแพทย์ได้จัดระบบบริการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน การขนย้ายผู้บาดเจ็บและขยายพื้นที่บริการ ในเขต กรุงเทพฯ โดยใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1669 ระยะเวลาในการเดินทางไม่เกิน 15 นาที ต่อมา พ.ศ. 2540-2544 แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และ สังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 มีแผนงานอุบัติเหตุ และสาธารณสุข โดยจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกจังหวัด มุ่งเน้นความสามารถในการจัดหน่วยบริการ มากกว่าการจัดระบบบริการ พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 90 แห่ง มีหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) แต่ยังมีข้อจำกัดการให้บริการ

พ.ศ. 2545-2549 แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และ สังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของ ชุมชนครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ⁽³⁾ พ.ศ.2545 กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวัง อย่างไรก็ตาม ทั้งหมดเป็นเพียงระบบบริการการแพทย์ ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนถึงโรงพยาบาลเท่านั้น

การพัฒนาแนวทางระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินให้มีคุณภาพที่พึงประสงค์ เป็นสิ่งที่จำเป็น และมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยฉุกเฉินต้องการการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกวิธีในระยะเวลาที่รวดเร็ว เพื่อ

แก้ไขให้รอดชีวิตได้ทันเวลาที่ และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมา แต่สถานการณ์ในปัจจุบันการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในประเทศไทยยังได้รับความสนใจจากผู้บริหารในระดับต่าง ๆ ค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับต่างประเทศ หน่วยงานรองรับระบบรักษาพยาบาลได้รับความสนับสนุนอย่างจำกัด โดยเฉพาะในแง่สัดส่วนของงบประมาณ บุคลากร การกระจาย และการจัดสรรทรัพยากร ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

วัตถุประสงค์ของรายงานฉบับนี้ เพื่อพัฒนาแนวทางระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในประเทศไทยให้มีมาตรฐานเดียวกัน

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบ operational research นี้ แบ่งการศึกษาเป็น 6 ระยะ ตั้งแต่มีนาคม พ.ศ. 2550-กันยายน พ.ศ. 2551 ดังนี้

ระยะที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ทั้งในประเทศไทย และ ต่างประเทศ เพื่อประมวลข้อมูล ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่พึงประสงค์

ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาถึง สถานการณ์ของระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในปัจจุบันของประเทศไทย โดยการสำรวจจากสถานพยาบาลที่มีระบบนี้ในประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ คือ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ข้อมูลด้านการให้บริการด้านการดูแลรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉิน ข้อมูลด้านบุคลากร ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ร่วมกับการทำ focus group ตามระดับของโรงพยาบาล

การสุ่มโรงพยาบาลในการสำรวจ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. *โรงพยาบาลปฐมภูมิ (Primary level)* หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขนาดเตียง น้อยกว่า 60 เตียง และไม่แบ่งแผนก

2. *โรงพยาบาลทุติยภูมิ (Secondary level)* หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขนาดเตียง 60-250 เตียง แบ่ง

แผนกหลัก 4 แผนก สูติ-นรีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม และกุมารเวชกรรม

3. *โรงพยาบาล ตติยภูมิ (Tertiary care)* หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขนาดเตียง 200 เตียง หรือมากกว่า แต่ไม่มีการผลิต แพทย์ หรือฝึกอบรมแพทย์ เฉพาะทาง หรือ แพทย์ subspecialty

4. *โรงพยาบาล สูงกว่าตติยภูมิ (Super tertiary care)* หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขนาดเตียง 200 เตียง หรือมากกว่า และมีการผลิต แพทย์ หรือฝึกอบรมแพทย์ เฉพาะทาง หรือ แพทย์ subspecialty

วิธีการสุ่มโดย วิธี multi-stage stratified random sampling โดย สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย กระจายตาม ภาค เพื่อให้ได้โรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ

ระยะที่ 3 จัดประชุมระดมสมองโดยศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ประกอบด้วย สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ร่วมกับ สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย เพื่อให้ได้ ร่าง แนวทางในการพัฒนา ในช่วงเดือน สิงหาคม 2550 ณ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 4 นำร่างแนวทางที่ได้ นำเสนอในการ จัดสัมมนาเมื่อวันที่ 3-5 กันยายน 2550 ณ โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อจัดทำแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (hospital-based emergency care systems) ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล รวมถึงแนวทางในการรับรองคุณภาพห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ซึ่งผู้เข้าร่วมสัมมนา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินจากโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั่วประเทศ จำนวน 120 คน ร่วมประชุมระดมสมอง กับผู้เชี่ยวชาญจาก สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย และ หน่วยงานต่างๆ ของกรมการแพทย์โดยพิจารณาตามประเด็นของ (ร่าง)

แนวทางระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในประเทศไทย (emergency care system) ในระยะ 5 ปี แรก

ระยะที่ 5 นำแนวทาง ฯ ที่ได้ ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (3 แห่ง) โรงพยาบาลทั่วไป (4 แห่ง) และโรงพยาบาลชุมชน (1 แห่ง) สุ่มแบบเจาะจง โดยประสานกับโรงพยาบาลที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ซึ่งจะเป็นรุ่นแรก เนื่องจากสิ่งที่มีผู้ศึกษาต้องการทราบ คือ การประเมิน แนวทาง และ ข้อคิดเห็นหรือ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางที่นำไปทดสอบ นี้

ระยะที่ 6 สรุป และประเมินผลการทดลองใช้ของแนวทาง ฯ

การวิเคราะห์ ข้อมูลตามระยะของการศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรม

จากผลการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ ของการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้ได้ ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่พึงประสงค์ นำมาปรับได้ แนวทางการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล⁽⁴⁻⁹⁾ ดังนี้

1. ด้านอาคารสถานที่ พื้นที่ที่สามารถรองรับได้ในแต่ละระดับ (Structures)

การสร้าง หรือปรับปรุงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน หรือผู้ป่วยอื่น ๆ ที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน เช่น กรณีผู้ป่วยติดเชื้อาจจะแพร่เชื้อต่อผู้อื่นได้ ควรจะมีพื้นที่ที่สามารถดำเนินการในด้านเวชระเบียน การคัดแยกผู้ป่วย (triage) และบริเวณที่ผู้ป่วย ควรได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันที หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือภายใน 30 นาที รวมทั้งบริเวณที่ทำหัตถการพิเศษอื่น ๆ เช่น ห้องเฝือก หัตถการต่าง ๆ รวมถึงกรณีที่ตรวจผู้ป่วยสงสัยโรคติดต่อ ที่ต้องแยกตรวจในห้องแยกพิเศษ ทั้งนี้

ขึ้นกับสถานที่ของแต่ละระดับ นอกจากนี้ อาจจะมีบริเวณในการดำเนินการรวบรวมข้อมูล การเขียนรายงาน การสื่อสาร รวมถึงการทำความสะอาดของทีม ambulance ที่มาส่งผู้ป่วย สำหรับ super tertiary

2. ด้านบุคลากร (Emergency Department team)

ควรประกอบด้วยทีมงาน ได้แก่ หัวหน้าทีม ซึ่งควรเป็น แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์ พยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (emergency nurse หลักสูตร 4 เดือน) และชำนาญการงานฉุกเฉิน รวมถึง เวชกรฉุกเฉิน/เจ้าหน้าที่ กู้ชีพ/ผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เจ้าหน้าที่ เก็บข้อมูล ในห้องฉุกเฉิน

3. ด้านการดูแลรักษาพยาบาล (Patients care)

เกี่ยวข้องกับ ความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกแห่งควรจะสามารถ ดำเนินการสิ่งต่อไปนี้ การคัดแยกผู้ป่วย (triage) การช่วยผู้ป่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation) การดูแลผู้ป่วยให้มีอาการคงที่ก่อนส่งต่อ หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (stabilization) และการส่งต่อผู้ป่วย (referral) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจำเพาะได้อย่างเหมาะสม (definitive care)

4. ด้านความสามารถในการรองรับภัยพิบัติ (Disaster management)

ได้แก่ ความสามารถในการระดมบุคลากรและทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อจัดการในด้านการรักษาพยาบาลในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยจำนวนมากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพร้อม ๆ กัน การประสานงาน การสร้างเครือข่าย การกำหนดแผน การระดมความพร้อม การซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินหมู่ (mass casualty) และสภาวะภัยพิบัติ (เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น/มีผลกระทบเสียหายต่อชีวิต สุขภาพ ทรัพย์สิน เป็นวงกว้าง มีทั้งเหตุการณ์ที่เกิดเองตามธรรมชาติ หรือเกิดจากมนุษย์กระทำ) รวมทั้งแผนลดผลกระทบความรุนแรงของเหตุที่จะเกิดขึ้น

5. ด้านระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน (Referral

systems)

การกำหนดบทบาทของผู้รับ และผู้ส่งให้ชัดเจน โดยกำหนดให้ผู้รับ หมายถึง สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษาระดับ definitive care จากสถานพยาบาลที่มีความจำเป็น และไม่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนั้นได้ ให้มีการประสานงานและการตอบรับ และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลรักษา ตลอดจนให้คำแนะนำด้านการดูแลรักษาในระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย

ผู้ส่ง หมายถึง สถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และได้ประสานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลที่จำเป็น และจัดเจ้าหน้าที่พร้อมยานพาหนะและเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อส่งต่อผู้ป่วยรายนั้น ๆ ไปยังผู้รับ นอกจากนี้ยังรวมถึงความสามารถในการจัด หรือร่วมมือในการจัดหน่วยลำเลียงเคลื่อนย้ายพิเศษ เช่น ทางเครื่องบิน หรือเฮลิคอปเตอร์

6. ด้านการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง Access to other specialist consultation

โดยกำหนดระดับความสามารถและแนวทางในการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในกรณีต่าง ๆ เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการผ่าตัด หรือหัตถการอื่น ๆ ตามความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้

7. ระบบสนับสนุน Access to support service

กำหนดให้มีบริการสนับสนุนทั้งในด้านคลินิก (clinical) ได้แก่ การวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล ผลทางห้องปฏิบัติการ (ผลพยาธิ) การผ่าตัด หรือหัตถการอื่น ๆ และด้านอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากด้านคลินิก (non clinical) ได้แก่ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ระบบการติดต่อสื่อสาร รวมถึงวิทยุสื่อสาร VHF ระบบในการรายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้น ฐานข้อมูลด้านอุบัติเหตุในห้องฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาล ตามศักยภาพของสถานพยาบาลในแต่ละระดับ เพื่อให้มีบริการสนับสนุนที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

8. ความร่วมมือกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS intervention)

กำหนดให้มีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ทั้งในด้านการจัดระบบ การจัดหาหน่วยบริการ การฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากร การกำกับดูแลทางการแพทย์ และการประชาสัมพันธ์ของแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ รวมถึง การจัดทำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

9. ระบบบริหารจัดการ (Administration)

กำหนดให้มีโครงสร้างการบริหารจัดการ ได้แก่ ด้านธุรการ ด้านการเงินการคลัง และ ด้านแผนพัฒนาเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ตามสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ

10. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information system)

กำหนดให้มีระบบข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ จำนวนประชากรที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ แผนที่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ข้อมูลด้านระบาดวิทยา ในแง่ของบุคคล เวลา สถานที่ของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน และสถานที่เกิดเหตุ การให้บริการ ดูแลรักษาผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเบื้องต้นจนได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ เป็นต้น

10.2 การบริหารจัดการข้อมูล (data management) ในด้านกระบวนการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ ข้อมูล รวมถึง การรายงาน เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบัน

11. การพัฒนาคุณภาพ (Quality management - Research & development)

การนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และรายงานผล ตามโอกาส และ/หรือสถานการณ์ การ audit และ peer review การนำผลการวิเคราะห์ ข้อมูลมาพิจารณาโดยคณะกรรมการที่ประกอบด้วยบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงานนั้น เพื่อค้นหาข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาลที่มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิตและเพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง และเกิดแนวทางการปฏิบัติที่ดี

12. การศึกษาและการวิจัย (Research & educa-

tion)

เพื่อพัฒนาบุคลากรในการดำเนินงาน อาจดำเนินการโดย การฝึกอบรม และ การศึกษาวิจัยทางคลินิก ให้แก่ทีมแพทย์ รวมถึง การฝึกอบรม และการศึกษาทางคลินิก ให้แก่ทีมพยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ด้านสถานการณ์และปัญหาของระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

ผลการสำรวจโรงพยาบาลตามกลุ่มตัวอย่าง 32 แห่ง จำแนกได้ 4 ระดับ คือ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และสูงกว่าตติยภูมิ

จากการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และ การทำ focus group ร่วมกับโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ แสดงให้เห็นถึงภาระงานของแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ แตกต่างกันตามขนาดของโรงพยาบาล เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน (ตารางที่ 1) ยังพบว่าพยาบาลที่ทำงานในแผนกฉุกเฉิน ต้องรับภาระงานอื่น ๆ ได้แก่ การฉีดวัคซีน การทำแผล ซึ่งไม่ใช่งานฉุกเฉิน

นอกจากนี้ สามารถสรุปประเด็นปัญหาของระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในภาพรวม ได้แก่

1. โครงสร้าง และสถานที่ ของแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาล ยังไม่มีมาตรฐาน รวมทั้งความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือไม่มี/มีแต่ใช้ไม่เป็น

2. ด้านบุคลากร พบปัญหาของ บุคลากรในแง่ของอัตรากำลัง/คุณสมบัติ/ภาระงาน/ค่าตอบแทน รวมถึง สัดส่วนของงบประมาณและบุคลากรในแต่ละระดับ น้อยกว่าที่ควรจะเป็นผู้ปฏิบัติงานมักเป็นผู้ที่จบใหม่ มีประสบการณ์น้อย ทำให้เกิด mismanagement

3. ด้านนโยบาย และการพัฒนา ระบบการบริหารจัดการ และระบบการปรึกษา/ระบบส่งต่อ พบว่าขาดแผนในการพัฒนาทั้งระบบ ขาด standard และ guideline นอกจากนี้ การประสานเชื่อมโยงระหว่าง emergency care และ definitive care รวมถึง ระบบการส่งต่อยังไม่ดีพอ และขาดฐานข้อมูลในการ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลทำการสำรวจ จำแนกตามระดับของโรงพยาบาล

| ระดับของโรงพยาบาล/ | โรงพยาบาล ปฐมภูมิ | โรงพยาบาล ทุติยภูมิ | โรงพยาบาล ตติยภูมิ | โรงพยาบาล สูงกว่า ตติยภูมิ |
|--|----------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง) | 8 | 8 | 8 | 8 |
| จำนวนเตียง (range) | 30-60 | 200-564 | 461 - 800 | 425 -1019 |
| จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2549 (ราย) | | | | |
| ค่าเฉลี่ย | 10,496.8 | 40,596.2 | 49,984.3 | 70,564.5 |
| ค่าสูงสุด | 45,928 | 81,488 | 79,509 | 95,238 |
| ค่าต่ำสุด | 381 | 11,747 | 31,500 | 53,449 |
| การใช้รพพยาบาลฉุกเฉิน | | | | |
| จำนวนครั้งเฉลี่ยต่อเดือนระดับพื้นฐาน (Basic Life Support) | 28.9 | 36.6 | 63.5 | 40.0 |
| ระดับสูงกว่า (Advanced Life Support) | 46.4 | 131.9 | 68.2 | 51.9 |
| จำนวนบุคลากร (คน) | | | | |
| แพทย์ (เฉลี่ยต่อเวร) | 0 - 1 | 0-2 | 1-2 | 1-3 |
| พยาบาล (เฉลี่ยต่อเวร) | 1.5 | 2 | 3 | 3.5 |
| เจ้าหน้าที่ทั้งหมด ในแผนกฉุกเฉิน (ค่าเฉลี่ย) | 9.1 | 16.3 | 20.7 | 22.8 |

ที่มา: จากแบบสอบถาม โรงพยาบาล 32 แห่ง

ประเมินระบบที่ดี เนื่องจากระบบฐานข้อมูล ไม่เป็นมาตรฐาน รวมทั้งแผนพัฒนางานไม่ชัดเจน มีผลทำให้งบประมาณที่ให้การสนับสนุนค่อนข้างน้อย

4. ด้านการให้บริการ ผู้ใช้บริการค่อนข้างมาก นอกจากผู้ป่วยแล้ว ผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น ญาติ เจ้าหน้าที่ ตำรวจ มูลนิธิ สื่อมวลชน ฯลฯ และพบว่า การกำหนดกรอบหน้าที่ตามตำแหน่ง ในห้องฉุกเฉิน ไม่ชัดเจนค่อนข้างหลากหลาย ทำให้มีผลต่อคุณภาพของการรักษา

ระยะที่ 3 การประชุมระดมสมอง

ผลการจัดประชุมระดมสมองโดยศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ประกอบด้วย สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย เพื่อให้ได้ ร่าง

แนวทางในการพัฒนา ในช่วงเดือนสิงหาคม 2550 ณ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2 ครั้ง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วย กับร่างแนวทางที่ได้นำเสนอ ซึ่งร่างแนวทางประกอบด้วย 12 ประเด็น และแต่ละประเด็นมีรายละเอียดปลีกย่อย เป็นจำนวนข้อ (ตารางที่ 2)

และได้นำร่างที่ได้ประชุมร่วมกับโรงพยาบาลต่าง ๆ ในช่วงวันที่ 3-5 กันยายน 2550 เพื่อจัดทำแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Hospital-based Emergency Care Systems) ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ระยะที่ 4 การทดสอบแนวทางการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล

หลังจากได้แนวทางการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลแล้ว นำแนวทาง ฯ ไป

ตารางที่ 2 ร่าง แนวทางการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล

| หัวข้อประเมิน | จำนวนเนื้อหาที่กำหนดไว้ (จำนวนข้อ) |
|------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Structure | 16 |
| 2. Personal team | 18 |
| 3. Patient care | 5 |
| 4. Disaster management | 12 |
| 5. Referral | 3 |
| 6. Access to specialist | 1 |
| 7. Access to support service | 15 |
| 8. EMS intervention | 5 |
| 9. ระบบบริหารจัดการ | 2 |
| 10. Information system | 9 |
| 11. Quality management | 5 |
| 12. Research & education | 4 |

ทดลองใช้ในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (3 แห่ง) โรงพยาบาลทั่วไป (4 แห่ง) และโรงพยาบาลชุมชน (1 แห่ง)

ดำเนินการโดยประสานกับโรงพยาบาลที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ซึ่งจะเป็นรุ่นแรก เนื่องจากสิ่งที่ทีมผู้ศึกษาต้องการทราบข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางที่นำไปทดสอบ ขั้นตอนการทดสอบประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลจะได้รับแนวทางการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินล่วงหน้า ตามระดับของโรงพยาบาลที่เป็นอยู่ เพื่อเปรียบเทียบ หรือประเมินตนเอง กับแนวทางฯ ดังกล่าว ล่วงหน้า จำนวน 12 หัวข้อ (ตารางที่ 2)

ขั้นตอนที่ 2 ทีมคณะทำงานประกอบด้วยแพทย์พยาบาลจากกรมการแพทย์ และสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย จะนำแนวทางการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ไปใช้โดยการให้คะแนนตามสัดส่วนของน้ำหนัก ความสำคัญของ ระบบการ

รักษาพยาบาลฉุกเฉิน

โดยส่วนที่มีผลต่อผู้ป่วยโดยตรง ให้น้ำหนักเป็นร้อยละ 55 ประกอบด้วย การดูแลรักษาผู้ป่วย (patient care) ในภาวะฉุกเฉิน ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (referral) ระบบการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญกรณีจำเป็น (access to specialist) การเข้าถึงระบบสนับสนุน (access to support service) และความร่วมมือกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS intervention)

และ ส่วนสนับสนุนอื่น ๆ ที่มีผลต่อผู้ป่วยโดยอ้อมให้น้ำหนักเป็น ร้อยละ 45 ประกอบด้วย structure personnel team research and education, disaster management ระบบบริหารจัดการ information system, quality management (ตารางที่ 3)

ขั้นตอนที่ 3 ให้คะแนน เปรียบเทียบกันระหว่างโรงพยาบาลและ ทีมของคณะทำงาน โดยกำหนดดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน มีเงื่อนไข คือ การให้คะแนนด้านการบริหารจัดการ ให้ดูภายใต้ข้อจำกัดของโรงพยาบาล โดยต้องคำนึงถึง function ของแต่ละแห่ง ตามสภาพพื้นที่เป็นหลัก รวมทั้งการประเมินการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จะอยู่ในหัวข้อ การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ดีมาก หมายถึง สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จะได้คะแนน เป็น 4

ดี หมายถึง อยู่ในเกณฑ์จะได้คะแนน เป็น 3 พอใช้ หมายถึง ใช้ได้ภายใต้ข้อจำกัดของโรงพยาบาล จะได้คะแนน เป็น 2

ต้องปรับปรุง หมายถึง ไม่เป็นที่ยอมรับต้องปรับปรุง จะได้คะแนน เป็น 1

การคำนวณค่าของคะแนน

ตัวอย่างการให้คะแนน โดยพิจารณาการให้ระดับคะแนนตามสัดส่วนของตารางที่ 3 เช่น ด้านการรักษาพยาบาล อยู่ในเกณฑ์ จะได้คะแนนเป็น 3 คะแนนที่ได้คือ $(3 \times 25) / 100 = 0.75$

ด้านบุคลากรมีไม่เพียงพอ จะได้คะแนนเป็น 2

ตารางที่ 3 สัดส่วน ของน้ำหนัก ความสำคัญของระบบการรักษายาบาลฉุกเฉิน

| ระบบหลัก (55%) เป็นส่วนที่มีผลต่อผู้ป่วยโดยตรง ประกอบด้วย | ร้อยละ |
|--|------------|
| 3. การรักษายาบาล (Patient care) | 25 |
| 5. ระบบการรับ ส่งต่อผู้ป่วย (Referral) | 10 |
| 6. การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Access to other specialist consultation) | 5 |
| 7. ระบบสนับสนุน (Access to Support Service) | 9 |
| 8. ความร่วมมือกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Intervention) | 6 |
| <hr/> | |
| ระบบสนับสนุน (45 %) เป็นส่วนสนับสนุน ประกอบด้วย | |
| 1. อาคารสถานที่ (Structures) | 9 |
| 2. บุคลากร (Personnel) | 15 |
| 4. ความสามารถในการรองรับภัยพิบัติ (Disaster Management) | 4 |
| 9. ระบบบริหารจัดการ (Administration) | 5 |
| 10. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information System) | 4 |
| 11. การพัฒนาคุณภาพ (Quality management - Research & development) | 4 |
| 12. การศึกษาและการวิจัย (Research & Education) | 4 |
| รวม | 100 |

ตารางที่ 4 ระดับคะแนน ของการประเมินด้านคุณภาพ

| คะแนน | ผลการประเมิน |
|--------------|------------------------|
| น้อยกว่า 2.0 | ต้องปรับปรุง |
| 2.0-2.6 | เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น |
| 2.7-3.3 | ดี |
| 3.4-4.0 | ดีเยี่ยม |

ตารางที่ 5 ผลการประเมินในภาพรวมทั้งระบบหลัก และ ระบบสนับสนุน

| คะแนน | ผลการประเมิน |
|--------------|------------------------|
| น้อยกว่า 1.9 | ต้องปรับปรุง |
| 2.0 - 2.6 | เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น |
| 2.7 - 3.3 | ดี |
| 3.4 - 4.0 | ดีเยี่ยม |

คะแนนที่ได้ คือ $(2 \times 15)/100 = 0.3$

จากนั้นนำคะแนนทั้งหมดในแต่ละหัวข้อ ทั้ง 12 หัวข้อมารวมกัน โดยทีมคณะทำงานทุกคน และนำมาคะแนนของทุกคนมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ผลการนำแนวทางการพัฒนาระบบการรักษายาบาล ฉุกเฉิน ไปทดสอบ ร่วมกับโรงพยาบาลกลุ่ม ตัวอย่างทั้งสิ้น 9 แห่ง สำหรับการแปลผล จะยึดผลการประเมินโดย คำนวณค่าเฉลี่ยในภาพรวม คะแนนที่สูงที่สุดคือ 4 ได้จาก

$(4 \times 100)/100$ คะแนน ที่ ต่ำสุดที่ยอมรับได้ คือ 2 ได้จาก $(2 \times 100)/100$ ถ้าหากได้คะแนนต่ำกว่า 2 ถือว่า ห้องฉุกเฉินนั้นๆ ในภาพรวมต้องปรับปรุง (ตารางที่ 4)

ผลการทดสอบในภาพรวม (ตารางที่ 5) พบว่า ทุกโรงพยาบาลมีค่าของคะแนน ระหว่าง 2.79-3.32 ซึ่งถือว่า อยู่ในเกณฑ์ดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของแต่ละข้อ จะพบว่าระบบสนับสนุน จะได้คะแนนค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในด้านระบบข้อมูล

ตารางที่ 6 ระดับคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการประเมินจากการทดสอบแบบสอบถาม

| หัวข้อประเมิน | ระดับคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการประเมิน | | | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | รพช | รพศ 1 | รพศ2 | รพท1 | รพท2 | รพท3 | รพท4 | รพท5 | รพท4 |
| 1 Structure | 0.23 | 0.25 | 0.23 | 0.31 | 0.24 | 0.23 | 0.22 | 0.22 | 0.24 |
| 2 Personal team | 0.49 | 0.53 | 0.48 | 0.46 | 0.50 | 0.45 | 0.42 | 0.45 | 0.41 |
| 3. Patient care | 0.71 | 0.85 | 0.75 | 0.80 | 0.75 | 0.86 | 0.75 | 0.75 | 0.79 |
| 4. Disaster management | 0.13 | 0.12 | 0.11 | 0.14 | 0.13 | 0.13 | 0.12 | 0.11 | 0.1 |
| 5. Referral system | 0.37 | 0.36 | 0.27 | 0.31 | 0.32 | 0.36 | 0.30 | 0.30 | 0.24 |
| 6. Access to specialist | 0.15 | 0.18 | 0.15 | 0.15 | 0.14 | 0.16 | 0.14 | 0.14 | 0.13 |
| 7. Access to support service | 0.27 | 0.30 | 0.26 | 0.25 | 0.27 | 0.22 | 0.28 | 0.25 | 0.26 |
| 8. EMS intervention | 0.22 | 0.22 | 0.19 | 0.16 | 0.23 | 0.21 | 0.19 | 0.17 | 0.18 |
| 9. ระบบบริหารจัดการ | 0.16 | 0.15 | 0.15 | 0.12 | 0.16 | 0.14 | 0.16 | 0.12 | 0.14 |
| 10. Information system | 0.11 | 0.12 | 0.13 | 0.09 | 0.13 | 0.11 | 0.11 | 0.11 | 0.11 |
| 11. Quality management | 0.13 | 0.13 | 0.11 | 0.11 | 0.14 | 0.14 | 0.11 | 0.12 | 0.1 |
| 12. Research & education | 0.11 | 0.12 | 0.10 | 0.08 | 0.15 | 0.12 | 0.09 | 0.09 | 0.1 |
| คะแนนเฉลี่ยที่ได้รับ | 3.08 | 3.32 | 2.90 | 2.97 | 3.16 | 3.12 | 2.88 | 2.83 | 2.79 |

ข่าวสาร ด้านการพัฒนาคุณภาพการศึกษาและการวิจัย
ด้านอาคารสถานที่

ข้อเสนอแนะแก่โรงพยาบาล โดยรวมดังนี้

- ควรปรับปรุงสถานที่ของห้องฉุกเฉินให้เห็นชัดเจน และเข้าถึงง่าย หากเป็นไปได้ควร ปรับปรุงให้มีพื้นที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนห้องที่เกี่ยวข้องควรอยู่บริเวณเดียวกัน
- ควรจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำห้องฉุกเฉิน และมีโอกาสถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้อื่นในเวลาราชการมากขึ้น
- มาตรฐานการรักษาพยาบาล การคัดแยกผู้ป่วย ควรทำให้สมบูรณ์แบบมากกว่านี้ เจ้าหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยทำหน้าที่เหมือนผู้ต้อนรับผู้ป่วย
- ควรกำหนดพื้นที่สำหรับบริเวณ decontamination ให้ชัดเจน
- ควรมีส่วนร่วมในการตรวจสอบมาตรฐาน EMS

ของจังหวัด

- ยังไม่มีฐานข้อมูลที่สำคัญของระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน
- ควรนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมในห้องฉุกเฉินมา วิเคราะห์ วิจัย และเผยแพร่

วิจารณ์

จากการศึกษาได้แนวทางระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลในประเทศไทย จากข้อมูลการสำรวจ ช่วยให้ทราบถึงปัญหาของการทำงานของรักษาพยาบาลฉุกเฉิน โดยเฉพาะในเรื่องของโครงสร้างและสถานที่ของแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาล ยังไม่มีมาตรฐาน ด้านบุคลากร พบปัญหาของ บุคลากรในแง่ของอัตรากำลัง ของเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน คับแคบ มีทางออกทางเดียว ผู้ป่วยมาก่อนมารวมกันอยู่ด้านหน้าผู้ป่วยใหม่เข้าไม่สะดวก และห้องฉุกเฉินบางแห่งมี observe zone อยู่ในห้องฉุกเฉิน

ปัญหาด้าน บุคลากร พบว่า ในโรงพยาบาลชุมชน พบปัญหาว่าบุคลากรไม่เพียงพอ บางแห่งบุคลากรมีศักยภาพไม่เพียงพอ ขาดความรู้/ขาดทักษะ/ประสบการณ์ และขาดการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง หากได้รับการอบรมพัฒนาน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการทำงาน มาก นอกจากนี้ คุณสมบัตินักเรียน และค่าตอบแทน ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน เช่น โรงพยาบาล บางแห่งยังใช้ระบบการตรวจผู้ป่วยที่ไม่ใช่แพทย์อยู่ นอกเวลาราชการพยาบาลทำบัตร /จ่ายยา/ส่งคนส่งเคราะห์ และประกันสังคมเอง บางครั้งพยาบาลต้องตรวจผู้ป่วย ส่งต่อผู้ป่วยเอง ซึ่งค่อนข้างจะหนักมาก

ปัญหาเกี่ยวกับ งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทยนั้นยังเป็นปัญหาที่สำคัญโดยพบว่า ผลการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในต่างจังหวัด ยังไม่สมบูรณ์ดี ยังไม่เป็นไปตามความคาดหวังของทั้งผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน และผู้บริหารโรงพยาบาล ก่อให้เกิดผลเสียในด้านต่าง ๆ มากมาย กล่าวคือ ผลเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การก่อให้เกิดการเสียชีวิต การป่วย และความพิการทางร่างกายเกินกว่าที่ควร ผลเสียต่อผู้ให้บริการ คือ ทำให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลไม่ภาคภูมิใจในโรงพยาบาล ทำให้ไม่รักและไม่ทุ่มเทให้กับองค์กรและการปฏิบัติงาน ผลเสียต่อหน่วยงาน คือ ประชาชนขาดความมั่นใจในคุณภาพของการให้บริการ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการจากเดิมที่เคยเชื่อถือ และเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของรัฐมาตลอด เริ่มมีความมั่นใจน้อยลงเรื่องการให้บริการผู้ป่วยหนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งต้องการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูง และหันไปเลือกใช้บริการภาคเอกชนที่สามารถตอบสนองได้รวดเร็วและดูแลเอาใจใส่ในการให้บริการมากกว่า

ผลการศึกษา นี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิชาชาติบัณฑิตศึกษา⁽¹⁰⁻¹²⁾ และหลายการศึกษาทั้งในประเทศ

และ ต่างประเทศ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ บางครั้งต้องผ่านจุดรับบริการตามขั้นตอนการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เกิดเหตุ การส่งต่อผู้ป่วย ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ห้องผ่าตัด และหน่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ความล่าช้า ณ จุดใด จุดหนึ่งอาจก่อให้เกิด ความรุนแรงถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยได้⁽¹³⁻¹⁵⁾

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Fitts และคณะ⁽¹³⁾ ได้วิเคราะห์ถึงความบกพร่องของขั้นตอนการรักษาเกี่ยวกับสาเหตุการเสียชีวิต ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ 950ราย ในปี ค.ศ. 1964 ซึ่งพบว่า ร้อยละ 11 เกิดจากความบกพร่องของการวินิจฉัย ร้อยละ 7 เกิดจากความบกพร่องของการรักษาพยาบาล และร้อยละ 12 เกิดจากความบกพร่องทั้งการวินิจฉัย และการรักษา

การศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาของ McDermott FT และคณะ⁽¹⁴⁾ ใน พ.ศ. 2540 พบว่าปัญหา ในการรักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในเมืองวิคตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย เกิดจากการบริหารจัดการ (81%) ข้อผิดพลาดด้านเทคนิคการรักษา (3%) จากการวินิจฉัยล่าช้าและ บกพร่อง (2 %)

ด้านระบบการพัฒนาคุณภาพของการศึกษานี้ สอดคล้องกับ กรอบการพัฒนากระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁵⁾ ได้กำหนด การพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาคุณภาพ การรักษาผู้ป่วย รวมถึงการบูรณาการระบบงานในกระบวนการรักษาพยาบาลที่ได้รับบาดเจ็บ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระพันธ์ และวิทยา⁽¹⁶⁾ ซึ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาล โดยตั้งคณะกรรมการ trauma audit สร้างระบบ การศึกษาคุณภาพการรักษาผู้ป่วย สาเหตุของปัญหาที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องทุกคน ร่วมมือกันในการแก้ปัญหา สิ่งที่สำคัญ คือ ต้องอาศัย ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

สำหรับด้านนโยบาย และการพัฒนา ระบบการบริหารจัดการ พบว่า ขาดแผนในการพัฒนาทั้งระบบ

นอกจากนี้ การประสานเชื่อมโยงระหว่าง emergency care และ definitive care รวมถึงระบบการส่งต่อยังไม่ดีพอ ระบบฐานข้อมูลไม่เป็นมาตรฐาน รวมทั้ง แผนพัฒนางานไม่ชัดเจน มีผลทำให้งบประมาณที่ให้การสนับสนุนค่อนข้างน้อย และด้านการให้บริการ ผู้ใช้บริการค่อนข้างหลากหลาย นอกจากผู้ป่วยแล้ว ผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น ญาติ เจ้าหน้าที่ตำรวจ มูลนิธิ สื่อมวลชน ทำให้มีผลต่อคุณภาพของการรักษา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้การดำเนินงานของการดูแลสุขภาพพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลเป็นระบบและมีประสิทธิภาพสูงสุดควรมีแนวทางโครงสร้างของแผนกฉุกเฉิน โดยยึดตามภาระงาน และอัตรากำลัง รวมถึงคุณสมบัติของผู้ที่ทำงานในแผนกฯ เช่น ผ่านการอบรมพยาบาลฉุกเฉิน รวมถึง พัฒนาการวิชาชีพอื่น ๆ ขึ้นมาช่วย รวมถึงควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของแผนกฉุกเฉินให้ชัดเจน ควรมีมาตรฐานของระบบการเก็บข้อมูลแผนกฉุกเฉิน เพื่อเป็น base line data ในการนำเสนอผู้บริหารโรงพยาบาล และระบบการปรึกษาและส่งต่อ ควรมีสุนัขการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

ควรนำผลที่ได้จากการศึกษา นำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์และปัญหา เพื่อให้มีผลในเชิงนโยบาย ในการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในประเทศไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้มีรายนามต่อไปนี้ ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาวิชาการแพทย์ อธิบดีกรมการแพทย์ ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นายแพทย์ สันต์ หัตถิรัตน์ นายแพทย์ชาญเวช ศรีธาพุทธ นายแพทย์ ไพโรจน์ เครือกาญจนา นายแพทย์เชียรชัย ตังทัตสวัสดิ์ แพทย์

หญิงยุวเรศคมุณี สิทธิชาญบัญชา แพทย์หญิงนลินาสน์ ชุนคล้าย อาจารย์อุบล ยี่เอ็ง อาจารย์นิตยา ภูริพันธ์ อาจารย์กานดา ตุลาธร อาจารย์ชลาริน ลิมสกุล เจ้าหน้าที่ทุกท่านจาก สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลพรรัตนราชธานี และเจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูล ระหว่างการศึกษาทุกท่าน และ อาจารย์นิตยา จันทร์เรือง มหาพล ที่กรุณาให้คำแนะนำ

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1 พ.ศ.2551,ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่มที่ 125, ตอนที่ 44 ก (ลงวันที่ 6 มีนาคม 2551.)
2. สถาบันการแพทย์ ด้านอุบัติเหตุและสาธารณภัย. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร: แอล.พี.เพรส; 2547.
3. สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: แอล.พี.เพรส; 2548.
4. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. Institute of Medicine Hospital-based emergency care: at the breaking point. Washington, DC: National Academies; 2007.
5. Huddy J. Emergency Department Design A Practical guide to planning for the future. 2nd ed. American College of Emergency Physicians; 2006.
6. Phillips SJ, Knebel A, editors. Mass medical care with scarce resources: a community planning guide. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
7. Heron S, Haley L. Diversity in emergency medicine: a model program. Academic Emergency Medicine 2001; 8:192-5.
8. Lishner DM, Rosenblatt RA, Baldwin LM, Hart LG, 2000. Emergency department use by the rural elderly. Journal of Emergency Medicine 2000; 18(3):289-97.
9. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI. Hospital Emergency Departments: crowded conditions vary among hospitals and communities. Washington, DC: General Accounting Office; 2003.

10. วิทยาชาติบัญชาชัย. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 30 ประเด็นสู่แผน พัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สหประชาชาติไทย; 2545. หน้า 531-52.
11. วิทยาชาติบัญชาชัย. รูปแบบการพัฒนา Trauma Center โรงพยาบาลขอนแก่น. Khon Kaen Model in injury prevention and control February 2002. ขอนแก่น: สิริภักดิ์; 2545. หน้า 64 - 8
12. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สาเหตุการตาย - อัตราการตาย ต่อประชากร 1,000 คน ตามลำดับของกลุ่มสาเหตุการตาย 10 กลุ่มแรกของประเทศ พ.ศ. 2542-2546: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2547. หน้า 79.
13. Fitts WT, Lehr HB, Bitner RL, Spelman JW. An analysis of 950 fatal injuries. *Surgery* 1964; 56:663-8.
14. McDermott FT, Cordnes SM, Tremayne AB. Management deficiencies and deaths preventability in 120 victorian road fatalities (1993-1994). *Aust N Z J Surg* 1997; 67:611-8.
15. World Health Organization. Guidelines for Essential Trauma Care. China: World Health Organization; 2004
16. วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, วิทยาชาติบัญชาชัย. การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2551; 17:352-62.

Abstract Hospital Based Emergency Care Systems in Thailand, 2007

Narumol Sawanpanyalert*, Patcharin Chomdej*, Somchai Kanchanasut**

*Bureau of Medical Technical Development, **Rajchavithi hospital, Department of Medical Services

Journal of Health Science 2008; 17:SVII2089-2101.

While the demands on emergency and trauma care have grown dramatically, however, the capability of the system has been kept in check. The situation is creating a widening gap between the qualities of emergency care and the quality patients actually receive. Therefore, the operational research, covering 6 phases, has been conducted to develop the hospital-based emergency care system in Thailand during March 2006 - September 2007. Literature review of hospital emergency care at both national and international level was conducted followed by a survey on magnitude of problems of hospital emergency departments in Thailand. The survey results from 32 hospitals, selected by multistage stratified random sampling showed that manpowers and workloads were not compatible. After brain storming, a hospital-based emergency care system guideline was developed and implemented in 9 purposively selected hospitals. In general, the mean scores from all hospitals were 2.79-3.32 which were rated as quite good. However, the scores of supportive systems such as; information systems, quality management, and research and education were quite low. It is recommended that there should be a guideline on organizational structure of emergency department based on workloads and human resources. In addition, hospitals should specify clear role of emergency department, standard of information systems to be baseline data required for decision making. Furthermore, the consultation and referral center should be more effective.

Key words: hospital emergency care, guideline