

ปฏิรูปการแพทย์ฉุกเฉินไทย

ผู้เขียนได้รับเชิญให้เป็นวิทยากรปาฐกถาพิเศษในหัวข้อ “ปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย ทำดี มีแต่ได้” ในการประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ประจำปี 2559 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) วันที่ 30 มีนาคม 2559 ณ อาคารอิมแพคฟอรัม เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี แต่พิธีเปิดงานกินเวลาของผู้เขียนที่กำหนดไว้ 1 ชั่วโมง ไปกว่า 60% ผู้เขียนจึงขอเสนอสิ่งที่ผู้เขียนตั้งใจไว้ในบทความนี้ เพื่อยังประโยชน์เพิ่มขึ้น

ก่อนอื่น ผู้เขียนขออนุญาตผู้จัดการประชุม ขอตัดวลีที่ว่า “ทำดี มีแต่ได้” ออก เพราะไม่เป็นความจริง และสื่อถึงความเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนในการ “ทำดี” นั้น

อันที่จริง “ทำดี มีได้และมีเสีย” และ “ทำชั่ว ได้ดี มีลมไป” เช่น การซื้อขายตำแหน่งจนได้เป็นใหญ่ เป็นโต ดังที่ พล.ร.อ.ท่านหนึ่ง กล่าวว่า พล.อ.ท่านหนึ่ง เกี่ยวกับการซื้อขายตำแหน่งในวงการตำรวจ จนกลายเป็นคดีความอยู่ในปัจจุบัน

“ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว” เป็นคำพังเพยที่ติดปากกันทั่วไป แต่เป็นความจริงในบางครั้งหรือบางครั้งเท่านั้น ไม่ได้เป็นความจริงในทุกครั้งที่ “ทำดี” หรือ “ทำชั่ว” เพราะ “กฎแห่งกรรม” เป็นเพียง 1 ใน 5 ของกฎธรรมชาติที่พุทธศาสนาเรียกว่า “นิยาม 5” คือ

1. “อุตุนิยาม” คือ ดินฟ้าอากาศและฤดูกาล อาจทำให้ผลแห่งการทำดี ไม่เกิดขึ้นหรือกลับเป็นโทษ เช่น ถ้าเรานั่งรถผ่านกลางทุ่งนาขณะพายุฝนฟ้าคะนอง แล้วเห็นเด็กนักเรียนคนหนึ่งเดินฝ่าพายุฝน ไล่ลมแล้วล้มหก ล้มลง เราจึงรีบลงจากรถเพื่อเข้าไปช่วยเด็กคนนั้น แต่การเดินหรือวิ่งในที่ ไล่ลมขณะพายุฝนฟ้าคะนอง อาจทำให้เราถูกฟ้าผ่าเสียชีวิตได้ เป็นต้น

2. “พีชนิยาม” คือ กรรมพันธุ์ เช่น ถ้าเรามีพ่อแม่พี่น้องเป็นความดันเลือดสูงทุกคน แม้เราจะ “ทำดี” โดยดูแลตัวเองเป็นอย่างดี เช่น ไม่กินเค็ม ไม่อ้วน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่เราก็จะเป็นความดันเลือดสูงได้

3. “จิตตนิยาม” คือ การทำงานของจิต เช่น โรคนูมิแพ้นตนเอง (อาทิ ลูปีส รูมาตอยด์) มักจะกำเริบขึ้นเวลาเครียด แม้ผู้ป่วยจะกินยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอก็ตาม

4. “**กรรมนิยาม**” คือ “กฎแห่งกรรม” ซึ่งการ “**ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว**” จะเป็นจริงหรือไม่ ย่อมขึ้นกับกฎธรรมชาติอีก 4 ข้อดังกล่าว

5. “**กรรมนิยาม**” คือ ความสัมพันธ์กันและเป็นเหตุเป็นผลกันแห่งสรรพสิ่ง ซึ่งบางครั้งหรือหลายครั้งเราไม่อาจรู้ได้ เช่น กรณี คุณ “**ปอ**” ทฤษฎี สหวงศ์ ซึ่งป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกเด็งกี่รุนแรง ผู้ใกล้ชิดคุณ “**ปอ**” ตั้งมากมายทำไมไม่ถูกยุงกัดจนเป็นโรคไข้เลือดออกเลยสักคน อย่างไรก็ตาม

“**ทำดี**” ได้ “**ความดี**” ทันทีแน่

“**ผลดี**” แท้ “**ได้หรือไม่**” ให้แปรผัน

ตาม “**นิยาม 5**” ข้อ ล้อพันกัน

ใจสุขสันต์ ทันที ที่**ทำดี**

คนที่ “**ทำดี**” แม้จะไม่มีคนเห็น แต่คนที่ “**ทำดี**” นั้นจะเกิด “**ความสุข**” ทันทีที่ “**ทำดีโดยไม่หวังผลตอบแทน**”

คุณ “**ปอ**” ทฤษฎี สหวงศ์ เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ที่ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ที่สุด ซึ่งบางคนอาจกล่าวว่า “**ดีที่สุด**” แต่ คุณ**“ปอ”** ก็เสียชีวิต หลังจากได้รับการ “**ซื้อการตาย**” ไว้กว่า 2 เดือน ไม่ทราบว่ามีใครอยากได้รับการรักษาเช่นนั้นบ้าง?

“**ปู่เย็น**” นายเย็น แก้วมะณี ที่ได้สมญานามว่า “**เต่าพระนาง**” แห่งลุ่มน้ำเพชรบุรี เพราะหลังภรรยาเสียชีวิต ได้ยังชีพอยู่ในเรือตามลำพังแม้จะขรภาพและเจ็บออกๆ แดๆ เพราะไม่ยอมรับใคร เข้าวันที่ 12 ตุลาคม 2551 (อายุ 108 ปี) พยาบาลเวรเยี่ยมบ้านพบ “**ปู่เย็น**” หมดสติ ตัวเย็นแข็งอยู่ในเรือ จึงนำขึ้นฝั่งพยายามกู้ชีพ และนำไปกู้ชีพต่อที่โรงพยาบาลอีกประมาณชั่วโมงครึ่ง แต่ก็ไม่สำเร็จ ซึ่งในกรณีนี้ “**ตายแน่แล้ว**” เช่น ตัวเย็นแข็ง (rigor mortis) ส่วนที่อยู่ล่างสุด (นอนทับ) เป็นสีม่วงแดงจากเลือดที่ตกไปค้างอยู่ (livor mortis) ไม่ควรทำการกู้ชีพ เพราะไม่ได้ประโยชน์ เสียทรัพยากรทั้งบุคคลและวัตถุโดยไม่จำเป็น และเป็นการทำร้ายศพ โดยเฉพาะในบางศาสนาและความเชื่อ เป็นการฝืนพระประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า (“**ปู่เย็น**” เป็นชาวมุสลิม)

การแพทย์ฉุกเฉินไทย : ปัญหาและสาเหตุ

ปัญหาและสาเหตุที่ทำให้การแพทย์ฉุกเฉินไทยถูกละเลยมานาน เช่น

1. การผลิตแพทย์ไม่สมประกอบ เช่น รู้ลึกมากกว่ารู้กว้าง รู้จักผู้ป่วยกับสังคมน้อย เพราะเรียนแต่ด้านวิทยาศาสตร์ ขาดแคลนความสามารถในวิธีการปฐมพยาบาลและการกู้ชีพในภาวะฉุกเฉินทุกประเภทในทุกเพศ ทุกวัย และทุกอวัยวะ/ระบบ เพราะอาจารย์แพทย์ส่วนใหญ่ (เกือบทั้งหมด) ก็เชี่ยวชาญเฉพาะอวัยวะ/ระบบ (หรือเพียงบางส่วนของอวัยวะ/ระบบ) ที่ตนเชี่ยวชาญเท่านั้น ไม่สามารถเป็นแพทย์ที่รักษา “คนทั้งคน” ได้ในทุกเพศ ทุกวัย และทุกอวัยวะ/ระบบ จึงไม่ยอมรับการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดได้ในทุกเพศ ทุกวัย และทุกอวัยวะ/ระบบ ทำให้ผลผลิตแพทย์เป็น “ลูกปูที่เดินเฉเหมือนพ่อแม่ปู” นั่นเอง.

2. การไม่สนใจ/ไม่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยฉุกเฉิน แม้โรงพยาบาลศิริราชจะเกิดขึ้นจากการประชวรฉุกเฉินและสิ้นพระชนม์ของเจ้าฟ้าศิริราช กษัตริย์ ราชโอรสของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว แต่โรงพยาบาลศิริราชก็จัดตั้งหน่วยงาน “ห้องฉุกเฉิน” เพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินช้ากว่าโรงพยาบาลเล็กๆ ที่เกิดขึ้นหลังโรงพยาบาลศิริราชมาก และยังไม่มียุทธศาสตร์ฉุกเฉิน(รตกู้ชีพ) ออกไปรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุแม้แต่ในปัจจุบัน ขณะที่โรงพยาบาลเล็กๆ สามารถส่งรตกู้ชีพออกไปดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุได้

อนึ่ง โรงเรียนแพทย์ที่ใหญ่ที่สุดและเก่าแก่ที่สุดของไทยทั้ง 2 แห่ง ซึ่งมีอาจารย์แพทย์และแพทย์อื่นๆ เป็นจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ มาก ยังเกิดการฝึกรอบม “แพทย์ฉุกเฉิน” ได้น้อยกว่าโรงพยาบาลหลายแห่งในกระทรวงสาธารณสุข (ที่มีแพทย์และผู้ป่วยน้อยกว่า) เพราะไม่สามารถหาอาจารย์แพทย์ลงไปประจำอยู่ในห้องฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อควบคุมดูแลการฝึกรอบมแพทย์ฉุกเฉินได้เพียงพอ

การไม่ใส่ใจในผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงเรียนแพทย์ใหญ่ จึงเป็นแบบอย่างที่ไม่ถูกต้องแก่ผลผลิตแพทย์และโรงพยาบาลต่างๆ

3. ระบบราชการ/ระบบงานที่บั่นทอนกายและใจของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น

3.1 การไม่ให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่ากับภาระงาน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นงานที่ถูกละเลย เครียด ต้องการความรู้ความสามารถและ “จิตอาสา” ที่จะทุ่มเทพลังทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยรอดจากความตาย ความพิการและความทุกข์ทรมานต่างๆ แล้วยังต้องเผชิญกับอารมณ์ที่ ตื่นเต้น กังวล หงุดหงิด ฉุนเฉียว ของ

ญาติผู้ป่วย การให้ผลตอบแทนแก่บุคลากรในห้องฉุกเฉินเท่ากับบุคลากรที่ทำงานกับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ย่อมทำให้
หาบุคลากรมาทำงานในห้องฉุกเฉินได้ยาก และอยู่ไม่ได้นานก็จากไป

3.2 การผลักดันให้ห้องฉุกเฉิน เช่น การให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินไปรับการตรวจรักษาที่ห้อง
ฉุกเฉิน เพราะผู้ป่วยมาไม่ตรงนัด/ไม่ได้นัด/มานอกเวลาราชการ/ต้องทำหัตถการบางอย่าง เช่น ตรวจเลือด/
บัสสาวะ/คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถัดมา/วัคซีน “หาเตียงรับผู้ป่วยไว้” เป็นต้น ทำให้ห้องฉุกเฉินแออัดไปด้วยผู้ป่วย ซึ่ง
เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยและบุคลากรด้วย การดูแลผู้ป่วยก็ผิดพลาดได้มากขึ้นเพราะดูแลได้ไม่เต็มที่
 เป็นต้น

4. การขาดหน่วยงานรับผิดชอบที่มีประสิทธิภาพ แม้ พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 จะ
“กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ขึ้นเพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติ
เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ขึ้นเป็นหน่วย
รับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้าน
การแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและ
ทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้”

แต่การที่มาตรา 41 ของ พ.ร.บ.นี้ “ให้โอนบรรดาอำนาจหน้าที่ กิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้ และเงิน
งบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เฉพาะในส่วนของสำนักงานระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน (EMS, Emergency Medical Service) ที่มีอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ไปเป็นของสถาบัน
(สพฉ.)” ทำให้ กพฉ. และ สพฉ. มุ่งเน้นแต่งาน EMS (การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล) ที่เป็นส่วนนิดเดียวในระบบ
การแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด และงาน EMS ก็ได้รับการพัฒนามาดีพอสมควรแล้วตั้งแต่ก่อนมี กพฉ. และ สพฉ.
อนึ่ง สัดส่วนของการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบ EMS ก็นับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับการเสียชีวิตในห้อง
ฉุกเฉิน (ตารางที่ 1) ส่วนการเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุเกิดจากการบาดเจ็บร้ายแรงเกินกว่าจะรักษาได้ ซึ่งจะแก้ได้
ด้วยการป้องกันเท่านั้น

แม้ข้อมูลในตารางที่ 1 จะค่อนข้างเก่า (เพราะ สพฉ.ไม่ได้ให้ข้อมูลใหม่ในด้านนี้) แต่น่าจะเชื่อได้ว่า
ตัวเลขในปัจจุบันคงจะไม่เปลี่ยนแปลงไปมาก เพราะรูปธรรมที่เห็นชัดเจน คือ “บันนี่เฟียร์” น.ส.ฐิติทิพย์ สิงเท
นางแบบนิตยสารเพลย์บอย ขั้บรถชนขอบทางด่วน (barrier) เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2559 แถวลาดพร้าว

กรุงเทพมหานคร ทำให้หน้าอกกระแทกกับพวงมาลัยรถ เพราะไม่สวมเข็มขัดนิรภัย รถกู้ชีพเข้าช่วย “กู้คน” ออกจากรถและนำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด ขณะนำส่งโรงพยาบาลจนเข้าห้องฉุกเฉินแล้ว ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี ร้องเจ็บตลอด แต่ต่อมาไม่นาน ก็เสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

ผลตรวจศพ พบว่า สาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจาก “การบีบอัดหัวใจ” (cardiac tamponade) จาก เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (ถุงหุ้มหัวใจ) เพราะผนังหัวใจห้องบนฉีก

โดยทั่วไป แรงดันในหัวใจห้องบน (atrium) จะต่ำมาก ทำให้เลือดค่อยๆ ซึมออกเท่านั้น จึงใช้เวลาพอสมควรกว่าจะเกิด “การบีบอัดหัวใจ” จนทำให้เสียชีวิต ถ้าห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลใหญ่แห่งนั้นมีแพทย์ ฉุกเฉินที่สามารถวินิจฉัย “ภาวะบีบอัดหัวใจ” แล้วใช้เข็มเจาะถุงหุ้มหัวใจทันทีเพื่อเอาเลือดออกเพียง 10-20 มิลลิลิตร ผู้ป่วยก็จะรอดชีวิตนานพอที่จะนำเข้าห้องผ่าตัดเพื่อเปิดหน้าอกและเย็บแผลฉีกที่ผนังหัวใจห้องบน แล้วผู้ป่วยก็จะฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้

ตารางที่ 1 การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในช่วงเทศกาล (ข้อมูลจาก สพท.)

เสียชีวิต	ปีใหม่ 53-54	ปีใหม่ 54-55	สงกรานต์ 55
ในที่เกิดเหตุ	56%	66%	60%
ขณะนำส่ง (EMS)	3%	3%	4%
ที่ห้องฉุกเฉิน (ER)	20%	25%	26%
ขณะส่งต่อ (refer)	1%	2%	1%
รับไว้เป็นผู้ป่วยใน			
< 1 วัน	11%	4%	8%
1 – 30 วัน	9%	-	1%

การปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย จะต้องเริ่มด้วย “สัมมาทิฐิ” ที่เห็นว่า

1. “ผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยที่กำลังจะตายหรือพิการถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือทันที” จึงไม่ควรต้อง “รอหมอ” “รอพยาบาล” “รอยา” “รอเอกซเรย์” “รอห้องผ่าตัด” “รอเตียง” ฯลฯ และผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ใช่ผู้ป่วย สำหรับ “มือใหม่หัดขับ” / “มือเก่าที่ไม่เอาไหน” หรือสำหรับการสอบ “นฉพ.” (นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์, paramedics)

การที่ สพด. ใช้ผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นเครื่องมือสอบ “นฉพ.” ถือได้ว่าผิดกฎหมาย และผิดจริยธรรมอย่างยิ่ง!

2. “การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็น ‘การช่วยเหลือ’ คือ ช่วยให้ออกจากความตาย ความพิการ และความทุกข์ทรมานให้มากที่สุด” ไม่ใช่การบริการ (การปฏิบัติรับใช้ การอำนวยความสะดวก เพื่อหวังค่าบริการ) ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินจึงต้องมี “จิตอาสา” เพราะงานส่วนใหญ่เป็นการ “ปิดทองหลังพระ”

ผู้ป่วยและญาติมักจะจำหน้าและชื่อของนักกู้ชีพ แพทย์ และพยาบาล ที่ช่วยให้เขาออกจากความตาย ณ จุดเกิดเหตุ และที่ห้องฉุกเฉินไม่ได้ จะจำได้เฉพาะแพทย์และพยาบาลที่รักษาเขาในหอผู้ป่วยในเท่านั้น เป็นต้น

3. “การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็น ‘พลวัติ’ คือเปลี่ยนแปลงเร็ว” ดังนั้น ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด และปรับเปลี่ยนการรักษาได้ทันทั่วทั้ง มิฉะนั้น ก็จะเกิดกรณีแบบ “บันนี่เฟียร์” ขึ้นบ่อยๆ

4. “ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ได้มีแค่ EMS เท่านั้น” ระบบการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วยระบบใหญ่ 2 ระบบ คือ

4.1 ระบบการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

4.2 ระบบการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ระบบการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ระบบการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย

1. ระบบปฐมพยาบาล การวิจัยจากหลายประเทศให้ผลตรงกันว่า ผู้ที่ช่วยให้ “ผู้ป่วยหัวใจหยุด” (cardiac arrest) รอดชีวิตได้มากที่สุดและดีที่สุด คือ ผู้ที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ การบรรจุหลักสูตรการปฐม

พยายามไว้ในการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงอุดมศึกษา จะทำให้ประชาชนกล้าที่จะช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ในเบื้องต้น

2. ระบบรับ-แจ้งเหตุฉุกเฉิน และการแนะนำ ควรจะมีหมายเลข โทรศัพท์ฉุกเฉินหมายเลขเดียวสำหรับภาวะฉุกเฉินทุกประเภททุกชนิดทั้งประเทศ ควรเป็นเลข 3 ตัวที่จำง่าย และใช้ได้จริง (เป็นสิ่งน่าละอายอย่างยิ่งที่ในกรุงเทพมหานคร มีหมายเลขโทรศัพท์สำหรับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินอยู่หลายหมายเลข เพราะการแก่งแย่งชิงดีชิงเด่นกันเป็นสำคัญ)

3. ระบบการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ การมีศูนย์รับแจ้งเหตุการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีแพทย์ พยาบาล หรือนักกู้ชีพที่ชำนาญการ ที่สามารถให้คำแนะนำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้แจ้งเหตุ สามารถส่งการให้รถกู้ชีพ ออกไปรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุได้ทันที และนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างถูกต้อง จะลดความตาย ความพิการและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยฉุกเฉินลงได้

4. ระบบห้องฉุกเฉินและโรงพยาบาล ยังต้องปฏิรูปกันอีกมากจากปัญหาและสาเหตุที่ได้กล่าวไว้แล้ว กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ได้ร่วมกันพัฒนาคู่มือสำหรับการประเมินตนเอง “แนวทางพัฒนาเพื่อสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ” (เป็นสิ่งน่าละอายที่สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ให้การรับรองโรงพยาบาลที่ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินไม่มีคุณภาพ)

5. ระบบการส่งต่อผู้ป่วย เดิม การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์ มักไม่มีปัญหา เพราะเน้นที่การช่วยเหลือกัน แต่เมื่อ “เงิน” (ค่าบริการ) เข้ามาเกี่ยวข้อง การส่งต่อเริ่มมีปัญหาเพิ่มขึ้นๆ ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในกรุงเทพมหานครมีอุปสรรคมาก เพราะข้ออ้าง “เตียงเต็ม” ทั้งที่มีเตียงว่างสำหรับรอรับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่นัดไว้หรืออื่นๆ เนื่องจากผู้บริหารและแพทย์ในโรงพยาบาลยังเห็นว่า “ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน” สำคัญกว่า “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” นั่นเอง จึงต้องร่วมกันสร้าง “สัมมาทฤษฎี” ให้เกิดขึ้น

6. ระบบประกันสุขภาพยามฉุกเฉิน แม้ว่ารัฐบาลจะมีมติให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดได้เป็นเวลา 3 วัน โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเกือบทั้งหมด ตั้งแต่ พ.ศ.2555 แต่ระบบประกันสุขภาพฉุกเฉินนี้ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ควรจะพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. ระบบการสร้างองค์ความรู้ การแพทย์ฉุกเฉินก็เช่นเดียวกับการแพทย์อื่นๆ ที่มีการพัฒนาปรับปรุง และแก้ไขให้ยังประโยชน์แก่ผู้ป่วยได้ดีขึ้น การเก็บข้อมูล/ติดตาม/วิเคราะห์/ประเมินผล/แลกเปลี่ยน/ปรับปรุง จึงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

8. ระบบการสร้างเครือข่ายระดับชาติและสากล เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ สร้าง สัมพันธ์ไมตรีเพื่อช่วยเหลือกันและอื่นๆ

ระบบการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ผู้ป่วยฉุกเฉินแม้จะรักษาอย่างดีที่สุดเพียงใดก็ตาม ย่อมต้องมีผู้เสียชีวิต หรือพิการทางกาย/ใจอย่างถาวร หรือชั่วคราว ดังนั้น สิ่งที่ดีที่สุดคือ การไม่เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยมีระบบป้องกันดังนี้

1. ระบบป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ (“ป้องกัน โรค”) เมื่อไม่เจ็บป่วย หรือ เป็นโรค ก็ไม่เจ็บป่วย ฉุกเฉินอย่างแน่นอน ยกเว้นกรณีมีอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุ/ภัยพิบัติ ที่ไม่สามารถป้องกันได้

2. ระบบป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุและการบาดเจ็บส่วนใหญ่ก็ป้องกันได้ ถ้าทุกคนมีจิตสำนึกว่า “ปลอดภัยไว้ก่อน” การป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ก็ป้องกันได้ เช่น “ไม่เข้าใกล้คนเป็น โรคติดต่อ” “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” เป็นต้น

3. ระบบป้องกันโรคกำเริบ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขจะต้องแนะนำผู้ป่วยของคุณอย่าง เป็นระบบต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วย

3.1 รู้จักดูแลรักษา โรคที่เป็นอยู่ เช่น กินยาสม่ำเสมอ เลี่ยงของแสลง ดูแลน้ำหนักร่างกาย ออก กำลังตามสมควร

3.2 รู้จักป้องกันอาการกำเริบ เช่น ไม่ออกกำลังกายมากเกินไป ไม่สัมผัสของที่คนแพ้ ไม่กินมาก/ น้อยเกินไป

3.3 รู้จักหยุดยั้งอาการกำเริบ ได้ทันที เช่น คนที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ถ้ามีอาการเจ็บ แน่นอก/หอบเหนื่อย ควรนั่งพักและอมยาใต้ลิ้นทันที เพื่อไม่ให้หัวใจขาดเลือดนานจนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน เป็นต้น

ระบบการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีความสำคัญมากกว่าการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่
ก็มักจะถูกละเลยโดยผู้ป่วย/ญาติ และประชาชน โดยเฉพาะบุคลากรในวงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน
อุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

สรุป

การปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย จะเกิดขึ้นได้ ต้องการความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่าย ตั้งแต่
ผู้ป่วยและประชาชนไปจนถึงบุคลากรและหน่วยงานทุกแห่งทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน
และการรักษาภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน กพจ. และ สพจ. มีภาระหน้าที่ตาม พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉินที่จะต้องระดม
สมองและประสานงานกับทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิด “แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ” ที่ครอบคลุมระบบ
ต่างๆ ดังที่กล่าวไว้ อันเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะได้นำไปปฏิบัติตามแผนฯ
ได้สอดคล้องกันอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน และทันต่อ
เหตุการณ์มากขึ้น ตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉินได้

สันต์ หัตถิรัตน์