



## เสวนา Plenary Session 3 : วันที่ 30 พฤษภาคม 2562 เวลา 10.30 – 12.00 น. ห้องวายุภักษ์ 2-3-4

### หัวข้อ PL3 : การจัดการห้องฉุกเฉินในอนาคต

#### วิทยากร

นพ.วิฑูรย์ อนันกุล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน

ร.อ. นพ.อัฉริยะ แพงมา

รศ. นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า

ผู้แทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ผู้ดำเนินรายการ            นพ.พัชรพงษ์ ประชาสันติกุล

#### รายชื่อ Rapporteur Team

- |                     |            |               |
|---------------------|------------|---------------|
| 1. นางสาวกนกกาญจน์  | โพธิเลิศ   | รับผิดชอบหลัก |
| 2. นางสาวจุรีพร     | เกษแก้ว    | member        |
| 3. อาจารย์กรรณิการ์ | ภาคสมบูรณ์ | member        |

#### รายงานสรุปสาระสำคัญ:

1. สาระสำคัญ (Key message) จากการนำเสนอของผู้บรรยาย /ผู้ร่วมอภิปราย

การจัดการห้องฉุกเฉินในอนาคต เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับห้องER ความปลอดภัยของห้องER

โรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวข้องกับER

รศ. นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า

กล่าวถึงประเด็นที่ต้องมองคือ 1)หน้าที่ หรือERควรใช้ทำอะไรบ้าง2)ERแออัดจริงหรือ หรือการจัดการไม่ดีพอ 3)ความจำเป็นที่มีER24ชั่วโมงทุกโรงพยาบาล4)Fast track กับER 5)ER กับEMS6)การสร้าง ความเข้าใจกับสังคม และชุมชน7)ผู้บริการคิดอย่างไรเมื่อเกิดปัญหาที่ER

ประเด็นแรกFast trackจำเป็นต้องผ่านERหรือไม่ ยกตัวอย่างเมื่อมีคนไข้สงสัย stroke ประเมินโดยการให้ Act FAST ระบบเดิมใช้เวลาประมาณ 90 นาที ระบบใหม่ ผู้ป่วยมีอาการ โทร 1669 หรือโทรห้องฉุกเฉิน รพ.ชุมชน ออกไปรับ ประเมินโดยใช้ FAST แพทย์ประเมินอาการและactivate FSTและส่งห้องCT ScanโดยEMS และ pass admit stroke unit ลดขั้นตอนไม่ต้องผ่านERไม่ต้องประเมินซ้ำ ไม่ต้องใช้เจ้าหน้าที่แพทย์/พยาบาลER ลดระยะเวลา DTN จาก 90 เหลือ 36 นาทีดังนั้น Fast Track อื่น ๆ ไม่ต้องผ่าน ER ได้หรือไม่ ถ้าเรามีการประสานงานที่ดี EMSมีประสิทธิภาพ มีการรักษาคนไข้ก่อนถึงโรงพยาบาล ให้การรักษาขณะนำส่งให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ มีการ LEANระบบเพื่อลดขั้นตอนการให้บริการ มีการใช้application stroke แต่การใช้application ให้เกิดประโยชน์เจ้าหน้าที่ต้องร่วมมือทุกภาคส่วน ประเด็นต่อมากล่าวถึงERกับEMS หากEMSมีการจัดการระบบ



ให้การรักษายาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลที่จำเป็นและเหมาะสม จะช่วยลดการเข้ารับบริการในERได้ ทุกวันนี้ประชาชนยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉิน เราต้องให้ความรู้ในเรื่องนี้ รวมถึงการใช้ระบบสารสนเทศเช่น AI ,IT มาใช้ในระบบคัดกรองเพื่อให้เกิดความแม่นยำและลดการขัดแย้งในปัจจุบันบุคคล สุดท้ายภาพEmergency in the future ต้องบริการรวดเร็ว มีประสิทธิภาพสูง มีการระบบปรึกษาทางไกลเข้าในการบริการ บริการฉุกเฉินมิตร ปรับระบบแบบพลิกโฉม และสร้างความรู้ต่อชุมชน

## นพ.วิฑูรย์ อนันกุล

กล่าวถึงนโยบาย2P safety เป็นนโยบายที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ โดยร่วมมือกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติกำหนดนโยบายเพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาล การมีservice plan มาลดความแออัดและจัดมาตรฐานERจากสถานการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 54 เหตุการณ์ (2555-2562) ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการทะเลาะวิวาท ทำร้ายเจ้าหน้าที่ ทำร้ายทรัพย์สิน เกิดการเสียชีวิตของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 ราย การใช้มาตรการทางสังคมและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้เกิดZero Tolerance ได้แก่1)ประกาศนโยบายไม่ยอมรับความรุนแรงในสถานพยาบาลและต่อเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติหน้าที่ 2)ประสานงานสื่อทุกประเภท รวมทั้งsocial media ให้เสนอผลลัพธ์การลงโทษแทนการเสนอพฤติกรรม เพื่อป้องกันการลอกเลียนแบบ รวมทั้งบังคับใช้กฎหมายขึ้นเด็ดขาด ม.360 ม.364 ม.365 ในส่วนมาตรการของสถานพยาบาล ต้องมีการจัดระบบรักษาความปลอดภัยประจำ 24 ชั่วโมงและเพิ่มจำนวนเมื่อมีเทศกาล มีช่องทางการสื่อสาร รายงานเหตุด่วนตำรวจ รวมทั้งเครือข่าย อาสาสมัครนิรโทษ การสื่อสารข้อมูลกับญาติ กรณีสัญญาณเตือนภัย ตลอดจนมีแผนซ้อมรับความรุนแรงในโรงพยาบาล ในส่วนของเจ้าหน้าที่ต้องพัฒนาทักษะการบริการ และการสื่อสาร การป้องกันตัว และการเผชิญเหตุ อีกทั้งมีการซ้อมแผนร่วมกับทุกหน่วยงาน ERควรมีAccess control door และกล้องวงจรปิดในบริเวณที่ให้บริการโดยรอบ ทางเข้า-ออกควรมี 2 ทาง ไม่มีสิ่งกีดขวาง ในเรื่องความปลอดภัยในสถานพยาบาล ปลัดกระทรวงสธ. ได้ลงนามในหนังสือด่วนที่สุด “ใช้มาตรการทางกฎหมายในการดำเนินคดีอาญากับผู้ก่อเหตุใช้ความรุนแรงจากเหตุทะเลาะวิวาททุกราย” เพื่อปกป้องบุคลากรทางการแพทย์

ในประเด็นคุณภาพERต้องเอาองค์ประกอบทั้งหมดใน ER คุณภาพมาต่อยอด ER ไม่ใช่สถานที่ที่รับผู้ป่วยนอกเวลา เพราะมีผู้ป่วยที่สมควรดูแล 20% ดังนั้นต้องมีระบบคัดแยกของ ER ควบคู่กับ OPD นอกเวลา เราต้องมีมาตรการที่ทำให้ไม่ยุ่งยากเกินไป ต้องมีแนวทางในการสร้างความเข้าใจ ในเรื่องของการจ่ายเพิ่ม ในรายผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินมานอกเวลา และมาโดยไม่เหมาะสม แต่ยังคงติดขัดในประเด็นของเรื่องการเบิกจ่าย หรือการข้ามไปรักษาต่อที่อื่น จะมีเรื่องของค่าใช้จ่าย ต้องมีการแก้ไขไปทั้งระบบ สำนักงานประมาณและกรมบัญชีกลาง จึงต้องพยายามปรับและพัฒนาไปที่ละประเด็น

## พล.ต.ต.สุรชาติ จึงดำรงกิจ (ผู้แทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติ)

จากเหตุการณ์ความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างมาก เมื่อวิเคราะห์ว่าเหตุใดจึงเกิดขึ้น จะทำอย่างไรให้คิดว่าเขตรพ. เป็นเขตที่ปลอดภัย แต่สังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนไปในสังคมออนไลน์ อาจเกิดพฤติกรรมเลียนแบบ ไม่ควรเผยแพร่ภาพการทะเลาะวิวาทในห้องฉุกเฉิน ควรนำเสนอผลของการถูกลงโทษมากกว่า ต้องให้เห็นภาพความลำบาก เป็นผลทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสังคมออนไลน์



ตำรวจไม่ได้นั่งนอนใจ ได้มีการรวมกับ สธ. เข้าไปช่วยในการดูแล ได้แก่ เพิ่มสายตรวจให้ครอบคลุม และให้เข้าถึงเหตุการณ์ได้ทันทั่วทั้งที่ ครอบคลุมเฉพาะเมืองใหญ่ แต่ใน รพ.เล็ก ๆ เจ้าหน้าที่ตำรวจไม่เพียงพอ มีการปรับตู้แดง และสายตรวจให้แบ่งสายอยู่ที่เกิดเหตุ และอยู่ที่รพ.ด้วย เมื่อเกิดเหตุการณ์ ตำรวจสามารถกล่าวโทษได้เลย หรือฟ้องได้เลย แต่ต้องมีเจ้าหน้าที่หรือผู้เสียหายต้องแจ้งความเองและมอบคดีให้กับตำรวจ เพราะหากตำรวจส่งฟ้องเองทำให้อศาลยกฟ้อง ดังนั้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ต้องมีการแจ้งความ และดำเนินการถึงศาลทุกคดี แต่ถ้าเป็นการมอบข้อดอกไม้หรือขอขมาให้เป็นแค่การสำนึกผิด แต่ความผิดยังคงอยู่และต้องดำเนินการตามกฎหมายต่อไป

### ร.อ. นพ.อัคริยะ แพงมา

ก่อนปี 38 ที่ยังไม่มีการแพทย์ฉุกเฉิน ER เป็นที่ตั้งรับ จากนั้น รพ.เริ่มมีการออกเหตุเอง แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เมื่อมี 2551 มีพรบ. เริ่มมีการกำหนดผู้ปฏิบัติการ และสถานพยาบาล ม. 28 ตามเจตนารมณ์ ดำเนินการเรื่องของการคัดแยกผู้ป่วย ปี 54 กพฉ. มีการประกาศการคัดแยกของผู้ป่วยโดยใช้ ESI 5ระดับเป็นเกณฑ์การคัดแยก ทำให้มีความชัดเจนมากขึ้น จากนั้นก็มีนโยบาย EMGO ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้ และได้มีการแก้ไขกฎหมายสถานพยาบาลทำให้เกิด UCEP ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มากขึ้น ลดความเหลื่อมล้ำ การแก้ปัญหาER overcrowding แก้ที่ERที่เดียวไม่พอ ต้องแก้ทุกระบบที่เกี่ยวข้อง เช่น การใช้ calling system ที่ดี ต้องทำให้ประชาชนเชื่อมั่นและเข้าถึงได้ง่าย มีการทำ Telephone triageจะช่วยลดการเข้ามาใช้บริการที่ERมีการส่งทีมดูแล ณ จุดเกิดเหตุที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีระบบอำนวยความสะดวก ติดกล้องส่งภาพมายังศูนย์สั่งการเพื่อให้แพทย์ตัดสินใจให้การรักษาได้ทันที ตลอดจนสามารถทำ Telephone D/C และมีระบบสุขภาพอื่นรองรับเช่น Primary Health Care

โครงสร้างห้องฉุกเฉิน ( ER design)ควรมีการจัดระบบให้เป็นเฉพาะด้านเช่นประตูทางเข้าเป็นระบบfast trackเฉพาะของEMS หรือมีจุดจอดเฮลิคอปเตอร์ รวมถึงผู้ป่วยติดเชื้อหรือสารพิษ หรือ ER ไกลที่ที่ต้อง Investigate และความปลอดภัยด้วย ให้มองว่าERเหมือน ICU ได้หรือไม่ เช่นการจำกัดญาติ หมายความว่า การเข้า ERต้องมีกฎระเบียบเคร่งครัดเหมือนการเข้าไปในICUเพื่อความปลอดภัยเพื่อไม่ให้เกิดการแออัด และทำให้การบริการดีขึ้น การแก้ปัญหาER ต้องแก้ไขตั้งแต่การเกิดทาง ใช้ชุมชนเป็นฐานในการช่วยและมีระบบสุขภาพอื่นเข้ามารองรับ จะทำให้การบริหารจัดการของ ER ดีขึ้น

## 2. ประเด็นปัญหาที่นำเสนอในที่ประชุม / การเสนอความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม Major problems & issues raised / discussed

- เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับห้องER : Process ของFastTrackต่างๆโดย ไม่ต้องผ่านER เพื่อลดการเข้ารับบริการในER
- ความปลอดภัยของห้องERทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ โดยร่วมมือกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดและการใช้สื่อนำเสนอผลลัพธ์หรือบทลงโทษแทนการนำเสนอพฤติกรรมเพื่อป้องกันการลอกเลียนแบบ



การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ประจำปี 2562 “Next Generation EMS : ก้าวต่อไปการแพทย์ฉุกเฉินไทย”  
วันที่ 29-31 พฤษภาคม 2562 ณ ห้องประชุมวายุภักษ์ โรงแรมเซ็นทารา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ

- การแก้ปัญหาER overcrowdingต้องแก้ไขตั้งแต่ต้นทาง ให้ชุมชนมีส่วนร่วม และมีระบบสุขภาพอื่นเข้ามารองรับ จะทำให้การบริหารจัดการของ ER ดีขึ้น
- โครงสร้างER (ER design) ERควรมีAccess control door และกล้องวงจรปิดในบริเวณที่ให้บริการ โดยรอบ ทางเข้าออกควรมี2ทาง

### 3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา ข้อดี ข้อเสีย

Suggested solutions which should reflect from both pro and con

- การ LEANระบบเพื่อลดขั้นตอนการให้บริการ มีการใช้application stroke และEMSมีการจัดการระบบให้การรักษายาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลที่จำเป็นและเหมาะสมจะช่วยลดการเข้ารับบริการในERได้
- กระทรวงสาธารณสุขต้องร่วมมือกับทุกภาคส่วนเช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เรื่องความปลอดภัยในสถานพยาบาล ร่วมมือกับชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อร่วมประเมินสถานการณ์และควบคุมสถานการณ์ความรุนแรง นอกจากนี้ต้องอาศัยความร่วมมือกับสื่อมวลชนในการนำเสนอข้อมูลความรุนแรงในโรงพยาบาล
- การใช้UCEPในบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีข้อดี คือ การเข้าถึงการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมแต่ยังมีข้อจำกัดเนื่องการบริการยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่
- การแก้ปัญหาER อาจต้องใช้เวลาในการขับเคลื่อนต่อไปเนื่องจากต้องแก้ไขปัญหาดังแต่ต้นทาง
- เป็นไปได้หรือไม่ที่จะออกแบบERให้เป็นเหมือนICU ทั้งในด้านความปลอดภัยและการดูแลผู้ป่วย

### 4. คำ /วลีเด็ด ในแต่ละเซสชั่น จากผู้บรรยาย / ผู้ร่วมอภิปราย /ผู้เข้าร่วมประชุม (Quotations)

- 1.การจัดการห้องฉุกเฉินในอนาคต ต้องเริ่มจากวันนี้เพื่ออนาคตที่ดี(รศ. นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า)
- 2.การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยกับการรักษาน้ำใจผู้ให้บริการ(รศ. นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า)
- 3.2P Safety ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ดูแลปลอดภัย ระบบสุขภาพยั่งยืน(นพ.วิฑูรย์ อนันกุล)
- 4.ใช้มาตรการทางกฎหมายในการดำเนินคดีอาญากับผู้ก่อเหตุที่ใช้ความรุนแรงจากเหตุทะเลาะวิวาททุกราย (นพ.วิฑูรย์ อนันกุล)
- 5.ER ไม่ได้หมายถึงEverything RoomหรือOPD นอกเวลา (ร.อ. นพ.อัจฉริยะ แพงมา)

ช่วงถาม-ตอบ / คำถามจากผู้เข้าร่วมประชุม Question: