

เกณฑ์การประเมินตนเองตามมาตรฐานการรับรองเฉพาะระบบ

สำหรับ ระบบการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล

หลักการและเหตุผล

ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System) หรือ ECS มีบทบาทสำคัญต่อระบบสุขภาพ กล่าวคือ เป็นระบบที่มุ่งเน้นการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

จากการศึกษาในโครงการ Disease Control Priorities Project (DCP) ซึ่งเป็นการศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตในประเทศกลุ่มรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง (Low and Middle Income Countries; LMICs) พบว่าจากผู้เสียชีวิตจำนวน 45 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 24.3 ล้านคน (54%) เกี่ยวข้องภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและเสียชีวิตปีละ 932 ล้านปี² และการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในประเทศกลุ่ม LMICs พบว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้การศึกษาของ World Bank พบว่า การพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินเป็น 1 ใน 6 มาตรการด้านสุขภาพที่คุ้มค่าและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา

ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินประกอบไปด้วย 4 ระบบหลักคือ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ EMS(Emergency Medical Service) มีบทบาทในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล(Prehospital care) ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ(Referral System) และระบบการจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) ซึ่งทั้ง 4 ระบบหลักต้องเชื่อมต่อกันเป็นห่วงโซ่เพื่อทำให้เกิดห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน (Chain of Survival)

ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) มีห้องฉุกเฉินเป็นศูนย์กลางที่เชื่อมต่อการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลกับการดูแลแบบเฉพาะเจาะจง (Definitive Care) มีหน้าที่ในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่การคัดแยก (Triage) การรักษา(Treatment) การส่งต่อ(Transport) เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินพ้นภาวะฉุกเฉิน ลดอัตราการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ และการทำงานของอวัยวะสำคัญ

สถานการณ์ห้องฉุกเฉินประเทศไทย

1. **ห้องฉุกเฉินแออัด (ER Overcrowding)** มีผู้รับบริการมากขึ้น พบว่าในปี 2559 มีผู้ป่วยมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี และมากกว่า 60% เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างเต็มที่ และจากการวิจัยพบว่าภาวะห้องฉุกเฉินแออัดทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาล่าช้า มีความเสี่ยงสูงขึ้น และเกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

2. **มีความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์** จากการวิจัยในต่างประเทศพบว่าห้องฉุกเฉินเป็นแผนกที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สูง และ 70-90% ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สามารถป้องกันได้

3. **ขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ** เนื่องจากห้องฉุกเฉินต้องดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและต้องทำงานแข่งกับเวลา รวมถึงเป็นแผนกที่มีความเสี่ยงสูง ดังนั้นต้องใช้บุคลากรการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

4. **ความรุนแรงในท้องฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้น (Workplace Violence)** ห้องฉุกเฉินต้องทำงานภายใต้แรงกดดัน ความคาดหวังของผู้รับบริการ จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดข้อร้องเรียน ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ เป็นสาเหตุให้สถิติผู้มารับบริการทำร้ายเจ้าหน้าที่ทั้งทางด้านร่างกายและวาจาเพิ่มสูงขึ้น

5. **ขาดมาตรฐานหรือแนวทางในการพัฒนา** เนื่องจากห้องฉุกเฉินในสถานพยาบาลแต่ละระดับมีขีดความสามารถไม่เท่ากัน ทำให้การพัฒนาต้องอ้างอิงถึงระดับศักยภาพ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินที่ชัดเจนทั้งด้านมาตรฐานการให้บริการ มาตรฐานบุคลากร เครื่องมือ อาคารและสถานที่ เป็นต้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) องค์การมหาชน ซึ่งมีบทบาทภารกิจในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินเนื่องด้วยเป็นระบบที่ประชาชนทุกคนควรเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย โดยสถาบันได้มีการส่งเสริมการพัฒนาและการรับรองคุณภาพบริการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องผ่านกลไกการประเมินรับรองสถานพยาบาลทั้งองค์กร (Hospital Accreditation) โดยห้องฉุกเฉินจัดเป็นหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูงที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจจัดลำดับความสำคัญให้มีการเยี่ยมชมสถานพยาบาลทุกครั้งในกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองสถานพยาบาล นอกจากนี้สถาบันได้ร่วมขับเคลื่อนเชิงนโยบาย โดยการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรระดับประเทศ (National Patient and Personnel Safety Goals: 2P Safety Goals) ซึ่ง ระบบบริการในท้องฉุกเฉินถูกกำหนดเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ดังนี้ ในกลุ่ม Patient Safety Goals หมวด E: Emergency Response ได้กำหนดหัวข้อ E4: เรื่อง ER Safety ที่มีแนวทางปฏิบัติมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัย ในส่วนของ Personnel Safety Goals หมวด E: Environment and Working Conditions ได้กำหนดหัวข้อ E3: Workplace Violence ที่มุ่งเน้นให้สถานพยาบาลวางระบบป้องกันความรุนแรงในท้องฉุกเฉิน ซึ่งเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรระดับประเทศนี้ ถูกกำหนดเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ใน หมวด II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ในการรับรองสถานพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดนโยบาย ER คุณภาพ เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนิยามห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง “ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐานให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ” และมีการจัดทำแนวทางการจัดการบริการของห้องฉุกเฉินหรือ ER Service Delivery โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สถานพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาขีดความสามารถในการบริการของห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล

ในปี พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ประเด็นการปฏิรูปห้องฉุกเฉินเพื่อมุ่งสู่ห้องฉุกเฉินคุณภาพ เป็นประเด็นที่ต้องขับเคลื่อนให้สำเร็จ โดยมีแนวทางการพัฒนาดังนี้คือ 1) พัฒนาระบบบริการ มีเป้าหมายเพื่อลดความแออัดและพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน 2) พัฒนาระบบสนับสนุน มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาอาคารสถานที่และระบบข้อมูลสารสนเทศ 3) พัฒนาศูนย์บริการ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและธำรงรักษาบุคลากร

การพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เป็นการพัฒนาที่มีความสำคัญและต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กร โดยมีการประสานการทำงานร่วม และเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายห้องฉุกเฉินคุณภาพให้ไปในทิศทางเดียวกัน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. จึงได้จัดเกณฑ์การประเมินตนเองตามมาตรฐานการรับรองเฉพาะระบบ (Program/Disease Specific Certification) สำหรับ ระบบการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ร่วมกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อให้สถานพยาบาลใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของห้องฉุกเฉิน รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการเยี่ยมประเมินและรับรองเฉพาะระบบด้านห้องฉุกเฉินคุณภาพ เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System) ในอนาคต ต่อไป

เกณฑ์การประเมินตนเอง
ตามมาตรฐานการรับรองเฉพาะระบบ
(Program/Disease Specific Certification)
สำหรับ ระบบการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล
ฉบับนำร่อง พ.ศ. 2563

เกณฑ์การประเมินตนเองตามมาตรฐานการรับรองเฉพาะระบบ สำหรับระบบการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) กรมการแพทย์ กองบริหารการสาธารณสุข และ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกันจัดทำเกณฑ์การประเมินตนเอง ตามมาตรฐานการรับรองเฉพาะระบบ (Program/Disease Specific Certification) สำหรับ “ระบบการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล” ฉบับนี้ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับสถานพยาบาลในการประเมินตนเองเพื่อวัดความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบงานห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในการปฏิรูปห้องฉุกเฉินเพื่อมุ่งสู่ห้องฉุกเฉินคุณภาพ ลดความแออัดห้องฉุกเฉิน และลดความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ สร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการและบุคลากรในห้องฉุกเฉิน

ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินประกอบไปด้วย 4 ระบบหลักคือ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ EMS (Emergency Medical Service) มีบทบาทในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Prehospital care) ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ (Referral System) และระบบการจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) ซึ่งทั้ง 4 ระบบหลักต้องเชื่อมต่อกันเป็นห่วงโซ่เพื่อทำให้เกิดห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน (Chain of Survival)

เกณฑ์การประเมินตนเองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สถานพยาบาลใช้เป็นแนวทางและเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานสำหรับระบบการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉิน นำไปสู่การรับรองตามมาตรฐานการรับรองเฉพาะระบบ สำหรับ ระบบการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล โดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

โครงสร้างของมาตรฐาน

ภาพรวมของมาตรฐานทั้งหมด ประกอบด้วย 4 ตอน หลัก 14 หัวข้อย่อย ตามมาตรฐานเพื่อการประเมินรับรองระบบ/เฉพาะโรค (PDSC) ฉบับปี พ.ศ. 2556 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ดังนี้

ตอน I	ตอน II ระบบงานสนับสนุน	ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย	ตอนที่ IV ผลลัพธ์
I-1 การนำ I-2 การวางแผนและการบริหารแผน I-3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับบริการและสิทธิผู้ป่วย I-4. การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ I-5. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล I-6.1 การจัดการกระบวนการ I-6.2 การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง	1. สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย 2. ระบบเวชระเบียน	1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ 2. การประเมินผู้ป่วย 3. การวางแผนดูแลผู้ป่วย 4. การดูแลผู้ป่วย 5. การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง	

แนวทางการตอบแบบประเมินตนเอง ตอบตามมาตรฐาน 4 ตอน (ควรนำเสนอหลักฐานและผลลัพธ์ตามแนวทางที่แนะนำ ซึ่งไม่ใช่ข้อบังคับหรือกำหนดให้ต้องทำ เพียงแต่เป็นแนวทางที่แนะนำไว้ตามมาตรฐานวิชาชีพ) **โดยแนวทางประกอบไปด้วย สามส่วน คือ**

- มาตรฐานแต่ละตอน/หัวข้อ
- แนวทางในการตอบแบบประเมิน
- หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence) เป็นเพียงแนวทางที่แนะนำ ไม่ได้เป็นข้อกำหนด

ตอน I
I-1 การนำ
1.1 ทีมนำสหสาขาพร้อมกันกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ของการจัดบริการ และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<p>1. ทีมนำระดับสูง (ผู้นำสูงสุด, ผู้อำนวยการรพ. ผู้บริหาร ฯลฯ) ทีมนำแผนกฉุกเฉิน ร่วมกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม หลักจริยธรรม และแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์ ของแผนกฉุกเฉิน เป็นลายลักษณ์อักษร สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมของโรงพยาบาล และถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติ รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร</p>
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ● บันทึกการประชุม ● แนวทาง ประกาศที่เป็นลายลักษณ์อักษร ● ผลการวัด/ประเมินการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ หรือการรับรู้วิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยมของทีม
1.2 ทีมนำสหสาขา/ระบบกำหนดเป้าหมายการพัฒนา สนับสนุนการพัฒนา และติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for developing ER quality)
<p>1. ทีมนำระดับสูงและทีมนำแผนกฉุกเฉิน ร่วมกำหนดเป้าหมายการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ ตัวชี้วัดตามปัญหาของ ER/สถานการณ์ในพื้นที่ จุดเน้นในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุพันธกิจ ระบบการติดตามความก้าวหน้าผลและการปรับปรุงผลการดำเนินการของแผนกฉุกเฉิน มีการระบุการปฏิบัติที่จำเป็น และกำหนดความคาดหวังในการสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เช่น ER safety goals</p> <p>2. ทีมนำระดับสูงและทีมนำแผนกฉุกเฉิน ร่วมสนับสนุนการพัฒนาในด้านต่างๆ ที่ทำให้แผนกฉุกเฉินประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน บรรลุพันธกิจ เป็นหน่วยงานที่คล่องตัว มีวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการเรียนรู้ มีการสร้างนวัตกรรม และสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ทรัพยากรบุคคล ○ ครุภัณฑ์ ○ เวชภัณฑ์ ○ สถานที่ บรรยากาศ รวมถึงสิ่งแวดล้อม (workplace/environment) ○ ทรัพยากรที่จำเป็นอื่นๆ <p>3. มีการติดตามผล ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงานแก่ผู้นำระดับสูงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในห้วงระยะเวลาที่เหมาะสม พร้อมนำไปปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ● บันทึกการประชุม ● แผนพัฒนาห้องฉุกเฉิน ● ผลการวัด/ประเมิน รายงาน

1.3 มีระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมนำสหสาขากับผู้นำองค์กร และระหว่างทีมนำสหสาขากับสมาชิกในทีมที่ให้บริการ เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลงานที่ดี ทีมนำสหสาขาสร้างความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องทั้งในโปรแกรม ในองค์กร และนอกองค์กร เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดสาย (valued chain/seamless)

หมายเหตุ: โปรแกรมหมายถึง ระบบ ระดับที่ย่อยกว่าองค์กร

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

ระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมนำแผนกฉุกเฉินกับผู้นำระดับสูง และระหว่างทีมนำแผนกฉุกเฉินกับสมาชิกในทีมที่ให้บริการ เช่น

1. ทีมนำแผนกฉุกเฉินมีช่องทางและแนวทางการติดต่อสื่อสารกับคณะผู้บริหารโรงพยาบาลและหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ที่ชัดเจน รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีคุณภาพ พร้อมสร้างความสัมพันธ์อันดีผ่านการสื่อสาร
2. มีระบบการติดต่อสื่อสารและประสานงานในลักษณะการสื่อสารโต้ตอบจากทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร (2-way communication) ร่วมกับผู้นำระดับสูง ทีมนำสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ทีมหอผู้ป่วยในของแผนกต่างๆ และหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
3. ทีมบุคลากรแผนกฉุกเฉินมีการติดต่อสื่อสารและวางแผนงานร่วมกันภายในทีมอย่างสม่ำเสมอ
4. มีการรายงานข้อมูล ผลการปฏิบัติงาน/ดำเนินงาน ปัญหาที่พบ และข้อเสนอแนะต่างๆ แก่ผู้นำระดับสูง ทีมนำสหสาขาและหน่วยงานเกี่ยวข้อง เป็นประจำ
5. มีการทบทวน วิเคราะห์ประสิทธิภาพ ปรับปรุง และพัฒนาระบบการสื่อสาร เป็นประจำ

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- แนวทางหรือรูปแบบการสื่อสารของทีม (อาจอธิบายในลักษณะของขั้นตอนที่ปฏิบัติจริง)
- ผลการปฏิบัติงาน
- ผลการทบทวน ปรับปรุง

1.4 มีการวิเคราะห์และดำเนินการเพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง, มีการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม, และมีการป้องกันความเสี่ยงหรือผลกระทบด้านลบ

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

มีการวิเคราะห์และดำเนินการเพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง, มีการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม เช่น

1. บุคลากรแผนกฉุกเฉินผ่านการอบรมและทบทวนประเด็นทางกฎหมาย กฎระเบียบ จริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับตน พร้อมคาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกต่อผลกระทบเชิงลบต่อสังคม สาธารณะ และสิ่งแวดล้อม พร้อมมีการติดตาม กำกับ และดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม เช่น การเปิดเผยความลับของผู้ป่วย เป็นต้น
2. แผนกฉุกเฉินมีแนวทางปฏิบัติในสถานการณ์ที่ตัดสินใจได้ยาก (ethical dilemma) หรือมีข้อควรระวังทางจริยธรรม ที่สอดคล้องกับนโยบายและแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล ควรมีการวางระบบลำดับชั้นหรือกลไกในการตัดสินใจในประเด็นยากต่อการตัดสินใจต่างๆ เช่น การตัดสินใจไม่ให้การรักษาร้อยเอ็ดการรักษ การให้การรักษที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย กรณีมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สามารถบริจาคอวัยวะ การมีทรัพยากรที่ไม่เพียงพอในการรักษา เป็นต้น โดยครอบคลุมถึงการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การรายงาน การประสานทีมผู้เชี่ยวชาญ/ทีมบริหารจัดการความเสี่ยง/ทีมใกล้เคียง/ทีมผู้บริหาร ตามเหมาะสม

3. ผู้นำระดับสูง ทีมนำแผนกฉุกเฉิน และหน่วยงานอื่นภายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนทางปฏิบัติดังกล่าว พร้อมมีการปรับปรุง พัฒนา และทำให้เป็นปัจจุบัน
4. มีการเน้นย้ำความสำคัญของประเด็นดังกล่าว พร้อมจัดให้มีการฝึกฝนทักษะการสื่อสาร และทบทวนแนวทางปฏิบัติให้แก่บุคลากรในแผนกเป็นประจำ

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- คำประกาศที่เกี่ยวข้อง
- แนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าว
- หลักฐานการฝึกอบรมของบุคลากร ในประเด็นที่เกี่ยวข้องดังกล่าว

I-2 การวางแผนและการบริหารแผน

2.1 ทีมนำสหสาขาาร่วมกันวางแผนจัดบริการ โดยพิจารณาความต้องการด้านสุขภาพ, สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป, จุดแข็ง/ข้อได้เปรียบ, จุดอ่อน/ความท้าทาย, และโอกาสต่างๆ ที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการจัดบริการ

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

1. ทีมนำระดับสูง และทีมนำแผนกฉุกเฉิน ร่วมกันทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลในการจัดทำแผนการ จัดบริการของแผนกฉุกเฉินที่สัมพันธ์กับทิศทางขององค์กร โดยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้
 - ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
 - โอกาส ความท้าทาย และความต้องการด้านสุขภาพ ในบริการฉุกเฉินที่สอดคล้องกับบริบท
 - ความเสี่ยงที่ผ่านมา/ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
 - ทรัพยากรที่ต้องการสนับสนุน
 - ค่าใช้จ่าย/งบประมาณ
 - จุดอ่อน/จุดแข็ง
2. มีการวางแผนการจัดบริการระยะสั้นและระยะยาวที่เหมาะสม ทั้งในกรอบเวลา ขั้นตอน ผู้รับผิดชอบและผู้ที่มีส่วนร่วม
 - การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในด้านเทคโนโลยี เช่น การใช้ new technology ในอนาคต การบริหารจัดการคิว
3. มีการติดตาม ทบทวน ผลการดำเนินงาน และนำมาปรับปรุงแผนตามระยะเวลาที่เหมาะสม

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- รายงานการประชุมการจัดทำแผนการจัดบริการ
- แผนการจัดบริการแผนกฉุกเฉินขององค์กร
- ผลการดำเนินงาน และการปรับปรุงแผนวิธีปฏิบัติของแผนกฉุกเฉิน

2.2 มีกำหนดวัตถุประสงค์ที่สำคัญของการจัดบริการ และกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

1. มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดบริการที่สำคัญของแผนกฉุกเฉิน กำหนดเป้าหมายและกำหนดระยะเวลาที่จะดำเนินงาน
2. วัตถุประสงค์ตอบสนองต่อความท้าทาย เหมาะสมกับสมรรถนะหลักขององค์กร/แผนก มีการใช้ประโยชน์จากจุดแข็ง/ข้อได้เปรียบ ตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน/ประชาชน/ผู้รับบริการ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อม

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • แผนการจัดบริการแผนกฉุกเฉินขององค์กร
2.3 มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของแผนกฉุกเฉินทั้งระยะสั้นและระยะยาว ที่สัมพันธ์กับแผนการจัดบริการฉุกเฉินขององค์กร/แผนก พร้อมถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติให้แก่ทีมบุคลากรแผนกฉุกเฉิน บุคลากร ทีม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> • วัตถุประสงค์ • หน่วยงาน/ทีม/บุคลากรที่รับผิดชอบแผน • กรอบระยะเวลา/งบประมาณในการดำเนินการ • ทรัพยากรที่ต้องใช้ • ตัวชี้วัดสำคัญของการบรรลุแผน • วิธีการติดตามความก้าวหน้า/วิเคราะห์ผล 2. มีการสนับสนุนด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ เพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ มีการติดตามตัวชี้วัด ความก้าวหน้า วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และปรับปรุงพัฒนาแผนปฏิบัติการ
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • แผนปฏิบัติการของแผนกฉุกเฉิน (action plan) และผลการดำเนินงาน (พอสังเขป)
2.4 มีการประสานกับผู้นำองค์กรเพื่อให้มั่นใจว่ามีทรัพยากรเพียงพอสำหรับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมนำแผนกฉุกเฉินมีการวิเคราะห์ทรัพยากรขององค์กรและแผนกที่จำเป็นสำหรับการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งภาวะปกติและภาวะไม่ปกติ เพื่อเสนอแผนการจัดสรรทรัพยากรกับผู้บริหารระดับสูง 2. ทีมนำแผนกฉุกเฉินมีการสำรวจและประเมินความเพียงพอของทรัพยากรภายในแผนก ทั้งในด้านทรัพยากรบุคคล ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ และสถานที่ พร้อมรายงานผล ปัญหาที่พบ และข้อเสนอแนะต่างๆ และมีการรายงานผู้บริหารระดับสูงอย่างเป็นระบบ 3. มีแผนรองรับและกระบวนการตอบสนองเมื่อทรัพยากรขาดแคลน/มีแนวโน้มที่จะขาดแคลน หรือเมื่อเกิดอุบัติเหตุ/สาธารณภัย/ภาวะฉุกเฉิน
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • แผนการบริหารหรือจัดสรรทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งภาวะปกติและไม่ปกติ • ผลการสำรวจและประเมินความเพียงพอของทรัพยากรภายในแผนก พร้อมแผนการปรับปรุงพัฒนา
2.5 มีการจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้บรรลุวัตถุประสงค์ (รวมถึงการให้อำนาจตัดสินใจ การส่งเสริมความร่วมมือและประสานงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การส่งเสริมการเรียนรู้ ระบบบริหารค่าตอบแทน)
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมนำแผนกฉุกเฉินมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลทั้งด้านอัตรากำลังและการพัฒนาศักยภาพที่สอดคล้องกับทิศทางและบริบทขององค์กร โดยมีการทบทวนวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปรับปรุงแผนด้านทรัพยากรบุคคลอย่างสม่ำเสมอ 2. ส่งเสริมให้บุคลากรมีการทำงานเป็นทีมและร่วมการประสานทีมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งในและนอกองค์กร
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence) <ul style="list-style-type: none"> • แผนบริหารอัตรากำลังและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรแผนกฉุกเฉิน
1-3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับบริการและสิทธิผู้ป่วย
3.1 มีการรับฟังความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำมาออกแบบบริการ/จัดทำข้อกำหนดของบริการ
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. องค์กรออกแบบการรับฟังความต้องการของประชากรในพื้นที่เกี่ยวกับการให้บริการในแผนกฉุกเฉิน เพื่อนำมาออกแบบระบบบริการแผนกฉุกเฉินและจัดทำข้อกำหนดบริการ เพื่อสอดคล้องกับความต้องการและสื่อสารประชาชน
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence) <ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่าง ระบบบริการหรือข้อกำหนดบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่
3.2 มีช่องทางให้ผู้รับบริการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการและความรู้ในการดูแลตนเอง
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. แผนกฉุกเฉินเผยแพร่ข้อมูลรายละเอียดของบริการและความรู้ด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงได้โดยสะดวก มีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเพื่อความถูกต้องเป็นปัจจุบัน
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence) <ul style="list-style-type: none"> • หลักฐานการดำเนินงานผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น การประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ผ่านทาง Social media
3.3 มีการรับเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการหลังเข้ารับบริการ เพื่อนำมาปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ผู้รับบริการ ผู้ป่วย และญาติ แสดงความคิดเห็น เสนอแนะ และบรรยายความรู้สึกหลังจากที่ได้รับการบริการและการดูแลรักษา ผ่านช่องทางสำหรับการติดต่อสื่อสารต่างๆ 2. มีการนำเอาความคิดเห็นและข้อเสนอแนะดังกล่าว มาวิเคราะห์หาแนวทางพัฒนาคุณภาพของระบบบริการและบริหารในแผนกเพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence) <ul style="list-style-type: none"> • ช่องทางสำหรับการรับเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ ผู้ป่วย และญาติ • ตัวอย่างระบบบริการที่มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและความคิดเห็นของผู้รับบริการ
3.4 มีช่องทางสำหรับรับคำร้องเรียนจากผู้รับบริการ จัดการกับคำร้องเรียนอย่างได้ผลและทันท่วงที รวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อนำมาปรับปรุงทั้งระบบ
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. แผนกฉุกเฉินจัดให้มีช่องทางสำหรับรับคำร้องเรียนจากผู้ป่วย ญาติ และผู้รับบริการ

2. มีกระบวนการจัดการคำร้องเรียนอย่างทันทั่วถึงและได้ผล เพื่อเรียกความเชื่อมั่นกลับคืนมา และป้องกันการเกิดซ้ำ
3. มีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียน เพื่อนำมาปรับปรุงระบบบริการของแผนกฉุกเฉินและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- ข้อมูลการวิเคราะห์คำร้องเรียนและการปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น

3.5 มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ และนำข้อมูลมาปรับปรุงบริการ

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

1. มีการประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย ญาติ และผู้รับบริการ ต่อแผนกฉุกเฉินและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาปรับปรุงระบบบริการ

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- ผลการประเมินความพึงพอใจ และการดำเนินการ/ปรับปรุงบริการ

3.6 ผู้รับบริการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในทุกกิจกรรมการดูแล

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

การเคารพสิทธิผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข
2. บุคลากรแผนกฉุกเฉินให้การดูแลรักษาผู้ป่วย โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย เคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยม และความเชื่อส่วนบุคคล
3. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการตรวจรักษาแก่ผู้ป่วย ต้องมีความชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน ผู้ป่วยและญาติสามารถสอบถามเพิ่มเติม และมีความเข้าใจก่อนตัดสินใจเลือก
4. บุคลากรแผนกฉุกเฉินยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยที่รู้สึกดี ในการเลือกวิธีการตรวจรักษาหรือการเลือกที่จะไม่รับการตรวจรักษา หลังจากได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนไปอย่างครบถ้วน
5. กรณีผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง บุคลากรต้องให้ข้อมูลแก่ผู้แทนให้ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน
6. บุคลากรแผนกฉุกเฉินให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินอย่างเหมาะสม เท่าที่จะสามารถทำได้ภายในระยะเวลาที่จำกัด โดยไม่ทำให้การดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินล่าช้าหรือหยุดชะงักโดยไม่จำเป็น
7. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ

การรักษาความลับและเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย

1. บุคลากรแผนกฉุกเฉินรักษาความลับและเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย ตามมาตรฐาน ระเบียบ ข้อกำหนด และบทกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
2. มีการแจ้งรายละเอียดแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิ ข้อกำหนดด้านความเป็นส่วนตัว และการรักษาข้อมูลอันเป็นความลับของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความรู้ด้านสุขภาพและวัฒนธรรมของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจรักษาได้อย่างเหมาะสม
3. บุคลากรแผนกฉุกเฉินระมัดระวัง ไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องได้ยินการสนทนาหรือรับทราบเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย
4. มีระบบการเก็บรักษาข้อมูลซึ่งถือเป็นความลับเฉพาะบุคคลที่ปลอดภัย ไม่อนุญาตให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงข้อมูล และไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาต

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ประกาศ และ/หรือ แนวทางที่เกี่ยวข้อง
I-4. การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้
<p>4.1 มีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อใช้ในการติดตามการปฏิบัติงานประจำวันและการติดตามผลงานโดยรวมของบริการ (ครอบคลุมทั้งตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์). มีการเลือกตัวชี้วัดที่เชื่อถือได้ ตรงประเด็น สัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมาย อยู่บนฐานแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) หรือข้อมูลวิชาการ. ตัวชี้วัดแต่ละตัวมีค่าจำกัดความที่ชัดเจน, มีการเก็บข้อมูลในเวลาที่เหมาะสม ถูกต้อง สมบูรณ์, มีการติดตามประเมินความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล, ใช้การสุ่มตัวอย่างตามหลักการวัดผล</p>
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> มีการกำหนดตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ที่สำคัญ เพื่อใช้ติดตามและหาแนวทางพัฒนาการปฏิบัติงานประจำวัน การดำเนินการของแผนก และความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ ตัวชี้วัดน่าเชื่อถือ เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยและการดำเนินงานของแผนกฉุกเฉิน อยู่บนฐานแนวปฏิบัติทางคลินิกและ/หรือข้อมูลเชิงวิชาการ มีการเก็บข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม พร้อมมีการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ตัวอย่างบัญชีตัวชี้วัดที่สำคัญของแผนกฉุกเฉินและผู้รับผิดชอบ
<p>4.2 มีการนำข้อมูลตัวชี้วัดมาวิเคราะห์เพื่อพิจารณาความแปรปรวนในการปฏิบัติตาม CPG ประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จของการจัดบริการ รวมถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อมูลจากภายนอกตามความเหมาะสม</p>
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> มีการวิเคราะห์และทบทวนข้อมูลตัวชี้วัดอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จของการจัดบริการในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ มีการเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม เช่น ค่าเฉลี่ยของระดับประเทศ ผลงานของโรงพยาบาลที่มีศักยภาพใกล้เคียงกัน เพื่อสนับสนุนการวางแผนพัฒนาต่อไป
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนข้อมูลตัวชี้วัด
<p>4.3 มีการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาสนับสนุนการตัดสินใจของทีมนำสหสาขา จัดลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนาคุณภาพ และการดูแลผู้ป่วย</p>
<ol style="list-style-type: none"> มีการนำผลการวิเคราะห์และทบทวน มาใช้วางแผนและจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและ หาโอกาสสร้างนวัตกรรม
<p>4.4 มีข้อมูลและสารสนเทศ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย พร้อมใช้งาน ฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความเชื่อถือได้ ใช้งานง่าย พร้อมใช้งานต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน ข้อมูลและสารสนเทศมีความแม่นยำ</p>

เชื่อถือได้ ทันทารณ์ และปลอดภัย ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ในเวลาที่เหมาะสม โดยไม่ละเลยกฎการรักษาความลับและความปลอดภัย

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

1. มีกระบวนการและแผนการบริหารจัดการและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศสำหรับการดูแลผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินที่เชื่อมโยงและส่งเสริมระบบขององค์กร โดยวางแผน พัฒนา และดูแลระบบการบริหารจัดการข้อมูลของแผนกร่วมกับหน่วยงานที่ดูแลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และทีมนำองค์กร
2. แผนกฉุกเฉินมีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย การติดต่อสื่อสาร ประสานงาน และรวบรวมข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ
3. มีการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน ครบถ้วน ถูกต้อง นำเชื่อถือ ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม
4. มีการตรวจสอบข้อมูลและรายงานข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มั่นใจได้ว่ามีความพร้อมใช้ แม่นยำ ถูกต้อง คงสภาพเชื่อถือได้ ง่ายต่อการใช้งาน และเป็นปัจจุบัน
5. บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลมาทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. มีกระบวนการติดตามข้อมูลที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาทบทวน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนางานต่างๆอย่างสม่ำเสมอ เช่น ตัวชี้วัดที่สำคัญต่างๆ ข้อมูลที่บ่งบอกถึงคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆของผู้ป่วยและบุคลากรในแผนกฉุกเฉิน เป็นต้น
7. มีระบบและแผนสำรอง พร้อมใช้งานต่อเนื่องในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น โปรแกรมขัดข้อง ไฟไหม้อาคารสำนักงาน เทคโนโลยีสารสนเทศ
8. มีระบบและแนวทางปฏิบัติในการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลตามข้อกำหนดและบทกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด ไม่ให้ผู้ที่มิได้รับอนุญาตเข้าถึงและ/หรือรับทราบข้อมูล

การใช้สื่อสาธารณะ

1. บุคลากรแผนกฉุกเฉินใช้สื่อสาธารณะในการติดต่อสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล และบทกฎหมายที่เกี่ยวข้อง มีการรักษาความลับและข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น การใช้หน้าจอแสดงสถานะผู้ป่วยหน้าห้องฉุกเฉิน และการใช้โปรแกรมในโทรศัพท์มือถือปรึกษาแพทย์เชี่ยวชาญ ควรมีการปกปิดข้อมูลบางส่วน เพื่อไม่ให้ผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร เป็นต้น
2. การใช้สื่อสาธารณะไม่ควรมีการระบุข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยและบุคลากรใดๆ

บุคลากรแผนกฉุกเฉินปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการใช้สื่อสาธารณะของโรงพยาบาล

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- ตัวอย่างการใช้ข้อมูลสารสนเทศในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
- ตัวอย่างระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย การติดต่อสื่อสาร ประสานงาน รวบรวมข้อมูล

4.5 มีการจัดการความรู้เพื่อให้มั่นใจว่ามีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปเป็นสินทรัพย์ความรู้ (knowledge asset) ของทีม, ทีมงานสามารถเข้าถึงความรู้ที่จำเป็น (ทั้งเอกสาร/ข้อมูลอ้างอิงและความรู้เชิงปฏิบัติ), เอกสารและข้อมูลอ้างอิงมีความเป็นปัจจุบันและอยู่บนฐานข้อมูลวิชาการ, มีการทบทวนเพื่อตรวจสอบช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ, มีการออกแบบระบบเพื่อให้มั่นใจว่าความรู้ดังกล่าวจะได้รับการปฏิบัติเป็นปกติประจำในการดูแลผู้ป่วย

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

1. แผนกฉุกเฉินสร้างระบบบริหารจัดการความรู้ของหน่วยงาน มีการรวบรวมและถ่ายทอดความรู้จากการศึกษาอบรม การปฏิบัติ ประมวลผลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ให้แก่ทีมบุคลากร
2. มีการกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้ความรู้ในการสร้างนวัตกรรมและวางแผนพัฒนางานและบุคลากร
3. มีการนำความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันมาประยุกต์ใช้ในแผนก
4. มีกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกแผนกอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเรียนการสอนข้างเตียงผู้ป่วย การทบทวน ความรู้และทักษะ การทบทวนอุบัติการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับบุคลากรแผนกอื่น เป็นต้น
5. มีการปลูกฝังวัฒนธรรมการเรียนรู้ภายในแผนก ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร
6. มีการสร้างระบบการติดตามผลการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง หลังบุคลากรได้รับความรู้
7. มีการสนับสนุนทรัพยากรที่ส่งเสริมให้บุคลากรเข้าถึงแหล่งข้อมูลและทำให้เกิดการเรียนรู้ เช่น วารสารวิชาการ คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงการจัดการและพัฒนาความรู้ภายในแผนก
- ตัวอย่างองค์ความรู้เกี่ยวกับการระบบบริการฉุกเฉินที่เกิดจากการจัดการความรู้ในแผนก

I-5. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

5.1 มีบุคลากรสาขาต่างๆ ที่มีความรู้ความสามารถ (พิจารณาจากการศึกษา ประสบการณ์ การฝึกอบรม) และจำนวนที่เหมาะสม

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

จำนวนและศักยภาพของบุคลากรในแผนกฉุกเฉิน

บุคลากรในแผนกฉุกเฉินมีจำนวนที่เพียงพอต่อภาระงาน พร้อมด้วยทักษะและความสามารถที่เหมาะสม

1. แผนกฉุกเฉินมีการวิเคราะห์และวางแผนทรัพยากรบุคลากรเสนอทีมบริหารระดับสูงเพื่อจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมเพียง ในการขับเคลื่อนตามทิศทางองค์กรในแผนกทรัพยากรบุคคลขององค์กร
2. มีการวางแผนการบริหารจัดการบุคลากรเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือกรณีต่างๆ เช่น มีบุคลากรป่วยหรือ ลาออกกะทันหัน เพื่อให้การจัดบริการของแผนกฉุกเฉินดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
3. แผนกฉุกเฉินวางแนวทางในการดูแลและสนับสนุนการปฏิบัติงาน เช่น การพัฒนาศักยภาพ การวิจัย การทำผลงานทางวิชาการ การบริหารจัดการ สวัสดิการด้านต่างๆ (การทำประกันชีวิต, อาหาร ฯลฯ) ให้กับบุคลากรโดยเสนอเป็นส่วนหนึ่งของแผนองค์กร
4. บุคลากรมีการสร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นทั้งภายในและนอกจังหวัด เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน

การผลิตเปลี่ยนหมุนเวียน การย้าย การลาออก

1. มีการเก็บสถิติอัตราการผลิตเปลี่ยนหมุนเวียน การย้าย และการลาออกของบุคลากรในแผนกฉุกเฉิน และมีการ วิเคราะห์เหตุและผลเพื่อสื่อสารข้อมูลให้ทีมบริหารบุคคลขององค์กรเพื่อการแก้ไขเชิงระบบ
2. บุคลากรแผนกฉุกเฉินทุกคนได้รับการฝึกอบรมพัฒนาทักษะในด้านการสร้างเสริมความปลอดภัย การสร้างงานที่มี คุณภาพ การมีบุคลิกภาพที่ดี และความเป็นมืออาชีพในการปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมการดำรงรักษาบุคลากรให้อยู่ใน แผนกอย่างภาคภูมิใจและมีความสุข

3. บุคลากรแผนกฉุกเฉินมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางแก้ไข โดยเฉพาะในกรณีที่มีการย้าย/ลาออกของบุคลากรมากกว่าปกติ
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ● แผนบริหารอัตรากำลังและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรแผนกฉุกเฉินและองค์กร ● ข้อมูลผลการวิเคราะห์การย้าย การลาออก ของบุคลากร และแนวทางการแก้ไข
5.2 มีโครงสร้าง ระบบงาน และวัฒนธรรมการทำงานที่เอื้อต่อการสื่อสาร การประสานงาน การศึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างนวัตกรรม และมีความคล่องตัว
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<p>โครงสร้างระบบงานในแผนกฉุกเฉิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรแผนกฉุกเฉินแต่ละคนที่ชัดเจน 2. มีการส่งเสริม สนับสนุน และกระตุ้นให้บุคลากรในทีมใช้ศักยภาพในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ 3. บุคลากรแผนกฉุกเฉินได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของแต่ละคน 4. มีการร่วมสังเกต ประเมิน ปรับปรุง และพัฒนาทักษะในการดูแลรักษา บุคลิกภาพ และพฤติกรรมบริการของบุคลากรภายในทีมอยู่เสมอ 5. จัดให้มีตำแหน่งหัวหน้าเวรและหัวหน้างานแต่ละส่วนอย่างเหมาะสมในการทำงานแต่ละเวร เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและสามารถให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในทีม โดยเฉพาะบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยกว่าได้ตลอดเวลาพร้อมสามารถตัดสินใจในการทำงานได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ 6. มีการประเมินความเหมาะสมของภาระงานและเวลาพักผ่อนของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ 7. บุคลากรแผนกฉุกเฉินมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดอัตรากำลังและกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาลเป็นประจำ <p>กรสร้างวัฒนธรรมในการทำงานที่เอื้อต่อการทำงานในแผนกฉุกเฉิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรแผนกฉุกเฉิน ได้รับการฝึกอบรม ทักษะการสื่อสารและการประสานงานให้มีประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ญาติ ผู้ร่วมงานและผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการมีแนวทางการปฏิบัติในการสื่อสารเรื่องสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและการดูแลรักษาต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ 2. มีแนวทางหรือรูปแบบ การให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือ ดูแล บุคลากรในแผนกฉุกเฉิน ที่สามารถดำเนินการได้ตลอดเวลาสำหรับทุกคนในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งระหว่างก่อน ระหว่าง และหลังการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือการได้รับผลกระทบใดๆจากการทำงาน 3. แผนกฉุกเฉินมีแนวทางและส่งเสริมให้บุคลากรในแผนกฉุกเฉินได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำ root cause analysis อย่างสร้างสรรค์ เพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่ดีร่วมกันในทีม และหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกองค์กรเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีคุณภาพและปลอดภัย 4. มีการทำงานเป็นทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีคุณภาพและความปลอดภัยโดย <ul style="list-style-type: none"> ● มีการส่งเสริมให้บุคลากรในแผนกฉุกเฉินมีความรู้ ความสามารถ และมีเป้าหมายเดียวกัน อันจะทำให้เกิดทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ ● มีการวางแผนการฝึกอบรมพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถของบุคลากรภายในแผนกฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีศักยภาพในการทำงานที่เพียงพอและมีลักษณะที่เหมาะสมกับการทำงานเป็นทีม

<ul style="list-style-type: none"> ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินผ่านการฝึกอบรมพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกแผนก ทั้งจากการอบรมสั่งสอน จากการศึกษาปฏิบัติจริง และจากการฝึกแบบจำลองสถานการณ์ ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินฝึกทักษะการพูดคุยสื่อสารในเชิงสร้างสรรค์ เปิดใจ ไม่ปกปิด ไม่บิดเบือน ไม่นินทา และไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินให้ความสำคัญกับเพื่อนร่วมทีม ยอมรับในตัวตน และให้กำลังใจซึ่งกันและกันอยู่เสมอ ● มีการส่งเสริม สนับสนุน และยกย่องบุคลากรที่เป็นตัวอย่างที่ดีในการมีความประพฤติที่เหมาะสม มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ของตนเองและต่อส่วนรวม พร้อมรณรงค์และต่อต้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและไม่ควรเอาเยี่ยงอย่าง ● มีแนวทางปฏิบัติในกรณีที่บุคลากรแผนกฉุกเฉินมีความคิดเห็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ตรงกัน โดยมีบุคลากรที่มีประสบการณ์และ/หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางร่วมให้ความเห็นและตัดสินใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่เหมาะสมและมีความปลอดภัย <p>5. สร้างความร่วมมือในการทำงาน โดยสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานต่างๆทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้การตรวจประเมิน วินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปด้วยดีและต่อเนื่อง ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แผนกฉุกเฉินสร้างและพัฒนาระบบการประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพของตน ● แผนกฉุกเฉินสร้างสัมพันธ์ที่ดีในการปฏิบัติงานร่วมกับแผนกต่างๆภายในโรงพยาบาล และหน่วยงานต่างๆนอกโรงพยาบาล
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ● โครงสร้าง อัตรากำลัง และบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแผนกฉุกเฉิน ● ตัวอย่างหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงการสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการทำงานในแผนกฉุกเฉิน
5.3 ระบบประเมินผลงาน การยกย่องชมเชย การสร้างแรงจูงใจสำหรับบุคลากร ส่งเสริมให้บุคลากรพยายามสร้างผลงานที่ดี
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน พิจารณาค่าตอบแทนอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานของแผนกฉุกเฉิน และมีการปรับปรุงเมื่อมีความจำเป็น 2. มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน สมรรถนะ ความผูกพันต่อแผนก/โรงพยาบาล เป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง 3. มีการสร้างแรงจูงใจ ยกย่องชมเชย ให้รางวัลแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานได้ดี
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ● แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรแผนกฉุกเฉิน ● ผลการประเมินความผูกพันต่อแผนก/โรงพยาบาลและการวิเคราะห์เพื่อสร้างความผูกพัน
5.4 มีการส่งเสริมการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรในทีมงานที่สอดคล้องกับภาระหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน มีการประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้เพื่อนำมาปรับปรุง
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
การศึกษาและการฝึกอบรม

1. ทีมบุคลากรแผนกฉุกเฉินร่วมกันสร้างวัฒนธรรมและบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ (KM)
2. มีการประเมินสมรรถนะของบุคลากรแผนกฉุกเฉินแต่ละคน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสมรรถนะที่บุคลากรรายบุคคลยังขาดแคลน และจัดทำและติดตามแผนพัฒนาศักยภาพของบุคลากรรายบุคคล
3. แผนกฉุกเฉินมีการวางแผนให้บุคลากรภายในแผนกทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการและเข้ารับการศึกษาอบรมในหัวข้อและหลักสูตรที่เหมาะสมกับแต่ละคน พร้อมส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกแผนก เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพ และคุณภาพการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- แผนพัฒนาศักยภาพของบุคลากร
- หลักฐานการเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ/เข้ารับการศึกษาอบรม

I-6.1 การจัดการกระบวนการ

6.1 มีการออกแบบระบบงาน โดยระบุบทบาทหน้าที่และสมรรถนะหลักของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด รวมถึงการใช้ทรัพยากรจากภายนอก

ทรัพยากรจากแหล่งภายนอก เช่น อปท. รพช. รพ.สต. ดับเพลิง ปก. ตำรวจ ฯลฯ

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

1. ทีมนำแผนกฉุกเฉินวิเคราะห์กระบวนการทำงานที่ต้องประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อออกแบบระบบงานเพื่อให้สามารถทำงานประสานเชื่อมโยงในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีคุณภาพและปลอดภัย รวมถึงมีการวิเคราะห์การใช้ทรัพยากรร่วมเพื่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาจนกลับบ้านในรูปแบบของเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- Flow การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายในและภายนอกองค์กรในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

6.2 มีการกำหนดกระบวนการทำงานที่สำคัญ ครอบคลุมทุกขั้นตอนของการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการ รักษา รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่จำเป็น

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

ทีมนำแผนกฉุกเฉินมีการกำหนดกระบวนการทำงานที่สำคัญของแผนก พร้อมแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุมทุกขั้นตอนของการดูแล และครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละกระบวนการ ดังต่อไปนี้

1. Access การเข้าถึงระบบบริการตั้งแต่ Prehospital System, call triage
2. Entry การเข้าถึงบริเวณแผนกฉุกเฉิน และการเริ่มกระบวนการ Triage ที่มีประสิทธิภาพ
3. Assessment การประเมินแรกรับที่รวดเร็ว เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะผิดปกติของผู้ป่วย
4. Investigation การส่งตรวจเพิ่มเติมที่เหมาะสม
5. Diagnosis การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้น
6. Plan of care การวางแผนการดูแลรักษาในภาวะฉุกเฉิน
7. Care of patient การดูแลรักษาที่เหมาะสมในระยะฉุกเฉินด้วยทีม
8. Communication การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติและการสื่อสารเพื่อการรักษาภาวะฉุกเฉินร่วมกับสาขาวิชาชีพ
9. Reassessment การประเมินผู้ป่วยซ้ำตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงและการตัดสินใจในแผนกฉุกเฉิน

<p>10. Patient flow กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉินเพื่อรับการรักษาต่อในแผนกอื่นของโรงพยาบาลที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>11. Information and empowerment การให้ข้อมูลและการเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยและญาติในภาวะฉุกเฉิน</p> <p>12. Discharge การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนกฉุกเฉิน</p> <p>13. Continuity of care การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลแก่ทีมผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยต่อ</p>
<p>หมายเหตุ ควรมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติที่สำคัญของแต่ละกระบวนการตามความเหมาะสม</p>
<p>หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างแนวทางปฏิบัติในกระบวนการที่สำคัญเพื่อการดูแลรักษาคนไข้ฉุกเฉิน เช่น แนวทางการ Triage แนวทางการปรึกษาการดูแลผู้ป่วย
<p>6.3 มีการจัดทำข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการข้างต้น</p>
<p>แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมบุคลากรแผนกฉุกเฉินจัดทำข้อกำหนดที่สำคัญของแต่ละกระบวนการของแผนก ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและนอกโรงพยาบาล 2. มีการนำเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและประชาชน ในการจัดทำ ปรับปรุง และพัฒนาข้อกำหนดต่างๆ
<p>หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างข้อกำหนดของแต่ละกระบวนการ เช่น ข้อกำหนดในกระบวนการ Triage ข้อกำหนดในการย้ายผู้ป่วยเข้า ICU ข้อกำหนดในการรักษาแพทย์เฉพาะทาง ข้อกำหนดในการส่งต่อ ข้อกำหนดในการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ เป็นต้น
<p>6.4 มีการออกแบบกระบวนการและสร้างสัณฐานวัฒนธรรม เพื่อตอบสนองต่อข้อกำหนดของกระบวนการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ กฎหมาย เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร ผลลัพธ์สุขภาพ ประสิทธิภาพและการลดความสูญเปล่า การส่งมอบ (hand-over) และการดูแลนอกเวลาทำการปกติ</p>
<p>แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. การออกแบบกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของแต่ละกระบวนการโดยคำนึงถึงประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก และคำนึงถึงหลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ กฎหมาย เทคโนโลยีใหม่ๆ รวมถึงความรู้ของบุคลากรในแผนก โรงพยาบาล และหน่วยงานนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อกำหนดสำหรับระบบการไหลของผู้ป่วยภายในแผนกฉุกเฉิน (Patient flow) <ul style="list-style-type: none"> • มีนโยบาย ระบบ และแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน การรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยใน การบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยใน การจำหน่ายผู้ป่วย และกระบวนการต่างๆที่เกี่ยวข้อง พร้อมมีการทบทวนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การไหลเวียนผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินและภายในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ • มีการนำข้อมูลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย ข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และตัวอย่างจากองค์กรที่ทำได้ดีมาก่อน มาประกอบการจัดทำและพัฒนานโยบาย ระบบ และแนวทางปฏิบัติดังกล่าว • มีการพัฒนาระบบการติดต่อประสานงานและแนวทางปฏิบัติร่วมกับบุคลากรและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เช่น แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาต่างๆ ทีมหอผู้ป่วยในของแผนกต่างๆ ศูนย์รับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยใน เป็นต้น

<ul style="list-style-type: none"> ● ทีมบุคลากรแผนกฉุกเฉินสนับสนุนและปฏิบัติตามนโยบาย ระบบ และแนวทางปฏิบัติดังกล่าว พร้อมมีส่วนร่วมในการทบทวนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง <p>2. มีการสร้างระบบการทำงานและบรรยากาศที่ช่วยในการตัดสินใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเครือข่ายมีแนวทางปฏิบัติ และ/หรือ ระบบที่ช่วยให้บุคลากรแผนกฉุกเฉินสามารถตัดสินใจปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินติดตามและร่วมพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วยแก่ทีมบุคลากรอื่นทั้งภายในโรงพยาบาลและระหว่างสถานพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การปฏิบัติมีประสิทธิภาพและมีความรวดเร็ว ● ทีมบุคลากรแผนกฉุกเฉินร่วมพูดคุย สอบถาม ปรึกษา แสดงความคิดเห็นเชิงสร้างสรรค์ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ต่างๆ (ตามเหมาะสม) โดยเฉพาะในกรณีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ตัดสินใจได้ยาก เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ไปพร้อมกันและช่วยให้สามารถตัดสินใจในกรณีต่างๆได้อย่างเหมาะสม ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ คอยให้คำแนะนำและช่วยฝึกฝนทักษะการตัดสินใจในกรณีต่างๆให้แก่บุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยกว่า <p>3. แผนกฉุกเฉินให้การบริการและการบริหารที่ได้มาตรฐาน ภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญในการเก็บและรักษาหลักฐานทางนิติเวชอยู่เสมอ ● การบันทึกข้อมูลทางนิติเวชในเวชระเบียน เช่น การบันทึกบาดแผล การบาดเจ็บ เป็นไปตามมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์ อันจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อรูปคดีและการดูแลรักษาต่อเนื่อง ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินปฏิบัติตามมาตรฐาน ข้อกำหนด และบทกฎหมายอย่างเคร่งครัด เมื่อต้องรายงานหรือให้ข้อมูลแก่เจ้าพนักงาน ● แผนกฉุกเฉินใช้แบบบันทึกทางนิติเวชตามมาตรฐาน เพื่อช่วยให้บันทึกข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและเหมาะสม ● แผนกฉุกเฉินมีบุคลากรที่มีประสบการณ์หรือมีที่ปรึกษาด้านกฎหมาย เพื่อให้คำแนะนำแก่บุคลากรที่จำเป็นต้องบันทึกข้อมูลทางนิติเวช ทำรายงานผู้ช่วยคดี หรือเป็นพยานในศาล ● ผู้ป่วยคดีได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับจิตแพทย์ นักจิตวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย ทนาย ผู้ดูแลผู้ป่วย และ/หรือครอบครัว ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินมีความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะเมื่อดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
<p>หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวอย่างการทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนด ● แนวทางปฏิบัติในการให้บริการที่สอดคล้องกับกฎหมาย
<p>6.5 มีการจัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติ เพื่อใช้สื่อสารให้มีการปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ โดยมีระบบควบคุมเอกสารที่ดีและการปรับปรุงให้ทันสมัย</p>
<p>แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)</p>
<p>1. มีการจัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติต่างๆ ของแผนกฉุกเฉินเป็นเอกสาร ตัวอย่างเช่น แนวทางปฏิบัติในการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย (Triage) แนวทางปฏิบัติในการปรึกษาแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาต่างๆ เป็นต้น</p>

2. เอกสารอยู่ในสภาพที่อ่านได้ง่าย และการเปลี่ยนแปลงสามารถสังเกตได้ง่าย
3. มีการปรับปรุงเอกสารเป็นระยะตามความจำเป็นและมีการเก็บเอกสารอย่างเป็นระบบ
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างแนวทางปฏิบัติของแผนกฉุกเฉิน ที่เป็นเอกสาร • ทะเบียนการจัดเก็บเอกสารแนวทางปฏิบัติและการปรับปรุงเอกสาร
6.6 มีการนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ในไปปฏิบัติ ทำให้มั่นใจว่าจะจะเป็นไปตามข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการชี้แจง อบรม ทบทวน เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ ระเบียบ และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานให้แก่ทีมบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของแต่ละกระบวนการอย่างเหมาะสม 2. มีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล/ตัวชี้วัดที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน 3. ทีมบุคลากรแผนกฉุกเฉินมีส่วนร่วมในการทบทวน ปรับปรุง และพัฒนากระบวนการทำงาน/การให้บริการ
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ผลการทบทวนเวชระเบียนเหตุการณ์ที่อาจมีผลจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในแผนกฉุกเฉิน เช่น Missed Diagnosis ที่ ER
6.7 มีการจัดการห่วงโซ่อุปทานที่ได้ผล เพื่อให้ได้เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในทุกจุดบริการที่กำหนดไว้ มีการประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของบริการกระทำผ่านพันธสัญญา
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมแผนกฉุกเฉินได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการในการกำหนดเลือกผลิตภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลคนไข้ฉุกเฉินและแผนก โดยมีการกำหนดความต้องการที่ชัดเจน และได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการจัดหาและตรวจรับ 2. ทีมแผนกฉุกเฉินวางระบบตรวจสอบและประเมินการใช้ เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ที่สำคัญสำหรับการดูแลคนไข้ในแผนกฉุกเฉินและส่งข้อมูลย้อนกลับอย่างเป็นระบบเพื่อปรับปรุงแก้ไขและการพิจารณาเลือกผลิตภัณฑ์ในครั้งต่อไป
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • แนวทางการจัดซื้อจัดการผลิตภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นของแผนก
6.8 มีการใช้ตัวชี้วัดสำคัญเพื่อควบคุมและบ่งชี้โอกาสปรับปรุงกระบวนการทำงาน
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมนำแผนกฉุกเฉินร่วมกับผู้ปฏิบัติกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญในการสะท้อนคุณภาพการทำงานของแผนกฉุกเฉิน 2. มีการติดตามตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์และตัวชี้วัดเชิงกระบวนการที่สำคัญ เพื่อควบคุม ดูแล ปรับปรุง และพัฒนากระบวนการทำงานต่างๆ
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างตัวชี้วัดที่สำคัญของแผนกฉุกเฉิน
6.9 มีการเตรียมการรองรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน โดยพิจารณาการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการ การเคลื่อนย้าย และการฟื้นฟู

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

แผนรองรับอุบัติภัย/สาธารณภัย/ภาวะฉุกเฉิน

1. ทีมนำแผนฉุกเฉินสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อจัดทำแผนรองรับอุบัติภัย/สาธารณภัย/ภาวะฉุกเฉิน ทั้งที่เกิดภายในและภายนอกโรงพยาบาลแบบบูรณาการ และนำมาความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัยมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาแผนให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล พร้อมมีการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ (หน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล เช่น ตำรวจ งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย หน่วยดับเพลิง สถานพยาบาลอื่นๆ เป็นต้น)
2. ทีมนำแผนฉุกเฉินพัฒนาแผนปฏิบัติการประกอบไปด้วยการป้องกัน การเฝ้าระวัง การวิเคราะห์หาความเสี่ยง การลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อม การปฏิบัติการ การสั่งการ การควบคุมสถานการณ์ การประสานงาน การอพยพผู้ป่วย (สำหรับกรณีที่เกิดเหตุภายในบริเวณโรงพยาบาล) การรองรับผู้ป่วยประสพภัยและผู้ป่วยจำนวนมาก การดูแลสุขภาพจิตของบุคลากร ผู้ป่วย และประชาชน และการฟื้นฟูสภาพ
3. แผนปฏิบัติการกรณีมีการระบุนายละเอียด ผู้รับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ การดำเนินการของแต่ละหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง สำหรับสถานการณ์ต่างๆ อย่างชัดเจน ครอบคลุมอุบัติภัย/สาธารณภัย/ภาวะฉุกเฉินทุกชนิดที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่นั้นๆ
4. ทีมนำแผนฉุกเฉินพัฒนาแผนบริหารความต่อเนื่องภารกิจองค์กร (Business Continuity Plan) กรณีเกิดอุบัติภัย/สาธารณภัย/ภาวะฉุกเฉินต่างๆ

แผนรองรับโรคระบาด

1. ทีมนำแผนฉุกเฉินและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำและพัฒนาแผนบริหารจัดการกรณีโรคระบาด ครอบคลุมการควบคุม ระดมบุคลากร และร่วมปฏิบัติการ ในสถานการณ์ที่มีโรคระบาดในชุมชน รวมถึงการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ ในการบริหารจัดการภายในรพ.เพื่อรองรับสถานการณ์ ตั้งแต่กระบวนการแยกผู้ป่วย วินิจฉัย รักษา รวมถึงการจัดพื้นที่รองรับ/ห้องแยกผู้ป่วยโรคติดต่อบริเวณแผนกฉุกเฉินและหอผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคที่มีการติดต่อที่แพร่หลายอย่างรวดเร็วและรุนแรงเพื่อลดโอกาสการติดต่อสู่บุคลากรและผู้อื่น
2. ทีมนำแผนฉุกเฉินมีระบบการจัดการและมีแนวทางปฏิบัติ ในกรณีที่พบผู้ป่วยที่มีอาการและ/หรืออาการแสดงที่สงสัยโรคติดต่อ พร้อมมีการแจ้งบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว (บางโรคจำเป็นต้องแจ้งความจำเป็นต้องระบุในแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน)

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- แผนรองรับอุบัติภัย/สาธารณภัย/ภาวะฉุกเฉิน
- แผนบริหารจัดการกรณีโรคระบาด

I-6.2 การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง

6.2.1 มีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายด้านคุณภาพและความปลอดภัยที่ชัดเจน

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

1. ทีมนำแผนฉุกเฉินเสนอประเด็นและเป้าหมายสำคัญด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินต่อคณะกรรมการบริหารหรือทีมนำของรพ. เพื่อผลักดันให้เป็นหนึ่งในประเด็นและเป้าหมายสำคัญขององค์กร
2. ทีมนำแผนฉุกเฉินกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวัง ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของแผนกฉุกเฉินที่ชัดเจน และสอดคล้องไปกับทิศทางของโรงพยาบาล
3. ทีมนำแผนฉุกเฉินส่งเสริมให้บุคลากรแผนกฉุกเฉิน มีวัฒนธรรมความปลอดภัยและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> นโยบายและเป้าหมายด้านคุณภาพและความปลอดภัยที่ดำเนินการ เช่น 2P Safety, ER Safety Goals
6.2.2 มีการบูรณาการและประสานระบบบริหารคุณภาพ ระบบบริหารความปลอดภัย และระบบบริหารความเสี่ยง ของบริการเข้าด้วยกัน และประสานกับระบบใหญ่ขององค์กร
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> มีการประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล การบริหารงานคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยงของแผนกฉุกเฉิน สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งของระบบของโรงพยาบาล
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> Flow Chart หรือแผนงาน ที่แสดงความสัมพันธ์ของแผนกฉุกเฉินกับระบบบริหารคุณภาพและระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กร
6.2.3 มีโครงสร้างคุณภาพที่เหมาะสม มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพให้เป็นของทุกคนในทีมบริการ
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> ทีมนำแผนกฉุกเฉินกำหนดให้บุคลากรแผนกฉุกเฉินมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาและระบบความปลอดภัยของการบริการ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง <ul style="list-style-type: none"> แผนกฉุกเฉินมีโครงสร้างงานคุณภาพของแผนกโดยอาจมีการกำหนดทีมดูแลระบบบริหารคุณภาพ ระบบบริหารความปลอดภัย และระบบบริหารความเสี่ยง ที่ชัดเจน รวมถึงมีการกำหนดให้ทุกคนในแผนกมีหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพ แผนกฉุกเฉินและโรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการจัดการเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาในหน่วยงานและโรงพยาบาล ทีมนำแผนกฉุกเฉินส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในการปฏิบัติงานที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety culture) <p>บุคลากรแผนกฉุกเฉินมีทัศนคติ ความรู้ และความสามารถที่ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย พร้อมนำไปใช้ในการปฏิบัติงานของตนตลอดเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> บุคลากรแผนกฉุกเฉินได้รับการอบรมและมีความเข้าใจในหลักการและกระบวนการสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย พร้อมสร้าง ส่งเสริม สั่งสอน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในแผนก มีการส่งเสริมและกระตุ้นให้บุคลากรแผนกฉุกเฉินมีนิสัยชอบตั้งคำถามเชิงสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลและแผนกฉุกเฉินมีระบบการตรวจจับ ทบทวน วิเคราะห์ แก้ไข และติดตามความบกพร่องที่เกิดขึ้น รวมถึงการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ผิดพลาดภายในแผนกฉุกเฉิน
<ol style="list-style-type: none"> การบริหารจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์และสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> บุคลากรแผนกฉุกเฉินได้รับการอบรม ฝึกฝน พัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน

<ul style="list-style-type: none"> ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินมีความรู้ความเข้าใจในข้อจำกัดและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่ และศักยภาพในการการปฏิบัติงานของตน รวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ● มีการค้นหาและเฝ้าระวังสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย โดยเฉพาะสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและนิสัย/วัฒนธรรมของบุคลากรในแผนก ● มีการทบทวนการปฏิบัติงานเป็นประจำ โดยมีการเรียนรู้และพัฒนากระบวนการจัดการในประเด็นที่ตัดสินใจได้ยาก และประเด็นที่บุคลากรอาจมีอคติจนทำให้การตรวจรักษาหรือการบริหารจัดการไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ● มีการออกแบบระบบการดำเนินงานและสิ่งแวดลอมให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของมนุษย์ เพื่อลดโอกาสเกิดข้อผิดพลาด ความเสี่ยง และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ● โครงสร้างการทำงานคุณภาพของแผนกฉุกเฉิน
6.2.4 มีการประเมินผลด้วยเทคนิคและวิธีการที่หลากหลาย เทียบกับข้อกำหนดและความต้องการต่างๆ รอบด้าน (ความต้องการของผู้ป่วย มาตรฐานวิชาชีพ เป้าหมายขององค์กร คู่เทียบจากภายนอก)
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<p>ที่มนำแผนกฉุกเฉินกำหนดให้มีการประเมินผลติดตามผลการดำเนินงานของแผนกโดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการประเมินผลการดำเนินงานในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสม เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา เช่น วิธีการเชิงคุณภาพ วิธีการเชิงปริมาณ การวิจัย 2. มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน การสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด 3. มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ มาตรฐานต่างๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแผนก แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่มีศักยภาพใกล้เคียงกัน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลที่เหมาะสม 4. มีการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลการดำเนินงานและการประเมินตนเอง มาใช้ในการประเมินและชี้้นำการพัฒนาคุณภาพ
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการดำเนินงานในรูปแบบต่างๆของแผนก
6.2.5 มีการวางระบบบริหารความเสี่ยงของการจัดบริการ ครอบคลุมการวิเคราะห์ความเสี่ยง การกำหนดแนวทางป้องกัน การรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด การวิเคราะห์สาเหตุเฉพาะราย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวม การปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกัน
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. ที่มนำแผนกฉุกเฉินมีการวางระบบบริหารความเสี่ยงของแผนกที่สอดคล้องกับระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กรโดย

<ul style="list-style-type: none"> ● มีการวางระบบบริหารความเสี่ยงที่สอดคล้องกับระบบของโรงพยาบาล ตั้งแต่การเฝ้าระวัง ค้นหา รายงาน วิเคราะห์ แก้ไข และป้องกัน พร้อมมีนโยบาย แผน ระเบียบปฏิบัติ ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) การประเมินผล และการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบอย่างสม่ำเสมอ ● มีทีมดูแลระบบบริหารความเสี่ยงภายในแผนกฉุกเฉินที่ชัดเจน ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินทุกคนได้รับการอบรมและพัฒนาทักษะการบริหารความเสี่ยง ● มีการบริหารจัดการความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยญาติ และผู้มาเยือน จัดให้มีช่องทางการติดต่อสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งดำเนินการตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการบริหารจัดการเรื่องดังกล่าวของโรงพยาบาล
<p>2. ทีมนำแผนกฉุกเฉินกำหนดให้มีแนวทางการรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แผนกฉุกเฉินสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดตามระบบและแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล โดยไม่มีการกล่าวโทษบุคคล ● มีการส่งเสริมให้บุคลากรแผนกฉุกเฉินมีทัศนคติที่ดีต่อการรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด โดยมองว่ากระบวนการดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเรียนรู้ ฝึกฝน และพัฒนา พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแผนกของตนอย่างโปร่งใส ● มีช่องทางให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรายงานข้อบกพร่อง ข้อผิดพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ตามความเหมาะสมในแต่ละเหตุการณ์ ● มีการพิจารณาแจ้งความร่วมกับการรายงานเข้าสู่ระบบของโรงพยาบาล ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงต่อบุคลากร ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ทำร้ายร่างกาย เป็นต้น ● ผู้ป่วยและบุคลากรแผนกฉุกเฉินที่มีส่วนเกี่ยวข้องในอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด ได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างเหมาะสม
<p>หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางบริหารความเสี่ยงของแผนกและผลการดำเนินการที่ผ่านมา
<p>6.2.6 ระบบบริหารความเสี่ยงมีการเชื่อมโยงและประสานงานเพื่อครอบคลุมความเสี่ยงด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการใช้ยา</p>
<p>แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)</p> <p>ทีมนำแผนกฉุกเฉินกำหนดให้การบริหารความเสี่ยงของแผนกครอบคลุมการบริหารความเสี่ยงเรื่องการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อและความเสี่ยงจากการใช้ยาในแผนกฉุกเฉิน โดยประสานความร่วมมือเรื่องข้อมูลการดำเนินงาน และระบบร่วมกับหน่วยงานอื่นๆในองค์กร โดยแผนกฉุกเฉินควรมีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการใช้ยาตามมาตรฐาน กฎหมาย ระเบียบ เพื่อดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีคุณภาพและปลอดภัย</p>
<p>หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในแผนกฉุกเฉิน ● แนวทางปฏิบัติเพื่อการใช้ยาอย่างปลอดภัยในแผนกฉุกเฉิน ● อุบัติการณ์การใช้ยาคลาดเคลื่อนและการติดเชื้อในแผนกฉุกเฉิน

6.2.7 มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย กำหนดพิมพ์เขียว (blueprint) ของการพัฒนา ใช้วิธีการที่หลากหลายในการพัฒนา เช่น evidence-based, RCA, visual management & creativity, Lean, benchmarking ฯลฯ เพื่อนำไปสู่การลดความแปรปรวน ลดความสูญเปล่า เพิ่มประสิทธิภาพ ป้องกันความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นในทุกๆ มิติ

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

ที่มนำแผนกลยุทธ์ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพแผนกอย่างต่อเนื่องโดย

1. ส่งเสริมให้มีการทบทวน ประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพ ของการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ พร้อมค้นหาโอกาสพัฒนา (การทบทวน เช่น การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน การตรวจสอบทางคลินิก การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ การทบทวนอุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต การทบทวนการใช้ทรัพยากร การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ การทบทวนตัวชี้วัด)
2. มีการกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกที่จะทำการพัฒนา (เช่น ผู้ป่วยโรค Fast track ต่างๆ) โดยมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพ พร้อมกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการกำกับติดตามผล
3. มีการจัดทำแผนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา พัฒนา ตามความเหมาะสม โดยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายในการปรับปรุงและพัฒนา เช่น ใช้ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิจัยองค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า การสร้างนวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- ตัวอย่างกิจกรรมและผลการพัฒนา

ตอน II ระบบงานสนับสนุน

II-1. สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ใช้อาคารสถานที่ทุกคน มีการตรวจสอบอาคารสถานที่ ประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและการรักษาความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ดำเนินการแก้ไขวางมาตรการป้องกันที่เหมาะสมและนำไปปฏิบัติ

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

ที่มนำแผนกลยุทธ์จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและผู้ใช้อาคารทุกคน โดย

โครงสร้างอาคารสถานที่

1. โครงสร้างอาคารสถานที่และระบบระบายอากาศของแผนกฉุกเฉินได้มาตรฐาน เป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ ข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่ และแนวทางการออกแบบทางด้านวิศวกรรม
2. ทีมบุคลากรแผนกฉุกเฉินควรมีส่วนร่วมในการออกแบบโครงสร้าง สภาพแวดล้อม และกระบวนการทำงาน โดยคำนึงถึงมาตรฐาน การใช้งานจริง และมนุษยปัจจัย (ข้อจำกัดของมนุษย์) เพื่อลดความเสี่ยงและโอกาสเกิดความปลอดภัยต่างๆ เช่น จัดเก็บยาฉุกเฉินและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้อยู่ในตำแหน่งที่เข้าถึงได้ง่าย เห็นชัด ไม่มีสิ่งกีดขวาง เป็นต้น

3. ผู้ป่วย ผู้รับบริการ ผู้มาเยือน และบุคลากรที่อยู่บริเวณแผนกฉุกเฉินมีความปลอดภัยทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมถึงปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน
4. มีการตรวจสอบทางด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และวิศวกรรม ตามมาตรฐาน อย่างสม่ำเสมอ
5. มีการวางระบบค้นหาและรายงานอุบัติการณ์ในแผนกฉุกเฉิน พร้อมมีการค้นหาความเสี่ยงทางกายภาพและปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

การเข้าถึงแผนกฉุกเฉิน

1. มีป้ายและสัญลักษณ์บ่งชี้/บอกทาง ที่สังเกตเห็นและเข้าใจได้ง่ายตามมาตรฐาน
2. มีทางส่งผู้ป่วยเข้าสู่อาคารที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวก และมีพื้นที่สำหรับส่งผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เหมาะกับผู้ป่วยและผู้ที่จะช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีผู้ที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา
3. แผนกฉุกเฉินอยู่ชั้นล่างของอาคาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่แผนกฉุกเฉินได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ทั้งผู้ป่วยที่โดยสารยานพาหนะและผู้ป่วยที่เดินมา
4. ควรมีกลไกที่ทำให้เกิดความปลอดภัย เช่น มีประตูสองชั้น (Double door) และระบบควบคุมการเข้า-ออก (Access control) หรือมี เจ้าหน้าที่ ระวัง. ตรวจ เป็นต้น

การออกแบบภายในแผนกฉุกเฉิน

1. มีสิ่งอำนวยความสะดวก มีสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อบุคลากร ผู้ป่วย ญาติ และผู้มาเยือน
2. พื้นที่สำหรับรอคอย พื้นที่ตรวจรักษา พื้นที่ปฏิบัติงานของบุคลากร ห้องเก็บของ พื้นที่ชะล้าง (Decontamination area) พื้นที่พักผ่อนของบุคลากร และพื้นที่อื่นๆ อยู่เป็นสัดส่วน มีการแบ่งพื้นที่สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต่างกัน
3. มีทางออกฉุกเฉินที่ปลอดภัย เพียงพอ และไม่มีสิ่งกีดขวาง
4. พื้นที่จัดเก็บยา เวชภัณฑ์ สารน้ำ และอุปกรณ์ต่างๆ ได้มาตรฐานและอยู่ในบริเวณที่บุคลากรสามารถนำมาใช้ได้โดยสะดวกรวดเร็ว
5. มีการอุปกรณ์ขอความช่วยเหลือฉุกเฉินตามจุดต่างๆ เช่น ปุ่มฉุกเฉินในห้องน้ำสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น

พื้นที่สำหรับการดูแลรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและช่วยฟื้นคืนชีพ

1. แผนกฉุกเฉินมีพื้นที่และอุปกรณ์สำหรับการดูแลรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเพียงพอ พร้อมใช้ตลอดเวลา
2. แผนกฉุกเฉินมีบุคลากร อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ และสารน้ำ สำหรับการช่วยชีวิตตามมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน (เหมาะสมกับระดับศักยภาพของโรงพยาบาล) เช่น Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS), Pediatric Advanced Life Support (PALS), Advanced Trauma Life Support (ATLS) เป็นต้น
3. มีระบบบริหารจัดการการไหลของผู้ป่วยภายในแผนกฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การใช้พื้นที่สำหรับการดูแลรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและช่วยฟื้นคืนชีพเป็นไปอย่างเหมาะสม ไม่นำไปใช้เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะดังกล่าวโดยไม่จำเป็น

การจัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

1. มีพื้นที่สำหรับตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะอันตรายต่างๆ (เช่น อาการทรุดลง ตกเตียง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น) สามารถรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยได้ในระดับที่เหมาะสม มีความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและผู้คนรอบข้าง บุคลากรสามารถเข้าดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วได้อย่างสะดวกรวดเร็ว
2. มีการควบคุมความสว่างและความเข้มแสงในแต่ละพื้นที่ให้เหมาะสม

3. มีการแยกผู้ป่วยที่เสียงดัง โวยวาย และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงให้อยู่ในพื้นที่เฉพาะ ห่างจากผู้ป่วยคนอื่น
4. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามความเหมาะสม และสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรผ่านการเรียกโดยตรงหรือใช้อุปกรณ์ส่งสัญญาณเรียกบุคลากรได้โดยสะดวก
5. พิจารณาให้ญาติ/ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอันเนื่องมาจากช่วยเหลือตนเองได้น้อย เป็นรายๆ ไป ยกเว้น กรณีที่ญาติ/ผู้ดูแลเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล เครียด คลุ้มคลั่งมากยิ่งขึ้น หรือผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับหัตถการช่วยชีวิต
6. พื้นที่สำหรับการให้การปรึกษา สื่อสาร พูดคุย กับผู้ป่วยและญาติ (พิจารณาจัดพื้นที่ที่เหมาะสม โดยเฉพาะในการสื่อสารเรื่องที่เป็นความลับของผู้ป่วย เรื่องที่อาจก่อให้เกิดความอับอายแก่ผู้ป่วย การแจ้งข่าวร้าย เป็นต้น)

การจัดพื้นที่แยกโรคติดเชื้อ

1. โรงพยาบาล และ/หรือ แผนกฉุกเฉินมีห้องแยกโรคติดเชื้อ หรือมีระบบแยกโรคติดเชื้อ ซึ่งแผนกฉุกเฉินสามารถส่งผู้ป่วยที่สงสัย/ได้รับการวินิจฉัยโรคที่ติดต่อทางการหายใจชนิด airborne transmission เข้าสู่ห้องแยกโรคดังกล่าวได้อย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- แผนกการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมของแผนกฉุกเฉิน

1.2 มีระบบที่สร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย ไฟฟ้า แก๊ส วัสดุ และของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

การบริหารจัดการและทรัพยากรเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร

1. มีนโยบายและระบบในการป้องกันและจัดการอันตรายจากอัคคีภัย ไฟฟ้า แก๊ส วัสดุ ของเสียอันตราย และภาวะฉุกเฉินต่างๆ ที่ได้มาตรฐาน เป็นไปตามกฎหมายกำหนด รวมถึงแผนรองรับในกรณีดังกล่าว ที่ครอบคลุมถึงการป้องกันการลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อม การจัดการ และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีการฝึกซ้อมและพัฒนาแผนอย่างสม่ำเสมอ ภาวะฉุกเฉินต่างๆ [ภาวะฉุกเฉิน หมายความว่า ภัยธรรมชาติหรือเหตุการณ์ที่เกิดจากมนุษย์ ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (เช่น พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว) ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก (เช่น ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ไม่สามารถใช้งานได้) หรือทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (เช่น อารูชิวภาพ ตีกล่อม อุบัติเหตุหมู่)]
2. มีระบบการค้นหาและจัดการความเสี่ยงต่ออันตรายและภาวะฉุกเฉินต่างๆ
3. ทีมบุคลากรสามารถจัดการเบื้องต้นและขอความช่วยเหลือในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉินต่างๆได้อย่างรวดเร็ว
4. แผนกฉุกเฉินมีแผนบริหารจัดการการบริการและอพยพเคลื่อนย้ายผู้ป่วย บุคลากร และผู้คนที่โดยรอบ ในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉิน/ผู้ป่วยที่เป็นโรคระบาด/โรคติดต่อต่างๆในแผนกฉุกเฉิน
5. แผนกฉุกเฉินมีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โดยบุคลากรมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง โดยอาจนำส่วนที่เป็น Flow ในการปฏิบัติของแนวทางต่างๆ มาแสดงในเอกสาร

1.3 บุคลากรได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

<ol style="list-style-type: none"> บุคลากรได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การดูแลวัตถุไวไฟ การจัดการวัตถุมีคม เป็นต้น ทีมบุคลากรแผนกฉุกเฉินมีส่วนร่วมในการปรับปรุงพัฒนาระบบและแผนรองรับภาวะฉุกเฉินต่างๆ
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> แผนการฝึกอบรมบุคลากร แผนกฉุกเฉิน
1.4 มีแผนจัดการเครื่องมือแพทย์ เพื่อให้มั่นใจว่ามีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นพร้อมใช้อย่างปลอดภัย และมีระบบสาธารณสุขที่จำเป็นตลอดเวลา
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
เครื่องมือแพทย์และสิ่งของที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย
<ol style="list-style-type: none"> แผนกฉุกเฉินมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับศักยภาพของโรงพยาบาลอย่างครบถ้วนและเพียงพอ สามารถนำมาใช้ได้ตลอดเวลา โดยคณะผู้บริหาร ทีมนำสหสาขา และบุคลากรแผนกฉุกเฉินทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดการบริหารจัดการ ตรวจสอบ และดูแลรักษาอุปกรณ์ต่างๆ มีแผนบำรุงรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ และมีการตรวจสอบตามแผนที่วางไว้ บุคลากรแผนกฉุกเฉินทุกคนได้รับการฝึกสอนวิธีการใช้และดูแลรักษาอุปกรณ์ต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ของตน พร้อมศึกษาบทวนจากคู่มือการใช้เพื่อให้เข้าใจเป็นอย่างดี มีการตรวจสอบความพร้อมและความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ต่างๆ ในแผนกฉุกเฉินในแต่ละเวร พร้อมมีการบันทึกผลการตรวจสอบที่ชัดเจน มีแผนรองรับกรณีเครื่องมือแพทย์ไม่เพียงพอ (โดยควรเป็นแผนระดับโรงพยาบาล)
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> แผนบำรุงรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ หลักฐานการ Calibrate / ตรวจสอบเครื่องมือ
II-2. ระบบเวชระเบียน
2.1 มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการบ่งชี้ผู้ป่วย สนับสนุนการวินิจฉัย พิจารณาความเหมาะสมของการดูแล ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและผลลัพธ์ สนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<p>ทีมนำแผนกฉุกเฉินวางระบบการจัดทำและใช้ประโยชน์ข้อมูลจากเวชระเบียนสำหรับแผนกฉุกเฉินเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้บุคลากรให้ความสำคัญกับการบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน เพื่อกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีคุณภาพและความปลอดภัย รวมถึงสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ถูกต้อง มีระบบป้องกันเวชระเบียนสูญหายและการรักษาความลับที่มีประสิทธิภาพ
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ตัวอย่างเวชระเบียนในแผนกฉุกเฉิน Flow การเข้าถึงและการรักษาเวชระเบียน

2.2 มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความสมบูรณ์ถูกต้องของการบันทึกและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

ทีมนำแผนฉุกเฉินจัดให้มีการทบทวนเวชระเบียนเชิงคุณภาพสม่ำเสมอเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง ของการบันทึกและคุณภาพในการรักษาผู้ป่วย เพื่อการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- ผลการทบทวนเวชระเบียนในแผนกฉุกเฉิน

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

1.1 มีความชัดเจนว่าผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจะเข้าถึงบริการอย่างไร (เหมาะสมกับลักษณะการเจ็บป่วย เช่น ฉุกเฉิน เจ็บพลัน เรื้อรัง) มีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ (เช่น การเดินทาง กายภาพ ช่วงเวลา การสื่อสาร วัฒนธรรม) และแสดงถึงความพยายามที่จะลดปัญหาอุปสรรคดังกล่าว

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

1. Access to emergency care การเข้าถึงการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงการบริการของแผนกฉุกเฉินและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ตลอดเวลา

- ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคนมีสิทธิในการเข้ารับบริการของแผนกฉุกเฉินอย่างเท่าเทียม
- บุคลากรแผนกฉุกเฉินดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทุกราย โดยไม่เลือกปฏิบัติ
- แผนกฉุกเฉินให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง (ในกรณีที่แผนกฉุกเฉินของสถานพยาบาลใดไม่ได้เปิดตลอด 24 ชั่วโมง สถานพยาบาลนั้นต้องแจ้งเวลาปิดแผนกฉุกเฉินที่ชัดเจนให้ประชาชนทราบ พร้อมแนะนำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังแผนกฉุกเฉินของสถานพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพมากกว่าหรือเท่ากับสถานพยาบาลของตนเสมอ)
- โรงพยาบาลมีนโยบาย ระบบ โครงสร้างอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม กระบวนการ และแนวทางปฏิบัติที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงการดูแลรักษาที่เหมาะสม โดยสะดวก รวดเร็ว และทันที่
- มีเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับองค์กรและประชาชนในท้องถิ่น
- มีการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ (เช่น การเดินทาง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ช่วงเวลา การสื่อสาร ความเชื่อ วัฒนธรรม)

2. Pre-arrival notification การสื่อสารขณะนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

- มีการวางระบบการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้ประชาชนปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพ ขอความช่วยเหลือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และแจ้งเหตุผิดปกติทางสาธารณสุข (ซึ่งในประเทศไทยมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเบอร์โทรศัพท์ 1669 โดยตรงอยู่แล้ว แต่โรงพยาบาล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาจสร้างระบบหรือช่องทางการสื่อสารเพิ่มเติม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลของตน เช่น การแจ้งผ่านโปรแกรมในโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น)

- แผนกฉุกเฉินมีระบบการรับแจ้ง บันทึก สั่งการ และติดต่อสื่อสารกับสถานพยาบาลเครือข่าย ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ให้บริการทางสาธารณสุขนอกโรงพยาบาล และบุคลากรของหน่วยงานด้านอื่น (เช่น ตำรวจ) ที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการประสานงานและมีการเตรียมตัวก่อนผู้ป่วยถึงแผนกฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม
 - แผนกฉุกเฉินมีบุคลากรที่มีประสบการณ์ สามารถรวบรวมข้อมูล คัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของอาการ ตัดสินใจ และให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ญาติ ผู้พบเห็นเหตุการณ์ และทีมผู้นำส่งผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ป่วยจะเดินทางมาถึงแผนกฉุกเฉินได้ตลอดเวลา
 - มีการใช้ระบบและแบบฟอร์มตามมาตรฐานในการบันทึกข้อมูลและการสื่อสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรับแจ้งเหตุและปฏิบัติการนำส่งผู้ป่วย
 - มีระบบการค้นหาประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ป่วยจะเดินทางมาถึงโรงพยาบาล ทั้งจากการสอบถามผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล ค้นหาจากเวชระเบียน ประสานขอข้อมูลจากสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยตรวจรักษามาก่อน รวมถึงการค้นหาจากระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลเครือข่าย
3. มีระบบการปรึกษาศัลยกรรมฉุกเฉินภายในโรงพยาบาล เมื่อต้องการความช่วยเหลือในกรณีที่มีผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง เช่น กรณีประเมินได้ว่า ผู้ป่วยที่กำลังเดินทางมาแผนกฉุกเฉินมีปัญหาด้านทางเดินหายใจอย่างรุนแรง บุคลากรแผนกฉุกเฉินสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากแผนกวิสัญญี หรือแผนกที่มีศักยภาพในการช่วยเหลือที่สูงกว่าได้ (พิจารณาตามความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล)

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- สรุปลักษณะเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการและการทบทวนปรับปรุงระบบ

1.2 มีแนวทางในการประเมินเบื้องต้นเพื่อพิจารณารับไว้ดูแลอย่างเหมาะสมกับความเร่งด่วนที่จะต้องได้รับบริการของผู้ป่วย

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

1. บุคลากรแผนกฉุกเฉินแนะนำชื่อและบทบาทหน้าที่ของตน ให้ผู้ป่วยรับทราบก่อนการสัมภาษณ์ประวัติ ตรวจประเมิน และรักษาผู้ป่วย
2. Triage การคัดแยกผู้ป่วย ได้แก่

จุดคัดแยกผู้ป่วยเห็นได้ชัด เข้าถึงง่าย ไม่มีสิ่งกีดขวาง มีอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม

 - ผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินได้รับการคัดแยกตามระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงตั้งแต่แรกรับอย่างเหมาะสม รวดเร็ว และทันทั่วทั้ง ด้วยวิธีการที่มีมาตรฐาน เพื่อจัดลำดับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา ก่อน-หลัง ตามความเร่งด่วน
 - บุคลากรที่ทำการคัดแยกผู้ป่วยมีประสบการณ์ ได้รับการอบรมทบทวนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างคล่องแคล่ว รวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม
 - มีการบันทึกระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยตามการคัดแยกในเวชระเบียนเสมอ
 - ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคัดแยกและระยะเวลาการรอคอยแพทย์ตรวจ
 - มีการทบทวนและปรับปรุงคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
3. การส่งผู้ป่วยเข้าสู่พื้นที่ต่างๆ

<ul style="list-style-type: none"> ● มีการส่งผู้ป่วยแต่ละรายไปยังพื้นที่สำหรับรอตรวจ และพื้นที่สำหรับตรวจรักษาที่เหมาะสมกับระดับการคัดแยก ● มีการแจ้งระยะเวลาการรอคอยโดยประมาณแก่ผู้ป่วยที่รอตรวจรักษาและผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในกระบวนการตรวจรักษา <p>4. Initiation of care การดูแลรักษาเบื้องต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยที่มาแผนกฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาตามความเร่งด่วนจากการคัดแยกอย่างเหมาะสม ● ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ได้รับการดูแลรักษาโดยทันที ● ผู้ป่วยที่รอตรวจได้รับการปฐมพยาบาลและรักษาอาการเบื้องต้นอย่างเหมาะสม (ตามความจำเป็น)
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ● การทบทวนอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองฉุกเฉินเช่น under triage
1.3 การเตรียมผู้ป่วยก่อนรับไว้รักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม ทั้งการให้ข้อมูล การขอความยินยอม การเตรียมตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษต่างๆ
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<p>1. Registration การลงทะเบียนผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีการลงทะเบียนผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงแรกรับ โดยไม่ขัดขวางกระบวนการดูแลรักษาเร่งด่วนที่จำเป็น ● การขอ/สอบถาม/สืบค้น/บันทึกข้อมูลพื้นฐานบุคคลของผู้ป่วย ต้องครบถ้วน สมบูรณ์ มีขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ล่วงเกินสิทธิส่วนบุคคล และไม่มากเกินไป <p>2. Obtaining patient files การสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบันทึก จัดเก็บ สืบค้นเวชระเบียน และรายงานข้อมูลผู้ป่วย ● มีระบบที่ช่วยให้บุคลากรสามารถสืบค้นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เคยมารับบริการ และสามารถขอประวัติการตรวจรักษาจากสถานพยาบาลอื่นที่ผู้ป่วยเคยรับบริการมาก่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว ● การสืบค้นเวชระเบียนมีระบบแจ้งเตือนความเสี่ยงและข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้สืบค้นทราบได้ทันทีเมื่อเข้าถึงข้อมูล <p>3. Patient identification การระบุตัวผู้ป่วย ตามมาตรฐาน PSG1. โดยเฉพาะ Identification of the unknown patient การระบุตัวผู้ป่วยนิรนาม และ ในสถานการณ์ที่เกิดสาธารณภัย อุบัติภัย หรืออุบัติเหตุหมู่</p> <p>4. Physical privacy for patients การรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินให้เกียรติและรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยตลอดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งในขณะทำการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง การสัมภาษณ์ประวัติ การตรวจร่างกาย การส่งตรวจเพิ่มเติม การดูแลรักษา และการให้ข้อมูล ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ นโยบาย กฎระเบียบ และแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล ในการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยขณะทำการตรวจรักษา ● มีการจัดพื้นที่และบุคลากรสำหรับตรวจรักษาผู้ป่วยแต่ละภาวะ/โรคอย่างเหมาะสม มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ปราศจากการจ้องมองจากผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และการเปิดเผยร่างกายของผู้ป่วย

5. การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ

- บุคลากรแผนกฉุกเฉินผ่านการฝึกอบรมพัฒนาทักษะการสื่อสาร สามารถให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติได้เป็นอย่างดี
- มีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบชื่อและบทบาทของแพทย์และบุคลากรทุกคนที่ให้การดูแลรักษา
- มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสม ชัดเจน และเข้าใจได้ง่าย ครอบคลุมถึง สภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่จะได้รับ ผลลัพธ์และค่าใช้จ่าย (ในกรณีที่ต้องจ่าย) ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
- ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูล และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกและวางแผนการตรวจรักษา
- โรงพยาบาลมีล่ามหรือช่องทางในการติดต่อล่ามภาษาต่างๆ (ตามความจำเป็น) เพื่อให้บุคลากรแผนกฉุกเฉินขอความช่วยเหลือได้
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่ว่าจะจากโรค ภัย หรือระดับสติปัญญา บุคลากรแผนกฉุกเฉินต้องหาทางติดต่อครอบครัว ญาติ หรือผู้ดูแลโดยเร็ว
- ควรมีพื้นที่ในการสื่อสารกับญาติอย่างเหมาะสม (เช่นค่า) พื้นที่สำหรับการให้คำปรึกษา สื่อสาร พูดคุย กับผู้ป่วยและญาติ (พิจารณาจัดพื้นที่ที่เหมาะสม โดยเฉพาะในการสื่อสารเรื่องที่เป็นความลับของผู้ป่วย เรื่องที่อาจก่อให้เกิดความอับอายแก่ผู้ป่วย การแจ้งข่าวร้ายร้าย เป็นต้น)

6. Informed consent การให้ข้อมูลและการยินยอมรับการตรวจรักษา

- วิธีการตรวจรักษา บริการ หรือกิจกรรมที่ควรจะมีการให้ความยินยอม ได้แก่ การทำผ่าตัดและหัตถการรุกราน (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์
- ผู้ป่วย ญาติ และ/หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเป้าหมาย ความสำคัญ ความจำเป็น ประโยชน์ ผลข้างเคียง ความเสี่ยง และทางเลือกในการตรวจรักษาและ/หรือการส่งต่อ รวมถึงค่าใช้จ่าย (ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องชำระเงินในการตรวจรักษาบางประการเอง)
- มีการสำรวจความเข้าใจของผู้ป่วย ญาติ และ/หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมให้คำตอบที่ชัดเจน ไม่กำกวม เพื่อให้มีการวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจรักษา ร่วมกันได้อย่างเหมาะสม
- มีการให้ผู้ป่วย ญาติ และ/หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย ลงนามบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ผู้ป่วยรับการตรวจรักษาต่างๆ และจัดเก็บไว้ในเวชระเบียน
- ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตต้องได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมโดยทันที โดยไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมรับการรักษาก่อน (ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงระยะสุดท้าย และผู้ป่วยมีการชี้แจงที่ชัดเจนว่าไม่รับการรักษาที่เป็นเพียงการยืดระยะเวลาเสียชีวิต แพทย์อาจพิจารณาปรึกษาและเลือกให้การดูแลรักษาเท่าที่ผู้ป่วย ญาติ และ/หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยต้องการ)

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- การทบทวนอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลและการเข้ารับการรักษาและแนวทางการปรับปรุงรักษา

1.4 Patient placement เป็นไปอย่างเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยและเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น (ถ้ามี)
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. การรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด หน่วยบริการวิกฤต หน่วยบริการพิเศษ หรือหน่วยบริการอื่นๆ เป็นไปตามเกณฑ์/แนวทางปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ 2. มีการประสานงานและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • การทบทวนอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ Patient flow
1.5 มีความร่วมมือและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพกรณีที่มีระบบ fast track และมีการ monitor การบรรลุเป้าหมายของระบบอย่างต่อเนื่อง
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการสร้างแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ป่วยในระบบทางด่วนพิเศษ (Fast track) ร่วมกับทีมนำสหสาขา/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. บุคลากรแผนกฉุกเฉินมีการวางแผน เก็บข้อมูลผลการดำเนินงาน เผื่อระวังความเสี่ยง ทบทวน และพัฒนาร่วมกับทีมนำสหสาขา/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง โดยอาจนำส่วนที่เป็น Flow ในการปฏิบัติของแนวทางต่างๆ มาแสดงในเอกสาร
2. การประเมินผู้ป่วย
2.1 มีการประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรแผนกฉุกเฉินระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง พร้อมแนะนำชื่อและบทบาทหน้าที่ของตน ก่อนการสัมภาษณ์ประวัติ ตรวจร่างกาย และดูแลรักษาผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน 3. บุคลากรแผนกฉุกเฉินปฏิบัติงานและประเมินผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีม 4. การสัมภาษณ์ประวัติความเจ็บป่วย <ul style="list-style-type: none"> • มีการสัมภาษณ์ประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยทันทีที่สามารถทำได้ โดยพยายามค้นหาภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบตรวจรักษาโดยด่วน • มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและให้ข้อมูลแก่บุคลากร ไม่จำกัดเพียงให้ผู้ป่วยตอบคำถามเท่านั้น • การสอบถามประวัติครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ รวมถึงการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยเอง • มีการสอบถามประวัติของผู้ป่วยจากครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล เพื่อน ผู้พบเห็นเหตุการณ์ ขอประวัติจากสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเคยตรวจรักษา และค้นหาข้อมูลจากเวชระเบียนและ/หรือแหล่งข้อมูลอื่น ตามความจำเป็น 5. การตรวจร่างกาย

<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายที่ถูกต้อง เหมาะสม และครอบคลุมทุกปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แม่นยำและครบถ้วน โดยบุคลากรที่มีประสบการณ์ ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินเคารพในสิทธิผู้ป่วย ความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ และความรู้สึกของผู้ป่วย และญาติ ขณะตรวจร่างกายผู้ป่วย เช่น กรณีต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดความอายหรือไม่สบายใจขณะตรวจได้มาก เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตเวช ผู้ป่วยที่มีแผลอยู่บริเวณขาหนีบ ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ผู้คนในสังคมหวาดกลัว เป็นต้น - ผู้ป่วยที่มาจากท้องถิ่นที่มีวัฒนธรรมในการสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ต่างจากบุคลากรแผนกฉุกเฉิน - ผู้ป่วยที่ร้องขอผู้ตรวจที่เป็นเพศใดเพศหนึ่ง บุคลากรแผนกฉุกเฉินควรพิจารณาปฏิบัติตามความเหมาะสม หากสถานการณ์เอื้อให้สามารถทำได้ ● การตรวจร่างกายผู้ป่วยควรมีญาติ ผู้ติดตาม หรือบุคลากรที่ผู้ป่วยไว้อยู่ด้วย (หากผู้ป่วยยินยอมและสถานการณ์เอื้อให้สามารถทำได้)
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวอย่างอุบัติการณ์เกี่ยวกับประเมินเพื่อปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ
2.2 มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกบนพื้นฐานวิชาการขึ้นำการประเมินผู้ป่วย
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินผู้ป่วยดำเนินการโดยทีมบุคลากรที่มีประสบการณ์ 2. มีการนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ได้มาตรฐานมาประยุกต์ใช้ในการประเมินผู้ป่วย ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้เกิดสิ่งแวดลอมที่ปลอดภัย ร่วมกับมีทรัพยากรในด้านบุคลากร เทคโนโลยี เครื่องมือ และอุปกรณ์ ที่เพียงพอและเหมาะสม
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวอย่างแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่มีพื้นฐานวิชาการ
2.3 มีบริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ บริการตรวจภาพรังสี และบริการ investigation อื่นๆ ที่จำเป็น พร้อมให้บริการในเวลาที่ต้องการ มีระบบประกันคุณภาพหรือการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจตามความเหมาะสม และมีการประสานงานกับทีมสหสาขาที่ดี
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลผ่านการประกันคุณภาพและรับรองมาตรฐานของการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจภาพรังสี และการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ โดยมีระบบการดูแลและตรวจสอบประสิทธิภาพ รวมถึงการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค อย่างสม่ำเสมอ 2. แผนกฉุกเฉินสามารถให้บริการและรับทราบผลตรวจดังกล่าวที่จำเป็นได้โดยสะดวก รวดเร็ว และทันท่วงที เหมาะสมกับระดับศักยภาพของโรงพยาบาล 3. แผนกฉุกเฉินมีอุปกรณ์ตรวจเพิ่มเติมข้างเตียงผู้ป่วย (Point of care testing) เหมาะสมกับระดับศักยภาพของโรงพยาบาล เช่น เครื่องตรวจ Capillary blood glucose เครื่อง Ultrasound เป็นต้น 4. บุคลากรแผนกฉุกเฉินได้รับการอบรมการส่งตรวจอย่างสมเหตุผลและคุ้มค่า 5. มีการทบทวนและประเมินความเหมาะสมในการส่งตรวจอย่างสม่ำเสมอ

<p>6. มีการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาทั้งภายในและระหว่างหน่วยงานที่เหมาะสม ทันทเวลา มีระบบการแจ้งเตือนในกรณีที่เกิดการตรวจมีผลที่ผิดปกติ และ/หรือ อันตรายต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร</p> <p>7. มีการบันทึกผลการส่งตรวจ การแปลผลการส่งตรวจ การวินิจฉัยที่ปรับเปลี่ยน และแผนการรักษาในเวชระเบียน พร้อมอธิบายผลตรวจแก่ผู้ป่วย ญาติ และ/หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยให้รับทราบและเข้าใจ</p> <p>8. มีระบบการมอบผลการตรวจที่สำคัญให้กับผู้ป่วยเพื่อใช้ตรวจติดตาม และ/หรือ ระบบส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้แก่สถานพยาบาลที่ตรวจติดตามผู้ป่วยต่อโดยตรง</p>
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างอุบัติการณ์ในการวินิจฉัยและการตรวจ investigate ต่างๆคลาดเคลื่อน
2.4 ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมมือและประสานงานกันในการประเมินผู้ป่วย มีการใช้ผลการประเมินร่วมกัน
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<p>ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันประเมินผู้ป่วยโดยครอบคลุมรอบด้านและประสานงานกัน มีการร่วมกันคิดวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมินเข้าด้วยกัน</p>
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างอุบัติการณ์ในการประสานงานที่คลาดเคลื่อน
2.5 มีการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การจำแนกความรุนแรงหรือ staging ของการเป็นโรค (ในกรณีที่จำเป็นสำหรับการวางแผนการรักษา) รวมทั้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการดูแล
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญ รวมถึงการวินิจฉัยโรค ความรุนแรง ระยะของการเป็นโรค และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการดูแล 2. มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคและข้อมูลดังกล่าวในเวชระเบียน และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในแผนกฉุกเฉิน
2.6. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนในเวลาที่กำหนด และพร้อมให้ผู้เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการบันทึกผลการสัมภาษณ์ประวัติ ตรวจร่างกาย การส่งตรวจต่างๆ และการประเมินลงในเวชระเบียนตั้งแต่เนิ่น ครบถ้วน ตรงตามมาตรฐาน และมีการบันทึกการเปลี่ยนแปลงการประเมินเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม พร้อมทั้งจะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์ 2. การบันทึกข้อมูลต้องอ่านง่าย ชัดเจน ไม่กำกวม เข้าใจไปในทางเดียวกัน พร้อมระบุวันที่และเวลาที่บันทึกเสมอ 3. มีการบันทึกและรายงานข้อมูลเกี่ยวกับภาวะ/โรคสำคัญต่างๆ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ ตามที่โรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และกฎหมายกำหนด เช่น โรคติดต่ออันตราย ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการสันนิษฐานหรือพิสูจน์พบว่าถูกละเมิดกรรม เป็นต้น
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างเวชระเบียนที่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

2.7 มีการอธิบายผลการประเมินให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจอย่างเหมาะสม
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
1. มีการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและญาติด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย พร้อมมีการตรวจสอบความเข้าใจ ประเมินความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ซักถาม และรับฟังความเห็นของผู้ฟัง
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • แนวทางการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว
2.8 มีการประเมินคุณภาพของการวินิจฉัยโรค (เช่น ความถูกต้อง ความครอบคลุม ความทันเวลา และความเป็นเหตุเป็นผลในการวินิจฉัย)
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
1. มีการประเมินคุณภาพและทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมอย่างสม่ำเสมอ พร้อมมีการปรับปรุง และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ผลการทบทวนเวชระเบียนที่มีความคลาดเคลื่อนการวินิจฉัย และการวิเคราะห์
3. การวางแผนดูแลผู้ป่วย
3.1 มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยซึ่งตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
1. แผนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมิน
2. การวางแผนดูแลผู้ป่วยมีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และอยู่บนหลักการการดูแลแบบองค์รวม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยเป็นหลัก
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างแผนการดูแลผู้ป่วย
3.2 มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกบนพื้นฐานวิชาการซึ่งนำการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
1. มีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างการใช้หลักฐานวิชาการในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
3.3 การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
1. การวางแผนดูแลผู้ป่วยมีการเชื่อมโยง/ประสานงาน/ส่งต่อข้อมูลระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยงานต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพและมีเป้าหมายที่ชัดเจน บุคลากรเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนและผู้ที่เกี่ยวข้อง
2. มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่อย่างมีประสิทธิภาพ ทันทีทันที่
3. มีกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในหรือห้องผ่าตัด ได้รับการตรวจรักษาที่เหมาะสม โดยไม่อยู่ที่แผนกฉุกเฉินนานโดยไม่จำเป็น เช่น มีการกำหนดระยะเวลาที่ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการนอน

<p>โรงพยาบาลอยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชั่วโมง แพทย์ห้องฉุกเฉินสามารถ Admit ผู้ป่วยได้โดยตรงตามข้อตกลงร่วมกัน มีระบบบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยในและห้องผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น</p>
<p>หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)</p> <ul style="list-style-type: none"> • แนวทางการประสานงานเชื่อมโยงวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ
<p>3.4 ผู้ป่วย/ครอบครัวมีโอกาสมีส่วนร่วมในการวางแผนหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ</p>
<p>แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการให้ข้อมูลและตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และ/หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย พร้อมบันทึกรายละเอียดไว้ในเวชระเบียน 2. มีการอธิบายขั้นตอนในการดูแลรักษาที่จะตามมาจากแผนที่วางไว้ 3. การประเมินความสามารถในการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> • บุคลากรแผนกฉุกเฉินผ่านการฝึกอบรมพัฒนาทักษะการประเมินความสามารถในการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจรักษาได้อย่างเหมาะสม • แผนกฉุกเฉินมีแนวทางปฏิบัติในการลงนามยินยอมก่อนรับการตรวจรักษาหรือทำหัตถการ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต โดยเป็นไปตามระเบียบของโรงพยาบาล มาตรฐานวิชาชีพ และบทกฎหมายที่เกี่ยวข้อง • มีการเจรจา แก้ไขความไม่เข้าใจ ความขัดแย้ง และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มของผู้ป่วยและญาติ อย่างเหมาะสม นุ่มนวล และเป็นกลาง ทั้งในกรณีที่มีผู้ป่วยและบรรดาญาติมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน หรือตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจรักษาที่ขัดกับศีลธรรม มาตรฐาน กฎระเบียบ หรือบทกฎหมายที่เกี่ยวข้อง • ผู้ป่วยที่มีภาวะที่ทำให้ไม่สามารถรับรู้และเข้าใจข้อมูลใดๆได้อย่างสมบูรณ์ ได้รับการรักษาภาวะคุกคามต่อชีวิตและภาวะฉุกเฉินต่างๆอย่างรวดเร็ว ทันทีที่ โดยไม่จำเป็นต้องมีการลงนามยินยอมก่อนรับการตรวจรักษา 4. กรณีที่ผู้ป่วย ญาติ และ/หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยปฏิเสธการรับการรักษาทั้งที่มีความจำเป็น บุคลากรแผนกฉุกเฉินจะต้องเน้นย้ำความสำคัญในการรักษา พร้อมข้อเสียและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากไม่รับการรักษาให้ทราบ โดยหากยังยืนยันการปฏิเสธ องค์กร/แผนกฉุกเฉินและผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีแนวทางวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และ/หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยใหม่ เช่น อาจให้การรักษาและสังเกตอาการที่แผนกฉุกเฉินเพิ่มเติม ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือให้กลับบ้าน โดยอาจพิจารณาให้ลงนามปฏิเสธการรักษาในหอผู้ป่วยในไว้เป็นลายลักษณ์อักษรร่วมด้วย
<p>หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างเอกสาร และ/หรือ แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในกรณีปฏิเสธการรับการรักษา
<p>3.5 แผนการดูแลมีความชัดเจนเพียงพอสำหรับการประสานงานและติดตามประเมินผล</p>
<p>แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วย โดยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการ และรายละเอียดการตรวจรักษาที่เพียงพอ ชัดเจน เข้าใจง่าย สามารถนำมาใช้ในการประสานงานและติดตามประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
<p>หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างการบันทึกการดูแลผู้ป่วยใน OPD card

3.6 มีการประเมินซ้ำและปรับแผนตามความเหมาะสม
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
1. มีการประเมินผู้ป่วยซ้ำ ประเมินผลการดูแลรักษา ทบทวน และปรับแผนการดูแลผู้ป่วยตามเหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติมหรือสภาวะ/อาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป รวมถึงกรณีที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากแผนกฉุกเฉิน
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • แนวทางการประเมินของห้องฉุกเฉิน
4. การดูแลผู้ป่วย
4.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนโดยผู้มีความรู้ความเข้าใจที่เหมาะสม คำนึงถึงความปลอดภัยและการบรรลุเป้าหมายตามแผน
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยทีมบุคลากรที่มีสมรรถนะและคุณสมบัติเหมาะสม เป็นไปตามหลักวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ และแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย 2. มีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล และประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล 3. Emergency care for vulnerable patients การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการวินิจฉัยผิดพลาด/อาการทรุดลง/พิการ/เสียชีวิต ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> ก. ผู้ป่วยที่มีอาการ/อาการแสดงของภาวะ/โรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการวินิจฉัยผิดพลาด/อาการทรุดลง/พิการ/เสียชีวิต ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติทางจิตเวช ผู้ป่วยใช้ยาในทางที่ไม่ถูกต้อง ต้มสุรา และ/หรือใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น ข. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในแผนกฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับภาวะ/โรค และความต้องการที่จำเพาะกับความเสี่ยงของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ทันที ค. มีการจัดอุปกรณ์ สถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการตรวจรักษา สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงแต่ละประเภท ง. บุคลากรแผนกฉุกเฉินมีทักษะในการระบุตัวและดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงแต่ละประเภท พร้อมมีระบบการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาโดยแพทย์/ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง/ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงประเภทต่างๆ
4. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
<ol style="list-style-type: none"> ก. แผนกฉุกเฉินมีแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการวางแผนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ข. มีแนวทางปฏิบัติในการร่วมให้ความคิดเห็นและตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจรักษาให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างบุคลากร ครอบครัว และ/หรือผู้ดูแล ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะที่ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจรักษาได้ด้วยตนเอง ค. มีแนวทางปฏิบัติในการตั้งเป้าหมายและขีดจำกัดในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในแผนกฉุกเฉิน ง. มีการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และ/หรือผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนส่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกจากแผนกฉุกเฉิน พร้อมบันทึกแผนการดูรักษาในเวชระเบียนให้เรียบร้อย

- จ. บุคลากรแผนกฉุกเฉินมีความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อในการดูแลและจัดการกับศพผู้ป่วย พร้อมสามารถออกหนังสือรับรองการตายได้อย่างถูกต้อง
- ฉ. มีการคำนึงถึงวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อในการดูแลและจัดการกับศพ ของครอบครัวผู้ป่วยอยู่เสมอ
- ช. โรงพยาบาลมีนโยบายอำนวยความสะดวกให้ครอบครัว ญาติ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เสียชีวิต สามารถอยู่กับศพภายในแผนกฉุกเฉินหรือห้องพักศพได้ตามเหมาะสม เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อ โดยอยู่ในความดูแลของบุคลากรโรงพยาบาล
5. การบริจาคอวัยวะและร่างกาย
- ก. โรงพยาบาลมีระบบและแนวทางปฏิบัติในการรับบริจาคอวัยวะ/ร่างกายของผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป
- ข. โรงพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐาน ระเบียบ ข้อกำหนด ข้อบังคับ และกฎหมาย ว่าด้วยเรื่องการประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ การรับแจ้งความประสงค์ การขอรับ และขั้นตอนการบริจาคอวัยวะ/ร่างกาย อย่างเคร่งครัด พร้อมจัดทำเอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน
- ค. บุคลากรแผนกฉุกเฉินสามารถให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ/ร่างกาย แก่ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย และประชาชนทั่วไปได้เป็นอย่างดี
6. การดูแลภาวะผิดปกติทางจิตเวช
- ก. บุคลากรแผนกฉุกเฉินผ่านการฝึกอบรมการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต/ภาวะผิดปกติทางจิตเวช โดยปฏิบัติตามมาตรฐาน ข้อกำหนด และบทกฎหมายที่เกี่ยวข้องเสมอ
- ข. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต/ภาวะผิดปกติทางจิตเวช ได้รับการตรวจรักษาที่เหมาะสม มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และได้รับความช่วยเหลือที่จำเป็นสำหรับข้อจำกัดอันเกิดจากความผิดปกติดังกล่าว อย่างเหมาะสม
- ค. มีการให้ข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะความต้องการพื้นฐานในด้านต่างๆที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต/ภาวะผิดปกติทางจิตเวชแต่ละราย
- ง. แผนกฉุกเฉินมีเครือข่ายร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชของโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ต่างๆ เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยและประชาชนร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
7. ผู้ป่วยที่ได้รับการล่วงละเมิดทางเพศ (Sexual abuse/harassment)
8. แผนกฉุกเฉินร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย มีการปกป้องและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับการละเมิดซ้ำ พร้อมมีทีมผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- ตัวอย่างแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง โดยอาจนำส่วนที่เป็น Flow ในการปฏิบัติของแนวทางต่างๆ มาแสดงในเอกสาร

4.2 การดูแลรวมถึงความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง การบำบัดอาการปวดและอาการอื่นๆ การใช้อาหาร/โภชนาการ การฟื้นฟูสภาพ/บำบัด/ออกกำลังกาย การป้องกันความเสี่ยงอื่นๆ การระงับความรู้สึกและการทำหัตถการ (ถ้ามี)

แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

1. มีแนวทางในการรักษาอาการปวด การระงับความรู้สึกขณะทำหัตถการ และการทำหัตถการที่รุกรานร่างกายผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน

<ul style="list-style-type: none"> ● มีการประเมินความจำเป็น ความเร่งด่วน และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในและหลังจำหน่ายออกจากแผนกฉุกเฉิน) ในการรักษาอาการปวด การระงับความรู้สึกขณะทำหัตถการ และการทำหัตถการที่รุกรักร่างกายผู้ป่วย ● มีการให้ข้อมูลและทางเลือกในการดูแลรักษา พร้อมให้ผู้ป่วยและญาติ มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีการ ● การรักษาอาการปวด การระงับความรู้สึกขณะทำหัตถการ และการทำหัตถการที่รุกรักร่างกายผู้ป่วย เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและหลักวิชาการที่เหมาะสม ทันสมัย มีการเตรียมสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น ● ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการ อาการแสดง สัญญาณชีพ ความปวด และภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง พร้อมมีการบันทึกอย่างเหมาะสม ● มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการรักษาอาการปวดและการระงับความรู้สึกขณะทำหัตถการ <p>2. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อ Medication and blood safety ความปลอดภัยในการใช้ยาในแผนกฉุกเฉิน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การสั่งและการใช้ยา เลือด และส่วนประกอบของเลือด ในแผนกฉุกเฉินมีความปลอดภัย บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด ● ผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามอาการและสัญญาณชีพเป็นระยะหลังได้รับยา เลือด และส่วนประกอบของเลือด พร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียงและอาการแพ้ที่อาจเกิดขึ้น <p>3. มีแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้รับการประเมินความเสี่ยง เฝ้าระวัง และป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง ● มีการค้นหาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมบริเวณแผนกฉุกเฉินที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอยู่เสมอ
<p>หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางปฏิบัติและตัวอย่างการทบทวนเหตุการณ์ การระงับความปวด การให้ยาให้เลือดผิด และการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน
<p>4.3 มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม ตามแนวทางและเป้าหมายการรักษา</p>
<p>แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)</p>
<p>1. การประเมินและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีระบบการประเมินและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้มาตรฐาน เช่น การใช้ EWS, MEWS, NEWS, SOS Score หรือเครื่องมืออื่นๆ ● บุคลากรแผนกฉุกเฉินผ่านการฝึกอบรม ทบทวน และพัฒนาทักษะการประเมินและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ● มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นอย่างเพียงพอและเหมาะสม ● ผู้ป่วยและญาติที่รอตรวจได้รับการแนะนำให้แจ้งบุคลากรทันทีที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง
<p>หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • แนวทาง/เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เป้าระวังการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของการเจ็บป่วยในห้องฉุกเฉินและผลการดำเนินการ
4.4 มีการตอบสนองอย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการตอบสนองและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง มีภาวะแทรกซ้อน เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรืออาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติอย่างเป็นระบบ เหมาะสม รวดเร็ว และทันที่ 2. มีการทบทวน แก้ไข และ/หรือปรับแผนการดูแลตามความเหมาะสม
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างการทบทวนเคสกรณีทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงในห้องฉุกเฉินอาการ
4.5 มีการประสานงาน/ขอคำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยร่วมอย่างเหมาะสม
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบและแนวทางปฏิบัติที่ช่วยให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน สามารถขอคำปรึกษา/ความช่วยเหลือในการตรวจรักษา จากแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาต่างๆ ภายในโรงพยาบาลและ/หรือสถานพยาบาลเครือข่ายได้อย่างเหมาะสม สะดวก รวดเร็ว โดยมีการใช้เทคโนโลยีโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น มีระบบโทรเวชกรรม (การนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงผู้ป่วย ญาติ และบุคคลอื่นสามารถสื่อสารโต้ตอบ พร้อมส่งต่อข้อมูลต่างๆ ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์กันได้ทันที แม้อยู่คนละสถานที่) เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย, มีการใช้ระบบโทรเวชกรรมระหว่างสถานพยาบาลในเครือข่าย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยและใช้สำหรับการปรึกษาแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่อยู่คนละสถานที่
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • แนวทางการประสานงานและขอคำปรึกษาในแผนกฉุกเฉิน
4.6 มีการประเมินคุณภาพของการดูแลรักษา (เช่น ความเหมาะสม/การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความทันเวลาในการตอบสนอง ฯลฯ)
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการประเมินคุณภาพของการดูแลรักษาในด้านต่างๆอย่างสม่ำเสมอ เช่น ความเหมาะสม การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ประสิทธิภาพ ปลอดภัย ความทันเวลาในการตอบสนอง เป็นต้น 2. มีการให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้รับบริการ มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพในด้านการสร้างความประทับใจในการดูแลรักษาภายในแผนกฉุกเฉิน โดยการแสดงความคิดเห็นผ่านช่องทางต่างๆ
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างการประเมินคุณภาพของการดูแลรักษา
5. การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง
5.1 มีการประเมินความจำเป็นในการได้รับความรู้ในแต่ละช่วงเวลาสำคัญของการดูแล
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรแผนกฉุกเฉินประเมินสภาวะของผู้ป่วย ความจำเป็น และความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเองของผู้ป่วย และญาติเสมอ เพื่อวางแผนและเชื่อมโยงกิจกรรมการให้ความรู้และเสริมพลังที่เหมาะสมเข้าไปในแต่ละขั้นตอนของการดูแล เพื่อให้มีความสามารถและความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยฉุกเฉิน

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • แนวทางการประเมินความต้องการ การรับรู้ ของผู้ป่วยและญาติในการบริการแผนกฉุกเฉิน
5.2 มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในลักษณะที่เข้าใจง่าย มีสื่อประกอบตามความเหมาะสม มีการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการแนะนำและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัว การมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การใช้ยาและเวชภัณฑ์ การสังเกตอาการ การตรวจติดตาม รวมถึงช่องทางในการขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ (เช่น ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน) และสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียงสถานที่พักอาศัยของผู้ป่วย 2. การแนะนำและให้ความรู้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย เหมาะสมกับปัญหาและความสามารถในการรับรู้และปฏิบัติของผู้ป่วยและญาติแต่ละราย 3. มีการใช้สื่อรูปแบบต่างๆ ตามความเหมาะสม เช่น รูปแบบลายลักษณ์อักษร รูปภาพ การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์แบบฟอร์ม แผ่นพับ โปสเตอร์ ป้าย เสียงตามสาย วิดีโอ และ/หรือสื่ออื่นๆ ที่เข้าใจง่ายและเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย 4. มีการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเสมอ
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • สื่อรูปแบบต่างๆ
5.3 มีการประเมินความต้องการการดูแล (healthcare need) ที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการประเมินความต้องการการดูแล (Healthcare need) ที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน โดยพิจารณาจากปัญหา/ความต้องการที่เกิดจากการเจ็บป่วย ความต้องการการดูแลต่อเนื่อง ภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ วิถีชีวิต พฤติกรรม สถานที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ความรู้ด้านสุขอนามัย ทักษะที่จำเป็น ชีตความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยและญาติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างรอบด้านและเป็นองค์รวม พร้อมมีการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและญาติร่วมด้วย
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • การทบทวนเคสที่กลับมารักษาซ้ำในแผนกฉุกเฉินด้วยโรคเดิม
5.4 มีการประเมินความพร้อม ความเต็มใจ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการประเมินความพร้อม ความเต็มใจ ความสามารถ และความคาดหวังของญาติในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 2. มีการให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • การทบทวนเคสที่กลับมารักษาซ้ำในแผนกฉุกเฉินด้วยโรคเดิม
5.5 ผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการร่วมกันจัดทำ self-management plan ตามความต้องการการดูแล (ครอบคลุม การดูแลต่อเนื่อง ทักษะที่ต้องทำด้วยตนเอง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ฯลฯ)
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)

1. บุคลากรแผนกฉุกเฉินและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลตามความต้องการการดูแล กำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในการดูแลสำหรับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งกำหนดแผนการติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
5.6 มีการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการประเมินความสามารถในการปฏิบัติ
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการฝึกสอนทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยและญาติ 2. มีการประเมินความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติ พร้อมเสริมพลังและปรับปรุงให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้
หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)
<ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างกลุ่มคนไข้และญาติที่ฝึกทักษะจำเป็นจากห้องฉุกเฉิน
5.7 ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล ได้รับการส่งต่อ ติดตาม ประเมินความก้าวหน้าและปรับแผนการดูแลเป็นระยะอย่างเหมาะสม มีการส่งต่อข้อมูลให้แก่สถานพยาบาลใกล้เคียงหรือชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลต่อเนื่อง
แนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (Guidance for ER Quality Development)
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน <ul style="list-style-type: none"> • มีการติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจำหน่ายตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การนัดตรวจติดตามการโทรศัพท์สอบถาม การส่งต่อผู้ป่วยให้กับสถานพยาบาลใกล้เคียง/สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ • มีระบบการประสานและส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ให้แก่ทีมบุคลากรทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2. การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลอย่างปลอดภัย <ul style="list-style-type: none"> • โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเครือข่ายมีระบบและแนวทางปฏิบัติในการรับส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และทันท่วงที • มีระบบการประสานและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่ทีมบุคลากรของโรงพยาบาลปลายทางที่รับส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ มีข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วนสมบูรณ์ • ผู้ป่วยและญาติรับทราบเหตุผลในการส่งต่อ ประโยชน์ที่ได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการส่งต่อ • ทีมบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อพร้อมมีสมรรถนะที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย • มีอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ ที่พร้อมใช้ เพียงพอ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย • ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยได้มาตรฐานความปลอดภัย • มีระบบติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรที่อยู่ในขณะส่งต่อผู้ป่วย และศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม

3. มีกระบวนการติดตามและประเมินผลการรับส่งต่อผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- ทบทวนเวชระเบียนคนไข้ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากห้องฉุกเฉินและเวชระเบียนคนไข้กรณีส่งต่อ
- ข้อมูล feedback การส่งต่อจากแผนกฉุกเฉิน

ตอนที่ IV ผลลัพธ์

องค์กรและหน่วยงานแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญเกี่ยวกับระบบการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉิน ที่ขอรับรองโดยแสดงผลส่วนต่างๆดังนี้

- 1) นำเสนอระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านผลลัพธ์และ กระบวนการของโรคที่ขอรับรอง
- 2) นำเสนอระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ คุณค่าจากมุมมองของผู้รับบริการ
- 3) นำเสนอระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความผูกพัน ความพึงพอใจ ชีต ความสามารถและทักษะของบุคลากร
- 4) นำเสนอระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของระบบสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ขอรับรอง
- 5) นำเสนอระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามแผน พฤติกรรมที่มี จริยธรรม การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ

ตัวอย่างตัวชี้วัดห้องฉุกเฉินคุณภาพ

ลำดับ	รหัสตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แหล่งที่มา	ประเภทตัวชี้วัด
1.	ER-PaS01	ร้อยละผู้ป่วยที่มี Under triage	< ร้อยละ 5	ER Safety Goal	Patient safety
2.	ER-PaS02	อัตราการวินิจฉัยผิดพลาด (Diagnostic Error)		ER Safety Goal	Patient safety
3.	ER-PaS03	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level1) ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit)	< ร้อยละ 12	Service Plan	Patient safety
4.	ER-PaS04	ร้อยละผู้ป่วยที่มา ER และกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง	< ร้อยละ 10	QA	Patient safety
5.	ER-Pr01	ร้อยละผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม	ร้อยละ 60	Service Plan	Process
6.	ER-Pr02	ร้อยละผู้ป่วย Non-trauma และเป็น Triage level 4,5 ใช้บริการห้องฉุกเฉินลดลง	ร้อยละ 5	Service Plan	Process
7.	ER-Pr03	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับ Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาที หรือได้รับ ทำ Primary PCI ภายใน 90 นาที	ร้อยละ 80	Service Plan, THIP II	Process
8.	ER-Pr04	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (Door to needle time)	ร้อยละ 70	Service Plan, THIP II	Process
9.	ER-Pr05	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง	ร้อยละ 90	Service Plan	Process
10.	ER-Pr06	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ได้รับ IV fluid 30 cc/kg(ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ภายใน 1 ชั่วโมง	ร้อยละ 90	Service Plan	Process
11.	ER-Pr07	อัตราของผู้ป่วย Trauma Triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	ร้อยละ 80	Service Plan	Process

12.	ER-PtE01	ร้อยละผู้ป่วยหนีกลับโดยไม่รอตรวจ (Left Without Being Seen)	น้อยกว่าร้อยละ 1	Evidence-based	Patient experience
13.	ER-PtE02	ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการ	ร้อยละ 80	QA	Patient experience
14.	ER-PerS01	อัตราการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรห้องฉุกเฉิน	0	ER Safety Goal	Personnel safety
15.	ER-PerS02	จำนวนครั้งบุคลากรถูกทำร้ายร่างกาย	0	ER Safety Goal	Personnel safety