

รายงานส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง พัฒนาการประเมินในผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน
ของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จัดทำโดย นางสาววรรณรักษ์ หนูเพชร
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สังกัดโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
สำนักการแพทย์

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารมหาระดับต้น รุ่นที่ ๓๖
สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

๑. หัวข้อ พัฒนาการประเมินในผู้ป่วยภาวะวิกฤตของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๒. ความสำคัญของการศึกษา/ที่มาของการนำเสนอ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลือรักษาอย่างทันท่วงทีแล้ว อาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งปัจจุบันการประเมิน ติดตามอาการการเจ็บป่วยขณะอยู่ในความดูแลรักษา เป็นส่วนสำคัญ อาจทำให้การเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นและเกิดความทุกข์ทรมานได้ รวมทั้งอาจทำให้เจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น และเกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง และการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว เหมาะสม เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือลดความรุนแรงของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้นลง การประเมินผู้ป่วยจึงต้องการความถูกต้อง และปลอดภัย

การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีการพัฒนาเรื่อยมา จนล่าสุดได้นำระบบการประเมิน จากการคัดกรองที่ได้มาตรฐานจากสหรัฐอเมริกาเป็นหลักแนวคิดเกณฑ์แบ่งตามความเร่งด่วน (EMERGENCY SEVERITY INDEX: ESI) ซึ่งการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน จะเน้นความปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว ลดความสูญเสีย ดังนั้นบุคลากรของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงมีบทบาทสำคัญที่ต้องใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ ในการบริหารจัดการ ตลอดจนสร้างแนวทางปฏิบัติ การประเมินในหน่วยงาน เพื่อพัฒนาการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในการบริการ สามารถประเมินให้การพยาบาลได้ทันที

ด้วยโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ ขนาด ๖๐ เตียง ให้บริการผู้ป่วยตะวันออกของกรุงเทพมหานคร ให้การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความปลอดภัยรวดเร็ว และการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วยบริการเป็นศูนย์กลาง รวมถึงการให้บริการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยวิกฤต โดยปัจจุบันมีผู้ป่วยที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลต้องรับให้บริการในการดูแลรักษาอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งการบริการเป็นไปตามนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นโยบายที่ ๓ ปลอดภัย (Community) ชีวิตปลอดภัย ทรัพย์สินปลอดภัย ชุมชนและสังคมปลอดภัย สอดคล้องตามแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๗๕) ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านที่ ๑ มหานครปลอดภัย มิติที่ ๑.๖ ปลอดภัยคนเมือง อาหารปลอดภัย (เป้าหมายที่ ๑.๖.๑) คนกรุงเทพฯ มีสุขภาพทางกายและทางจิตมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (เป้าหมายที่ ๑.๖.๓) คนกรุงเทพฯ ทุกคนมีโอกาสได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เท่าเทียม มีคุณภาพและมาตรฐาน (เป้าหมายที่ ๑.๖.๔) ประชาชนได้รับบริการช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อเจ็บป่วยขึ้นวิกฤตและเกิดอุบัติเหตุ(เป้าประสงค์ที่ ๑.๖.๔.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงเพื่อช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน

จากประสบการณ์ในการทำงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้จัดทำและการสอบถามจากพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการประเมิน ประเมินผู้ป่วยพบว่าผลการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ และสูงกว่าเกณฑ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ประเมิน ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอาจเกิดได้หลายปัจจัย ได้แก่ ๑) บุคลากรที่ปฏิบัติงาน มีประสบการณ์และความสามารถในการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้ามีความแตกต่างกัน ๒) ช่วงระยะเวลาการประเมินประเภทผู้ป่วยวิกฤตโดยเฉพาะนอกเวลาราชการบางช่วงเวลาผู้ที่ทำหน้าที่ประเมินเป็นพยาบาลน้องใหม่ที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า ๒ ปี ๓) ความรู้และความแม่นยำของพยาบาลในการประเมินใช้เกณฑ์การจัดแบ่งระดับความ

รุนแรงฉุกเฉินของหน่วยงาน ๔) อาการฉุกเฉินของผู้มารับบริการ ซึ่งจากการสอบถามพยาบาลที่ทำหน้าที่ประเมินให้ข้อมูลว่า บางรายที่มาถึงโรงพยาบาล ให้ข้อมูลในการประเมินในการให้คะแนนของตนเองอยู่ในระดับฉุกเฉินเร่งด่วนกว่าความเป็นจริง ซึ่งจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้การประเมินผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินของหน่วยงานต้อง นอกจากนั้นยังพบว่า บางรายขาดการประเมินซ้ำ อาจทำให้เกิดการสูญเสียทั้งชีวิต และใช้ทรัพยากรที่มากเกินไปจนเกินความจำเป็น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น และจากสถิติ ๓ ปีที่ผ่านมา (๒๕๖๐-๒๕๖๒) ๕๔,๒๙๐ ราย, ๕๖,๕๔๘ ราย, และ ๕๘,๔๒๒ ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี และมีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๖,๑๓๕ ราย ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๕, ๖๔๔ ราย และ ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๘,๘๘๘ ราย ตามลำดับ และเพื่อรองรับผู้รับบริการของแต่ละปีที่เพิ่มขึ้นของหน่วยงานให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น และจากการทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยในหน่วยงานพบว่า ขาดการประเมินซ้ำร้อยละ ๕ ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตแต่ละปีของหน่วยงาน (๒๕๖๐-๒๕๖๒) มีจำนวน ๔๕ ราย, ๕๖ ราย และ ๕๘ ราย ตามลำดับ

ผู้จัดทำจึงสนใจจัดทำแผนการพัฒนาการประเมินในผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉินของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มทักษะ ประสิทธิภาพ ความสามารถในการประเมิน และการบริหารจัดการพัฒนาระบบการประเมิน ลดความสูญเสีย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน อื่น ๆ ตามมา มีการวางแผนการพยาบาลดูแลที่มีคุณภาพดียิ่งขึ้น นำไปสู่เป้าหมายของการให้บริการที่ดีของหน่วยงาน และผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการนำแนวคิดการใช้สอน (Coach) แนะนำใช้ในการติดตามประเมินเพิ่มทักษะ ประสิทธิภาพ ผู้การวางแผนการพยาบาล การบริการปฏิบัติหน้าที่งาน ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานที่สำคัญของโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นด่านแรกในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการที่มีอาการเฉียบพลัน และอยู่ในภาวะวิกฤต ต้องการการช่วยเหลือที่เร่งด่วน จึงต้องพัฒนาการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การให้บริการผู้ป่วยภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน ซึ่งต้องได้รับการประเมินที่ถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย โดยสามารถได้รับการวางแผนรักษา สามารถรายงานอาการผิดปกติได้ทันท่วงที และดูแลให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ลดการสูญเสียชีวิต ไม่เกิดความพิการ หรือภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

๓. วัตถุประสงค์

- ๓.๑ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต
- ๓.๒ เพื่อพัฒนาการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ถูกต้อง และมีคุณภาพมากขึ้น

๔. เป้าหมาย

- ๔.๑ บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ ในการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ถูกต้อง

๕. แนวคิด/หลักการที่ใช้ในการศึกษา

การจัดทำรายงานการศึกษาส่วนบุคคลครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสาร แนวคิดและทฤษฎี รวมทั้งความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมนำมาใช้ในการทำรายงานครั้งนี้ ดังนี้

๕.๑ การวิเคราะห์ภายในและภายนอกของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักงานการแพทย์ ด้วยการวิเคราะห์ SWOT Analysis

ปัจจัยภายนอก ได้แก่

-จุดเด่นหรือจุดแข็ง (S : Strength) เป็นการพิจารณาปัจจัยภายในขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับจุดเด่น ความสามารถ ความเข้มแข็ง ศักยภาพที่นำมาใช้ในการพัฒนาองค์กรได้ และควรดำรงไว้เพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กร

-จุดด้อยหรือจุดอ่อน (W :Weaknesses) เป็นการพิจารณาปัจจัยภายใน เกี่ยวกับเป็นจุดด้อย ความอ่อนแอ ข้อจำกัด ความไม่พร้อม ข้อเสียเปรียบหรือประเด็นปัญหาหรือความต้องการขององค์กรที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้นหรือขจัดให้หมดไป อันจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

-โอกาส (O : Opportunities) เป็นการพิจารณาปัจจัยภายนอก ว่าปัจจัยใด ๆ ที่สามารถส่งผลประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดำเนินงานขององค์กร และสามารถนำข้อดีเหล่านี้มาเสริมสร้าง สนับสนุน ช่วยเหลือให้องค์กรเข้มแข็งหรือประสบความสำเร็จได้

-อุปสรรค (T :Threats) เป็นการพิจารณาปัจจัยภายนอก ที่เป็นอุปสรรคหรือภัยคุกคามที่ส่งผลกระทบหรือก่อให้เกิดผลเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งองค์กรจำต้องหลีกเลี่ยง หรือปรับสภาพองค์กรให้มี ความแข็งแกร่งพร้อมที่จะเผชิญแรงกระแทกดังกล่าวได้

โดยมีรายละเอียดการพิจารณา SWOT Analysis ของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักงานการแพทย์ ในการดำเนินการตามโครงการฯ ดังนี้

-จุดเด่นหรือจุดแข็ง (S : Strength)

๑) มีพยาบาลที่จบอบรมเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

๒) มีพยาบาลที่ประสบการณ์มากกว่า ๑๐ ปี

๓) นโยบายผู้บริหารสนับสนุน ส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการอบรมเพิ่ม

ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์เพิ่มความรู้การดูแล

๔) มีแนวทาง WI ESI

-จุดด้อยหรือจุดอ่อน (W :Weaknesses)

๑) ขาดการติดตามการประเมินและสอนเรื่องการประเมินที่ชัดเจน

๒) ขาดการปรับปรุง WI ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ต่อเนื่อง

๓) ขาดการสอน (Coach) และ (Mental) ในพยาบาลที่ประสบการณ์ต่ำกว่า ๒ ปีที่

ต่อเนื่อง

๔) เครื่องมือไม่เพียงพอ

-โอกาส (O : Opportunities)

๑) มีความต้องการของบุคลากรเพื่อเพิ่มทักษะ ประสบการณ์ของตนเข้าสู่มาตรฐาน

๒) หน่วยงานจัดอบรม หรือ สอนกันในที่

๓) ประชุมหน่วยงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสื่อสาร ลดความเครียดหน้างาน

-อุปสรรค (T :Threats)

๑) ไม่มีการตั้งทีมประเมินจากหน่วยงานอื่นที่ต่อเนื่อง

สรุปการวิเคราะห์ SWOT Analysis พบว่า ควรมีการพัฒนาการประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉินในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากจากการสำรวจข้อมูลในหน่วยงาน บุคลากรในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ ESI จากการประเมินอยู่เดิม แต่ขาดการประเมินติดตาม การสอน การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตที่หน่วยงาน ทำให้เสียทรัพยากรทั้งบุคลากรและเครื่องมือโดยไม่จำเป็น แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการพัฒนาการประเมินของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถประสบความสำเร็จไม่ได้เนื่องจากขาดทักษะ ความเข้าใจ ประสบการณ์ของบุคลากร ไปแนวเดียวกัน ขาดช่องทางการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์สารสนเทศระหว่างผู้บริการ และเพิ่มการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมถึงสามารถสร้างเครือข่ายในการใช้พื้นที่ได้

๕.๒ การดำเนินโครงการตามหลัก PDCA

กระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ของศาสตราจารย์เดมมิง (Deming's cycle) ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอนซึ่งต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

-P - Plan การวางแผน

ขั้นตอนการวางแผนครอบคลุมถึงการกำหนดกรอบหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ฯลฯ การวางแผนยังช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และช่วยลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งในด้านคน วัตถุดิบ ชั่วโมงการทำงาน เงิน เวลา ฯลฯ โดยสรุปแล้ว การวางแผนช่วยให้รับรู้สภาพปัจจุบัน พร้อมกับกำหนดสภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต ด้วยการผสมผสานประสบการณ์ ความรู้ และทักษะอย่างลงตัว โดยทั่วไปการวางแผนมีอยู่ด้วยกัน ๒ ประเภทหลัก ๆ ดังนี้

ประเภทที่ ๑ การวางแผนเพื่ออนาคต เป็นการวางแผนสำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือกำลังจะเกิดขึ้น บางอย่างเราไม่สามารถควบคุมสิ่งนั้นได้เลย แต่เป็นการเตรียมความพร้อมของเราสำหรับสิ่งนั้น

ประเภทที่ ๒ การวางแผนเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เป็นการวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเพื่อสภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเราสามารถควบคุมผลที่เกิดขึ้นได้ด้วยการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปัจจุบัน

เทคนิคการวางแผนที่ดีควรตอบคำถามต่อไปนี้ ได้แก่ มีอะไรบ้างที่ต้องทำ ใครทำ ต้องใช้อะไรบ้าง ระยะเวลาในการทำงานแต่ละขั้นตอนเป็นเท่าใด ลำดับการทำงานเป็นอย่างไร ควรทำอะไรก่อนอะไรหลัง เป้าหมายในการกระทำครั้งนี้คืออะไร

-D - Do ปฏิบัติ

ขั้นตอนการปฏิบัติ คือ การลงมือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามทางเลือกที่ได้กำหนดไว้ในขั้นตอนการวางแผน ในขั้นนี้ต้องตรวจสอบระหว่างการปฏิบัติด้วยว่าได้ดำเนินไปในทิศทางที่ตั้งใจหรือไม่ พร้อมกับสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบด้วย ไม่ควรปล่อยให้งานที่สุดท้ายเพื่อดูความคืบหน้าที่เกิดขึ้น หากเป็นการปรับปรุงในหน่วยงานผู้บริหาย่อมต้องการทราบความคืบหน้าอย่างแน่นอน เพื่อจะได้มั่นใจว่าโครงการเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด

เทคนิคขั้นตอนการปฏิบัติ คือ ทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก จะได้ไม่ต้องแก้ไข หรือรับผลเสียจากการกระทำที่ผิดพลาด การตรวจสอบทุกขั้นตอน หากพบข้อบกพร่อง ให้รีบแก้ไขก่อนที่ความเสียหาย จะขยายเป็นวงกว้าง

-C - Check ตรวจสอบ

ขั้นตอนการตรวจสอบ คือ การประเมินผลที่ได้รับจากการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง การตรวจสอบทำให้ทราบว่าการปฏิบัติในขั้นที่สองสามารถบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ สิ่งสำคัญก็คือ ต้องรู้ว่าตรวจสอบอะไรบ้างและบ่อยครั้งแค่ไหน ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบจะเป็นประโยชน์สำหรับขั้นตอนถัดไป

เทคนิคขั้นตอนตรวจสอบ คือ ตรวจสอบวิธีการและระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติจริงว่าทำได้ตามแผนหรือไม่ การตรวจสอบผลที่ได้ว่าได้ตามเป้าหมายหรือไม่

-A - Act ปรับปรุงการดำเนินการให้เหมาะสม

ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสมจะพิจารณาผลที่ได้จากการตรวจสอบ ซึ่งมีอยู่ ๒ กรณี คือ ผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่วางไว้ หรือไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ หากเป็นกรณีแรกก็ให้นำแนวทางหรือกระบวนการปฏิบัตินั้นมาจัดทำให้เป็นมาตรฐาน พร้อมทั้งหาวิธีการที่จะปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นไปอีก ซึ่งอาจหมายถึงสามารถบรรลุเป้าหมายได้เร็วกว่าเดิม หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเดิม หรือทำให้คุณภาพดียิ่งขึ้นก็ได้ แต่ถ้าหากเป็นกรณีที่สอง ซึ่งก็คือผลที่ได้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนที่วางไว้ ก็ควรนำข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์ และพิจารณาว่าควรจะดำเนินการอย่างไรต่อไป

เทคนิคขั้นตอนการปรับปรุงการดำเนินการให้เหมาะสม คือ หลังจากตรวจสอบแล้ว ถ้าเราทำได้ตามเป้าหมายให้รักษาความดีนี้ไว้ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อผิดพลาดไม่ว่าในขั้นตอนใดก็ตามให้หาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุ หาทางปรับปรุงเพื่อให้การปฏิบัติครั้งต่อไปดีขึ้นกว่าเดิม

การใช้วงจรบริหารคุณภาพในการดำเนินการตามหัวข้อ “พัฒนาการประเมินในผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉินของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน” จะทำให้สามารถดำเนินการโครงการได้บรรลุวัตถุประสงค์ได้



๕.๓ ทฤษฎี Benchmarking

Benchmarking คือกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแลกเปลี่ยนวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) กับองค์กรอื่นภายใต้กฎกติกาสากล โดยมีแนวคิดว่าองค์กรใดองค์กรหนึ่งนั้นไม่ได้เก่งไปทุกเรื่องมีองค์กรที่เก่งกว่าในบางเรื่อง

ดังนั้นการศึกษาจากประสบการณ์ตรงขององค์กรอื่นแล้วนำมาประยุกต์ให้เหมาะสม จะช่วยประหยัดเวลาและลดการดำเนินงานแบบลองผิดลองถูกทำให้ทราบถึงศักยภาพหรือขีดความสามารถที่แท้จริงขององค์กรของตนเองทำให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน

Benchmarking จึงเป็นเส้นทางลัดสู่ความเป็นเลิศอย่างก้าวกระโดด ผลที่ได้รับจากการทำ Benchmarking คือทำให้รู้ว่าใครหรือองค์กรใดเป็นผู้ปฏิบัติได้ดีที่สุดและมีวิธีปฏิบัติอย่างไร เพื่อองค์กรอื่นจะนำมาปรับปรุงผลการดำเนินงานของตนโดยเลือกสรรและนำวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศเหล่านั้นไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการทำงานของตนเองซึ่งไม่ใช่การลอกเลียนแบบแต่เป็นการสร้างสรรค์ผลงานใหม่ๆอันเกิดจากการเรียนรู้

๖. แนวทางการดำเนินการ/ระยะเวลา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

เพื่อให้การพัฒนาการประเมินในผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉินของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

๖.๑ ประชุมบุคลากรในหน่วยงาน ศึกษาเอกสารและทบทวนแนวทางการปฏิบัติงาน

๖.๒ วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ นำผลมาวิเคราะห์ วางแผนและจัดตั้งคณะทำงานโครงการฯ

๖.๓ ดำเนินงานตามแนวทางการ ดำเนินงานอย่างเป็นระบบด้วยวงจร PDCA พร้อมจัดทำโครงการเพื่อเสนอขออนุมัติ

๖.๔ ประเมินผลการให้ ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ รวมทั้งสอน เรื่องการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยให้การสอนตามขั้นตอน และปฏิบัติตามแนวทาง

๖.๕ ติดตามรายบุคคล เป้าหมายจำนวน ๒ ครั้ง

๖.๖ ประชุมชี้แจงให้บุคลากรในหน่วยงาน หลังจากปฏิบัติตามแนวทางการสอน

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	เดือน											
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑.ประชุมบุคลากรในหน่วยงาน ศึกษาเอกสาร และทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกัน	↔											
๒.วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ นำผลมาวิเคราะห์ วางแผน และจัดตั้งคณะทำงาน	↔											
๓.ดำเนินงานตามแนวทางการ ดำเนินงานอย่างเป็นระบบด้วยวงจร PDCA พร้อมจัดทำโครงการเพื่อเสนอขออนุมัติ		↔										
๔. ประเมินผลการให้ ความ รู้ ทัก ษะ ประสพการณ์ รวมทั้งสอน เรื่องการประเมินผู้ป่วย ภาวะวิกฤต โดยใช้การสอน ตามขั้นตอน และปฏิบัติตาม แนวทาง			↔									
๕.ติดตามรายบุคคล					↔							
๖. ประชุมชี้แจงให้บุคลากร ในหน่วยงาน หลังจาก ปฏิบัติตามแนวทางการสอน				↔								
๗.ปรับปรุงแผนกิจกรรม						↔				↔		
๘.ประเมินผลหลังดำเนิน โครงการ										↔		
๙.ดำเนินการขึ้น ตอน สนับสนุนและส่งเสริมโดย ชื่นชมและมอบรางวัลกับผู้ ที่ สามารถปฏิบัติ ได้สำเร็จ ตามวัตถุประสงค์											↔	
๑๐.สรุปและรายงานผล												↔

๗. ประโยชน์จากการศึกษา

- ๗.๑ พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ ด้านการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ถูกต้อง
- ๗.๒ ได้ปรับปรุงระบบการประเมิน และแนวทางการประเมินในผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ชัดเจน ถูกต้อง เพื่อรองรับผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๗.๓ ลดการสูญเสีย
- ๗.๔ เพิ่มความพึงพอใจต่อการบริการ

๘. งบประมาณ

ไม่ใช้งบประมาณ

๙. แนวทางการติดตามและประเมินผล

- ๙.๑ ตัวชี้วัดความสำเร็จ
 - ๙.๑.๑ ระดับผลผลิต (Output)
 - ๑) พยาบาลหรือบุคลากรที่มาปฏิบัติงาน ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผ่านการให้ความรู้ ทักษะด้านการประเมิน ๑๐๐ %
 - ๙.๑.๒ ระดับผลลัพธ์ (Outcome)
 - ๑) ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการประเมินในผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน
- ๙.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามและการประเมินผล (สำเร็จ)
 - ๙.๒.๑ แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรในการประเมินในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
 - ๙.๒.๒ แบบสอบถามความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ของหน่วยงาน

๑๐. ข้อเสนอแนะ

- ๑. นำผลการพัฒนาที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานกำหนดการทบทวนระบบการบริการด้านการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน เกณฑ์ชี้วัดเพื่อปรับคุณภาพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเป็นแนวทางในการบริหารงานด้านการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลต่อไป อย่างต่อเนื่อง
- ๒. ผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปบริหารความเสี่ยง และพัฒนาระบบงาน ประกันคุณภาพงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กัลยารัตน์ หล้าธรรม. (๒๕๖๐). การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาล
ศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พนอ เตชะอธิก และปรีวัฒน์ ภู่เงิน. (๒๕๕๗). กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน.
พิมพ์ครั้งที่ ๑. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานา.
- Hoot. N, Aronsky, D. (๒๐๐๘). **Systematic review of emergency department
crowding: Cause, effects, and solutions.** Annuals of emergency medicine.
๕๓(๒) : ๑๒๖-๑๓๖.
- Mavuso, Michael A. (๒๐๐๗). **Mentoring as Knowledge Management Tool in
Organisations.** Thesis (M.Phil.) Stellenbosch University.
- Yurkova, I, Wolf, I. (๒๐๑๑). **Under-triage as a significant factor affecting transfer
time between the emergency department and the intensive unit.**
Journal of Emergency Nursing. ๓๗(๕) : ๔๙๑-๔๙๖.
- Zachary, Lois J. (๒๐๐๐). **The Mentor's Guide: Facilitating Effecting Learning
Relationship.** Wiley: Jossey-Bass.

ภาคผนวก

เกณฑ์การประเมิน

เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน (Emergency Severity Index : ESI) version ๔ ซึ่งคิดค้นโดย Richard Wuez และ David Eitel มีการใช้แพร่หลายในสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก ESI เป็นระบบคัดกรองที่รวดเร็ว ทำได้ง่าย ผลิตพาดน้อยเน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ได้นำ ESI มาใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยหนัก มีเกณฑ์การจัดระดับความเร่งด่วนของ ESI ๕ ระดับ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ๒๕๕๔) แบ่งได้ ดังนี้

ระดับ ๑ หมายถึงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยรุนแรงกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต หากไม่ได้รับการปฏิบัติทางการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาท ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ซึ่งจะใช้สัญลักษณ์ “สีแดง”

ระดับ ๒ หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ บุคคลที่บาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติทางการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้นรุนแรงขึ้น หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมา ซึ่งจะใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง”

ระดับ ๓ หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ได้แก่ บุคคลที่บาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับการปฏิบัติทางการแพทย์ได้ในระยะเวลาหนึ่ง แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร และหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรจะให้อาการป่วยนั้นรุนแรงขึ้น หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ซึ่งจะใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว”

ระดับ ๔ หมายถึง ผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน อาจรอรับ หรือเลือกสรรบริการสาธารณสุขในเวลาทำการปกติได้โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้น หรือภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งจะใช้สัญลักษณ์ “สีขาวย”

ระดับ ๕ หมายถึง ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น ได้แก่ บุคคลที่มาใช้บริการสาธารณสุข หรือบริการอื่นโดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร ซึ่งจะใช้สัญลักษณ์ “สีดำ”

การพัฒนาคุณภาพตามวงจรคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพตามวงจรคุณภาพหนึ่งของเดมมิง (Deming cycle) หรือ PDCA cycle (Plan-Do-Check-Action) เป็นกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของการดำเนินงาน ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือวางแผน-ปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุง การดำเนินกิจกรรม PDCA อย่างเป็นระบบให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น วงจร PDCA มีขั้นตอน ดังนี้

๑. Plan (วางแผน) หมายถึง การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานวิธีการและ

ขั้นตอนที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนด ต้องเป็นไปตามนโยบายวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร การวางแผนจำเป็นต้องกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของวิธีการทำงาน ช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและช่วยลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้

๒. Do (ปฏิบัติ) หมายถึง การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ก่อนที่จะปฏิบัติงาน ควรศึกษา

ข้อมูลและเงื่อนไขของสถานการณ์ก่อน และดำเนินการไปตามแผน วิธีการและขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ ตลอดจนการบันทึก เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานขั้นตอนต่อไป

๓. Check (ตรวจสอบ) เป็นกิจกรรมเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผน มีปัญหาเกิดขึ้นใน

ระหว่างการปฏิบัติงานหรือไม่ การตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพของงาน

๔. Act (การปรับปรุง) เป็นกิจกรรมเพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลักจากได้ตรวจสอบแล้ว การ

ปรับปรุง อาจเป็นการแก้ไขเร่งด่วนเฉพาะหน้า หรือการค้นหาสาเหตุ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำอาจนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานการทำงานที่ต่างจากเดิม เมื่อมีการดำเนินงานตามวงจร PDCA ในรอบไหนข้อมูลที่ได้จากการปรับปรุงแก้ไขจะช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

แผนการพัฒนาศักยภาพบุคคล (ตัวอย่างการติดตามประเมิน)

Individual Development Program (IDP)

ชื่อ-นามสกุล.....นางสาวทดสอบ.....ดีดี.....ระยะเวลา.....งบประมาณปี..63.....

Competecy / ประเด็นที่ต้องการพัฒนา	เป้าหมายการพัฒนา	วิธีการ / กิจกรรม การพัฒนา	กำหนดการ				ผลการพัฒนา
			Q1	Q2	Q3	Q4	
• บริการที่ดี	• ปรับปรุงพฤติกรรมบริการ	• On the job Training	✓			✓	• พฤติกรรมบริการดีขึ้น
		• Mentoring	✓				• มอบพี่เลี้ยงดูแล
• การสื่อสาร	• สามารถเล็งเห็นปัญหา	• Project Assingment		✓			• มองเห็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นใน
	และลงมือกระทำการล่วงหน้า	• Expert Briefing	✓				หน่วยงาน และสร้างบรรยากาศของ
	เพื่อสร้างโอกาสในการพัฒนา						ความคิดริเริ่ม
	ระบบงาน						
• บริหารความเสี่ยง	• ปรับปรุงพฤติกรรมบริการ	• On the job Training	✓			✓	• พฤติกรรมบริการดีขึ้น
		• Mentoring		✓			• มอบพี่เลี้ยงดูแล
	• อบรมบริหารความเสี่ยง	• Expert Briefing				✓	• ผ่านอบรมบริหารความเสี่ยง
วิธีการพัฒนา	T = Training	P = Project Assingment	W = Work Shadowing				M = Mentoring
	E = Expert Briefing	S = Self Study	J = Job Swb				OJT = On the job Training

โปรดระบุทั้งวิธีการพัฒนาและหลักสูตรหรือเนื้อหาของการพัฒนาด้วยวิธีการนั้นๆ

Q1 = ต.ค.-ธ.ค. Q2 = ม.ค.-มี.ค. Q3 = เม.ย.-มิ.ย. Q4 = ก.ค.-ก.ย.

ลงชื่อ.....

...../...../.....

แบบฟอร์มการประเมินผลงานรอบที่..... ปี พ.ศ. 2563

ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล	สังกัด	ชื่อ-นามสกุลผู้ประเมิน
ตำแหน่ง		ตำแหน่งผู้ประเมิน
ระดับ	อายุงานในราชการ	ชื่อ-นามสกุลผู้บังคับบัญชาระดับถัดขึ้นไป
		ตำแหน่งผู้บังคับบัญชาระดับถัดขึ้นไป

มีฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ผู้ประเมิน และผู้รับการประเมินร่วมกันกรอก)

ตัวชี้วัดของหน่วยงานและส่วนราชการ		น้ำหนัก	คะแนน	คะแนนที่ได้ (คะแนน x 6) / 100	ผลการประเมินจากคะแนน เต็ม 6 (น้ำหนัก x คะแนนที่ได้)	
1	ผลสำเร็จรวมของหน่วยงาน					
	น้ำหนักรวม					

ตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการ		น้ำหนัก	เป้าหมาย	คะแนนที่ได้					ผลการประเมินจากคะแนนเต็ม 6 (น้ำหนัก x คะแนนที่ได้)	
				1	2	3	4	5		
1	เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการ PCT ทุกครั้ง		ร้อยละ 100							
2	ลดระยะเวลาการปฏิบัติการ		ร้อยละ 25							
3	ความพึงพอใจของบุคลากรทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน		ร้อยละ 80							

[illegible]

ตัวชี้วัดตามงานที่ได้รับมอบหมายพิเศษ		น้ำหนัก	เป้าหมาย	คะแนนที่ได้					ผลการประเมินจากคะแนนเต็ม 6 (น้ำหนัก x คะแนนที่ได้)	
				1	2	3	4	5		
1			ร้อยละ 90							
	น้ำหนักรวม									

สมรรถนะหลัก (ผู้ประเมิน และผู้รับการประเมินร่วมกันกรอก)

สมรรถนะหลักที่เลือกในปีนี้		น้ำหนัก	ระดับที่ต้องการ	ผลการประเมิน	คะแนนที่ได้	ผลการประเมินจากคะแนนเต็ม 5 (น้ำหนัก x คะแนนที่ได้)	
1	การมุ่งผลสัมฤทธิ์	35	2	3	5		
2	การทำงานเป็นทีม	35	2	2	4		
3	การบริการที่ดี	30	2	1	3		
	น้ำหนักรวม	100					

แผนพัฒนาในปีถัดไป (ผู้ประเมิน และผู้รับการประเมินร่วมกันกรอก)

สมรรถนะที่เลือกพัฒนา		กิจกรรมที่เลือกเพื่อการพัฒนา			ระยะเวลาในการจัดทำ	ทรัพยากรที่ต้องการสนับสนุนที่ต้องการจากองค์กร			วิธีการในการวัดผลสำเร็จ			เวลาที่ควรวัดผล
1	การบริการที่ดี											
2												

สรุปผลการประเมิน

ตัวชี้วัด		สรุปผลการประเมิน	ร้อยละของคะแนนรวม	ความคิดเห็น
1	ผลสัมฤทธิ์			
2	สมรรถนะ			

ผู้ถูกประเมิน และผู้บังคับบัญชาลงนามร่วมกัน (ผู้ประเมิน ผู้รับการประเมิน และผู้บังคับบัญชาระดับถัดขึ้นไปร่วมกันกรอก)

- | | | | | |
|---|--|------------------------------|----------------------------|--|
| 1 | ณ ต้นรอบรอบการประเมิน
วัน/เดือน/ปี..... | ลงลายมือชื่อผู้รับการประเมิน | ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา | ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชาระดับถัดขึ้นไป |
| 2 | ณ สิ้นสุดรอบรอบการประเมิน
วัน/เดือน/ปี..... | ลงลายมือชื่อผู้รับการประเมิน | ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา | ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชาระดับถัดขึ้นไป |