

การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ ลดตาย ด้วย Stroke Stemi

การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ ลดแออัด



นพ.อัศววัฒน์ เพ็ญพวงภควัฒน์
ผู้อำนวยการ รพ.หนองกี่ ปฏิบัติราชการนายแพทย์เชี่ยวชาญ
(ด้านเวชกรรมป้องกัน)

หน่วยงานหลัก : สสจ.บุรีรัมย์

หน่วยงานร่วม : รพศ/รพท./รพช./รพ.สต.

ประเด็นลดตาย Stroke /STEMI ปี 2565

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	อัตราการเสียชีวิตจาก Stroke ในรพ.ไม่เกินร้อยละ 7	อัตราการเสียชีวิตจาก STEMI ในรพ.ไม่เกินร้อยละ 9
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จังหวัดบุรีรัมย์มีอัตราเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 13.97 ต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิตในรพ.ของผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 7.63 อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด SK/RtPA ภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย (Diag to Needle Time) ภายใน 30 นาที ร้อยละ 97.14 อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย PPCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย (Onset to Balloon time) ร้อยละ 76.67 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.12 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ร้อยละ 1.42 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 10.49 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (Door to needle time) ร้อยละ 74.07 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ร้อยละ 92.34	

มาตรการ	พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยประชาชน/ชุมชน	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยง (CVD Risk)	การเข้าถึงระบบบริการและการแพทย์ฉุกเฉิน	พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่อง
กิจกรรมหลัก	จังหวัด พัฒนาศักยภาพบุคลากรการค้นหาประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป CVD Risk ในชุมชน บูรณาการร่วม App H4U อำเภอ พัฒนาศักยภาพ กศด.,อสม.และ EMR เรื่อง การค้นหาผู้ป่วยกลุ่ม CVD Risk 35 ขึ้นไป ในชุมชน บูรณาการร่วม App H4U หรือเครื่องมืออื่นๆ หน่วยบริการ 1.พัฒนาศักยภาพ อสม. และ EMR การค้นหาผู้ป่วยกลุ่ม CVD Risk 35 ขึ้นไป ในชุมชน บูรณาการร่วม App H4U หรือเครื่องมืออื่นๆ 2. สื่อสารประชาสัมพันธ์ 1 บ้าน 1 ใบ Stroke & STEMI Alert Awareness/โทร1669 , สपोर्टความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน และมีคู่ Buddy ช้างบ้านในการแจ้งเตือน 3. ส่งเสริมพัฒนา Health Station Excellent ให้มี Pluse Oximeter ที่มีคุณภาพ (Big Rock เขต 9) 4. Mapping CVD Risk ลดเสี่ยง (CVD Risk) ปักหมุดบ้านกลุ่มเสี่ยง พร้อม 1 บ้าน 1 ใบ Stroke& STEMI Alert และคืนข้อมูล Health Station /Stroke& STEMI Alert	จังหวัด Coaching กำกับติดตาม อำเภอ Coaching ให้ขวัญกำลังใจและรับฟังข้อมูล หน่วยบริการ 1. คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐาน 2. Mapping CVD risk ผู้ป่วย&ญาติ อสม.เฝ้าระวังและพัฒนา ระบบส่งต่อ 3. Empowerment เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง Stroke /STEMI เครือข่ายประชาสัมพันธ์,มิตรภาพบำบัดฯ, EMR เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่ต้องมาโรงพยาบาลหรือเรียกใช้บริการ 1669 4..ประสานและส่งเสริมให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบใช้ App H4Uหรือเครื่องมืออื่นๆ ในการดูแลสุขภาพ	จังหวัด 1. พัฒนาศักยภาพและพนักงานการแพทย์ฉุกเฉิน Emergency Medical Responder(EMR Stroke/STEMI) 2. พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการ EMR แบบ New Normal, Telemed ใน EMS ทุกคัน 3. Mapping CVD Risk ลดเสี่ยง (CVD Risk) 4. เพิ่ม CT Scan ใน รพ.ระดับ Node อำเภอ 1. ระบบบริการส่ง-ต่อ/ทรัพยากร และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 2. บันทึกข้อมูล Thai ACS registry ให้ครบถ้วน ถูกต้อง หน่วยบริการ 1.ประสานและส่งเสริมให้ Emergency Medical Responder(EMR Stroke/STEMI) ทุกหมู่บ้าน 2. Mapping CVD Risk ลดเสี่ยง (CVD Risk) ปักหมุดบ้านกลุ่มเสี่ยง พร้อม 1 บ้าน 1 ใบ Stroke & STEMI Alert	จังหวัด 1. ส่งเสริมและพัฒนา Case Manager และ Disease Manager มาใช้ และสนับสนุนให้มี Case Manager เฉพาะโรค /เพื่อการประสานการรับส่งต่อของผู้ป่วยและประสานข้อมูลติดตามเยี่ยม การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 2. มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงรุกในสถานบริการ อำเภอ มีการกำกับติดตามประเมินผล หน่วยบริการ 1. HBPM/SMBG ใน Pt HT/DM ที่ขาดยาและควบคุมไม่ได้ 2. อสม.เชี่ยวชาญ NCD บูรณาการ FR (EMR) ในการดูแลภาวะวิกฤต 3. ประสานการใช้ระบบรับยาใกล้บ้านใกล้ใจบ้านคุณภาพ 4. เยี่ยมติดตามดูแลผู้ป่วย Stroke & STEMI
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1 1. มีแผนอบรม กศด. , อสม.และ EMR เรื่อง การค้นหาผู้ป่วยกลุ่ม CVD Risk 35 ขึ้นไป ในชุมชนบูรณาการร่วม App H4U หรือ เครื่องมืออื่นๆ 2. มีแผนอบรมบุคลากรและพนักงานการแพทย์ฉุกเฉิน Emergency Medical Responder (EMR Stroke/STEMI) แบบ New Normal	ไตรมาส 2 1.ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองCVD Risk ร้อย ละ 20 2. กลุ่มเป้าหมายได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 20 3. ร้อยละ 60 ผู้ป่วย DM/HT คัดกรอง CVD Risk และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ไตรมาส 3 1. มี Emergency Medical Responder(EMR Stroke/STEMI) ทุกหมู่บ้าน 2. มีแนวทางระบบการบริหารจัดการ EMR แบบ New Normal 3. รพช.ทุกแห่งมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบ Thai ACS registry ร้อย ละ 80	ไตรมาส 4 1.อัตราตาย STROKE ไม่เกินร้อยละ 7 2.อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 25 ต่อแสนปชก. 3. อัตราตาย STEMI ในรพ. < ร้อยละ 9

เป้าหมายหลัก : 1. ลดอัตราการตายจาก Stroke /STEMI ปี 2565

“มีคู่ Buddy ช้างบ้านในการแจ้งเตือน”

2. การเข้าถึงระบบบริการและการแพทย์ฉุกเฉิน

“รู้เร็ว แจ้งเร็ว ส่งต่อเร็ว รักษาเร็ว”

กลยุทธ์

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยประชาชน/ชุมชน

กลยุทธ์ที่ 2. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง

กลยุทธ์ที่ 3 การเข้าถึงระบบบริการและการแพทย์ฉุกเฉิน

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่อง

ลดอัตราการตายจาก Stroke/STEMI ปีงบประมาณ 2565

มาตรการ/ กิจกรรมหลัก

1. พัฒนาศักยภาพ กสค.,อสม.และ EMR ค้นหาผู้ป่วยกลุ่ม CVD Risk 35 ขึ้นไป ในชุมชน บูรณาการร่วม App H4U

มาตรการ/กิจกรรมหลัก

2. จัดหาและอบรมเพิ่มศักยภาพให้กับ Buddy ช่างบ้านเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย,ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ

มาตรการ/กิจกรรมหลัก

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรฉุกเฉินการแพทย์ Emergency Medical Responder (EMR Stroke/STEMI) (ส่งต่อเร็ว,รักษาเร็ว)

บทบาทหน้าที่			ภาคีเครือข่าย
จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	
1.พัฒนาศักยภาพบุคลากรการค้นหาผู้ป่วยกลุ่ม AF ในชุมชน บูรณาการร่วม App H4U 2. พัฒนาบุคลากรและพนักงานการแพทย์ฉุกเฉิน Emergency Medical Responder (EMR Stroke/STEMI) 3. พัฒนาแนวทางระบบการบริหารจัดการ EMR แบบ New Normal, Telemed ใน EMS ทุกคัน	1.จัดทำแผนงาน/โครงการและพัฒนาศักยภาพ กสค.,อสม.และ EMR เรื่อง การค้นหาผู้ป่วยกลุ่ม CVD Risk 35 ขึ้นไป ในชุมชน บูรณาการร่วม App H4U หรือเครื่องมืออื่นๆ 2. จัดหาและอบรมเพิ่มศักยภาพให้กับ Buddy ช่างบ้าน	1. พัฒนาศักยภาพ อสม. และ EMR การค้นหาผู้ป่วยกลุ่ม CVD Risk 35 ขึ้นไป ในชุมชน บูรณาการร่วม App H4Uหรือเครื่องมืออื่นๆ 2. ส่งเสริมพัฒนา Health Station Excellent ให้มี Pluse Oximeter 3. จัดหาและอบรมเพิ่มศักยภาพให้กับ Buddy ช่างบ้าน	1. สื่อสารประชาสัมพันธ์ 1 บ้าน 1 ใบ Stroke & STEMI Alert Awareness/โทร 1669 , สपोर्टความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน และมีคู่ Buddy ช่างบ้านในการแจ้งเตือน 2. Mapping CVD Risk ลดเสี่ยง (CVD Risk) ปักหมุดบ้านกลุ่มเสี่ยง และคืนข้อมูล

เป้าหมาย /ตัวชี้วัด	1) ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน มีอสม.เชี่ยวชาญ new normal NCD2) ร้อยละ 20 ของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วย DMVHTไม่เป็นกลุ่มป่วยหมู่บ้านละ 3 คน 3) ร้อยละ 40 ของผู้ป่วย DM ควบคุมได้ดี 4) ร้อยละ 60 ผู้ป่วย HT ควบคุมได้ดี 4)จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่กำหนดเกณฑ์การRefer back ที่ส่งกลับดูแลรักษาต่อเนื่องที่รพช. (ปี 65เป็นBaseli ne) 5) อัตราการครองเตียงรพ.บร อยู่ระหว่าง 80-100	3) สัดส่วนผู้ป่วย OPD NCD รับบริการที่หน่วยบริการ ปฐมภูมิ : ทุติยภูมิ เขตชนบท 60:40 เขตเมือง 80:20
---------------------	--	--

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน	ปี 2564 อสม.เป็นหมอประจำบ้าน ร้อยละ 100 (2,715 คน) 4)จำนวนผู้ป่วยที่Refer back กลับ รพช. ปี 62= 3,641 ราย ปี 63= 3,859 ราย ปี64= 5)จำนวนวันนอนเฉลี่ยในCaseที่RW<1ของรพ.บร. ปี64= 2.8 วัน (ข้อมูลจาก HDC)	ร้อยละผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (=2.21%เป้า<1.95%) ร้อยละผู้ป่วย HT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (=4.95%เป้า <5%) (ข้อมูลจากศูนย์Refer รพ.บร)	สัดส่วนผู้ป่วยOPDรับบริการที่หน่วยบริการทุติยภูมิ : ปฐมภูมิ ในปี 2563 เขต ชนบท = 71:29 เขตเมืองบุรีรัมย์ = 71:29 นางรอง=61:39 5)อัตราการครองเตียงรพช. ปี64= 88.17 (ข้อมูลจากเอกสารตรวจราชการรอบ2/649คผ3-พค64)
---------------------------	---	---	---

มาตรการ	พัฒนาศักยภาพ อสม.เป็นหมอประจำบ้านด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3อ 2 ส)	เพิ่มการ Refer Back	พัฒนาระบบบริการในรูปแบบ Buddy Hospital และ Node Strengthening		พัฒนาระบบสนับสนุนลดแออัด	ลดระยะเวลารอคอย
---------	--	---------------------	---	--	--------------------------	-----------------

กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด 1) พัฒนาหลักสูตรครู ก หมอประจำ บ้าน เชี่ยวชาญ ด้าน new normal NCD และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดระบบบริการ Pt DM/HT สี่เชี่ยวชาญในชุมชน ระดับ อำเภอ 1) พัฒนาคู ช ระดับอำเภอ 2) พัฒนาศักยภาพนักปรับเปลี่ยน พฤติกรรมระดับ รพ.สต.(Health Coach) ระบบ H4U กับ 3 หมอ และจัดระบบบริการPt DM/HT สี่เชี่ยวชาญในชุมชนทุกตำบล ระดับ หน่วยบริการ 1)พัฒนาศักยภาพ อสม.เป็นหมอประจำบ้าน เชี่ยวชาญด้าน new normal NCD ให้มีความรู้เรื่องการเจาะเลือด การวัด BP และระบบ ยาในการดูแลผู้ป่วย DMVHT สี่เชี่ยวชาญในชุมชนทุกหมู่บ้าน 2) สนับสนุน อสม.หมอประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (DM/HT) ผ่าน Smart อสม.และมี Individual care plan 3) สนับสนุน อสม..หมอประจำบ้าน ในการจัดบริการในชุมชนโดย บูรณาการร่วมกับงาน NCD 4) สนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน 5) สนับสนุนการพัฒนาHealth Station ให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อ Self Screening และเพิ่ม Home BP และ SMBG	ระดับจังหวัด 1) สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการจัดทำเกณฑ์การ Refer back 2) สื่อสารแนวทางเกณฑ์ ReferBack ให้ทุก รพ.รับทราบปฏิบัติตามทางเดียวกัน 3) นิเทศ กำกับติดตามการปฏิบัติ ระดับอำเภอ - ระดับหน่วยบริการ 1) ปฏิบัติตามแนวทาง และ feed back ผลการปฏิบัติในที่ประชุม	ระดับจังหวัด Buddy hospital 1) กำหนดและประกาศนโยบายการดำเนินงาน รพ.Buddy Hospital 2) สนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงาน รพ.Buddy Hospital ระดับอำเภอ 1) สื่อสารนโยบายการดำเนินงาน รพ.Buddy Hospitalให้CUPทราบ ระดับหน่วยบริการ 1) ดำเนินการตามแผนให้บริการของ รพ.Node คู่ Buddy	ระดับจังหวัด Node Strengthening 1) เพิ่มระดับศักยภาพ รพช. โดยร่วมกับ รพช.ตั้งเป้าบริการที่ต้องทำได้สำเร็จภายในปี 65 2) สนับสนุนและส่งเสริมการให้บริการที่ รพช.กำหนดเป้าหมายที่ต้องทำได้ภายในปี 65 3) นิเทศ กำกับติดตาม การพัฒนาศักยภาพของ รพช.ตามข้อตกลง ระดับอำเภอ 1) พัฒนาศักยภาพ (ด้าน คน เงิน ของ) ร่วมกับระดับจังหวัด ระดับหน่วยบริการ 1) ร่วมกำหนดข้อตกลงและตั้งเป้าการให้บริการที่ต้องทำได้ในปี 65 2) วิเคราะห์ส่วนขาดและวางแผนการพัฒนาเพื่อปิดส่วนขาดเพื่อให้บริการได้ตามเป้าหมายบริการที่ตั้งไว้ 3) ดำเนินการตามบริการที่ตั้งเป้าไว้	ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ 1) ส่งเสริมการพัฒนาการนำ ระบบ Tele-health มาใช้ใน พื้นที่ระดับ รพ.สต.ทุกแห่ง/ ชุมชนต้นแบบ ระดับหน่วยบริการ 1) สนับสนุนให้ประชาชนมี personal health record สมุด มุดสุขภาพประชาชน (H4U) ช่วยลดขั้นตอนการรับบริการ ระดับปฐมภูมิ	ระดับจังหวัด 1) สนับสนุนให้หน่วยบริการทุกระดับจัดระบบบริการโดยใช้ LEAN Concept ระดับอำเภอ : ระดับหน่วยบริการ 1) ปรับระบบบริการ Smart OPD มีระบบนัดเชื่อมต่อเวลา 2 มีการ Segment กลุ่มผู้ป่วยให้เหมาะกับช่วงเวลา
					กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ / กลุ่มงานNCD	กลุ่มงาน NCD

ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ /กลุ่มงานNCD	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
--------------	-----------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Small Success	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
	1)อบรม อสม. เป็น หมอประจำบ้านเชี่ยวชาญด้านNew No rmal NCD และจัดระบบบริการ Pt DMVHT สี่เชี่ยวชาญใน ชุมชน 1 ตำบล100% 2)ปชช.และกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง DMVHT 90% (ผ่าน Smart อสม.) 3)ร้อยละ 50 ของหมู่บ้านมี Health Station ระดับดีเยี่ยม 4) จัดตั้ง คกก./คทง.พัฒนาระบบการRefer Back 5) ได้กลุ่มโรคที่ต้องจัดทำแนวทาง Refer Back 6) ประกาศนโยบาย Buddy Ho spital 7) มีการกำหนดศักยภาพหรือตั้งเป้าบริการที่ต้องทำได้ สำเร็จปี 65 และกำหนด ศัพท์ที่อำเภอที่จะมารับบริการ	1)ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 80% และจัดระบบ บริการ Pt DMVHT สี่เชี่ยวชาญใน ชุมชน อย่างน้อย 2ตำบล โดยสมัครใจ 2)มีการดำเนินงานจัดทำแนวทางเกณฑ์การ Refer Back ตาม กลุ่มโรคที่กำหนด 3) มีการวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อหาส่วน ขาด(คน เงิน ของ) และวางแผน ปิดส่วน ขาดเพื่อให้สามารถดำเนินการตามข้อตกลงได้ 4) มีแผนการให้บริการของรพ. No de คู่ Buddy 5) สื่อสารแผนแก่ รพช.ทราบเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับบริการ	1)ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามทุก 3 เดือน ร้อยละ 100 ผ่านระบบ Smart อสม.หรือ H4U 2)มีการจัดระบบ Extend NCD ด้วยระบบ H4U ,3 หมอ และจัดระบบ บริการ Pt DMVHT สี่เชี่ยวชาญใน ชุมชน ทุกตำบล โดยสมัครใจ 3)จำนวน ผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่กำหนดเกณฑ์การ Referback ที่ส่งกลับ ไปดูแลต่อที่รพช. (เก็บเป็นBase line) 4)อัตราการครองเตียง รพช. 80-100 5)จำนวน ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในรพ คู่ Buddyในแต่ละสาขา 6)มีการดำเนินงานตามแผนในการปิด Gap	1)กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ป่วย ร้อยละ20% 2)ระยะเวลารอคอยรวมผู้ป่วย O PDกลุ่มทั่วไปลดลง 3)ระยะเวลารอคอยผู้ป่วย O PD DMVHTลดลง โดยจัดระบบ บริการ Pt DMVHT สี่เชี่ยวชาญใน ชุมชน ทุกหมู่บ้านโดยสมัครใจ 4)จำนวน ผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่กำหนดเกณฑ์การ Referback ที่ส่งกลับ ไปดูแลต่อที่รพช. (เก็บเป็นBase line) 5)อัตราการครองเตียง รพช. 80-100 6)จำนวน ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในรพ คู่ Buddyในแต่ละสาขา 7)เริ่มมีการดำเนินงานในการให้บริการตามศักยภาพที่ได้ทำข้อตกลง



เป้าหมายหลัก : 1.ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ
2.ลดแออัด และระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาล

กลยุทธ์

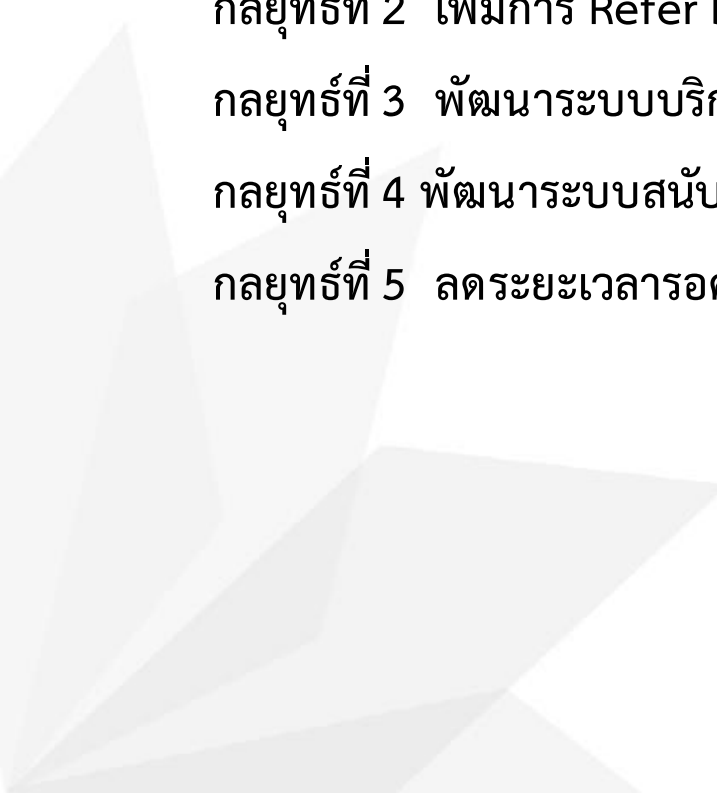
กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพ อสม.เป็นหมอประจำบ้านด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(3อ 2 ส)

กลยุทธ์ที่ 2 เพิ่มการ Refer Back

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการในรูปแบบ Buddy Hospital และ Node Strengthening

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบสนับสนุนลดแออัด

กลยุทธ์ที่ 5 ลดระยะเวลารอคอย



ลดแออัดและระยะเวลารอคอย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

มาตรการ/กิจกรรมหลัก

- พัฒนาหลักสูตรครู ก หอมประจำบ้านเชี่ยวชาญ ด้าน new normal NCD ,การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจัดระบบบริการ Pt DM/HT สีเขียวอยู่ในชุมชน

มาตรการ/กิจกรรมหลัก

- ส่งเสริมการพัฒนากำรนำ ระบบTele-health มาใช้ใน พื้นที่ระดับ รพ.สต.ทุกแห่ง/ ชุมชนต้นแบบ

มาตรการ/กิจกรรมหลัก

- สนับสนุนให้หน่วยบริการทุกระดับจัดระบบบริการโดยใช้ LEAN Concept

บทบาทหน้าที่

ภาคีเครือข่าย

จังหวัด

อำเภอ

ตำบล

- พัฒนาหลักสูตรครู ก หอมประจำ บ้านเชี่ยวชาญ ด้าน new normal NCD และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดระบบบริการ Pt DM/HT สีเขียวอยู่ในชุมชน
- ส่งเสริมการพัฒนากำรนำ ระบบTele-health มาใช้ใน พื้นที่ระดับ รพ.สต.ทุกแห่ง/ชุมชนต้นแบบ

- พัฒนาครู ข ระดับอำเภอ
- พัฒนาศักยภาพนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับ รพ.สต.(Health Coach) ระบบ H4U กับ 3 หอม และจัดระบบบริการPt DM/HT สีเขียวอยู่ในชุมชนทุกตำบล
- ส่งเสริมการพัฒนากำรนำ ระบบTele-health มาใช้ใน พื้นที่ระดับ รพ.สต.ทุกแห่ง/ ชุมชนต้นแบบ

- พัฒนาศักยภาพ อสม.เป็นหอมประจำ บ้าน เชี่ยวชาญด้าน new normal NCD ให้มีความรู้เรื่องการเจาะเลือด การวัด BP และระบบ ยาในการดูแลผู้ป่วย DM/HT สีเขียวอยู่ในชุมชนทุกหมู่บ้าน
- สนับสนุน อสม.หอมประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (DM/HT) ผ่าน Smart อสม.และมี Individual care plan

- ส่งเสริมประชาชนเฝ้าระวังดูแลสุขภาพตนเองด้วย H4U กับ 3 หอม และกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส.
- จัดระบบบริการ Pt DM/HT สีเขียวอยู่ในชุมชนโดยสมัครใจทุกหมู่บ้าน ที่ Health station



มาตรการเพิ่มการ Refer Back 1/2)



แผนที่ 1/3

ระดับ	กิจกรรมหลัก	หน่วยงานหลัก และ บทบาทหน้าที่	หน่วยงานร่วม และ บทบาทหน้าที่
จังหวัด	1 สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการจัดทำเกณฑ์การ Refer Back	ก.พัฒนาคุณภาพ : -จัดตั้ง คกก./คทง. ในการจัดทำเกณฑ์ Refer back -ประสานขอความร่วมมือกับหน่วยงานร่วม -จัดประชุม คกก./คทง.ชี้แจงแผนและแนวทาง กำหนดบทบาทหน้าที่	รพ.บุรีรัมย์ / รพ.นางรอง -วิเคราะห์จำนวนวันนอน ค่าRW ,อัตราครองเตียง ของกลุ่มโรคในสาขาสูติ-ศาสตร์-Med-เด็ก-ortho เพื่อกำหนดว่าควรจัดทำเกณฑ์ Refer Back ในกลุ่มโรคใดในสาขานั้นๆ -จัดทำเกณฑ์ Refer Back ในกลุ่มโรคที่สาขาเห็นพ้องกัน (Criteria การ Refer , สิ่งเน้นที่ต้องให้รพช.ดูแลในกลุ่มโรคที่ Refer Back) งาน IT สสจ.บุรีรัมย์ -ร่วมออกแบบการเก็บข้อมูล จัดทำ สคริปการเก็บข้อมูล และให้ข้อเสนอแนะการเก็บข้อมูลที่สามารถดึงได้จาก HDC งานเวชระเบียนรพ.บุรีรัมย์ / รพ.นางรอง /รพช. -ร่วมกำหนดรหัส ICD 10 ,ICD9 9 ตามกลุ่มโรคที่แพทย์กำหนดเกณฑ์การ Refer Back
	2 สื่อสารแนวทางเกณฑ์ Refer Back ให้ทุกรพ.รับทราบปฏิบัติแนวทางเดียวกัน	ก.พัฒนาคุณภาพ : -สื่อสารแนวทางเกณฑ์การ Refer Back ให้รพ.ทุกแห่งทราบและปฏิบัติ	รพ.บุรีรัมย์ / รพ.นางรอง /รพช. -ประชาสัมพันธ์และแจ้งแนวทางการ Refer back ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบและปฏิบัติตาม



มาตรการเพิ่มการ Refer Back



แผ่นที่ 2/3

ระดับ	กิจกรรมหลัก	หน่วยงานหลัก และ บทบาทหน้าที่	หน่วยงานร่วม และ บทบาทหน้าที่
จังหวัด	3 นิเทศ กำกับติดตามการปฏิบัติ	กง.พัฒนาคุณภาพ : -ร่วมนิเทศกับ คกก. ติดตามการปฏิบัติตามเกณฑ์การRefer Back ในรพศ./รพท. -กำกับ ติดตามผลการปฏิบัติตามเกณฑ์การRefer Back ตาม Small Success	รพ.บุรีรัมย์ / รพ.นางรอง /รพช. -ร่วมนิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามเกณฑ์การRefer Back ในรพศ./รพทและ รพช. งาน IT สสจ.บุรีรัมย์ - ดึงข้อมูล จาก HDC งานเวชระเบียนรพ.บุรีรัมย์ / รพ.นางรอง /รพช. -ร่วมกำหนดรหัส ICD 10 ,ICD9 9 ตามกลุ่มโรคที่แพทย์กำหนดเกณฑ์การ Refer Back
อำเภอ คือ หน่วยบริการ (รพศ.,รพท.,รพช.)	1 ปฏิบัติตามแนวทาง และ feed back ผลการปฏิบัติในที่ประชุม	รพ.บุรีรัมย์ / รพ.นางรอง /รพช. -ประชาสัมพันธ์และแจ้งแนวทางการ Refer back ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบและปฏิบัติตาม ศูนย์ Refer รพ.บุรีรัมย์ / รพ.นางรอง -เก็บข้อมูล Refer Back ผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่ทางคกก./คทง.ได้ กำหนดเกณฑ์การ Refer Back สรุปเป็นรายเดือนส่งให้กลุ่มงาน พคร และ แพทย์ที่รับผิดชอบเรื่อง Refer ของรพ.บร/รพ. นางรอง และ ลงข้อมูลในระบบ Home C , Hosxp ให้ครบถ้วน	



มาตรการเพิ่มการ Refer Back



แผ่นที่ 3/3

ระดับ	กิจกรรมหลัก	หน่วยงานหลัก และ บทบาทหน้าที่	หน่วยงานร่วม และ บทบาทหน้าที่
อำเภอ คือ หน่วยบริการ (รพศ.,รพท.,รพช.)	1 ปฏิบัติตามแนวทาง และ feed back ผลการปฏิบัติในที่ประชุม (ต่อ)	งานไอที รพ.บุรีรัมย์ / รพ.นางรอง -ส่งข้อมูลทุกแฟ้ม จากHome C , Hosxp เข้าสู่ระบบHDC ครบถ้วน ทันเวลา งานเวชระเบียน รพ.บุรีรัมย์ / รพ.นางรอง -บันทึกข้อมูลป.ที่Refer Back ใน ระบบ Hom C (รพ.บร) Hosxp (รพ.นางรอง)	

