

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด:

- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) 2) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25 3) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU) ≥ 40
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (%DTN) ≥ 50
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (%DTOR) ≥ 60

สถานการณ์:

- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) = 8.2
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) = 22.3
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) = 3.4
- ร้อยละ 97.1 ของโรงพยาบาลระดับ A มีหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit)
- ร้อยละ 65.3 ของโรงพยาบาลระดับ S มีหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit)
- ทุกจังหวัด มีบริการ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด

1. บริการสุขภาพ

- จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง
- สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น
- ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน
- กำหนดนโยบายให้ รพ. ระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และให้บริการ Stroke fast track ที่มีคุณภาพ
- กำหนดนโยบายในการพัฒนา Stroke Unit ให้มีจำนวนเตียงเพียงพอ
- รพ. ระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด
- จัดให้มี Stroke Unit ใน รพ.ระดับ M ที่มีความพร้อม
- ให้การรักษ Hemorrhagic stroke ใน Stroke Unit/ ICU

2. พัฒนามาตรฐาน

- พัฒนาแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก (Care map for hemorrhagic stroke)
- จัดให้มีแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่รับผิดชอบ
- ให้การรักษายาพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการรักษาและแนวทางการดำเนินงานที่กำหนด

3. รับรองมาตรฐาน

- พัฒนาระบบการรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification, SSCC) และ Stroke Unit
- ตรวจประเมินเพื่อรับรองมาตรฐาน
- สนับสนุนให้สถานพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบเข้าร่วมเครือข่ายวิชาการเพื่อการรับรองมาตรฐาน และสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง
- เข้าร่วมเครือข่ายวิชาการ เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐาน

4. เครือข่าย

- กำหนดนโยบายในการจัดให้มีเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองในระดับประเทศ
- จัดให้มีเครือข่ายบริการ ทั้ง Acute และ Intermediate care
- จัดทำแนวทางในการรับส่งผู้ป่วยทั้งภายในเขตและนอกเขต บริการที่รับผิดชอบ ให้ชัดเจน
- ดำเนินงานตามแนวทาง การรับส่งต่อผู้ป่วยที่ได้กำหนดไว้

5. พัฒนาบุคลากร

- ถ่ายทอดความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แก่แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์
- จัดให้มีระบบการจัดการความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- จัดสรรวิทยากรด้านโรคหลอดเลือดสมอง ให้เพียงพอ
- สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในสังกัด
- จัดให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในสังกัด เข้าร่วมการศึกษาฝึกอบรมด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- จัดให้มีการจัดการความรู้ในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

6. ระบบข้อมูล

- จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมอง ที่ครอบคลุมสถานพยาบาลทุกระดับ ทุกสังกัดทั้งใน กทม. และต่างจังหวัด ทั่วประเทศ
- กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมอง ของสถานพยาบาลทุกระดับ ทุกสังกัดในพื้นที่รับผิดชอบ
- บันทึก/จัดทำรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมอง ที่ถูกต้อง และรวดเร็ว

ยุทธศาสตร์ /มาตรการ กิจกรรมหลัก

ส่วน กิจการ

เขตสุขภาพ / สสจ.

โรงพยาบาล

ไตรมาส 1

ระดับ ความสำคัญ

- สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง
- เพิ่มจำนวนเครือข่ายวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
- จัดทำ Care map for hemorrhagic stroke
- จัดอบรม Stroke: Basic course

ไตรมาส 2

- จัดอบรม Stroke Advance course, Stroke Manager, Pitfall management of stroke
- ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ เพื่อรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification, SSCC) และ Stroke Unit
- %SU ≥ 35, %DTN ≥ 40, %DTOR ≥ 50

ไตรมาส 3

- จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง รพ. ในเครือข่ายวิชาการ
- ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7

ไตรมาส 4

- ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ
- %SU ≥ 40, %DTN ≥ 50, %DTOR ≥ 60
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด: อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ปีงบประมาณ 62 น้อยกว่าร้อยละ 30

สถานการณ์: - ข้อมูลจาก HDC วันที่ 15 สิงหาคม 2561 จำนวนผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 19,876 / 57,035 ราย
- อัตราผู้ป่วยตายจาก sepsis/septic shock = 34.85 %

ยุทธศาสตร์
/มาตรการ

1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)

2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)

3. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)

4. พัฒนาความรู้ sepsis สู่ภาคประชาชน

กิจกรรมหลัก

1. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis ของประเทศไทยที่เหมาะสมกับศักยภาพของสถานพยาบาลในแต่ละระดับ ในทุกตัวชี้วัด
2. สร้างระบบ Rapid Response System (Sepsis fast tract) ที่เหมาะสมกับศักยภาพของสถานพยาบาลในแต่ละระดับ

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis ร่วมกับเขตสุขภาพ ให้กับบุคลากร สถานพยาบาลในแต่ละระดับ รพศ./รพท./รพช./รพสต.
2. พัฒนาเครื่องมือประเมินและคัดกรองผู้ป่วย Sepsis และ Sepsis bundle
3. สร้างเครือข่ายการดูแลร่วมกันภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ และพัฒนา Best practice Model of sepsis โดยจัดงานมหกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

1. พัฒนาการลงข้อมูลในระบบ ICD 10 code และฐานข้อมูล sepsis ของรพ. เชื่อมโยงข้อมูลระดับวิทยาของเชื้อคือยึดตามยุทธศาสตร์ของประเทศไทย
2. ศึกษาและพัฒนาการลงข้อมูล sepsis โดยสร้างโปรแกรมสำเร็จรูป เช่น Sepsis Registry

จัดทำคู่มือ Sepsis ฉบับประชาชน

ระดับ
ความสำเร็จ

ไตรมาส 1

1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
2. อัตราการได้รับ Antibiotic น้อยกว่าร้อยละ 30 ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)
3. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
4. อัตราการได้รับ IV 30 mL/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
5. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ไตรมาส 2

1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
2. อัตราการได้รับ Antibiotic น้อยกว่าร้อยละ 30 ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)
3. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
4. อัตราการได้รับ IV 30 mL/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
5. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ไตรมาส 3

1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
2. อัตราการได้รับ Antibiotic น้อยกว่าร้อยละ 30 ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)
3. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
4. อัตราการได้รับ IV 30 mL/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
5. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ไตรมาส 4

1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
2. อัตราการได้รับ Antibiotic น้อยกว่าร้อยละ 30 ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)
3. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
4. อัตราการได้รับ IV 30 mL/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
5. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อ ปี 2562

Service Excellence

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด: 1. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-trauma<12%)

สถานการณ์:

- 1) ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินมาโดย EMS = 24.64 2) ภาวะผู้ป่วยสิ้นในท้องฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี (> 60% ไม่ฉุกเฉิน) 3) ร้อยละ 60-70 ของ Adverse Event ในท้องฉุกเฉินป้องกันได้ 4) ขาดแพทย์ EP 1420, ENP 2060, Paramedic 2405 5) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ที่มี ECS คุณภาพ = 83.19 6) อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่าPS > 0.75 = 0.38 7) RTI = 18.39:100000 ประชากร

ยุทธศาสตร์ / มาตรการ	ER คุณภาพ	การจัดการสาธารณภัยในสถานพยาบาล	การพัฒนาบุคลากร	ระบบข้อมูล	การป้องกัน
กิจกรรมหลัก	<ul style="list-style-type: none"> - ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care 	<ul style="list-style-type: none"> • ผูกอบรมการใช้ Hospital Safety Index, Hospital Preparedness for Emergencies (HOPE) definite care 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนอัตรากำลัง EP, EN/ENP, Paramedic และสาขาที่เกี่ยวข้อง - วางแผนการผลิต - อบรมหลักสูตรCLS, MERT, TEA unit, Emergency Department Management 	<ul style="list-style-type: none"> • เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน • บูรณาการ IS/PHER/ITEMS/HIS • ยึดการใช้ข้อมูลเพิ่ม ACCIDENT • แนวทางการจัดทำรายงานตัวชี้วัด • ประสาน HDC เพื่อปรับระบบข้อมูล • จัดทีมนิเทศ data management ลงพื้นที่ • บูรณาการข้อมูลในระดับเขต/ จังหวัด โดยใช้เพิ่ม ACCIDENT เป็นหลัก • มีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาในระดับเขต • TEA unit มีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนา • ส่งออกข้อมูลเพิ่มACCIDENT ให้ได้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> ขับเคลื่อน DHS-RTI ระดับอำเภอ 1.จัดการข้อมูลระดับอำเภอ 2.การสอบสวน Case 3.การมีส่วนร่วมทีมสหสาขา + ศปด.อำเภอ 4.การชี้เป้าจุดเสี่ยง 5.การขับเคลื่อนให้เกิด RTI Team 6.มาตรการชุมชน/ ด่านชุมชน 7.มีแผนงาน/โครงการ 8.การสื่อสารความเสี่ยง 9.สรุปผลดำเนินงาน 10. Ambulance Safety
ส่วนกลาง	<ul style="list-style-type: none"> • ชี้แจง/ผูกอบรมการประเมิน ECS คุณภาพ, TEA unit • ปรับเกณฑ์ ECS คุณภาพให้สูงขึ้น • สร้างเครื่องมือประเมิน TEA unit (outcome based) 	<ul style="list-style-type: none"> • จัดทำแผนความเสี่ยงทั้งในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ 			
เขต/สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> • ประสานงาน/สนับสนุน/ร่วมจัดการฝึกอบรม • กำหนดเป็นนโยบายของเขตสุขภาพ 				
โรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> • มาตรการลดภาวะท้องฉุกเฉินแออัด • ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (2P Safety) • ER Quality Improvement (Audit) • ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit 	<ul style="list-style-type: none"> • ประเมินความเสี่ยง Hospital Safety Index • จัดทำแผนการจัดการสาธารณภัย/แผนประกอบกิจการสาธารณภัย/แผนอพยพผู้ป่วย และซ้อมแผน • ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit 			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		
ระดับความสำเร็จ	1.มีเกณฑ์ประเมิน TEA unit ในมิติต่างๆ โดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของโครงการที่ผลักดันผ่านการทำงานของ TEA unit	1.อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย triage level 1 ภายใน 24 ชม. ในรพ. A, S, M1 <15% (Trauma<15%, Non-trauma<15%)	1.อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย triage level 1 ภายใน 24 ชม. ในรพ. A, S, M1 <15% (Trauma<15%, Non-trauma<15%)	1.อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย triage level 1 ภายใน 24 ชม. ในรพ. A, S, M1 <12% (Trauma<12%, Non-trauma<12%)	
	2.มีการชี้แจง/ผูกอบรม ตัวชี้วัด, เกณฑ์การประเมิน ECS/ TEA unit ซึ่งเน้นวัด outcome หรือ value-based ครบทุกเขตสุขภาพ	2.อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในรพ. A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที >60%	2.อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในรพ. A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที >70%	2.อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในรพ. A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที >80%	
	3.มีการจัดการฝึกอบรมกระบวนการเพื่อให้ได้เพิ่ม ACCIDENT ที่มีคุณภาพ ถูกต้อง ทันเวลา จัดทีมนิเทศ data management) ครบทุกเขตสุขภาพ	3.อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในท้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในรพ. A, S, M1 >60%	3.อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในท้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในรพ. A, S, M1 >60%	3.อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในท้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในรพ. A, S, M1 >60%	
	4.มีรายงาน และวิธีการออกรายงานมาตรฐานที่สามารถวัดผลการทำงานปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ECS one page summary) เพื่อลดภาระงานของ TEA unit	4.อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในรพ. A, S, M1 <45%	4.อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในรพ. A, S, M1 <45%	4.อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในรพ. A, S, M1 <45%	
		5.อัตราของ TEA unit ในรพ. A, S, M1 ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ >60%	5.อัตราของ TEA unit ในรพ. A, S, M1 ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ >70%	5.อัตราของ TEA unit ในรพ. A, S, M1 ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ >80%	