**หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร 16 SP



**หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8

**แผนการขับเคลื่อนงาน Service Plan ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ปี 2567**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เป้าหมาย/ตัวชี้วัด** | ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี  เป้าหมาย  1.กลุ่ม Pre-aging และผู้สูงอายุ ได้รับการเตรียมความพร้อม ในการดูแลสุขภาพตนเอง  2.ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยง ( Fall , Dementia ) ได้รับการดูแล ลดปัจจัยเสี่ยง และส่งต่อ  3.คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ  4.กลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลได้คุณภาพตามมาตรฐาน  ตัวชี้วัดความสำเร็จ  1. การคัดกรอง ภาวะพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 60  - ภาวะเสี่ยงหกล้ม ได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงติดตาม ส่งต่อ ร้อยละ 100  - ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงติดตาม ส่งต่อ ร้อยละ 100  2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ และคีย์ข้อมูลการบริการผ่านระบบ ตามมาตรฐานกรมการแพทย์  3. กลุ่มพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม CP > ร้อยละ 97 | | | |
| **สถานการณ์/**  **ข้อมูลพื้นฐาน** | 2564 – 2566  จากข้อมูล HDC. กระทรวงฯ ข้อมูลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 14.04 % , 14.67 % และ 15.29 % ( ประเทศ 13.84 % , 14.34 % และ 14.90 % ) จากการคัดกรอง 10 เรื่อง พบกลุ่มเสี่ยง / ผิดปกติ สูงสุดคือ CVD 44.68 % 44.66 % , 47.94 % ( ประเทศ ปี 66 = 55.40 % ) HT 11.55 % 12.08% , 12.70 % ( ประเทศ ปี 66 = 16.75 % ) DM 11.41 % 11.48% , 12.41 % ( ประเทศ ปี 66 = 14.17 % )  การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงหกล้ม 77.31 % ,72.33% , 84.03 % ( ประเทศ 66 = 86.19 % )พบเสี่ยงภาวะหกล้ม 2.88 % 3.25% ,4.54 % (ประเทศ 66 = 5.44 % ) การคัด  การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม 77.25 % 65.83 %, 78.12 % ( ประเทศ 66 = 78.45 % ) พบเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม 0.96 % 1.23 % , 2.14 % (ประเทศ 66 = 2.78 %)  การเปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ มีรพ. 88 แห่ง (รพศ. 2 แห่ง รพท. 8 แห่ง รพช. 79 แห่ง รพช.ผ่าน 16 แห่ง และรอประเมิน 1 แห่ง) เปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุใน รพ.มี 88 แห่ง ครบ 100 %  การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คัดกรอง ADL 83.38% 78.41% ,73.92 % (ประเทศ 66 =71 .95%) ติดสังคม 96.53 %, 96.56% , 95.64 % ( ประเทศ 66 = 96.64 % )ติดบ้าน 2.99 %2.81%, 3.52 % ( ประเทศ 66 = 2.69 % ) ติดเตียง 0.48 % 0.63% , 0.82 % ( ประเทศ 66 = 0.66 % ) ผู้สูงอายุพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ปี 94.56 % 93.04 %, 95.72 % ( ประเทศ 66 = 95.08 % ) ( จากโปรแกรม 3C ) | | | |
| **ยุทธศาสตร์/**  **มาตรการ** | 1 .ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ และ ส่งเสริม ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และได้รับการคัดกรองสุขภาพที่ครอบคลุม | 1. สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ มีภาวะเสี่ยง ดูแลแก้ไขปัญหาป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงติดตาม ส่งต่อ โดยทีมสหวิชาชีพ หรือTelemedicine เน้นเรื่อง เสี่ยงพลัดตกหกล้ม และเสี่ยงสมองเสื่อม | 1.กลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลได้คุณภาพ ยกระดับการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพภายใต้ความร่วมมือ หน่วยงาน ภาคี เครือข่ายชุมชนและครอบครัว | 1. พัฒนาระบบข้อมูล ให้สามารถส่งข้อมูลทุกโปรแกรม เข้า 43 แฟ้ม ( HDC.) เป็นข้อมูลเดียวกัน |
| **กิจกรรมหลัก** | * 1.เขตประกาศนโยบาย ประชุมชี้แจงแนวทาง/ตัวชี้วัด การดำเนินงานผู้สูงอายุตามนโยบายกระทรวงฯ และเขต และแก้ไขปัญหาตามบริบทของจังหวัด * 2. สร้างช่องทางและพัฒนาศักยภาพการสื่อสารเพื่อให้กลุ่มเตรียมการ pre-aging และ aging ผู้ดูแล ครอบครัว เข้าถึงความรอบรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้กับผู้รับผิดชอบงาน * 3. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี และเตรียมพร้อมกลุ่มเตรียมการ pre-aging และ aging ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว และภาคี เครือข่ายผู้สูงอายุทุกระดับ ให้เกิดความตระหนัก เข้าถึงและเข้าใจความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ( HL. ) เพื่อให้เกิด Self care โดยการขับเคลื่อนผ่าน wellness plan * 4.สื่อสารข้อมูลและสร้างความเข้าใจ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาคีให้มีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพของผู้สูงอายุ | 1.จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ให้มีทุกรพ.  - พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานและระบบบริการทุกระดับ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ในทุกระดับ เน้น Seam less  - แพทย์ที่ดูแลคลินิกผส.ผ่านการอบรม geriatric ambulatory care อย่างน้อย 1 คน ภายใน ปี 67  - พยาบาลที่ดูแลคลินิกผส.ผ่านการอบรม ambulatory care in Geriatric clinic for nurse อย่างน้อย 1 คน ภายใน ปี 67  2. กลุ่มเสี่ยง ( Fall , Dementia ) กลุ่มป่วยได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพ และการส่งต่อ หรือการติดตามดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพและระบบ Telemedicine  3.พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใหม่และฟื้นฟูในเรื่องที่พื้นที่ต้องการตามบริบทของพื้นที่ (แพทย์ สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง /Ag / CM /นวก / จพ. ) และ (อสม/อพส/อสค/CG,กลุ่มเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุชุมชน ชมรมและโรงเรียนผู้สูงอายุ  4. กรมการแพทย์ประสานแนวทางการติดตามข้อมูลการเปิดและการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุกับเขตและสสจ.ทุกจังหวัดเพื่อให้ติดตามการส่งข้อมูลการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุผ่านผู้รับผิดชอบงานคลินิก ทุกไตรมาส  5.ติดตาม ควบคุม กำกับ นำข้อมูลวิเคราะห์เพื่อปรับทิศทางการดำเนินงาน | 1.ประกาศนโยบายประชุมชี้แจงแนวทาง/ตัวชี้วัด การดำเนินงานผู้สูงอายุตามนโยบายกระทรวงฯ และเขต และแก้ไขปัญหาตามบริบทของจังหวัด  2.กลุ่มพึ่งพิง ADL ≤ 11 คะแนนดูแลตาม Care Plan โดย ผู้ดูแลหลักในครอบครัวหรือชุมชน /CG ด้วยการกำกับดูแลของ CM รวมทั้งการเปลี่ยนกลุ่มของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล  3. ติดตามและสื่อสารระเบียบการใช้เงินและแหล่งงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น ปส.สช. งบพม.  4. สื่อสาร ข้อมูลสถานการณ์นโยบายและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ ภาคี เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดความร่วมมือ  5.ติดตาม ควบคุม กำกับ นำข้อมูลวิเคราะห์เพื่อปรับทิศทางการดำเนินงาน | 1.ประกาศนโยบายประชุมชี้แจงแนวทาง/ตัวชี้วัด การดำเนินงานผู้สูงอายุตามนโยบายกระทรวงฯ และเขต และแก้ไขปัญหาตามบริบทของจังหวัด  2.จัดประชุมบูรณาการศูนย์วิชาการงานด้านผู้สูงอายุร่วมกัน สรุปผลการดำเนินงานและจัดทำแผนการดำเนินงาน ปี 67  3.พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานข้อมูลทุกระดับเพื่อ การเชื่อมต่อข้อมูลในทุกระดับ และการติดตามกำกับงาน และข้อมูล รวมทั้งโปรแกรมต่างๆที่ยังมีปัญหา  4.ดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูล .  และการเชื่อมต่อข้อมูลผู้สูงอายุในทุกระดับ    5. ติดตาม ควบคุม กำกับ นำข้อมูลวิเคราะห์เพื่อปรับทิศทางการดำเนินงาน |
| **ระดับความ**  **สำเร็จ** | **3 เดือน** | **6 เดือน** | **9 เดือน** | **12 เดือน** |
| 1. เขต ศูนย์วิชาการ สสจ. ร่วมประชุมคืนข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาร่วมกันจัดทำแผนฯ ปี66 และตัวชี้วัด แบบบูรณาการ  2.ประชุมชี้แจงนโยบายและแผนการดำเนินงาน ให้ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบงานระดับทุกจังหวัดรับทราบ  3.ทบทวนคณะกรรมการและ บริหารกลยุทธ์และนโยบายผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8  4. คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 กลุ่มเสี่ยง ( Fall , Dementia ) ดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพและการส่งต่อ ร้อยละ 70  5. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 100 ของ รพ. | 1.พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน และพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานในทุกระดับ  2. คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 กลุ่มเสี่ยง ( Fall , Dementia ) ดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพและการส่งต่อ ร้อยละ 80  3. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุทุกรพ. และคีย์ข้อมูลผ่านระบบ เกณ์ประเมินตามมาตรฐานกรมการแพทย์  4.ผู้สูงอายุพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 70 | 1.ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้  2.ติดตามข้อมูลรายงานตามตัวชี้วัด/เป้าหมายกระทรวงฯ และเขต  3. .คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ร้อยละ 55 กลุ่มเสี่ยง ( Fall , Dementia ) ดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพ และการส่งต่อ ร้อยละ 90 | 1. คัดกรองสุขภาพสูงอายุ ร้อยละ 60 ดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพ และการส่งต่อ ร้อยละ 100  2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุทุกรพ. และคีย์ข้อมูลผ่านระบบ เกณ์ประเมินตามมาตรฐานกรมการแพทย์  3. ร้อยละของผู้สูงอายุพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 97 |