

โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับปีงบประมาณ 2559
ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เสนอต่อ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

สิงหาคม 2557

โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับปีงบประมาณ 2559 ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. หลักการและเหตุผล

จากประกาศกฎบัตรรอตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ประเทศแคนาดาในปีค.ศ.1986 ได้มีการนิยาม “การสร้างเสริมสุขภาพ” ไว้ว่า เป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะต้องเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม¹ ในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา การสร้างเสริมสุขภาพได้ถูกนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาต่างๆ มากมาย รวมถึงใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาประเทศ เช่น การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการเข้าถึงน้ำสะอาด เป็นต้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญทั้งในแง่การพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับปัจเจกและเพิ่มพูนศักยภาพในระดับกลุ่มหรือชุมชนเพื่อกำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิก ซึ่งสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพโดยรวมของสังคมไปในทางที่ดีขึ้น²

ในประเทศอังกฤษมีการศึกษาที่แสดงถึงประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค³ โดยบ่งชี้ว่า ปัจจัยหลักที่นำไปสู่การพัฒนาทางด้านสุขภาพตลอดช่วงระยะเวลาสองศตวรรษที่ผ่านมา ได้แก่ แหล่งที่มาของอาหาร สิ่งแวดล้อมทางด้านอนามัย และขนาดของครอบครัวล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยด้านสร้างเสริมสุขภาพทั้งสิ้น นอกจากนี้ในการศึกษาเดียวกันยังพบว่าอายุเฉลี่ยของคนอังกฤษได้เพิ่มขึ้นเจ็ดปี โดยสามปีที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการใช้ยารักษาโรคและอีกสี่ปีที่เหลือนั้นคาดการณ์ว่าเป็นผลมาจากโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่างๆ

ความสำคัญอีกประการหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพคือ สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายที่อาจต้องเสียไปในการดูแลสุขภาพสุขภาพในระดับประเทศ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา บำบัด และฟื้นฟู โดยการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย⁴ พบว่า ในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงนั้น ส่วนใหญ่มีแนวโน้มในการใช้ต้นทุนและทรัพยากรของประเทศที่สูงขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นความพยายามในการลดความเสี่ยงหรือการสร้างเสริมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการช่วยลดต้นทุนสุขภาพ

¹ลินคอล์น อุนพรมมี. พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ: รายงานการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก; 2009.

²The International Union for Health Promotion and Education. The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. 2000.

³McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. Health Affairs. 2002; 21(2): 78-93.

⁴Musich S, Hook D, Barnett T, Edington DW. The association between health risk status and health care costs among the membership of an Australian health plan. Health promotion international. 2003; 18(1): 57-65.

นอกจากนี้ยังมีการทำโครงการนำร่องในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นโครงการรณรงค์ระดับชาติที่มีการบังคับใช้ในศตวรรษที่ 21 โดยใช้ชื่อว่า Healthy Japan 21⁵ ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ (Ministry of Health and Welfare) มีวัตถุประสงค์ในการลดอัตราการเกิดโรคผ่านการป้องกันทุติยภูมิ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเลือกตำบล Nishiaizu-machi ในเขต Fukushima มาเป็นกรณีศึกษา เพื่อกระตุ้นให้เกิดการลดค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพ (health insurance costs) และเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผ่านมาตรการต่างๆ ได้แก่ การรณรงค์ลดจำนวนผู้ป่วยติดเตียง (zero-bed-riddencampaign) การสร้างทรัพยากรหรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพการเจ้าหน้าที่ทางปฏิบัติทางโภชนาการ เป็นต้น ทั้งนี้ ผลการศึกษาบ่งชี้ว่า การบังคับใช้มาตรการนั้นมีส่วนช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดอัตราของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลให้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับชาติได้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น รวมถึงยังมีการพัฒนาในเชิงเศรษฐกิจอีกด้วย เนื่องจากผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวมีจำนวนลดลงภาระค่าใช้จ่ายและงบประมาณในการประกันสุขภาพระดับชาตินั้นจึงลดลงไปด้วย นอกจากนี้ จากการประเมินต้นทุนและประสิทธิผล พบว่าจะมีความคุ้มค่าในอนาคต เพราะบุคคลจะมีสุขภาพดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในด้านอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ จึงลดลง

ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประเทศ ไม่เพียงแต่ด้านสุขภาพในระดับบุคคลเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการพัฒนาเศรษฐกิจและความเป็นอยู่โดยรวมของประชากรในประเทศนั้นๆ ด้วย ภาครัฐจึงควรเร่งพัฒนาระบบและมาตรการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคีเครือข่ายในการสร้างความร่วมมือจัดทำแผนยุทธศาสตร์โครงการ หรือกิจกรรมต่างๆ พร้อมการสื่อสารที่ดี รวมถึงการผลักดันแผนงานหรือโครงการให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจังในปัจจุบันการดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทยมีสองหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบคือ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) ซึ่งได้เห็นชอบแนวทางการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นและมีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างเท่าเทียมในแต่ละกลุ่มวัย และลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและอัตราป่วย อัตราตายที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่นๆ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงาน

⁵Kishida H. The Social and Economic Impact of Health Promotion Programs: A Case Study of Nishiaizu-machi, Fukushima Prefecture. 2000.

⁶สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 1 การบริหารบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2555.

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิชาการด้านสุขภาพเครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ องค์กรพัฒนา
สาธารณประโยชน์ เครือข่ายประชาสังคมที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ ภาคเอกชน ฯลฯ ที่เข้ามามีบทบาทในการสร้าง
เสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย⁷

กระทรวงสาธารณสุขโดยคณะกรรมการและอนุกรรมการประสานการบริหารแผนงานส่งเสริมและป้องกัน
โรคตามกลุ่มวัยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ตาม
กลุ่มวัย) ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างกรมอนามัยกรมควบคุมโรคกรมการแพทยกรมสุขภาพจิตและกรม
สนับสนุนบริการสุขภาพแผนยุทธศาสตร์ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปี พ.ศ. 2557 ประกอบด้วย 5
แผนงานหลัก (5 Flagship Projects) ได้แก่ 1) แผนงานกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย(0-5ปี) 2) แผนงานกลุ่มเด็กวัย
เรียน (6-14 ปี) 3) แผนงานกลุ่มเด็กวัยรุ่น 4) แผนงานกลุ่มวัยทำงาน 5) แผนงานกลุ่มสูงอายุและผู้พิการ⁸ ในขณะที่
ที่ สปสช. มีการกำหนดเกณฑ์รายละเอียดในการจัดบริการสาธารณสุข ตามที่มีประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริม
สุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดบริการในชุดสิทธิประโยชน์การ
สร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคตามกลุ่มเป้าหมายเฉพาะแบ่งเป็น 9 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มหญิงมีครรภ์ 2) กลุ่มหญิงหลัง
คลอด 3) กลุ่มเด็กเล็ก (แรกเกิด – อายุ น้อยกว่า 3 ปี) 4) เด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 3 – 6 ปี) 5) กลุ่มเด็กวัย
ประถมศึกษา (อายุ 6-19 ปี) 6) เยาวชน (อายุ 19-25 ปี) 7) กลุ่มผู้ใหญ่วัยแรงงานตอนต้น (อายุ 25-35 ปี) 8) กลุ่ม
ผู้ใหญ่วัยแรงงานตอนปลาย (อายุ 35-60 ปี) 9) กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)⁹ จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานของ
กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. จะเป็นไปในแนวทางที่ให้ความสำคัญของสุขภาพของคนในแต่ละกลุ่มวัย แต่การ
ดำเนินงานยังมีความทับซ้อนและขาดความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการด้านงบประมาณของหน่วยงาน
ส่วนกลาง กล่าวคือหน้าที่ผู้ให้บริการและดูแลในเรื่องของระบบบริการนั้นเป็นหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุข
จึงมีศักยภาพที่จะสามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ อีกทั้งแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชุดดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัยที่มีองค์ประกอบของมาตรการการ
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสำคัญ โดยมีขอบเขตของมิติบริการที่กว้างขวางครอบคลุม บริการสุขภาพใน
หลายระดับ ขณะที่สปสช. แม้จะมีอำนาจตามกฎหมายในการบริหารจัดการงบประมาณสนับสนุนบริการด้าน
สุขภาพ แต่แผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความจำกัดเพียงในระดับบุคคลและ
ครอบครัว ดังนั้นการทำงานร่วมกันของหน่วยงานทั้งสองจึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จของนโยบายสร้างเสริม
สุขภาพและป้องกันโรคที่จะทำให้คนไทยมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ผู้บริหารของทั้งสองหน่วยงานมีความปรารถนา

⁷สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติ ปี 2554-2558. 2554.

⁸กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 (5 Flagship Projects). 2557.

⁹สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายการกิจกรรมบริการภายใต้สิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2556.

ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและชุดดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัยมีความสอดคล้องและสนับสนุนซึ่งกันและกัน จึงได้ร่วมมือกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ในการสนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับปีงบประมาณ 2559 ขึ้น

ที่ผ่านมา HITAP ได้ดำเนินโครงการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมามากมาย อาทิเช่น การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ 3 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่น (อายุ 6-24 ปี) และกลุ่มผู้ใหญ่/วัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) รวมถึงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองระดับประชากรในประเทศไทย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญตลอดทั้งกระบวนการ รวมถึงการอ้างอิงข้อมูลทางวิชาการ อาทิ งานวิจัยเชิงระบบ การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ การประเมินประสิทธิผลของมาตรการและเครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอแนะดังกล่าว ซึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรไทยที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2559 ของ สปสช. โดยจะต้องมีความสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและเกิดความชัดเจนในทางปฏิบัติ อีกทั้งมีการประมาณความครอบคลุมงบประมาณที่จะเกิดขึ้น รวมถึงการลงทุนและพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับนโยบายและมาตรการใหม่หรือมาตรการที่มีอยู่เดิมที่ยังไม่สามารถดำเนินงานจนประสบความสำเร็จได้ และนำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสปสช. ต่อไป

2. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อจัดทำข้อเสนอรายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค¹⁰ สำหรับประชากรทุกกลุ่มอายุ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานสำหรับปีงบประมาณ 2559 โดยการพิจารณาข้อเสนอวางอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลและ/หรือความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และสุขภาพ รวมทั้งดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โปร่งใส และมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

¹⁰รายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโครงการนี้ หมายถึง มาตรการและนโยบายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างเสริมสุขภาพ 2) ป้องกันโรค และ 3) ตรวจคัดกรองทางสุขภาพ

วัตถุประสงค์ย่อย

- (1) เพื่อคัดเลือกมาตรการและนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ได้รับการยอมรับและเหมาะสมสำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประชากรไทยแต่ละกลุ่มวัย
- (2) เพื่อจัดทำข้อเสนอรายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรไทยแต่ละกลุ่มวัย สำหรับปีงบประมาณ 2559
- (3) เพื่อจัดทำมาตรฐานด้านคุณภาพ (quality standard) เป็นตัวอย่างสำหรับใช้ในการดำเนินงานในอนาคต เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงมาตรการในชุดสิทธิประโยชน์ได้อย่างทั่วถึง เกิดประโยชน์ตามเป้าประสงค์อย่างแท้จริงและสามารถใช้บริหารจัดการและวางแผนติดตามและประเมินผลของมาตรการ/นโยบายทั้งในระดับประเทศและระดับสถานพยาบาล

3. ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 3.1 ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ผ่านมาของหน่วยงานต่างๆ ในประเทศไทย
- 3.2 จัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย รวมถึงช่องว่างของนโยบายที่มีในปัจจุบัน
- 3.3 ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับมาตรการและนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิผล ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ความเป็นไปได้ รวมถึงการยอมรับสำหรับประชากรไทยใน 4 กลุ่มวัยได้แก่
 - ก) กลุ่มเด็กเล็ก (อายุ 0-5 ปี) และสตรีมีครรภ์
 - ข) กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่น (อายุ 6-24 ปี)
 - ค) กลุ่มผู้ใหญ่/วัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี)
 - ง) กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) และผู้พิการ

- 3.4 จัดประชุมคณะทำงาน¹¹ เพื่อคัดเลือกมาตรการและนโยบายฯ ที่มีประสิทธิผล คุ่มค่า มีความเป็นไปได้ และได้รับการยอมรับ สำหรับแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรไทยในแต่ละกลุ่มวัย โดยมีข้อมูล นำเข้าจากการทบทวนวรรณกรรมในข้อ 3.3
- 3.5 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากข้อ 3.2 และ 3.4 รวมถึงทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เกี่ยวกับต้นทุนของมาตรการและนโยบายฯ ที่ได้รับการคัดเลือก เพื่อยกร่างรายการสิทธิประโยชน์เพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรไทยในแต่ละกลุ่มวัยสำหรับปีงบประมาณ 2559 ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 3.6 จัดประชุมคณะทำงาน (กลุ่มเดียวกับข้อ 3.4) เพื่อจัดลำดับความสำคัญของมาตรการ/นโยบายที่มีในร่าง รายการสิทธิประโยชน์ฯ ที่ได้จากข้อ 3.5 ของแต่ละกลุ่มวัยโดยพิจารณาความสำคัญของมาตรการ/ นโยบายที่มีประสิทธิผล มีความคุ้มค่า มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แต่ยังมีปัญหาในการดำเนินงานอยู่ ในปัจจุบัน
- 3.7 พัฒนา quality standard¹² ซึ่งมีรายละเอียดของผู้ปฏิบัติงาน การดำเนินงาน ระบบการบริหารจัดการ สถานที่ปฏิบัติงาน และแผนการติดตามและประเมินผลของมาตรการ/นโยบายที่มีความสำคัญเป็นลำดับ แรกของแต่ละกลุ่มวัยเพื่อเป็นมาตรฐานการดำเนินงานและเป็นแนวทางในการนำมาตราการ/นโยบายนั้น ไปใช้ทั้งในระดับประเทศและระดับสถานพยาบาลโดยดำเนินการเก็บข้อมูลปฐมภูมิในพื้นที่ สัมภาษณ์เชิง ลึกและสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรคและช่องว่างของการดำเนินงานใน พื้นที่ หลังจากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาแนว ทางการนำมาตราการ/นโยบายดังกล่าวไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมถึงกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญที่ควร ติดตามเพื่อใช้ในการประเมินผล ซึ่งขั้นตอนนี้คณะผู้วิจัยจะดำเนินการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงาน ในพื้นที่
- 3.8 จัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น
- 3.9 นำเสนอร่างรายการสิทธิประโยชน์ฯ ของแต่ละกลุ่มวัย และ quality standard ต่อ สปสช. และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านช่องทางต่างๆ ตามความเหมาะสม

¹¹ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละกลุ่มวัยโดยมีองค์ประกอบหลักเป็นผู้แทนจาก คณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

¹²ตัวอย่างของมาตรฐานด้านคุณภาพการดำเนินงาน หรือ quality standard สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเวียดนาม แสดงใน ภาคผนวก

4. ระยะเวลาดำเนินงาน

โครงการนี้กำหนดระยะเวลาดำเนินงาน 12 เดือน(1 สิงหาคม 2557- 31 กรกฎาคม 2558) รายละเอียดกิจกรรมดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมและระยะเวลาการดำเนินงาน

กิจกรรม	เดือนที่											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ/นโยบาย/โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแต่ละกลุ่มวัยที่มีในประเทศไทย	/	/	/									
2. จัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ผ่านมารวมถึงช่องว่างของนโยบายที่มีอยู่ในปัจจุบัน		/	/									
3. ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับมาตรการและนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นไปได้และได้รับการยอมรับสำหรับประชากรไทยแต่ละกลุ่มวัย	/	/	/									
4. จัดประชุมคณะทำงานของแต่ละกลุ่มวัยเพื่อคัดเลือกมาตรการและนโยบายฯ ที่สำคัญ			/									
5. ยกร่างรายการสิทธิประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรไทยในแต่ละกลุ่มวัย ปีงบประมาณ 2559			/	/								
6. จัดประชุมคณะทำงานฯ เพื่อจัดลำดับความสำคัญของมาตรการ/นโยบายสำหรับประชากรไทยในแต่ละกลุ่มวัย					/							
7. พัฒนามาตรฐานด้านคุณภาพการดำเนินงาน (quality standard) ระบบการบริหารจัดการและแผนการติดตามและประเมินผลของมาตรการ/นโยบายที่มีความสำคัญใน						/	/	/	/	/		

กิจกรรม	เดือนที่											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
แต่ละกลุ่มวัย ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่												
8. จัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น											/	
9. นำเสนอร่างรายการสิทธิประโยชน์ฯ และ quality standard ต่อ สปสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง												/

5. ผลงานที่จะส่งมอบ

5.1 รายการสิทธิประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งมอบภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2557

5.2 Quality Standard สำหรับมาตรการสร้างเสริมสุขภาพอย่างน้อย 2 เรื่อง ส่งมอบภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2558

6. งบประมาณ

งบประมาณสำหรับการดำเนินงานรวมเป็นเงินทั้งสิ้น 7,215,000 บาท รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2 ตารางที่ 2 รายละเอียดของงบประมาณตามกิจกรรม

กิจกรรม	รายละเอียด	งบประมาณ	รวม
1. ค่าตอบแทนของนักวิจัย			2,100,000
1.1 นักวิจัยหลัก	1คน x12 เดือน x 35,000 บาท	420,000	
1.2 นักวิจัยและนักวิชาการในราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัย สถาบันและหน่วยงานต่างๆ (ตามความเหมาะสม)	4คน x 12 เดือน x 20,000 บาท	960,000	
1.3 ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้ประสานงานโครงการ	4คน x 12 เดือน x 15,000 บาท	720,000	
2. ค่าดำเนินการ			5,115,000

กิจกรรม	รายละเอียด	งบประมาณ	รวม
2.1 จัดประชุมคณะทำงาน (ค่าเครื่องดื่ม อาหารว่าง จัดเตรียมเอกสาร เบี้ยเลี้ยงและค่าเดินทาง)	10 ครั้ง x 50,000 บาท	500,000	
2.2 ทบทวนวรรณกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิที่จำเป็น		1,365,000	
2.4 จัดการประชุมคณะทำงานฯ เพื่อให้ความเห็นต่อการดำเนินงานในประเทศไทย คัดเลือกมาตรการ/นโยบายที่มีความสำคัญ และจัดลำดับความสำคัญของมาตรการ/นโยบายสำหรับประชากรไทยในแต่ละกลุ่มวัย	8 ครั้ง x 300,000 บาท	2,400,000	
2.5 จัดการประชุมนำเสนอร่างรายการสิทธิประโยชน์ฯ และต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละรายการ รวมถึง quality standard ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1 ครั้ง x 500,000 บาท	500,000	
2.6 จัดทำรายงานสำหรับการพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชากรไทย สำหรับปีงบประมาณ 2559		350,000	
งบประมาณรวมทั้งสิ้น (เจ็ดล้านสองแสนหนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน)			7,215,000

หมายเหตุ งบประมาณถ้วนเฉลี่ยทุกรายการ

7. คณะผู้ทำการศึกษา

- ดร.ภญ.ศิตาพร ยังกง โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
- ดร.ภญ.จันทนา พัฒนภัสซ์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
- ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
- ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
- นางสาวสุธินุช ตั้งสถิตย์กุลชัย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
- นายวิฑูรย์ พันธ์มงคล โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

8. ที่ปรึกษาโครงการ

- นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 9.1 องค์ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สังเคราะห์จากหลักฐานทางวิชาการ และรายการมาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิผลเหมาะสมสำหรับประเทศไทย
- 9.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับรายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงแนวทางการบริหารจัดการมาตรการและนโยบายที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชากรแต่ละกลุ่มวัย สำหรับปีงบประมาณ 2559ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลและ/หรือความคุ้มค่าด้านเศรษฐศาสตร์และสุขภาพภายใต้การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โปร่งใส และมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 9.3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนานโยบายเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการพัฒนาเกิดการปรับปรุงนโยบาย/มาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความเหมาะสมสำหรับประชากรทุกกลุ่มวัยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 9.4 ประชากรในแต่ละกลุ่มวัยได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็น เหมาะสมกับวัยและมีสุขภาวะที่ดี

..... (ผู้เสนอโครงการ)

(นางสาวศิตาพร ยังกง)

นักวิจัย

..... (ผู้อนุมัติโครงการ)

(นายศ ตีระวัฒนานนท์)

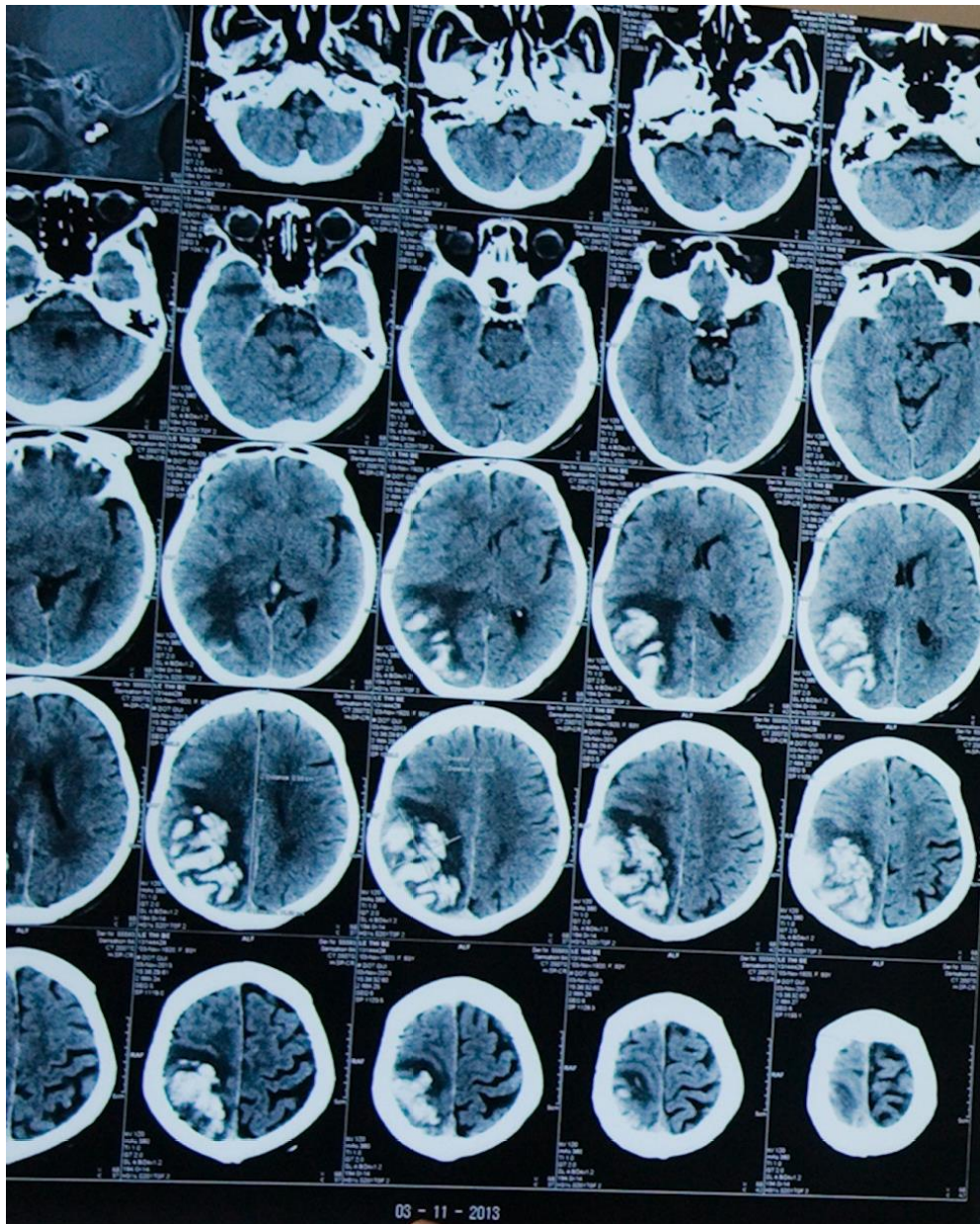
เลขาธิการมูลนิธิ

ภาคผนวก
ตัวอย่างมาตรฐานด้านคุณภาพการดำเนินงาน (quality
standard)

Quality Standards for the Hospital Management of Stroke in Vietnam

JULY 2014

With funding support from the Rockefeller Foundation



Introduction

The Ministry of Health of Vietnam has made care quality improvement a key priority, as set out in the Circular “Guidelines on the Implementation of Quality Management of Medical Services in Hospitals” (no. 19/2013/TT-BYT; 12 July 2013). To achieve this goal, it is leading an initiative on developing quality indicators to help institutions and professionals improve their practice, and deliver better care for their patients.

This document contains the first care Quality Standard (QS) developed in Vietnam. The QS is the product of a partnership between the Medical Services Administration (Ministry of Health), the Vietnam Health Economics Association (VHEA), and UK’s NICE International, with funding support from the Rockefeller Foundation. The QS Committee brings together key stakeholders including the Ministry of Health, hospital managers, and clinical experts from different disciplines and hospital tiers across Vietnam.

Drawing from local and international evidence-based clinical guidelines based on NICE methodology, the QS contains a set of concise statements and measurable indicators covering the management of acute stroke in all tiers of public hospitals. The QS is an advisory document aimed at driving improvement in patient care; it is neither legally mandatory, nor intended to punish providers and clinicians. It focuses on key areas of variation in current clinical practice, and describes what the highest quality care would look like; it does not list all minimum expected standards for a hospital providing care for stroke patients, which are set out in the Hospital Quality Criteria (December 2013) according to the Decision no. 4858/QD-BYT of the Ministry of Health. The QS is expected to apply to the majority of stroke patients; nonetheless every patient is different, and the QS will not apply to all stroke patients all of the time.

The QS requires that stroke services be coordinated across all relevant agencies to encompass the whole stroke care pathway, and this document includes draft suggestions of the potential roles of the Ministry of Health, Provincial Departments of Health, hospitals, clinicians, payers such as Vietnam Social Security (VSS), and patients in ensuring that this QS is implemented. An integrated approach to provision of services, with appropriate training for workforce at all levels, is fundamental to delivering high-quality care to patients with stroke and their carers.

We recognise that the QS are aspirational, but our vision is that in the future all stroke patients in Vietnam will receive high quality care in specialist stroke units as set out in this document. The launch of this QS will be the beginning of a stepwise process as part of the national strategy for quality improvement, towards providing excellent care for all stroke patients, and potentially for other high-burden conditions in the future.

Quality Standards Committee

The QS Committee was recruited by VHEA, with advice from NICE International, to include policymakers, hospital managers and clinicians with a broad range of expertise and perspectives of stroke care in the three tiers of hospitals (district, provincial and central). VHEA convened two workshops in November 2013 and March 2014, during which the QS Committee reached consensus on the priority areas for quality improvement in stroke care, and agreed 15 quality standards. NICE International provided technical assistance, in helping the QS Committee identify relevant evidence-based clinical guidelines and develop the quality statements and measures. VHEA and the NICE International team were responsible for overall programme management.

QS Committee

Chair: Prof Le Duc **Hinh**, Neurologist; President of Vietnam Association of Neurology

Honorary Adviser: Prof Le Quang **Cuong**, Vice Minister, Ministry of Health

Vice-Chair: Prof Le Van **Thanh**, Chairman of Vietnam Stroke Association

Vice-Chair: Prof Luong Ngoc **Khue**, Director of Medical Services Administration, Ministry of Health

Prof Nguyen Trong **Thong**, Neurologist; Vice-President of Vietnam Stroke Prevention Association; Military Hospital 108, Hanoi

Prof Nguyen Dat **Anh**, Chief of Emergency Department, Bach Mai Hospital, Hanoi

Prof Nguyen Trong **Hung**, Neurologist (Director of Neurology Department), National Geriatric Hospital, Hanoi

Secretary: Dr Mai Duy **Ton**, Emergency Doctor, Bach Mai Hospital, Hanoi

Dr Vu Van **Can**, Vice Director of Department of Health, Ninh Binh Province

Dr Nguyen Van **Chi**, Emergency Doctor, Bach Mai Hospital, Hanoi

Prof Bui My **Hanh**, Doctor (Director, Center for Development of Curriculum and Human Resources in Health), Hanoi Medical University Hospital

Dr Nguyen Thanh **Binh**, Neurologist, National Geriatric Hospital, Hanoi

Dr Nguyen Huy **Thang**, Neurologist, 115 Hospital, HCMC

Dr Pham **Ty**, Neurosurgeon (Director of Neurosurgical Department), Gia Lai Hospital

Dr Ngo Van **Dung**, Neurologist, Viet Tiep Hospital, Haiphong

Dr Nguyen Hoanh **Sam**, Neurologist (Director of Neurology Department), Thanh Hoa Provincial Hospital

Dr Nguyen The **Hao**, Neurosurgeon, Bach Mai Hospital, Hanoi

Dr Nguyen Tuan **Hai**, Cardiologist, Bach Mai Hospital, Hanoi

Dr Nguyen Dinh **Hien**, Cardiologist, Saint Paul Hospital, Hanoi

Dr Pham Thi Phuong **Hanh**, Cardiologist (Director of Emergency Department), Ninh Binh Provincial Hospital

Dr Pham Viet **Phuong**, Internal Doctor, Tam Diep District Hospital, Ninh Binh

Vu Thi Thu **Huong**, Pharmacist, Vice Head of Pharmaceutical Dept., Central Hospital

Mr Le Quang **Tri**, Nurse, Bach Mai Hospital

Dr Nguyen The **Dung**, Doctor (Former Director of HCMC Health Department); Pham Ngoc Thach Medical University, HCMC

Dr Le Truc **Phuong**, HCM People Committee

Ministry of Health (MoH)

Dr Nguyen TrongKhoa, Vice Director, Medical Services Administration, Ministry of Health

Dr Duong Huy**Luong**, Medical Officer, Medical Services Administration, Ministry of Health

VHEA

Dr Duong Huy**Lieu**, Chair of VHEA

Dr Vu Van **Chinh**, Director of VHEA

NICE International Team , United Kingdom

Professor Anthony **Rudd** CBE, Chair of NICE Quality Standard Topic Expert Group for Stroke; Consultant Stroke Physician, Guy's and St Thomas' Hospital, London

Dr Françoise **Cluzeau**, Associate Director, NICE International

Dr Ryan **Li**, Adviser, NICE International

Mr Tommy **Wilkinson**, Adviser (Health Economics), NICE International

Cover photo by Ryan Li

Summary of quality statements

Clinician-level quality standards

1. People with stroke and people with transient ischaemic attack (TIA) receive hospital care from appropriately trained healthcare staff.
2. Patients with suspected stroke receive brain imaging within 1 hour of arrival at the hospital if they meet any of the indications for immediate imaging, or within 24 hours if they do not meet any indication for immediate imaging.
3. People with TIA (whose symptoms have fully resolved) are considered as medical emergencies, assessed and treated by a healthcare professional with expertise in neurovascular disease within 24 hours, and started on aspirin treatment immediately.
4. Patients with suspected stroke are assessed and managed in a specialist stroke unit that meets at least Bronze criteria, by a doctor with specialist expertise in stroke and other appropriately trained staff within 24 hours of admission to hospital, and by all relevant members of the multidisciplinary rehabilitation team within 72 hours, with documented multidisciplinary goals agreed within 5 days.
5. Patients with stroke are treated with dignity, including their hygiene maintained, provided care to prevent and manage pressure ulcers, and given privacy.
6. Patients with suspected stroke arriving at a hospital with facilities to provide thrombolysis are admitted directly to a specialist stroke unit and assessed for thrombolysis, receiving it within 4.5 hours of stroke onset if clinically indicated.
7. Patients with acute stroke (ischemic and haemorrhagic) are mobilised and helped to sit up as soon as they are awake, unless medically unstable; and supported to stand and walk as soon as possible.
8. Patients with acute stroke have their swallowing screened by specially trained healthcare staff within 4 hours of admission to the hospital, before being given any oral food, fluid or medication; and have an ongoing management plan for the provision of adequate nutrition.
9. People at high risk of stroke, including those who have already had a TIA or stroke, are assessed for and given information about lifestyle risk factors (exercise, smoking, diet, weight and alcohol); these people, and their carers where possible, given accessible information, advice and support in possible strategies to modify lifestyle and risk factors.
10. Patients after stroke are offered appropriate medication to reduce risk of future strokes.

Service-level quality standards

11. A telemedicine service in a specialist stroke unit that does not have a specialist stroke physician on site has: a video link that enables a specialist stroke physician to observe a clinical examination, discuss the case with the examining clinician on site,

and see and talk to the patient and carer directly; a link that enables a specialist stroke physician to review radiological investigations remotely.

12. Central hospitals with expert training facilities in stroke care lead in disseminating expertise to provincial hospitals and organise regular joint meetings; and provincial hospitals lead in disseminating expertise to other hospitals within the province and organise regular joint meetings.
13. Emergency care staff can screen for stroke and TIA using a validated tool, and respond to these as emergencies.
14. Members of the public can identify the main symptoms of stroke and TIA, and respond to these as emergencies.
15. Patients with stroke have their quality of care monitored, and systems are in place to address problems that are identified.

Implementing the QS

Where will the QS be implemented?

The QS should be implemented in all hospitals in Vietnam where acute stroke is managed, from district level hospitals to specialist central hospitals, and including private hospital facilities. However, differences in the administrative and technical classes of hospitals means that some hospitals will be able to implement the QS more rapidly and without major reorganisation or costs, while others may need substantial changes to clinical practice, organisational environment, and existing payment and activity regulation policies.

The maximum potential for implementing each QS in hospitals by administrative type and class, under current Ministry of Health policies, is shown in

Table 1.

Table 1. Potential for implementing each QS within different hospital categories.

Quality Standard	Central Hospital		Provincial Hospital		District Hospital		Private
	Specialised	Class I	Class I	Class II	Class III	Class IV	
QS1: Trained Staff	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
QS2: Imaging	✓	✓	✓	✓	✗	✗	Hospital decision
QS3: Stroke Units	Gold	Gold	Gold	Silver	Bronze	Bronze	Bronze at minimum
QS4: Dignity	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
QS5: Thrombolysis	✓	✓	✓	✗	✗	✗	Competency dependent
QS6: TIA	✓	✓	✓	✓	Referral	Referral	Competency dependent
QS7: Early Mobilisation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
QS8: Swallowing and Nutrition	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
QS9: Prevention (lifestyle advice)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
QS10: Secondary Prevention (medication)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
QS11: Telemedicine	Hub	Hub	✓	✓	✓	✓	✓
QS12: Disseminating Expertise	Hub	Hub	Hub / Recipient	Hub / Recipient	Recipient	Recipient	Hospital decision
QS13: Screening (emergency response)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
QS14: Public Awareness	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
QS15: Monitoring Quality of Care	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Estimating a budget impact analysis

Due to data scarcity, the budget impact analysis requires some assumptions about current practice and activity in stroke care in Vietnam. For some quality standards, the principal requirement for implementation is a re-organisation of services or changes in practice. In these instances, a budget impact has not been estimated, as the main cost drivers such as staff time involved in re-organisation would be highly dependent on how each individual hospital decided to implement the change.

Data sources

Establishing the baseline level of care at each hospital is an important first step to inform the local priorities for implementing the QS. A baseline audit is being conducted for this purpose, and this Web-based audit tool can be found here: [###](#).

Clinical-level quality standards

1. People with stroke and people with transient ischaemic attack (TIA) receive hospital care from appropriately trained healthcare staff.

Quality measure – structure

- Evidence of locally agreed protocols to ensure that staff in the relevant hospital departments (such as emergency department, stroke unit, ICU, neurology) are appropriately trained to deliver care for people with a suspected or confirmed diagnosis of stroke or TIA

Quality measure – process

Numerator: The number of people who have received care from appropriately trained staff.

Denominator: The number of people with stroke or TIA admitted to the hospital.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Ensure that training programmes and standards for healthcare professionals are regularly reviewed in line with international best practice.

Provincial health departments: Ensure that hospitals adhere to training standards.

Hospitals: Ensure appropriate training for healthcare staff in the relevant hospital departments.

Healthcare staff: Adhere to training and local protocols in the management of acute stroke.

Payers (VSS, other health insurers, patients who pay for a service): Can use adherence to QS to inform payment.

Patients: Can expect to receive care from hospital staff.

Definitions

Appropriately trained healthcare staff may include medical, nursing and other clinical staff who are specifically trained and competent in the management of acute stroke. Their competencies could cover neurological, general medical and rehabilitation aspects as part of a multidisciplinary stroke team.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection

2. Patients with suspected stroke receive brain imaging within 1 hour of arrival at the hospital if they meet any of the indications for immediate imaging, or within 24 hours if they do not meet any indication for immediate imaging.

Quality measure – structure

- Evidence of equipment for brain imaging, e.g. a cranial tomography (CT) scanner.
- Evidence of locally agreed protocols to prioritise any patients with acute stroke to receive imaging within 1 hour of arrival at the hospital if they meet indications for immediate imaging, or within 24 hours if they do not meet such indications.
- Availability of appropriately trained staff to perform imaging within the specified times 24 hours a day and 7 days a week.
- Availability of appropriately trained staff, either locally or via an electronic link, to interpret the findings of brain imaging within the specified times 24 hours a day and 7 days a week.
- Evidence of locally agreed protocols to identify patients with acute stroke and to refer them to another hospital with facilities for timely brain imaging, where these are not locally available.

Quality measure – process

a)

Numerator: The number of patients who have had brain imaging within 1 hour of arrival at the hospital.

Denominator: The number of patients with acute stroke who meet any indication for immediate imaging admitted to the hospital.

b)

Numerator: The number of patients who have had brain imaging within 24 hours of arrival at the hospital.

Denominator: The number of patients with acute stroke who do not meet any indication for immediate imaging admitted to the hospital.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Consider revising hospital classifications so that all public hospitals could have brain imaging facilities.

Provincial health departments: Ensure resources for hospitals to provide brain imaging facilities.

Hospitals: Ensure adequate equipment, human resources and protocols to provide brain imaging within the specified times 24 hours a day, 7 days a week.

Healthcare staff: Adhere to training and local protocols to provide imaging within the specified times 24 hours a day, 7 days a week.

Payers (VSS, other health insurers, patients who pay for a service): Can use adherence to QS to inform payment.

Patients: Can expect to receive brain imaging within the specified times 24 hours a day, 7 days a week.

Definitions

Stroke is a medical emergency and there should be no time delays in accessing treatment. Anyone who arrives at hospital with an acute onset neurological syndrome with persisting symptoms and signs (i.e. potential stroke) needs full diagnosis to differentiate between acute cerebrovascular causes and others, especially those such as hypoglycaemia or head injury needing other specific treatments.

Cranial tomography (CT) is a perfectly adequate method of brain imaging for vast majority of stroke patients, where the primary objective is to differentiate between ischemic and haemorrhagic stroke. Magnetic resonance imaging (MRI) may be used, but it is often less well tolerated and also requires a longer scanning time than CT. In order to minimise the delay between admission and brain imaging, it may also be advisable for the brain scanner to be situated as closely as possible to where stroke patients are treated.

Indications for immediate imaging are:

- indications for thrombolysis or early anticoagulation
- on anticoagulant treatment
- a known bleeding tendency
- a depressed level of consciousness (Glasgow Coma Score below 13)
- unexplained progressive or fluctuating symptoms
- papilloedema, neck stiffness or fever
- severe headache at onset of stroke symptoms.

References

Royal College of Physicians (2012) National Clinical Guidelines for Stroke, 4th Edition. RCP, London.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot

- Local data collection

3. People with TIA (whose symptoms have fully resolved) are considered as medical emergencies, assessed and treated by a healthcare professional with expertise in neurovascular disease within 24 hours, and started on aspirin treatment immediately.

Quality measure – structure

- Evidence of locally agreed protocols for the assessment and treatment of TIA as medical emergencies within 24 hours, and not necessarily as inpatients
- Availability of staff with expertise in neurovascular disease
- Availability of aspirin

Quality measure – process

a)

Numerator: The number of patients treated as medical emergencies, and assessed and treated by a healthcare professional with expertise in neurovascular disease within 24 hours of arrival at the hospital.

Denominator: The number of patients with TIA admitted to the hospital.

b)

Numerator: The number of patients started on aspirin treatment immediately.

Denominator: The number of patients with TIA admitted to the hospital who do not have contraindications to aspirin.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Ensure that training programmes and standards for healthcare professionals include recognition of stroke risk following TIA (for example, using the ABCD2 tool), and treating TIAs as emergencies.

Provincial health departments: Ensure the resources for hospitals to assess and treat TIA as medical emergencies.

Hospitals: Ensure the appropriate skillset and resources to assess and treat TIA as medical emergencies, and not necessarily as inpatients.

Healthcare staff: Ensure adherence to training and protocols to assess and treat TIA as medical emergencies, and not necessarily as inpatients.

Payers (VSS, other health insurers, patients who pay for a service): Can use adherence to QS to inform payment.

Patients with TIA: Can expect to be assessed and managed as an outpatient medical emergency, and started on aspirin immediately.

Definitions

TIAs, by definition, can only be diagnosed in people whose neurological symptoms have fully resolved. They are associated with a very high risk of stroke in the first month after the event and up to 1 year afterwards.

Validated tools for identifying people at high risk of stroke following a TIA include the ABCD2 score (Age, Blood Pressure, Clinical Features, Duration of Symptoms, Diabetes).

[Determining stroke risk following a TIA using the ABCD2 score.](#) Reproduced from NICE Clinical Knowledge Summaries for Stroke and TIA.

How should I assess the ABCD2 score?

Use the ABCD² scoring system to help assess the risk of stroke early after a transient ischaemic attack:

A — age: 60 years of age or more, 1 point.

B — blood pressure at presentation: 140/90 mmHg or greater, 1 point.

C — clinical features: unilateral weakness, 2 points; speech disturbance without weakness, 1 point.

D — duration of symptoms: 60 minutes or longer, 2 points; 10–59 minutes, 1 point.

D — presence of diabetes: 1 point.

Points from the individual items are added to give the ABCD² score.

People with a score of 4 or more are regarded as being at high risk of an early stroke.

The ABCD² scoring system excludes certain populations who may be at particularly high risk, such as:

People who have had two or more transient ischaemic attacks (TIAs) within 1 week — they are at higher risk for early stroke.

People on anticoagulation treatment — brain imaging is required to exclude intracranial bleeding.

They also may not be relevant to people who present days after a TIA.

References

Josephson, S.A. et al. (2008) Higher ABCD2 score predicts patients most likely to have true transient ischemic attack. *Stroke*, 39, 3096 – 3098.

NICE (2009) Stroke and TIA – NICE CKS. Assessing the ABCD2 score. <http://cks.nice.org.uk/stroke-and-tia#!scenariorecommendation:2>

Royal College of Physicians (2012) National Clinical Guidelines for Stroke, 4th Edition. RCP, London.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection

4. Patients with suspected stroke are assessed and managed in a specialist stroke unit that meets at least Bronze criteria, by a doctor with specialist expertise in stroke and other appropriately trained staff within 24 hours of admission to hospital, and by all relevant members of the multidisciplinary rehabilitation team within 72 hours, with documented multidisciplinary goals agreed within 5 days.

Quality measure – structure

- Evidence of a designated ward, part of a ward, or geographically identified unit for stroke patients
- Evidence of locally agreed protocols to assess and manage stroke patients in a specialist stroke unit within 24 hours of arrival at the hospital
- Availability of a multidisciplinary team with appropriately trained staff to perform the specified assessment and management
- Evidence that patient rehabilitation plans are discussed at a multidisciplinary meeting including a doctor, a nurse and a therapist, within 5 days of arrival at the hospital.

Quality measure – process

a)

Numerator: The number of patients assessed and managed in a specialist stroke unit that meets at least Bronze criteria by a doctor with specialist expertise in stroke and other appropriately trained staff within 24 hours of admission to the hospital.

Denominator: The number of patients with suspected stroke admitted to the hospital.

b)

Numerator: The number of patients assessed and managed by all relevant members of the multidisciplinary rehabilitation team within 72 hours of admission to the hospital.

Denominator: The number of patients with stroke admitted to the hospital.

c)

Numerator: The number of patients with documented multidisciplinary goals agreed within 5 days of admission to the hospital.

Denominator: The number of patients with stroke admitted to the hospital

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Establish and maintain an accreditation or regulatory system for specialist stroke units, within current hospital classification and auditing frameworks; and ensure that training programmes and standards for healthcare professionals include necessary competencies and multidisciplinary working in the context of a stroke unit.

Provincial health departments: Ensure the resources for hospitals to establish specialist stroke units.

Hospitals: Ensure the appropriate facilities and skillset are available in the specialist stroke unit.

Healthcare staff: Assess and manage all patients with stroke at a stroke unit that meets Level 1 (Bronze) criteria with relevant appropriately trained staff and document multidisciplinary goals, within the specified times.

Payers (VSS, other health insurers, patients who pay for a service): Can use adherence to QS to inform payment.

Patients: Can expect to be assessed and managed in a stroke unit that meets at least Level 1 criteria by relevant appropriately train staff and have documented multidisciplinary goals, within the specified times.

Definitions

Appropriate assessment should include assessments of: mobility, continence, memory, mood, communication, risk of developing pressure ulcers, nutrition, hydration, and blood pressure.

Appropriately trained staff will have stroke management experience and training, and are able to conduct the above listed assessments. Timely diagnosis and intervention is crucial for acute stroke, and being seen by a stroke consultant or associate specialist within 24 hours of admission is significantly associated with reduced mortality (Bray et al., 2013)

Specialist stroke units are an evidence-based and internationally recognised method of providing timely and effective care to stroke patients in the acute phase. As of 2014, there are 21 stroke units across Vietnam, almost entirely in Hanoi and Ho Chi Minh City (Prof Le Van Thanh presentation to QS Committee, 2014). Establishing stroke units do not necessarily require new specialist staff to be recruited, but does require existing resources to be reorganised.

Specialist stroke units are classified using the following criteria:

Bronze

- A designated ward or part of a ward set aside for stroke patients
- At least one nurse with stroke management experience and training will be on duty at all times

- Access to a doctor with expertise in stroke/neurology at least during normal working hours
- Agreed management protocols for common problems, based on available evidence.

Silver

As for Bronze, plus:

- Access to brain imaging during normal working hours
- Access to a physiotherapist with neurological/stroke training during normal working hours
- Access to a speech therapist with neurological training during normal working hours
- Has a coordinated multidisciplinary team that meets at least once a week for the interchange of information about individual patients
- Educational programmes and information are provided for staff, patients and carers

Gold

As for Silver, plus:

- A geographically identified unit
- Staff has specialist expertise in stroke and rehabilitation
- Provision of imaging and laboratory services
- Access to rehabilitation specialist staff
- All nurses caring for the stroke patients are experienced and competent in the management of acute stroke covering neurological, general medical and rehabilitation aspects
- Medical staff are specially trained in the delivery of acute medical care to stroke patients, including the diagnostic and administrative procedures needed for safe, effective delivery of thrombolysis available 24 hours, 7 days a week
- Organised as a single team of staff with specialist knowledge and experience of stroke and neurological rehabilitation including:
 - consultant physician(s)

- nurses
 - physiotherapists
 - occupational therapists
 - speech and language therapists
 - dietitians
 - psychologists
 - social workers
- Easy access to services providing: pharmacy; orthotics; orthoptists; specialist seating; patient information, advice and support; and assistive devices.
 - Have an education programme for all staff providing the stroke service and offer training for junior professionals in the specialty of stroke.

References

Bray et al. (2013) Associations between the organisation of stroke services, process of care, and mortality in England: prospective cohort study. *BMJ*, 346.

Royal College of Physicians (2012) National Clinical Guidelines for Stroke, 4th Edition. RCP, London.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection

5. Patients with stroke are treated with dignity and respect, including their hygiene maintained, provided care to prevent and manage pressure ulcers, and given privacy.

Quality measure – structure

- Evidence of locally agreed protocols to ensure that patients' hygiene is maintained and provided care to pressure area provided;
- Evidence of curtains around each patient's bed, and locally agreed protocols to ensure curtains are closed when medical or personal care is being provided.

Quality measure – process

a)

Numerator: The number of patients with their hygiene maintained.

Denominator: The number of patients with stroke admitted to the hospital.

b)

Numerator: The number of patients provided care to prevent and manage pressure ulcers.

Denominator: The number of patients with stroke admitted to the hospital.

c)

Numerator: The number of patients with a curtain around their bed.

Denominator: The number of patients with stroke admitted to the hospital.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Include indicators in the MoH hospital auditing programme on hygiene maintenance, care to prevent and manage pressure ulcers, and privacy.

Provincial health departments: Ensure resources and protocols for hospitals to maintain hygiene, provide care to prevent and manage pressure ulcers, and giving privacy.

Hospitals: Ensure resources, training and protocols to maintain hygiene, provide care to prevent and manage pressure ulcers, and giving privacy.

Healthcare staff: Adhere to training and local protocols to maintain hygiene, provide care to prevent and manage pressure ulcers, and give privacy.

Payers (VSS, other health insurers, patients who pay for a service): Can use adherence to QS to inform payment.

Patients: Can expect to have hygiene maintained, provided care to prevent and manage pressure ulcers and be given privacy.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection

6. Patients with suspected stroke arriving at a hospital with facilities to provide thrombolysis are admitted directly to a specialist stroke unit and assessed for thrombolysis, receiving it within 4.5 hours of stroke onset if clinically indicated.

Quality measure – structure

- Evidence of a stroke unit meeting Goldcriteria
- Evidence of equipment for brain imaging, e.g. a cranial tomography (CT) scanner.
- Evidence of locally agreed protocols to prioritise any patients with acute stroke to receive imaging within 1 hour of arrival at the hospital and for the results to be interpreted as soon as possible
- Availability of appropriately trained staff to perform imaging within 1 hour of arrival at the hospital and to interpret the results as soon as possible, 24 hours a day and 7 days a week
- Evidence of locally agreed protocols to ensure that patients with suspected stroke are assessed for and given thrombolysis if clinically indicated
- Availability of thrombolytic medications
- Availability of appropriately trained and experienced staff to perform thrombolysis, including knowledge of contraindications, and specialist monitoring

Quality measure – process

a)

Numerator: The number of patients admitted directly to a specialist stroke unit and assessed for thrombolysis.

Denominator: The number of patients with suspected stroke arriving at a hospital with facilities to provide thrombolysis.

b)

Numerator: The number of patients who receive thrombolysis within 4.5 hours of stroke onset.

Denominator: The number of patients with suspected stroke assessed to require thrombolysis.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Ensure specialist training standards for stroke clinicians to deliver thrombolysis.

Provincial health departments: Ensure resources for hospitals to provide thrombolysis as soon as possible 24 hours a day, 7 days a week.

Hospitals: Ensure adequate facilities and human resources to provide thrombolysis as soon as possible 24 hours a day, 7 days a week.

Healthcare staff: Adhere to training and local protocols to provide thrombolysis as soon as possible 24 hours a day, 7 days a week.

Payers (VSS, other health insurers, patients who pay for a service): Can use adherence to QS to inform payment.

Patients: Can expect to receive thrombolysis as soon as possible 24 hours a day, 7 days a week.

Definitions

Hospitals with adequate facilities to provide thrombolysis must have a stroke unit meeting Goldcriteria, and provide specialist monitoring of patients including the monitoring of blood pressure every 2 hours.

Alteplase, the preferred thrombolytic drug, is clinically indicated where acute ischaemic stroke has been confirmed via brain imaging (and intracranial haemorrhage has been excluded), and time of stroke onset is known and within 4.5 hours. Treatment should be started as soon as possible, given that the likelihood of benefit decreases while the risk of harm increases with time:

Table 2. Beyond 4.5 hours of stroke onset, alteplase is substantially less effective (Lansberg et al. 2009).

Time of treatment from stroke onset	Estimated numbers needed to treat (NNT)
Within 1.5 hours	3.6
1.5 – 3 hours	4.3
3 – 4.5 hours	5.9
4.5 – 6 hours	19.3

Stroke thrombolysis with alteplase should only be provided where staff are trained and experienced in providing it, with a thorough knowledge of the contraindications (including prior use of all anticoagulants).

Either standard or low dose alteplase would be a reasonable choice for Vietnamese patients, until there is further direct evidence from randomised controlled trials comparing the safety and efficacy of different dosages (Ramaiah& Yan, 2013).

Every patient treated with thrombolysis should be started on an antiplatelet after 24 hours, unless contraindicated (e.g. after significant haemorrhage has been excluded).

References

Lansberg et al. (2009) *Stroke*, 40, 2079-2084.

Ramaiah, S.S., Yan, B. (2013) Low-dose tissue plasminogen activator and standard-dose tissue plasminogen activator in acute ischemic stroke in Asian populations: a review. *Cerebrovascular Disease*.36, 161-166.

Royal College of Physicians (2012) National Clinical Guidelines for Stroke, 4th Edition. RCP, London.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection, including door-to-scan and door-to-needle measures

7. Patients with acute stroke (ischemic and haemorrhagic) are mobilised and helped to sit up as soon as they are awake, unless medically unstable; and supported to stand and walk as soon as possible.

Quality measure – structure

- Evidence of locally agreed protocols for early mobilisation.
- Availability of appropriately trained staff to support early mobilisation.
- Availability of sufficient floor space around each patient.
- Availability of a chair beside each bed in order to practice sitting.
- Availability of other appropriate equipment for early mobilisation, including walking sticks and frames.
- Evidence of locally agreed protocols to provide basic practical training for family carers to assist in early mobilisation.

Quality measure – process

a)

Numerator: The number of patients who are mobilised and practice sitting.

Denominator: The number of patients with acute stroke admitted to hospital who are awake and not medically unstable.

b)

Numerator: The number of patients who are supported to stand and walk .

Denominator: The number of patients with acute stroke admitted to hospital are who are able to stand and walk, and not medically unstable.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Ensure that training programmes and standards for healthcare professionals include early mobilisation.

Provincial health departments: Ensure resources for hospitals to provide appropriate skillsets and facilities (including sufficient floor space, chairs, and other equipment) for early mobilisation.

Hospitals: Ensure the appropriate skillset and facilities (including sufficient floor space, chairs, and other equipment) to allow for early mobilisation.

Healthcare staff: Adhere to training and protocols to mobilise stroke patients appropriately and as soon as possible.

Payers (VSS, other health insurers, patients who pay for a service): Can use adherence to QS to inform payment.

Patients: Can expect to be mobilised within 24 hours.

Family carers: Can ask for practical training and assist the patient in early mobilisation.

Definitions

“**Medically unstable**” may include unstable vital signs, inability to be maintained in a sitting position, the presence of cardiac or respiratory conditions, and epilepsy.

Haemorrhagic stroke or hypertension *are not* indications for bed rest.

Immobility secondary to motor and other impairments is common following a stroke. Very early (within 24 hours of stroke onset) and intensive mobilisation may improve functional recovery and reduce the risks of complications of mobility. The deleterious effects of even brief periods of bed rest are well documented, including pressure sores, contractures, deep vein thrombosis, and depression.

Mobilisation includes a range of activities that should be tailored to the patient’s current physical capacity, for example moving one’s arms, moving from the bed to the chair, etc.

Family carers may be able to assist in providing early mobilisation given basic practical training.

References

Royal College of Physicians (2012) National Clinical Guidelines for Stroke, 4th Edition. RCP, London.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection

8. Patients with acute stroke have their swallowing screened by specially trained healthcare staff within 4 hours of admission to the hospital, before being given any oral food, fluid or medication; and have an ongoing management plan for the provision of adequate nutrition.

Quality measure – structure

- Evidence of locally agreed protocols for swallowing screening and nutritional management
- Availability of specially trained staff to perform swallowing checks
- Availability of specially trained staff to administer nutrition management plans

Quality measure – process

a)

Numerator: The number of patients who have their swallowing screened by a specially trained healthcare professional within 4 hours of admission to hospital, before being given any oral food, fluid or medication.

Denominator: The number of patients with acute stroke admitted to hospital.

b)

Numerator: The number of patients with an ongoing management plan for the provision of adequate nutrition.

Denominator: The number of patients with acute stroke admitted to hospital.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Ensure that training programmes and standards for healthcare professionals include swallowing screening and nutrition management.

Provincial health departments: Ensure the resources for hospitals to provide perform swallowing screening within 4 hours of admission, and to administer ongoing management plans for the provision of adequate nutrition.

Hospitals: Ensure appropriate training for staff to perform swallowing screening within 4 hours of admission, and to administer ongoing management plans for the provision of adequate nutrition.

Healthcare staff: Adhere to training and protocols to perform swallowing screening within 4 hours of admission, and to administer ongoing management plans for the provision of adequate nutrition.

Payers (VSS, other health insurers, patients who pay for a service): Can use adherence to QS to inform payment.

Patients: Can expect to receive swallowing screening within 4 hours of admission, and have an ongoing management plan for the provision of adequate nutrition.

Definitions

Validated screening tools for swallowing include a 50ml water swallow test (WST); and for malnutrition, the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

Checking swallowing and nutritional needs of stroke patients are relatively simple interventions that have a major impact in reducing mortality (Bray et al., 2013), and can potentially be delivered by non-specialist staff in any hospital setting.

Dysphagia (swallowing difficulty associated with foods, liquids and saliva) is common after acute stroke, and can lead to food, fluid or saliva entering the airway (aspiration), which increases the risk of pneumonia. All patients should be kept nil by mouth until formally evaluated by a clinician trained in swallow screening.

In those with identified dysphagia, a more detailed swallowing assessment is indicated, which includes consideration of function and cognition with a broader range of food and fluids of varying texture.

Malnutrition is common in hospital inpatients ranging in studies from 6–60% and is an independent predictor for poor outcome. Dehydration is unpleasant and clinically unacceptable. Multiple factors may contribute to a high risk of malnutrition after stroke, including: swallowing problems, restricted arm function, absence of teeth and dentures, poor mouth hygiene, depression or anxiety, unfamiliar foods, and fatigue.

Adequate fluid and nutrition within the first 72 hours of admission (alongside appropriate anti-platelet therapy) had the strongest impact on reducing mortality, out of any measured combination of quality care processes in a UK national stroke audit (Bray et al., 2013).

References

BAPEN (2003) 'Malnutrition Universal Screening Tool'. http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf

Bray et al. (2013) Associations between the organisation of stroke services, process of care, and mortality in England: prospective cohort study. *BMJ*, 346.

Royal College of Physicians (2012) National Clinical Guidelines for Stroke, 4th Edition. RCP, London.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection

9. People at high risk of stroke, including those who have already had a TIA or stroke, are assessed for and given information about lifestyle risk factors (exercise, smoking, diet, weight and alcohol); these people, and their carers where possible, given accessible information, advice and support in possible strategies to modify lifestyle and risk factors.

Quality measure – structure

- Evidence of locally agreed protocols for the provision of information, advice and support to reduce lifestyle risk factors for stroke
- Evidence of accessible written information, such as leaflets, for the general public

Quality measure – process

a)

Numerator: The number of people whom are assessed for lifestyle risk factors (exercise, smoking, diet, weight and alcohol).

Denominator: The number of people at high risk of stroke.

b)

Numerator: The number of people whom or whose carers are given accessible information, advice and support in possible strategies to modify their lifestyle risk factors (exercise, smoking diet, weight and alcohol).

Denominator: The number of people at high risk of stroke.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Ensure that training programmes and standards for healthcare professionals include identifying people at high risk of stroke and offering appropriate referral or support for reducing lifestyle risk factors; and ensure resources for central hospitals to provide these.

Provincial health departments: Ensure the resources for hospitals to identify people at high risk of stroke and to offer appropriate referral or support for reducing lifestyle risk factors.

Hospitals: Ensure appropriate training and protocols for staff in all hospital departments to identify people at high risk of stroke and to offer appropriate referral or support for reducing lifestyle risk factors.

Healthcare staff: Adhere to training and protocols to assess people at high risk of stroke for lifestyle risk factors and offer appropriate referral or support.

Payers (VSS, other health insurers, patients who pay for a service): Can use adherence to QS to inform payment.

People at increased risk of stroke: Can (alongside their carers) expect to receive information and advice on reducing lifestyle risk factors, and offered medications for secondary prevention (if they have already had stroke).

Definitions

People at high risk of stroke include patients who have already had a stroke or TIA, as well as people with:

- Hypertension
- High cholesterol
- Obesity
- Smoking
- Excessive drinking
- Atrial fibrillation
- Diabetes
- Atherosclerosis and other circulation problems
- Family history of stroke

Hypertension is a major risk factor for stroke, and almost universally seen in admitted stroke patients in Vietnam as in rest of the world.

Appropriate advice includes:

- Stopping smoking
- Taking regular exercise, including daily activity and at least 150 minutes of moderate intensity
- Eating five or more portions of fruit and vegetables, and two portions of oily fish
- Minimising saturated fats
- People who are overweight or obese offered advice and support to aid weight loss
- Reducing salt intake
- Reducing alcohol intake to within recognised safe limits

References

BAPEN (2003) 'Malnutrition Universal Screening Tool'. http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf

Royal College of Physicians (2012) National Clinical Guidelines for Stroke, 4th Edition. RCP, London.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection

10. Patients after stroke are offered appropriate medication to reduce risk of future strokes.

Quality measure – structure

- Evidence of locally agreed protocols to offer appropriate medication for secondary prevention of stroke, in line with international guidance.
- Availability of appropriate medication.

Quality measure – process

Numerator: The number of patients given appropriate medication to reduce risk of future strokes.

Denominator: The number of patients who have had stroke.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Ensure that training programmes and standards for healthcare professionals include offering appropriate medication for secondary prevention of stroke.

Provincial health departments: Ensure the resources for hospitals to offer appropriate medication for secondary prevention of stroke.

Hospitals: Ensure protocols and resources to offer appropriate medication for secondary prevention of stroke.

Healthcare staff: Adhere to protocols to offer appropriate medication for secondary prevention of stroke.

Payers (VSS, other health insurers, patients who pay for a service): Can use adherence to QS to inform payment.

Patients: Can expect to be offered medications for secondary prevention.

Definitions

Appropriate medication for the secondary prevention of stroke may include:

- Antiplatelets (e.g. aspirin)
- Anticoagulants (e.g. warfarin)
- Lipid lowering treatments (e.g. simvastatin)
- Antihypertensives (e.g. ACE inhibitors; bendrofluazide; atenolol)

Generic drugs are preferred.

References

Royal College of Physicians (2012) National Clinical Guidelines for Stroke, 4th Edition. RCP, London.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection

Service-level quality standards

11. A telemedicine service in a specialist stroke unit that does not have a specialist stroke physician on site has: a video link that enables a specialist stroke physician to observe a clinical examination, discuss the case with the examining clinician on site, and see and talk to the patient and carer directly; and a link that enables a specialist stroke physician to review radiological investigations remotely.

Quality measure – structure

- Evidence of joint working agreements and protocols with specialist stroke unit in another hospital that does have a local specialist stroke physician
- Availability of video-conferencing facilities at the location of clinical examination, including adequate broadband Internet connection and equipment
- Availability of facilities to capture and transmit radiological images electronically (e.g. via email) for timely remote reviews

Quality measure – process

Numerator: Hospital has a telemedicine service with a video link to a specialist stroke physician for observing clinical examinations, discussing cases with a trained assessing clinician, and seeing and talking to patients and carers directly; and a link for reviewing radiological investigations remotely.

Denominator: Hospital with a specialist stroke unit meeting all Bronze criteria except having a specialist stroke physician on site.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Include standards for telemedicine services as part of an accreditation or regulatory system for specialist stroke units.

Provincial health departments: Ensure the resources for hospitals to provide a telemedicine service, and facilitate joint working between hospitals.

Hospitals: Ensure joint working agreements and protocols with another hospital that does have a local specialist stroke physician, and adequate facilities for providing a telemedicine service.

Healthcare staff: Adhere to protocols to implement a telemedicine service in order to facilitate early diagnosis and treatment of patients with stroke.

Payers (VSS, other health insurers, patients who pay for a service): Can use adherence to QS to inform payment.

Patients: Can expect to be assessed and managed appropriately within the stroke unit, whether or not the hospital has a specialist stroke physician on site.

Definitions

All stroke units should meet at least Bronze criteria even if it does not have a specialist stroke physician on site, including at least one nurse with stroke management experience and training to be on duty locally at all times. Please refer to QS4 for full definitions of stroke unit criteria.

Video links can be achieved using a range of devices that are readily available in Vietnam, including laptop computers, tablet computers and smartphones with built in webcams/video cameras. Many popular videoconferencing software can be downloaded for free, including Skype, Tango, Google+.

Email attachments of brain scans can enable a specialist stroke physician to review radiological investigations remotely.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection

12. Central hospitals with expert training facilities in stroke care lead in disseminating expertise to provincial hospitals and organise regular joint meetings; and provincial hospitals lead in disseminating expertise to other hospitals within the province and organise regular joint meetings..

Quality measure – structure

- Evidence of joint working agreements and protocols between central hospitals with expert training facilities and provincial hospitals, and between provincial hospitals and other hospitals within the province, to disseminate expertise via regular meetings, e.g. weekly or monthly case reviews, training workshops, clinical placements, etc.
- Evidence of regular joint meetings, e.g. meeting agendas, attendance lists, summaries and reports, workshop training materials.

Quality measure – process

a)

Numerator: Hospital has a programme of regular joint meetings to disseminate expertise to provincial hospitals.

Denominator: Central hospital with expert training facilities in stroke care.

b)

Numerator: Hospital has a programme of regular joint meetings to disseminates expertise to other hospitals within the province.

Denominator: Provincial hospital.

c)

Number of joint meetings per month

d)

Numerator: Number of staff that have taken part in training events.

Denominator: Number of staff in the hospital who are involved in the assessment and management of stroke patients.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Ensure that central hospitals with expert training facilities are responsible for disseminating expertise.

Provincial health departments: Ensure that leading provincial hospitals are responsible for disseminating expertise, and facilitate joint working between hospitals within the province.

Hospitals: Establish regular joint meetings with other hospitals to facilitate exchange of expertise.

Healthcare staff: Engage in regular joint meetings to exchange expertise with staff in other hospitals.

Payers (VSS, other health insurers, patients who pay for a service): Can use adherence to QS to inform payment.

Patients: Can expect to be assessed and managed appropriately within a local hospital that receives regular dissemination of expertise from a more specialised hospital.

Definitions

Hospitals that lead in disseminating expertise will likely have a specialist stroke unit, meeting at least Silver level criteria.

Regular joint meetings may include weekly or monthly case reviews, radiology meetings, as well as more formal training events, workshops, and clinical placements.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection

13. Emergency care staff can screen for stroke and TIA using a validated tool, and respond to these as emergencies.

Quality measure – structure

- Evidence of a professional education campaign for emergency contact healthcare professionals outside of the hospital setting
- Evidence of a professional education campaign for emergency and outpatient healthcare professionals in the hospital

Quality measure – process

a)

Numerator: Hospital has in place a professional education campaign for emergency contact healthcare professionals to screen for stroke and TIA using a validated tool, and responding to these as emergencies.

Denominator: Any hospital.

b)

Government has established professional training standards for emergency contact healthcare professionals to screen for stroke and TIA using a validated tool, and responding to these as emergencies.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Ensure that training programmes and standards for emergency contact healthcare professionals including screening for stroke and TIA using a validated tool, and responding to these as emergencies.

Provincial health departments: Ensure training for emergency contact healthcare professionals to screen for stroke and TIA using validated tools, and treat them appropriately as emergencies.

Hospitals: Initiate professional education campaigns within the hospital.

Emergency healthcare contact professionals: Adhere to training to screen for stroke and TIA using validated tools, and treat them appropriately as emergencies.

Patients: Can expect to be assessed by emergency healthcare professionals using a validated tool and be treated appropriately as emergencies.

Definitions

Emergency care staff are all staff inside and outside a hospital that can potentially be the first point of contact for people presenting with stroke or TIA, including: 115 ambulance call centre staff, paramedics, Commune Health Station clinicians, family physicians, hospital emergency department clinicians, outpatient department clinicians.

Validated screening tools for stroke and TIA include the Face-Arm-Speech-Test (FAST).

References

Royal College of Physicians (2012) National Clinical Guidelines for Stroke, 4th Edition. RCP, London.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection

14. Members of the public can identify the main symptoms of stroke and TIA, and respond to these as emergencies.

Quality measure – structure

- Evidence of posters displayed and accessible written material made available in public areas of the hospital, e.g. emergency and outpatient departments
- The presence of mass-media public education campaigns, conducted within the framework of a formal evaluation

Quality measure – process

a)

Numerator: Hospital has a public education campaign in place.

Denominator: Any hospital.

b)

Government has established mass-media public education campaigns within the framework of a formal evaluation.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Initiate mass-media public education campaigns within the framework of a formal evaluation.

Provincial health departments: Initiate public education campaigns within the province.

Hospitals: Initiate public education campaigns within the hospital.

Healthcare staff: Educate patients and carers to the main symptoms of stroke and TIA, and how to respond to these as emergencies.

General public: Be aware of the main symptoms of stroke and TIA, and how to respond to these as emergencies.

Definitions

Educational material around recognising the main symptoms of TIA and stroke should be based around validated diagnostic tools, such as the Face-Arm-Speech-Test (FAST).

References

NHS (2013) Stroke – Act F.A.S.T. <http://www.nhs.uk/actfast/Pages/stroke.aspx>

Royal College of Physicians (2012) National Clinical Guidelines for Stroke, 4th Edition. RCP, London.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection

- Formal evaluation, for example a clinical trial

15. Patients with stroke have their quality of care monitored, and systems are in place to address problems that are identified.

Quality measure – structure

- Evidence of locally agreed protocols to monitor quality, and to identify and address problems (e.g. regular review meetings).
- Evidence of audit standards (including specific measures and indicators) based on the Quality Standards for Stroke
- Evidence of data collection tools for audit standards

Quality measure – process

Numerator: The number of patients with stroke who have their quality of care monitored.

Denominator: The number of patients with stroke admitted to the hospital.

What quality statement means for each audience

Ministry of Health: Include indicators specific to stroke quality improvement in the MoH hospital auditing programme.

Provincial health departments: Establish Provincial Stroke Quality Improvement Groups to monitor the quality of care.

Service providers: Ensure regular auditing system in place to monitor quality of care and address any identified problems.

Healthcare staff: Adhere to quality monitoring systems and address any problems that are identified.

Payers (VSS, other health insurers, patients who pay for a service): Can use adherence to QS to inform payment.

People at high risk of stroke: Can expect to have their quality of monitored, and systems in place to address any identified problems.

Data sources

- Baseline audit for stroke QS pilot
- Local data collection