

ภาคผนวก 1

คำอธิบายเกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย

การประเมินทิศทาง และนโยบายจะประกอบด้วย NCD Board การวางแผนปฏิบัติการ การตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง การสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย และเป้าหมายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ และการติดตามความก้าวหน้า ทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าประสงค์ ตามรายละเอียดดังนี้

1.1 NCD board ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ใน และ/หรือ นอก กระทรวงสาธารณสุขภายในอำเภอ NCD board มีบทบาทหน้าที่กำหนด ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการให้บริการโรคไม่ติดต่อที่เน้นการป้องกันควบคู่ไปกับการรักษาเพื่อลดโรค โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน โดยเป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพ NCD board จะต้องมีการประชุมทุกไตรมาสอย่างต่อเนื่อง และมีสรุปรายงานการประชุม ติดตามผลการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุข วิเคราะห์ช่องว่าง (gap) เพื่อการพัฒนาปรับทิศทาง และเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อการลดปัญหาและมีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาการให้บริการโรคไม่ติดต่อ

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น แผนงาน หนังสือคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานและบทบาทรับผิดชอบ เป็นต้น

1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ

การวางแผนปฏิบัติการจะต้องมี ผู้รับผิดชอบ ทีมที่รับผิดชอบ ในการเชื่อมโยงแผนปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการมีการวิเคราะห์ปัญหา (GAP analysis) และชี้เป้าปัญหาอย่างมีส่วนร่วม มีการนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพระบบบริการโดยที่แผนปฏิบัติการ กิจกรรม จะต้องมีการกำหนดเป้าหมายที่วัดได้ และตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงกระบวนการ ทิศทาง นโยบายรวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรที่สนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

หมายเหตุ:

- 1) เป็นแผนที่สอดคล้องกับ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ในข้อ 1.1
- 2) ทรัพยากรในที่นี่รวมถึง คน เงิน ของ
 - มีการวิเคราะห์ GAP ทั้ง 6 องค์ประกอบ
 - มีการกำหนดยุทธศาสตร์ตาม SWOT analysis ที่ได้
 - มีแผนพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus (ปิด GAP)
- 3) แผนของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ Contracting Unit for Primary Care (CUP)

คือ แผนการวางระบบการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ตอบสนองความต้องการ ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และเชื่อมโยงกิจกรรมดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นองค์รวม ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ โดยการกระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิ เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตลอดจน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพและการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วมและนำไปสู่การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

4) แผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) District Health Board (DHB)

คือแผนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน มีการบูรณาการและประสานความร่วมมือ เพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพะ ทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

1.3 สื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ

การสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ ต้องมีการประกาศ การประชุม ให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายบริการสาธารณสุขรับรู้ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการพัฒนา NCD Clinic Plus อย่างทั่วถึง และมีการประเมินผลเพื่อนำมาใช้มาปรับปรุงแนวทางการสื่อสาร และช่องทางการสื่อสาร

1.4 ติดตามความก้าวหน้า และทิศทางการดำเนินงาน ให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus

การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานจะต้องมีการทบทวนทิศทางการดำเนินงานทุกไตรมาสและนำผลการติดตามไปปรับปรุงเป้าหมายเชิงกระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ มีการติดตามแผนงานโครงการตามที่ตั้งไว้ในแผนและมีแผนการติดตามนิเทศเครือข่าย

* ระบบการติดตามประเมินผล เพื่อดูความก้าวหน้าของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จะต้องกำหนดระยะเวลาการติดตามที่ชัดเจน เช่น ผ่านการประชุมทุกไตรมาส

* กลไกในการดำเนินงาน เช่น การประชุมบอร์ด การประชุมทีมงาน การมอบหมายผู้รับผิดชอบ เป็นต้น

หมายเหตุ:

ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายจากข้อ 1.1

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา:

รายงานการประชุม สรุปผลการประเมิน แผนการปรับปรุงการทำงาน และแผนผังกำหนดงาน (Gantt chart)

1.5 บุคลากร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพียงพอ และเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ

สถานที่ในการให้บริการจะต้องมีพื้นที่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ สะดวก เป็นสัดส่วน และเข้าถึงบริการได้ง่าย โดยมีการกำหนดวัน และการจัดตารางเวลาสำหรับการให้บริการและกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน และมีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ

1.6 เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ มีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้งาน
รายละเอียดดังนี้

เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการมีจำนวนเพียงพอ และสามารถนำไปใช้งานได้มีประสิทธิภาพมีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการติดตามดูแลรักษา ตรวจสอบสภาพการใช้งาน และมีแผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์โดยมีการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่องโดยมีการแบ่งเกณฑ์เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอมีประสิทธิภาพและพร้อมใช้งานตามระดับของโรงพยาบาล ดังนี้

เครื่องมือ	ระดับโรงพยาบาล		
	A,S,M1 (จำนวนเครื่อง)	F1,M2 (จำนวนเครื่อง)	F2,F3 (จำนวนเครื่อง)
1. เครื่องมือชั่งน้ำหนัก/ที่วัดส่วนสูง	1	1	1
2. เครื่องมือวัดความดันโลหิต	2	2	2
3. สายวัดเอว	2	2	2
4. Monofilament สำหรับตรวจเท้า	10	10	5
5. fundus camera	2	1	3 แห่ง/1 เครื่อง
6. เครื่อง ABI	1	0	0

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา:

แผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์ของหน่วยงาน รายงานการติดตามดูแลรักษา ตรวจสอบสภาพการใช้งานของเครื่องมือและอุปกรณ์

****ผู้ที่รับการสอบถามในองค์ประกอบที่ 1:**

ผู้บริหารโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอNCDs case managerหรือNCDs Coordinatorผู้รับผิดชอบผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus

องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ

ระบบสารสนเทศ ประกอบด้วยการมีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่ได้รับการพัฒนาสมบูรณ์ ครบถ้วนที่สามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์หรือเอกสาร

ระบบทะเบียนข้อมูลของกลุ่มผู้รับบริการจะต้องมีทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม เป็นข้อมูลการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน และควบคุมโรค ซึ่งชุดทะเบียนข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
 - ทะเบียนข้อมูลกลุ่ม Pre-DM Pre-HT กลุ่มสงสัยป่วย
 - ทะเบียนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม Pre-DM Pre-HT

- 2) ทะเบียนกลุ่มป่วย DM HT DM&HT
- 3) กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ตา ตา (stage 1-5) เท้า
- 4) ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk (CVD Risk $\geq 30\%$)

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา:

ทะเบียน เช่น 43 แฟ้ม Excelfile ที่หน่วยบริการสร้างเพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลของตนเอง
สมุดทะเบียนการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

2.2 ระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ Health data center อำเภอ และ Health data center จังหวัด

ในระดับอำเภอจะต้องมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีการเชื่อมโยงกันระหว่าง Health data center อำเภอ และ Health data center จังหวัด โดยต้องมีการใช้ data exchange ตรวจสอบข้อมูลและระบบสารสนเทศร่วมกันในระดับอำเภอและจังหวัด รวมทั้งมีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบให้หน่วยบริการแก้ไข และปรับปรุงระบบข้อมูลและสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง

2.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุม โรคไม่ติดต่อ และออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคล รายกลุ่ม และกลุ่มประชากร)

มีการวิเคราะห์ข้อมูล ที่เป็น Minimum Data Set ดังนี้

1. ข้อมูลคัดกรอง DMHT ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ BMI รอบเอว เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่
2. อัตราการวินิจฉัยรายใหม่ DM และ HT
3. ความชุก DM และ HT
4. ชุดข้อมูลคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ตา เท้า
5. ชุดข้อมูลคุณภาพบริการ (ผู้ป่วยที่ควบคุมได้ และควบคุมไม่ได้)
6. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ Stroke และ IHD
7. ข้อมูลประเมิน CVD Riskกลุ่มเสี่ยงสูง CVD
8. ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มป่วย ได้แก่ BMI รอบเอวเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์การสูบบุหรี่ หรือ อัตรา

การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

โดยจะต้องมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรค การดูแลรักษา และออกแบบบริการสุขภาพ ทั้งในรายบุคคล กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่มีแนวโน้มของ 4 โรคเป้าหมายที่มารับบริการของสถานบริการเพิ่มสูงขึ้น

สรุปประเด็นสำคัญ:

การวิเคราะห์ข้อมูล หมายถึง การนำข้อมูลที่เก็บรวบรวม เช่น จากระบบทะเบียน มาจัดทำประมวลผล ให้อยู่ในรูปแบบผลลัพธ์ ที่สามารถนำไปใช้งานได้ เช่น จำนวน อัตรา สัดส่วน ความชุก เป็นต้น การวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายด้าน เช่น การนำปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยกำหนดทางสุขภาพ ระบาดวิทยา เพื่อนำมาใช้อธิบายการเกิดของเหตุการณ์เชิงพรรณนาของบุคคล เวลา สถานที่

2.4 การรายงานข้อมูลให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย

การรายงานข้อมูล ตรงเวลาตามรายไตรมาส พร้อมทั้งจัดทำรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินสถานการณ์ และเปรียบเทียบข้อมูลกับสถานบริการในระดับเดียวกัน และนำเสนอรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลแก่ผู้บริหารเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา:

รายงานการวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินเปรียบเทียบสถานการณ์ตามรายไตรมาส สรุปรายงานการประชุมที่นำเสนอแก่ผู้บริหาร

**ผู้รับการสอบถามในองค์ประกอบที่ 2:

NCD case manager, NCD Coordinator, ผู้รับผิดชอบผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus, IT สถานบริการสาธารณสุข

องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ

ระบบ และกระบวนการบริการ ประกอบด้วย การให้บริการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การให้การวินิจฉัย การประเมินระยะโรคความเสี่ยงการเกิดโรค รวมทั้งมีการวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน) มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อมีระบบส่งต่อทั้งไป กลับที่ทำให้ผู้บริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง)

หมายเหตุ:

ความเสี่ยง หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ เช่น พฤติกรรมเสี่ยง การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

โอกาสเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดโรค ซึ่งในโรคไม่ติดต่อเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายอย่าง จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมากขึ้น

3.2 การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมา

การวินิจฉัย และลงทะเบียน จะต้องมีการวินิจฉัย และลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่อย่างครบถ้วน พร้อมทั้งแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วย และปัจจัยเสี่ยงแก่ผู้รับบริการรายบุคคล โดยใช้สื่อหรือเอกสารอื่นๆ เช่น สมุดประจำตัวผู้รับบริการ มีการจัดทำทะเบียนแสดงการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่จำแนกตามระยะของโรค มีการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และจัดเป็นรายกลุ่ม และคืนข้อมูล รายบุคคล รายกลุ่ม ให้กับเครือข่าย

3.3 การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า หัวใจ และหลอดเลือด ปีละ 1 ครั้ง และโรคความดันโลหิตสูง มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต หัวใจ และหลอดเลือด ปีละ 1 ครั้ง และต้องมีการจัดบริการตามความเสี่ยงที่ประเมินได้ มีการดำเนินงานตามระบบที่จัดไว้ รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD system Manager หรือ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีการแต่งตั้งผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager หรือ Coordinator) และทีมสหวิชาชีพ ในการบริหารจัดการ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน และมีการประสานการบริการดูแล เชื่อมโยงในภาพรวม

สรุปประเด็นสำคัญ:

ข้อ 3.4 เน้นเรื่องผู้ประสานงาน ให้เป็นรูปแบบของ บุคคล ทีมประสานและมีคณะทำงานของทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงาน

3.5 เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุขที่ เชื่อมโยงไปชุมชน

มีเครือข่ายการดูแลโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรคที่เชื่อมโยงกับสถานบริการ ทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนรวมถึงมี แนวทางปฏิบัติ การติดตามประเมินผล การแจ้งผลการติดตามการดูแลรักษา และส่งต่อระหว่างเครือข่ายใน การดูแลโรคไม่ติดต่อ

3.6 ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย

ระบบการส่งต่อ มีแนวทางการดำเนินงานส่งต่อทั้งไป และกลับของสถานบริการแต่ละระดับ (เกณฑ์ ในการส่งต่อ การประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ และการรับเลื่อนนัดผู้ป่วย มี Flow Chart การดำเนินงาน) และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ในการให้บริการ เกณฑ์ในการติดตามดูแล การจัดการเวลาออกให้บริการ การกำหนดทีมให้บริการที่ชัดเจน และการติดตามผลการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา:

แผนการรักษาใน Family Folder ของผู้ป่วย กรณีที่ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล

****ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 3:**

NCD case manager, NCD Coordinator ผู้รับผิดชอบผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus, ผู้รับผิดชอบงานเวชกรรมสังคม

องค์ประกอบที่ 4 มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

ระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง ประกอบด้วยการจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นใน การวางแผนดูแลตนเอง รวมถึงมีกระบวนการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจ และจัดการตนเอง เพื่อ สนับสนุนให้ผู้รับบริการดูแลตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง มีรายละเอียดดังนี้

4.1 การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง

การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องกำหนดเนื้อหาสำคัญในการให้ความรู้ และทักษะ แก่ผู้รับบริการทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล มีเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง มีแผน และกิจกรรม

เสริมสร้างทักษะความรู้ตามปัญหาผู้รับบริการ มีการดำเนินการตามแผน และติดตามผลเพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน

เอกสารประกอบการพิจารณา:

ดูจากเอกสารการติดตามการจัดการรายกรณี

4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้าน และโรงพยาบาล

การสื่อสารโดยมีสื่อ เช่น คู่มือ สมุดสุขภาพ มาใช้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ การรักษา ระยะของโรค และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการบันทึกติดตามผลการดูแลตนเอง นำผลมาวางแผนการดูแลร่วมกัน และนำมาใช้พัฒนาทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเองในการทำหน้าที่ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม

การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยมีการจัดกลุ่ม ชมรม มีแผนการดำเนินกิจกรรม มีการดำเนินการตามแผน การประเมินผลการดำเนินงาน และนำผลมาพัฒนาแผนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ

สถานบริการสาธารณสุขมีเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์เช่น labfundus cameraSMBPSMBGเป็นต้นและเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่ไม่ใช่อุปกรณ์ทางการแพทย์เช่น คอมพิวเตอร์ รวมทั้งมีสื่อที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเอง เช่น แผ่นพับ ตารางคู่มือรูปแบบของเม็ดยา วิธีการฉีดยา เป็นต้น ที่มีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ และมีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่มีการคิดค้นเป็นนวัตกรรม รวมทั้งมีการประเมินผลการใช้เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารประกอบการพิจารณา:

แผนการดำเนินงานที่มีรูปแบบการปรับพฤติกรรมที่ชัดเจน โดยมีการวางแผนติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

****ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 4:**

ผู้รับผิดชอบ ผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plusและผู้รับบริการ

องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค)

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระบบการประสานงานให้คำปรึกษารวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลและจัดการโรค มีรายละเอียดดังนี้

5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ การมีแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐานของสถานบริการที่ครอบคลุมการดำเนินงานโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้แก่

- 1) การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- 2) การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

- 3) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อ
- 4) การให้ความรู้ และการดูแลตนเองขณะเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน
- 5) การดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อ

จะต้องมีการชี้แจง สื่อสารผู้เกี่ยวข้องทุกระดับให้รับทราบ มีการประเมินผล และทบทวนปรับปรุงแนว
เวชปฏิบัติอิงหลักฐานเป็นระยะ

5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการใน
คลินิกรวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข

ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่าง ผู้เชี่ยวชาญ สถานบริการ ที่มีประสิทธิภาพกับ ผู้
ให้บริการคลินิก สถานบริการสาธารณสุข ในเครือข่าย จะต้องมียุทธศาสตร์งาน ทีมให้คำปรึกษาที่กำหนด
บทบาทหน้าที่ชัดเจน มีการประเมินผล และทบทวนการดำเนินงาน และมี Flow Cart ของการดำเนินงาน

5.3 Chronic Case Conference /KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค

การดำเนินกิจกรรม Chronic Case Conference /KM มีการจัดกิจกรรมในโรงพยาบาลอย่าง
สม่ำเสมอมีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำผลมาปรับปรุงกระบวนการจัดบริการ รวมทั้งนำผลการ
เรียนรู้และนวัตกรรมมารวบรวมเป็นคลังความรู้ โดยกระจายความรู้ให้ผู้ให้บริการเข้าถึงได้สะดวกหลาย
ช่องทาง เช่น social media website

สรุปประเด็นสำคัญ:

Case conference /KM เพื่อองค์ความรู้ ข้อค้นพบใหม่ ที่ได้จากกระบวนการทำงาน ซึ่งข้อค้นพบ
ใหม่นี้ คือการอธิบายผลการทำงานที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้คาดหมายทั้งที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ แต่เป็น
ประโยชน์ต่อการทำงานให้ดีขึ้นกว่าเดิม และปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้สิ่งนั้นเกิดขึ้นโดย case conference
โดยมากจะเป็นกรณีตัวอย่าง ส่วน KM เป็นการถอดบทเรียนผ่านการประชุม

****ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 5:**

NCD case manager, NCD Coordinator, ผู้รับผิดชอบผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus, เวชกรรม
สังคม

องค์ประกอบที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนเป็นการจัดบริการเสริมทักษะลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน มีการสนับสนุน
นโยบายแผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชนและมีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมต่อการ
มีสุขภาพของคนในชุมชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการดูแลติดตามระดับ
น้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต รวมทั้งสนับสนุนการจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 การจัดบริการในการเสริมทักษะลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน

การจัดบริการเสริมทักษะลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน มีการประสานความร่วมมือ การส่งคืนข้อมูล การ
วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำแผนงานโครงการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนเพื่อให้สามารถ
จัดการลดเสี่ยงในชุมชนได้ เช่น 3อ.2ส. การสร้างผู้นำการออกกำลังกายในชุมชน ให้ความรู้ร้านค้า ลด หวาน

มัน เค็ม เป็นต้น มีการประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมตามแผน และติดตามการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

6.2 สนับสนุน นโยบาย แผนการดำเนินงาน ที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูง

ชุมชนมีการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุน หรือร่วมดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน เช่น จัดสภาพแวดล้อมเรื่องขยะ น้ำ ตลาด เป็นต้น และมีแผนงานการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชนที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงโรค มีการติดตามผลการดำเนินงาน และนำผลมาปรับปรุงแผนงานโครงการ

6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน

ชุมชนมีการดำเนินนโยบายสาธารณะที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพ และพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น โดยมีแนวทางการพัฒนาที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อม ทั้งทางสังคม และกายภาพ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มุ่งเน้นให้ประชาชนมีทางเลือก และสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ ความสงบสุข ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศน์ และสิ่งแวดล้อมที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันในสังคม ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาจากหลายฝ่าย ได้แก่ รัฐบาล ราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และตัวบุคคล

6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรมและ/หรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาล สนับสนุน 3 M (คน เงิน ของ) หรือร่วมดำเนินงานจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพในชุมชน โดยชุมชนมีการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ หรือชุมชนมีการจัดตั้งกลุ่ม ชมรม เพื่อสุขภาพที่มีการดำเนินงานเป็นรูปธรรมมีแผนงาน มีการดำเนินการตามแผน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน โรงพยาบาล ร่วมติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามแผน

หมายเหตุ : - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องมีอย่างน้อย 1 ชมรม และต้องมีสมาชิกอย่างน้อย 20 คน ต่อชมรม

6.5 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เครือข่ายบริการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งมีการดำเนินการตามแผน ติดตาม และทบทวนกระบวนการทำงาน

6.6 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน

การจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของ กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน จะต้องมีการจัดหรือชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ 1 ชมรมต่อ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีแผนงานการดำเนินงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตนเอง มีการดำเนินกิจกรรมตามแผน และติดตามผลการดำเนินงานโดย กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน

ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 6:

เวชกรรมสังคมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ครู และผู้นำชุมชน