

**การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี**
**Quality Evaluation of HIV/AIDS patients care service by HIVQUAL-T program,
Office of Disease Control and Prevention 7, Ubon Ratchatani.**

สุรศักดิ์ เกษมศิริ พบ.อว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)

Surasak Kasemsiri MD.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7

Office of Disease Control and Prevention 7

อุบลราชธานี

Ubon Ratchatani

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T (HIV Quality of Care Program-Thailand) และศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นโรงพยาบาลทุกแห่งที่ส่งข้อมูลในปี 2549 และ 2550 และ 2) กลุ่มประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรม เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ 8 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัย มี 2 ชนิด ได้แก่ แบบรายงานจากโปรแกรม HIVQUAL-T และ แบบสัมภาษณ์ ตัวชี้วัดที่ประเมินมี 10 ตัวชี้วัด ข้อมูลวิเคราะห์โดยหาร์ยอละ ค่าเฉลี่ยร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า

1) การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จากโปรแกรม HIVQUAL-T ภาพรวมการดำเนินงานใน 10 ตัวชี้วัด พบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยปี 2549 ต่ำกว่า ปี 2550 โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละเท่ากับ 71.67 และ 79.40 เมื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานในปี 2550 กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพบว่าการปฏิบัติงานผ่านเกณฑ์ 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละ ของผู้ป่วยที่ตรวจ CD4 (Cluster of Differentiation 4) อย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ประเมิน ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส และได้รับ การตรวจ VL (Viral Load) อย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ (PCP: Pneumocystis pneumonia) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และได้รับยาป้องกันโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม Adherence ทุกครั้ง ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติ/กำลังรักษา TB (Tuberculosis) ได้รับการคัดกรองวัณโรค และร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล/คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทั้งนี้ มี 3 ตัวชี้วัดที่ดำเนินการได้ต่ำกว่าเกณฑ์ ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยที่ตรวจ CD4 อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ประเมิน ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับยาได้รับยา และร้อยละของผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Papanicolaou smear)

2) ผลการประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ก่อนนำโปรแกรมมาใช้พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ดูแลรักษาผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดในการดูแลรักษา ตลอดจนเป้าหมายการดำเนินงาน และระบบการประเมินคุณภาพการดูแลรักษา การให้บริการที่ชัดเจน และการนำผลมาพัฒนาการให้บริการ และพบว่าสิ่งที่มีผลต่อการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย คือ นโยบายหรือการให้ความสำคัญของผู้บริหาร หลังการนำโปรแกรมมาใช้ พบว่า มีข้อดี คือ ทำให้มีระบบการ ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทราบคุณภาพการบริการ ศักยภาพในการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย ส่วนข้อเสียหรือข้อจำกัด พบว่าเกิดจากตัวโปรแกรม แบบบันทึกข้อมูล บุคลากร และวิธีการดำเนินงาน ประเด็นที่ควรให้ความสำคัญและพัฒนาต่อไป คือ การตรวจ PAP smear ในผู้ป่วยหญิง การตรวจ Viral load ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส และการตรวจ CD4 2 ครั้งต่อปี เนื่องจากดำเนินการไม่ผ่านเกณฑ์ตามแผนที่กำหนดไว้ และมีร้อยละการดำเนินงานที่ค่อนข้างต่ำ

Abstract

The purposes of this research were to evaluate quality in HIV/AIDS patients care service of hospitals by HIVQUAL-T program and to study effectiveness of HIVQUAL-T program. The area study was responsibility area of Office of Disease Control and Prevention 7, Ubon Ratchatani. The study was involved with 2 populations consist of 1) evaluated patients treat qualification groups: all hospitals that sent data to Department of Prevention and Control Disease 7, Ubon Ratchatani in 2549 and 2550 years. 2) effective evaluation of HIVQUAL-T program groups: HIVQUAL-T program responsibility persons in hospitals by purposive selection. The HIVQUAL-T report and structural interview had been used as a research instrument. Percentage, mean percentage and content analysis were used as tools for data analysis. The result of the research were as follows:

1) The evaluation of HIV/AIDS patients care service by HIVQUAL-T program.

The holistic performance in 10 indicators found that percentage of patients care service in 2549 was lower than 2550, they shown 71.67 and 79.40 percent in order. The performance comparison between 2550 and planning target found 7 indicators pass lower planning target: percentage of the patients who checked CD4 in 1 time a year, percentage of patients who received anti virus medicines and VL checking 1 time at less, percentage of patients who had indicator and got PCP, percentage of patients who had indicator and got Cryptococcosis prevention medicines, percentage of patients who got adherence follow up, percentage of patients who had not history sickness or TB treat got TB screening and percentage of patients who received information/consultant about safe sex. The result found 3 indicators had lower performance percent than planning target: percentage of patients who checked CD4 in 2 times a year, percentage of patients that appropriated to got medicine received medicines and percentage of woman patients who had PAP smear checking.

2) The effectiveness of HIVQUAL-T program

Before HIVQUAL-T program using found that most of hospitals had normal care service for patients, indicators to care and services, planning target, evaluative system were not clear. The performance of some hospitals depended on leader policy. After HIVQUAL-T program using found that HIVQUAL-T program made a good system and effective for patients care service. Some problems and obstacles of patients care service cause from HIVQUAL-T program, data report, persons and processing.

The important indicators to solve and to develop were: PAP smear checking in woman patients, VL checking 2 times a year CD4 checking because these indicators had low percent in performance.

ประเด็นสำคัญ-

การประเมินคุณภาพ

ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

โปรแกรมHIVQUAL-T

Keywords

Qualitative Evaluation

HIV/AIDS Patients

HIV Quality of Care Program-Thailand

บทนำ

นับเป็นระยะเวลากว่า 24 ปีมาแล้ว ตั้งแต่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รายแรกของประเทศไทย (พ.ศ.2527) จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ.2551) ที่ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เปลี่ยนไปมาก เริ่มจากไม่มียารักษา จนในปัจจุบันที่มียาต้านไวรัสหลายขนานที่ใช้รักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้ โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ หญิงชายบริการทางเพศโดยตรง หรือโดยแฝง ผู้ติดยาเสพติด และชายชายบริการทางเพศ⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม แม้จะมียาหลายขนานในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ก็ไม่ได้หมายความว่า ผู้ป่วยทุกคนจะสามารถเข้าถึงการบริการดูแลรักษาได้อย่างทั่วถึง ได้รับการดูแลรักษาที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในปี พ.ศ.2535 ประเทศไทยเริ่มนำยาต้านไวรัสมาใช้เพื่อการรักษาผู้ป่วยเอดส์⁽²⁻³⁾ โดยในระยะเริ่มแรก เป็นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสชนิดเดียว (mono therapy) ต่อมาได้พัฒนามาเป็นการใช้ยาต้านไวรัส 2 ชนิด (dual therapy) และเป็นการใช้ยาต้านไวรัส 3 ชนิด (triple therapy) ในปี พ.ศ. 2543 แต่เนื่องจากราคายาต้านไวรัสในขณะนั้นยังสูงอยู่มาก จึงยังเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงยาต้านไวรัสดังกล่าวได้จำนวนเพียงเล็กน้อย ในปี พ.ศ.2546 กรมควบคุมโรคได้พยายามขยายโอกาส ให้ผู้ป่วยเอดส์ได้เข้าถึงยาต้านไวรัสได้มากขึ้น⁽⁴⁻⁸⁾ และในปีนั้นเองได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fund) เพื่อการบริหารจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และในระยะเวลาต่อมา รัฐบาลได้จัดตั้งกองทุนเอดส์ขึ้น โดยให้การสนับสนุนงบประมาณจำนวน 2,796 ล้านบาท ภายใต้การดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการกองทุนเอดส์ด้วยตนเอง⁽⁹⁾ ภายใต้งบประมาณจำนวน 3,855.6 ล้านบาท การบริหารจัดการใช้แนวคิดการบริหารจัดการโรคเฉพาะ (Disease management program) การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (National AIDS Program: NAP) ที่เน้นสิทธิประโยชน์หลักของผู้ป่วย 4 ประการ คือ

1) การรักษารวมยาต้านไวรัส ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง 2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษา 3) บริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT: Voluntary counseling testing) และ 4) การป้องกันการแพร่กระจายโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแผนบริหารจัดการโรคเอดส์ 5 ด้าน คือ 1) การรักษารวมยาต้านไวรัสเอดส์ 2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) การให้คำปรึกษา 4) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ 5) การควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยเฉพาะข้อ 5 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีแนวทางสนับสนุนการติดตาม และพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการ ด้วยระบบ HIVQUAL-T HIVQUAL Model เป็นระบบพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน HIV/AIDS ด้านการดูแลรักษาเป็นหลัก⁽¹⁰⁻¹²⁾ โดยให้การประเมินตนเองผ่านการทบทวนบันทึกการดูแลผู้ป่วยพัฒนามาจากมาตรฐานและวิธีการของ HIV Quality of Care Program ของ New York State Department of Health AIDS Institute ปี 1992 ต่อมาได้พัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น โดยศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC) เรียกว่า HIVQUAL-T Model (T = Thailand) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Performance measurement 2) Quality improvement 3) Infrastructure support for quality management and 4) Group learning ในส่วนของ HIVQUAL-T Program เป็น Software ที่ใช้ในองค์ประกอบที่ 1 Performance measurement เพื่อวัดผลการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เริ่มดำเนินงานในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ.2547 จนถึงปัจจุบัน และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี ได้เข้าร่วมโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่แรกเริ่มดำเนินการ โดยมีโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลวารินชำราบเป็นโรงพยาบาลนำร่อง

การประเมินคุณภาพบริการ นับว่าเป็นกิจกรรม

ที่สำคัญมากของกระบวนการการพัฒนาคุณภาพการบริการ การประเมินจะทำให้ทราบว่าทำงานได้ดีเพียงใด เปรียบเทียบกับเป้าหมายแล้วเป็นอย่างไร จุดที่ต้องปรับปรุงคืออะไร และนำไปวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพต่อไป เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการบริการ การดูแลรักษาที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข สามารถดูแลตนเอง และ/หรือครอบครัวได้ จากการศึกษาพบว่าในพื้นที่ที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 รับผิดชอบ ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานเชิงระบบโดยรวมเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงาน การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และยังเป็นการกระตุ้นให้องค์กรเห็นความสำคัญ และใช้ประโยชน์จากผลของการวัดในการพัฒนาคุณภาพให้บริการ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีขั้นตอนการศึกษา 2 ชั้น คือ ประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T และประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

นิยามศัพท์

ตัวชี้วัดระดับคุณภาพ หมายถึง ตัวชี้วัดที่กำหนด ร่วมกันระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 และผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย 10 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยที่ ตรวจ CD4 อย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ประเมิน, ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสและได้รับการตรวจ

VL อย่าง น้อย 1 ครั้ง, ร้อยละ ของผู้ป่วยที่ตรวจ CD4 อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ประเมิน ร้อยละ ของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และ ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ (PCP) ร้อยละ ของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และได้รับยาป้องกันโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ (Cryptococcosis) ร้อยละ ของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ รับยาได้รับยา ร้อยละ ของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม Adherence ทุกครั้ง ร้อยละ ของผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติ/กำลัง รักษา TB ได้รับการคัดกรองวัณโรค, ร้อยละ ของผู้ป่วย ที่ได้รับข้อมูล/คำปรึกษาเรื่อง safe sex และ ร้อยละ ของผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการตรวจ PAP smear

พื้นที่ศึกษา

ศึกษาข้อมูลจากโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี คือ จังหวัดศรีสะเกษ ยโสธร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร นครพนม สกลนคร และกาฬสินธุ์

ระยะเวลาที่ศึกษา ประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อศึกษา ข้อมูลตั้งแต่ตุลาคม ถึงกันยายน 2550 ประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรมเริ่มเมษายน 2550

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ คือ โรงพยาบาลทุกแห่งที่ส่งข้อมูลการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ในปี 2549 จำนวน 57 แห่ง และปี 2550 จำนวน 63 แห่ง โดยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2) ประชากรที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ของโรงพยาบาล

จำนวน 8 คน ซึ่งเลือกมาแบบเจาะจง

เครื่องมือวิจัย มี 2 ชนิด ได้แก่ เครื่องมือประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T เป็นแบบรายงานที่กลุ่มตัวอย่าง จัดส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 และเครื่องมือประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรมเป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด (Open ended)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลปฐมภูมิ เก็บโดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2) ข้อมูลทุติยภูมิ เก็บจากรายงานการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยโปรแกรม HIVQUAL-T ในรูปแบบของไฟล์ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ผลการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยโปรแกรม HIVQUAL-T วิเคราะห์โดยการหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนการประเมินระดับคุณภาพการปฏิบัติงาน เป็นการเปรียบเทียบ ร้อยละ การดำเนินงานระหว่างปี 2550 กับเป้าหมายความสำเร็จตามแผนปีงบประมาณ 2550 ที่กำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกันของโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 ทั้งนี้ หากโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีร้อยละของการปฏิบัติงานในแต่ละตัวชี้วัดในปี 2550 มากกว่าหรือเท่ากับระดับคุณภาพเป้าหมายตามแผน หมายถึง มีคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

2) การวิเคราะห์ผลการประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จากโปรแกรม HIVQUAL-T

การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จากโปรแกรม HIVQUAL-T สรุปตามตัวชี้วัดและภาพรวมการดำเนินงานได้ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CD4 อย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ประเมิน ในปี 2550 สูงกว่าปี 2549 และในปี 2550 มีการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ เนื่องจากสามารถดำเนินการได้สูงกว่าเป้าหมายตามแผน ซึ่งกำหนดไว้ร้อยละ 70

ตัวชี้วัดที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสและได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้ง ในปี 2549 ค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 2.58 และในปี 2550 มีร้อยละ ของการปฏิบัติงานสูงขึ้นมาก คือ 61.3 และดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสามารถดำเนินการได้สูงกว่าเป้าหมาย ตามแผนที่กำหนดไว้ร้อยละ 60

ตัวชี้วัดที่ 3 ผู้ป่วยที่ได้ตรวจ CD4 อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ประเมิน ในปี 2550 สูงกว่าปี 2549 และในปี 2550 มีการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดไว้ในแผน เนื่องจากดำเนินการได้ร้อยละ 67.03 ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 70

ตัวชี้วัดที่ 4 ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และได้รับยาป้องกัน โรคปอดอักเสบ (PCP) ในปี 2550 ต่ำกว่าปี 2549 และในปี 2550 มีการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ เนื่องจากดำเนินการได้ ร้อยละ 89.36 สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ 5 ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และได้รับยาป้องกัน โรคเยื่อ หุ้มสมองอักเสบ (Cryptococcosis) ในปี 2549 ต่ำกว่าปี 2550 คือ ร้อยละ 84.05 และในปี 2550 มีการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ เนื่องจากดำเนินการได้ ร้อยละ 88.59 สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ 6 ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับยา ได้รับยา ในปี 2549 สูงกว่าปี 2550 และในปี 2550 มีการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์คุณภาพ เนื่องจากดำเนินการได้ ร้อยละ 81.56 ต่ำกว่าเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดที่ 7 ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม Adherence ทุกครั้ง ในปี 2549 ต่ำกว่าปี 2550 และในปี 2550 มีการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ เนื่องจากดำเนินการได้

ร้อยละ 87.91 สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ 8 ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติ/กำลังรักษา TB ได้รับการคัดกรองวัณโรคในปี 2549 ต่ำกว่าปี 2550 คือ ร้อยละ 92.25 และ ร้อยละ 94.88 ตามลำดับ และ ในปี 2550 มีการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ เนื่องจากมี ร้อยละ การดำเนินการสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดที่ 9 ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล/คำปรึกษาเรื่อง safe sex ในปี 2549 ต่ำกว่าปี 2550 และในปี 2550 มีการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ เนื่องจากดำเนินการได้ ร้อยละ 93.09 สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 60

ตัวชี้วัดที่ 10 ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการตรวจ PAP smear ในปี 2549 ต่ำกว่าปี 2550 และในปี 2550 มีการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์คุณภาพ เนื่องจากดำเนินการได้ ร้อยละ 35.31 น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ร้อยละ 50

ภาพรวมการดำเนินงานใน 10 ตัวชี้วัด พบว่า ปี 2549 มีการปฏิบัติงานในภาพรวมต่ำกว่าปี 2550 โดยมีค่าเฉลี่ย ร้อยละของการปฏิบัติเท่ากับ 71.67 และ 79.40 เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในปี 2550 กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพบว่า มีการปฏิบัติงานผ่านเกณฑ์ความสำเร็จตามแผนจำนวน 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยที่ตรวจ CD4 อย่างน้อย 1 ครั้งในปี ที่ประเมิน ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส และได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละของผู้ป่วยที่มี ข้อบ่งชี้ และได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ (PCP), ร้อยละของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และได้รับยาป้องกันโรค เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Cryptococcosis) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม Adherence ทุกครั้ง ร้อยละ ของผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติ/กำลังรักษา TB ได้รับการคัด กรองวัณโรค และร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล/ คำปรึกษาเรื่อง Safe sex ส่วนตัวชี้วัดที่ดำเนินการได้ต่ำ กว่าเกณฑ์คุณภาพตามแผนมีจำนวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยที่ตรวจ CD4 อย่างน้อย 2 ครั้งในปี ที่ประเมิน, ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับยา ได้รับยา และร้อยละของผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการตรวจ PAP smear ในปี 2549 ตัวชี้วัดที่ทำได้ดีที่สุด คือ ร้อยละของผู้ป่วย ที่ตรวจ CD4 อย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ประเมิน ส่วนตัวชี้วัด

ที่ทำได้ดีที่สุด คือ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส และได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้ง และในปี 2550 ตัวชี้วัดที่ทำได้ดีที่สุด คือ ร้อยละของผู้ป่วยที่ตรวจ CD4 อย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ประเมิน ส่วนตัวชี้วัดที่ทำได้ดีที่สุด คือ ร้อยละของผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการตรวจ PAP smear ผลการประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

การประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ประเมินด้วยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโปรแกรม HIVQUAL-T ของโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์เนื้อหาสรุปได้ว่า สภาพการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนนำโปรแกรม HIVQUAL-T มาใช้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ดูแลรักษาผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐาน การดูแลผู้ป่วย แต่จะไม่มีกำหนดตัวชี้วัดในการดูแล รักษาตลอดจนเป้าหมายในการดำเนินงานเกี่ยวกับการ ดูแลรักษาผู้ป่วย อีกทั้งไม่มีระบบการประเมินหรือวัด คุณภาพ การดูแลรักษา การให้บริการที่ชัดเจน และการ นำผลมาพัฒนาการให้บริการอย่างเป็นระบบ และพบว่า สิ่งที่มีผลต่อการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยประการหนึ่ง คือ นโยบายของผู้บริหาร

การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา หลังการ นำโปรแกรม HIVQUAL-T มาใช้ พบว่า มีข้อดี คือ ทำให้ มีระบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ทราบคุณภาพการ บริการของโรงพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทราบถึง ศักยภาพในการปฏิบัติงาน และผลจากคุณภาพการ ดูแลรักษาผู้ป่วย จะทำให้โรงพยาบาลสามารถนำไป พัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วย และการบริการให้ประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น ข้อเสีย หรือข้อจำกัดที่พบหลังการนำ โปรแกรมมาใช้ สรุปได้ว่า เกิดจากตัวโปรแกรมจากแบบ บันทึกรายข้อมูล ที่ควรต้องทบทวนว่าเป็นข้อมูลที่จำเป็น ในการนำไปใช้ประโยชน์หรือไม่ มีคำถามบางคำถามยังไม่เหมาะสม และควรเพิ่มประเด็นคำถามบางคำถาม ที่จะประโยชน์ต่อการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และการวางแผน นอกจากนี้ ยังเป็นข้อจำกัดเกี่ยวกับบุคลากร และวิธีการดำเนินงาน

วิจารณ์

ผลการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จากโปรแกรม HIVQUAL-T ในภาพรวมการดำเนินงานของโรงพยาบาล ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ใน 10 ตัวชี้วัด จะเห็นได้ว่า ปี 2549 มีการปฏิบัติงานในภาพรวมต่ำกว่าปี 2550 โดยมีค่าเฉลี่ย ร้อยละเท่ากับ 71.67 และ 79.40 การดำเนินงานปี 2549 ที่ทำได้ใน ร้อยละที่ค่อนข้างต่ำ มี 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสและได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้ง ทำได้ ร้อยละ 2.58 กับตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการตรวจ PAP smear โดยทำได้ ร้อยละ 34.64 และยังมีตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ตรวจ CD4 อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ประเมินที่ทำได้ไม่สูงนัก คือ ร้อยละ 61.79

ในปี 2550 ตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลดำเนินงานได้ในร้อยละที่ค่อนข้างต่ำ คือ ตัวชี้วัดที่ 10 ทำได้ ร้อยละ 35.31 ตัวชี้วัดที่ 6 ทำได้ ร้อยละ 81.56 และมี 2 ตัวชี้วัดที่ยังทำได้ไม่สูงนัก คือตัวชี้วัดที่ 2 และ 3 โดยทำได้ ร้อยละ 61.30 และ 67.03 ตามลำดับ จากผลการดำเนินงานในปี 2549 และปี 2550 จะเห็นได้ว่า ปี 2549 เป็นปีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังไม่ได้เข้ามาบริหารจัดการการดูแลรักษาโรคเอดส์ด้วยตนเอง สิทธิประโยชน์หลัก เรื่องการตรวจ CD4 2 ครั้ง และการตรวจ VL ยังไม่มีการกำหนดไว้ทำให้ร้อยละการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่ 2 และ 3 อยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่า ตัวชี้วัดที่ 2 มีการดำเนินการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.58 ในปี 2549 เป็น ร้อยละ 61.30 ในปี 2550 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากที่สุด มากกว่าทุกตัวชี้วัด ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการกำหนดในสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติงานให้เหตุผลว่าแม้จะมีร้อยละที่เพิ่มขึ้นสูงจากเดิมมาก แต่ก็ยังเป็นตัวเลขที่ทำได้ในร้อยละที่ไม่สูงนัก ปัญหาหนึ่งเกิดจากการใช้โปรแกรม NAP (National Aids Program) อุปกรณ์คอมพิวเตอร์และระบบ online ที่ยังไม่มีความพร้อมในบางโรงพยาบาล

ทำให้ไม่สามารถลงทะเบียนผู้ป่วยในโปรแกรม NAP ได้ การส่งตรวจทั้ง CD4 และ VL ทำได้น้อย ส่วนตัวชี้วัดที่ 3 พบว่า การดำเนินการ ปี 2550 ก็ทำได้เพียง ร้อยละ 67.03 ใกล้เคียงกับปี 2549 ที่ทำได้ ร้อยละ 61.79 จากการสัมภาษณ์ ผู้ปฏิบัติงานให้เหตุผลว่า สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยมาตรวจ CD4 ครั้งแรกมาในช่วงตอนปลายปี ทำให้การตรวจครั้งที่ 2 ซึ่งต้องนับไปอีกประมาณ 6 เดือน ต้องนำไปคำนวณในอีกปีถัดไป การนับจำนวนผู้ที่ตรวจครบ 2 ครั้งในปีที่ประเมิน (2550) จึงไม่สูงเท่าที่ควร ทั้งการตรวจ Viral load ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสและการตรวจ CD4 2 ครั้งต่อปีมีความสำคัญมาก เพราะเป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสก็เพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสให้ต่ำสุดและนานที่สุด ภูมิคุ้มกันที่เสียไปกลับคืนมา ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและเป็นผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นในที่สุด

ประเด็นที่ควรให้ความสำคัญและพัฒนาต่อไปคือ การเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับยาและการตรวจ PAP smear ในผู้ป่วยหญิง ถึงแม้ตัวชี้วัดที่ 6 (การเข้าถึงยาของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับยา) การดำเนินงานปี 2550 จะไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ก็มากกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งไว้ (ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 70) และสาเหตุที่ตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดนี้ไว้ค่อนข้างสูงก็เนื่องจากผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาเกินเป้าหมายของกระทรวงแล้ว ส่วนการตรวจ PAP smear (การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก) ยังเป็นปัญหาในคนไทยทุกกลุ่มที่มีความครอบคลุมต่ำ ดังนั้น การตรวจ PAP smear ยังคงต้องหากวิธีที่ทำให้อัตราการตรวจสูงขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น เช่น การใช้วิธี VIA (Visual Inspection with Acetic Acid) เข้ามาเสริม

สรุป

ประเด็นสำคัญที่ควรพัฒนาต่อไปเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ผ่านเกณฑ์คุณภาพ คือ ร้อยละของผู้ป่วยที่ตรวจ CD4 อย่างน้อย 2 ครั้ง ในปีที่ประเมิน ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับยาได้รับยา และร้อยละของผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการตรวจ PAP Smear

ควรมีการศึกษาวิเคราะห์และพัฒนาตัวชี้วัดที่มีความจำเป็นสอดคล้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ ศึกษาเจาะลึกเพื่อหารูปแบบหรือแนวทางการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ที่มีประสิทธิผล/ประสิทธิภาพ ตามบริบทด้านพื้นที่ชุมชน วัฒนธรรม องค์การที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านระบาดวิทยาโรคเอดส์. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา. 2545.
2. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น. การสังเคราะห์องค์ความรู้ เรื่อง ระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง. ขอนแก่น: สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น. 2543.
3. กรมควบคุมโรค. แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. 2549.
4. สุนธธา คงศิลม สุขุม เจียมตน และ รักขวร ใจสะอาด. รายงานผลการวิจัยโครงการ ศึกษาวิเคราะห์นโยบายการจัดระบบบริการ ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เข้าสู่ระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ. 2547.
5. กรมควบคุมโรค. การศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ นโยบายและแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เข้าสู่ระบบบริการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2548.
6. สัญชัย ชาสมนัด, ชวินันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ และพีระมน ینگสานนท์. รายงานผลการศึกษาศึกษาารูปแบบและการดำเนินงานของโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2547.
7. กรมควบคุมโรค. การศึกษาแนวทางการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เข้าสู่ระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ส่วนผู้ให้บริการ. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547.
8. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์เด็ก และผู้ใหญ่ในประเทศไทย พ.ศ.2545. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2545.
9. อุดร ศรีสุวรรณ. ศักยภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอ็ดส์ ของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี. 2547.
10. ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข. HIVQUAL-T V.2 โปรแกรมการวัดและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. 2546.
11. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้โปรแกรมบันทึกผลการติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ (HIV AIDS Care Program). นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548.
12. สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล, เสาวนีย์ สีสองสม และคณะ. การวัดผลการปฏิบัติงานการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์ ทางการแพทย์ ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข.
13. กรมการแพทย์. การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2546.