

บทคัดย่อ

การประเมิน มาตรฐาน คลินิกวัณโรคคุณภาพ (QTBC) ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ วิธีการประเมินนี้ได้ยึดแนวทางการประเมินมาตรฐานตามคู่มือ ประเมินมาตรฐาน คลินิกวัณโรคคุณภาพ ซึ่งสามารถสะท้อนมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของสถานพยาบาล ในขั้นตอนต่างๆจนทำให้เกิดความสำเร็จในการรักษาและส่งผลกระทบต่ออัตราการลดจำนวนผู้ป่วยและลดการเสียชีวิต การคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ โดยคัดเลือก จากอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยมากเป็น 3 ลำดับแรกของจังหวัดและสุ่มเพิ่มอีกร้อยละ 10 ของอำเภอที่เหลือ ของแต่ละจังหวัด รวมทั้งหมด 28 อำเภอ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เป็นแบบประเมินมาตรฐาน คลินิกวัณโรคคุณภาพ ได้รับการออกแบบและพัฒนาโดยผู้ประเมินและทีมประเมินจากสำนักวัณโรคและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยมีเนื้อหาการ ประเมินมาตรฐานการดำเนินงานวัณโรค 10 มาตรฐาน มาตรฐาน ละ 2 ตัวชี้วัด รวมทั้งหมด 20 ตัวชี้วัด แต่ละตัวชี้วัดมี 5 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนน โรงพยาบาล ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานต้องมีคะแนนผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ 90 คะแนนขึ้นไป ผลการประเมินพบว่าจำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตั้งแต่ 90 คะแนนขึ้นไป จำนวน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 39.29 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช คือร้อยละ 45 โรงพยาบาล ที่มีคะแนนประเมินสูงที่สุดเท่ากับ 99 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 64 คะแนน เมื่อพิจารณาผลการประเมินของโรงพยาบาลทั้งหมด 28 โรงพยาบาล โดยจำแนกตามตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ เรียงลำดับจาก มากที่สุด 6 ลำดับแรก ดังนี้ 1) ตัวชี้วัดที่ 4.1 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อทุกรายได้รับการรักษาด้วยสูตรยา 2HRZE/4HR จำนวน 28 โรงพยาบาล(ร้อยละ 100) 2) ตัวชี้วัดที่ 1.1 มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค จำนวน 27 โรงพยาบาล (ร้อยละ 96.4) 3) ตัวชี้วัดที่ 6.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ทุกราย และกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วนจำนวน 27 โรงพยาบาล (ร้อยละ 96.4) 4) ตัวชี้วัดที่ 9.2 ผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน (Confirmed MDR-TB) ได้รับการขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกรายและได้รับการรักษาถูกต้องทุกราย จำนวน 27 โรงพยาบาล (ร้อยละ 96.4) 5)ตัวชี้วัดที่ 6.2 การจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนอย่างครบถ้วน และส่งรายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort จำนวน 26 โรงพยาบาล (ร้อยละ 92.9) และ 6) ตัวชี้วัดที่ 7.2 จัดสถานที่ของคลินิกวัณโรคแยกห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคจำนวน 26 โรงพยาบาล (ร้อยละ 92.9) ตามลำดับ ผลการประเมินคลินิกทุกแห่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหะพบเชื้อทุกรายได้รับการรักษาด้วยสูตรยา 2 HRZE/4HR ซึ่งให้เห็นว่าแพทย์ผู้ให้การรักษา ให้การรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐานทุกแห่ง ในขณะเดียวกัน ผลการประเมินยังพบว่า ตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ เรียงลำดับจากน้อยที่สุด 3 ลำดับ ดังนี้ 1) ตัวชี้วัดที่ 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ใหญ่ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด จำนวน 4 โรงพยาบาล (ร้อยละ 14.3) ซึ่งให้เห็นว่า ปัญหาดังกล่าวอาจเกิดจากผู้ป่วยวัณโรค ได้รับการตรวจวินิจฉัยล่าช้า จากตัวผู้ป่วยเองหรือสถานบริการ 2) ตัวชี้วัดที่ 10.1 อัตรา

ความสำเร็จการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อ จำนวน 10 โรงพยาบาล (ร้อยละ 35.7) แสดงให้เห็นถึง ความสำเร็จของการรักษายังไม่ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย ในระหว่างการรักษา เช่นผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยและผู้สูงอายุ และ 3) ตัวชี้วัดที่ 3.1 การตรวจชั้นสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการ และเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค จำนวน 14 โรงพยาบาล (ร้อยละ 50) แสดงให้เห็นถึงความตระหนักของบุคลากรที่เกี่ยวข้องบางส่วนในการตรวจประเมินคุณภาพ ที่ยังไม่ครอบคลุม สรุปโดยสังเขป ประเด็นสาระสำคัญของการประเมิน ครั้งนี้ เพื่อให้ บุคลากรสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ สามารถใช้ประโยชน์จาก ผลการประเมิน อาทิ 1) การพัฒนาระบบงานด้านการดูแลและรักษาผู้ป่วยวัณโรค 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรควัณโรคเชิงรุก ในพื้นที่เป้าหมายของ 7 จังหวัด และ 3) การแก้ปัญหา อุปสรรคเพื่อให้การดำเนินงานวัณโรคบรรลุผลสำเร็จต่อไป

Abstract

The assessment of standards for “Quality Tuberculosis Clinics (QTBC)” in 7 provinces of upper region of the South was aimed at evaluating the results of the TB implementation services following the QTBCs. The framework for the assessment, which was followed by the guideline of QTBC, could reflect standard healthcare services to TB patients by healthcare providers and hence the treatment success and the consequences that could reduce the numbers of TB patients and deaths. The QTBCs from 7 provinces was selected both from the 3 districts of each province that were ranked at high risk and from 10% of the remainder. Totally, 28 districts were used throughout this assessment. The assessment form (QTBC3) initially designed and developed by the principal evaluators and the team members from the Bureau of Tuberculosis and 11 Regional Offices of Disease Prevention and Control (ODPC) was tested for the validity and reliability by TB experts. The QTBC3-based assessment relied on standards, indicators, and rating of scores. The QTBCs consisted of 10 standards of TB care (two indicators each), or totally 20 indicators. Each indicator was rated by 5 scores, that is, the QTBCs had 100 scores in total. The hospital that had ≥ 90 scores was considered qualified. Assessment results showed there were 11 (39.29%) out of 28 surveyed clinics that were QTBC3-qualified with the overall 100 scores. Meanwhile, these QTBC3-qualified hospitals were below the target (46.43% = 13 Districts) that was set by the ODPC Region 11 Nakhon Si Thammarat. With respects to the indicators analyzed for all 28 QTBCs, the results showed there were 6 indicators of corresponding to the hospitals with the highest ranked scores: 1) Indicator 4.1: All new TB cases treated with 2HRZE/4HR (28 clinics, 100%), 2) Indicator 1.1: Responsible QTBC health staff fully competent to provide healthcare services (27 clinics, 96.4%), 3) Indicator 6.1: Registration of newly laboratory-confirmed pulmonary TB patients and records (27 clinics, 96.4%), 4) Indicator 9.2: Registration of confirmed MDR-TB cases that all receive the treatment correctly (27 clinics, 96.4%), 5) Indicator 6.2: Complete reporting of 3-month intervals by the registry to the Provincial Public Health Office not exceeding than 14 days after a follow-up cohort (26 clinics, 92.9%), and 6) Indicator 7.2: The availability of TB clinic apart from other facilities wherein the vulnerable patients may pose the risk for the TB infection (26 clinics, 92.9%), respectively. Findings of the qualified QTBCs that met the assessment criterion all new TB cases treated with 2HRZE/4HR indicated that the physicians followed the prescription of restricted TB treatment. In addition, the results also revealed 3 indicators of corresponding to the hospitals with the lowest ranked scores as follows: 1) Indicator 3.2: The proportion of newly laboratory-confirmed pulmonary TB adult patients in all TB patients (4 clinics, 14.3%), suggesting patients reluctant to seek diagnosis or perhaps diagnosis service delay, 2) Indicator 10.1: The success rate of newly laboratory-confirmed pulmonary TB adult patients (10 clinics, 35.7%), suggesting unachievable treatment

among the TB patients due to direct or total deaths of HIV and TB co-infections and the elderly, and 3) Indicator 3.1: The qualitatively qualified microscopic exam of sputa according to the Department of Disease Control (14 clinics, 50%), suggesting low compliance and awareness for health personnel such that a lot quality assurance was not coverage by the external quality assessment. Taken together, the significance of this assessment would be beneficial for health personnel and other authorized persons at all levels in several ways: 1) the development of treatment and cares for TB patients, 2) Active surveillance, prevention, and control for TB in hotspots of 7 provinces, 3) the appropriate solutions of problems that can achieve further TB implementation services.