

โรงพยาบาล	สัทหีบ กม.10
สาขา	อายุรกรรม
สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วย HIV/AIDS
วันที่	30 กันยายน 2562

1.บริบท

จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลสัทหีบ กม.10 ปี 2559 – 2562 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สะสมจำนวน 709, 745, 779 และ 792 รายตามลำดับ จากข้อมูลพบว่าการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รายใหม่ มีจำนวน 84, 68, 46 และ 49 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่มี ค่า Median CD4 ต่ำกว่า 350 เซลล์ต่อลบ.มม. มีการติดเชื้อฉวยโอกาส การมาขอรับการตรวจเลือดแบบสมัครใจ(VCT) มีน้อย ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อของตนเอง ไม่รู้สถานะผลเลือด เกิดการแพร่และรับเชื้อเอชไอวีโดยไม่รู้ตัว เกิดผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น เข้าถึงบริการการดูแลรักษาช้า ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และเสียชีวิต ดังนั้นจึงมีการทบทวนและหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีให้มีคุณภาพต่อเนื่อง เข้าถึงชุมชนมากยิ่งขึ้น

ศักยภาพ/ข้อจำกัด/บุคลากร/เครื่องมือ

ไม่มีอายุรแพทย์ มีแพทย์ GP รับผิดชอบ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ส่งตรวจ CD4 ที่ รพ. ชลบุรี ทราบผลภายใน 2 วัน (NAP online) HIV Viral load และ HIV Genotype ส่งตรวจที่ รพ. ราชวิถี ทราบผลประมาณ 2 สัปดาห์

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็ว
2. กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างครอบคลุม(VCT)
3. การวินิจฉัยตรวจรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรักษา มารับยาตามนัด ไม่ขาดยา ไม่ดื้อยา
5. ระบบการส่งต่อและการประสานงานการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน อยู่ในสังคมได้ปกติ

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ มี CD4 > 350 เซลล์/ลบ.มม.
2. กลุ่มเสี่ยงได้รับการให้คำปรึกษาตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ(VCT)
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับการรักษา มีจำนวน CD4 เพิ่มขึ้นจากเดิม
4. การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและเสียชีวิตลดลง
5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา ไม่ขาดนัด และไม่เกิดเชื้อดื้อยา
6. การรักษาและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน
7. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน ตามสิทธิประโยชน์

4. กระบวนการพัฒนาเพื่อให้ได้คุณภาพ

1. One stop service มีทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครรับผิดชอบ
2. เชิงรุกแบบพี่เลี้ยงร่วมกับเครือข่ายในรพ.สต.เป็นผู้ให้คำปรึกษาการตรวจเลือดแบบสมัครใจ ดูแลภายในชุมชน ให้ประเมินความเสี่ยงและสมัครใจตรวจเลือด เพื่อการรักษาที่รวดเร็ว ง่าย พึงประสิทธิภาพ และมีการส่งต่อทันทีที่ผลการตรวจเลือดผิดปกติ
3. จัดรูปแบบบริการที่เป็นมิตรในคลินิกยาต้านไวรัส โดยทีมสหวิชาชีพ ทุกวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี
4. พัฒนาระบบบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการและความเหมาะสมตามบริบทของผู้มารับบริการ เช่น การมารับยาแทน การส่งยาทางไปรษณีย์ การฝากยา ระบบรับยาแทนของหน่วยบริการใกล้บ้าน การเอื้อเวลาที่ไม่สามารถมารับยาตรงวันนัด เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง มาผิมนัดแต่ไม่ขาดยา
5. มีแนวทางการดูแลรักษา CPG และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเสี่ยงได้รับบริการให้คำปรึกษาตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ(VCT)

1. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่รพ.สต. เพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีเชิงรุก
2. จัดบริการ VCT (ตามโครงการ RRTTR) เชิงรุก กลุ่มเสี่ยงในชุมชน สถานเริงรมย์
3. จัดทำแนวทางการส่งเลือดตรวจ Anti-HIV จากรพ.สต.
4. จัดกิจกรรมเดือนแห่งการรณรงค์ตรวจเลือดแบบสมัครใจ VCT Day

การดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

1. จัดทำและทบทวน CPG เรื่องการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยยาต้านไวรัส
2. ร่วมกันจัดทำแนวทางการประสานการดูแล ในกรณีผู้ป่วยมารับการรักษา/admit
3. จัดการกับความเสี่ยง ในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เกิดขึ้นทันทีอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ค้นหาความเสี่ยงและอุบัติการณ์ร่วมกับผู้ให้บริการทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนา
5. สุ่มสำรวจ stigma and discrimination ในบุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางแก้ไขกรณีพบปัญหา และปรับทัศนคติ เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่ขาดนัด ไม่ขาดยา ไม่เกิดการดื้อยา

1. ติดตามวินัยการรับประทานยาต้านไวรัสและให้คำปรึกษา โดยทีมสหวิชาชีพ
2. เตรียมตัวสำหรับการเริ่มยาต้านไวรัสสายใหม่ ทบทวนความรู้ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. ติดตามความเสี่ยงต่อเชื้อดื้อยา ในผู้ที่มีจำนวน VL > 1,000 copies/ml
4. การจัดการและเปลี่ยนเรียนรูระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อ การทำกลุ่มจิตบำบัดโดยพยาบาล สุขภาพจิต
5. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยให้อาสาสมัครผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วม
6. เน้นความรู้เรื่องโรคเอดส์โดยตรง (Treatment Literacy)

7. เรื่องการประเมินปัญหา ความเสี่ยง และร่วมกันหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกันอย่างเหมาะสม เป็นรายกรณี

การดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

1. จัดตั้งชมรมมิตรภาพบำบัด ศูนย์องค์รวม
2. การจัดทำนวัตกรรมจุดบริการถุงยางอนามัยเข้าถึงง่าย และเป็นมิตรในชุมชน โดยเครือข่าย ผู้ติดเชื้อ และอาสาสมัครในชุมชน
3. จัดตั้งเครือข่ายนักเรียนแกนนำ โดยเริ่มที่โรงเรียนพญาทาลองวิทยา ระดับมัธยมต้น ระบบ ส่งต่อของโรงเรียน
4. จัดตั้งศูนย์บริการที่เป็นมิตรในรพ.สต.ทุกแห่ง ในชุมชน
5. การคืนข้อมูลภาพรวมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการสงเคราะห์เป็ยยังชีพ

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562
ค่า Median CD4	> 100 ปี 58 ไม่จำกัด	285	263	318	305
อัตราการขาดการติดตามการรักษา	< 5	2.2	2.6	2.7	3.8
อัตราการดื้อยาต้านไวรัส	< 3	1.1	1.5	2.2	0.75
อัตราการเสียชีวิตก่อนได้รับยาต้านฯ	< 5	7.6	8.1	15.2	10.9
อัตราการเสียชีวิตหลังได้รับยาต้านฯ	< 3	2.2	2.9	1.3	1.9

วิเคราะห์ผลการพัฒนา

พบว่าอัตราการเสียชีวิตก่อนได้รับยาต้านไวรัสยังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง สาเหตุจากการเข้าถึง บริการล่าช้าโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าสู่ระบบบริการเมื่อป่วยหนัก ดังจะเห็นได้จากค่า Median CD4 ใน ผู้ป่วยครั้งแรกยังไม่สูงมากนัก แต่มีแนวโน้มดีขึ้น (เริ่มยา any CD4)เนื่องด้วยปัญหาจากการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ รวมทั้งความกลัวการถูกรังเกียจ กีดกัน ส่งผลให้ผู้รู้ตัวตัวเองมีเชื้อHIVไม่กล้าไป รับบริการสุขภาพ เนื่องจากความกังวล กลัวว่าสถานะความเจ็บป่วยจะถูกเปิดเผย ตลอดจนระบบบริการ ของโรงพยาบาลไม่มีการค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงแบบเชิงรุก เนื่องจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น บุคลากรไม่เพียงพอ ส่งผลให้เจ็บป่วย และเสียชีวิตก่อนรักษา และยังส่งผลกระทบต่อการรักษาด้วยยา ต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องตรงเวลาอีกด้วย พบอัตราการดื้อยาต้านไวรัสมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการขาด การติดตามการรักษายังไม่ลดลง

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาการประชาสัมพันธ์เรื่องการประเมินความเสี่ยง การตรวจเลือด และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดผู้ติดเชื้อรายใหม่

2. พัฒนาเครือข่ายในชุมชน เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การเข้าถึงบริการรักษา และลดการตีตราผู้ติดเชื้อ

3. พัฒนารูปแบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการพึงพอใจ

4. พัฒนาศักยภาพและทัศนคติของผู้ให้บริการทุกคนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างสม่ำเสมอ

5. พัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Behavior modification model พัฒนาเครือข่ายการดูแล/ส่งต่อ เพื่อการเข้าถึงระบบบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง รณรงค์ค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากรหลัก(Key Populations) เพื่อการเข้าถึงบริการการรักษาที่รวดเร็วก่อนการเจ็บป่วย