

การจัดทำ “แนวทางเวชปฏิบัติ”: กลไกสำคัญหนึ่งในระบบประกันคุณภาพ

สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ*

ตามที่แพทยสภาได้มีดำริให้มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาโรค หรือภาวะความผิดปกติต่าง ๆ โดยมุ่งหวังให้เกิดมาตรฐานที่ดีในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และได้ขอความร่วมมือจากองค์กรวิชาชีพราชวิทยาลัย และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการช่วยจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ น่าจะเป็นนิมิตหมายอันดี แต่สิ่งที่แพทยสภา และราชวิทยาลัย หรือองค์กร ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำ จะต้องตอบคำถามแก่บรรดาสมาชิก ยังมีอีกมากมาย อาทิ อะไรคือแนวทางเวชปฏิบัติตามที่แพทยสภาอยากได้ จะถือเป็นมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพหรือไม่จะเป็นบรรทัดฐานสำคัญที่จะใช้ในการอ้างอิงหรือดำเนินการทางกฎหมายหรือไม่ ทำไมต้องจัดทำขึ้น ใครควรจะเป็นคนเขียน ใครเป็นผู้ใช้ จะทำอย่างไรให้ผู้ที่ควรหรือต้องใช้ได้รับทราบ ดังนั้นจึงขอนำเสนอความคิดของผู้เขียนที่ได้เสนอต่อราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ก่อนที่จะได้กล่าวถึงบทบาทของราชวิทยาลัยในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติหรือ Clinical Practice Guideline

ระบบประกันคุณภาพ (Quality Assurance System)

ปัจจุบันมีการตื่นตัวขึ้นมากเกี่ยวกับคุณภาพของสินค้า บริการ การให้การรักษายาบาลก็จัดได้ว่าเป็นหนึ่งในบริการที่ให้แก่ประชาชนที่เจ็บป่วย หรือต้องการการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือปัญหา ในอดีตบริการการรักษายาบาลได้รับการยอมรับโดยส่วนรวมว่ามีคุณภาพดี แพทย์เป็นบุคคลที่สังคมให้การยอมรับ แต่เมื่อมีบริการเพิ่ม

มากขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการ ทั้งบริการของรัฐ เอกชน รวมทั้งจำนวนแพทย์ก็เพิ่มมากขึ้น ประชาชนที่มาใช้บริการก็ย่อมต้องคำนึงถึงคุณภาพ แต่ในความเป็นจริงผู้ให้บริการควรจะเป็นผู้ที่คำนึงถึงคุณภาพของบริการที่จะให้มากที่สุด มากกว่าผู้ใด ยิ่งโดยเฉพาะเมื่อมีความหลากหลายในระดับของการให้บริการความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ ยิ่งต้องมีระบบประกันคุณภาพของบริการว่าบริการที่ได้ให้ไปนั้นสามารถประกันได้ว่ามีคุณภาพ

แนวคิดของระบบประกันคุณภาพที่ติดอยู่ที่ระบบนั้นสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดคุณภาพมากกว่าที่จะสร้างระบบขึ้นมาเพื่อใช้บังคับ และใช้ในการลงโทษระบบนั้นต้องเหมาะสมกับสภาพการณ์ของความเป็นจริง ออกแบบให้สามารถปฏิบัติได้ และกำหนดผู้รับผิดชอบรวมทั้งดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

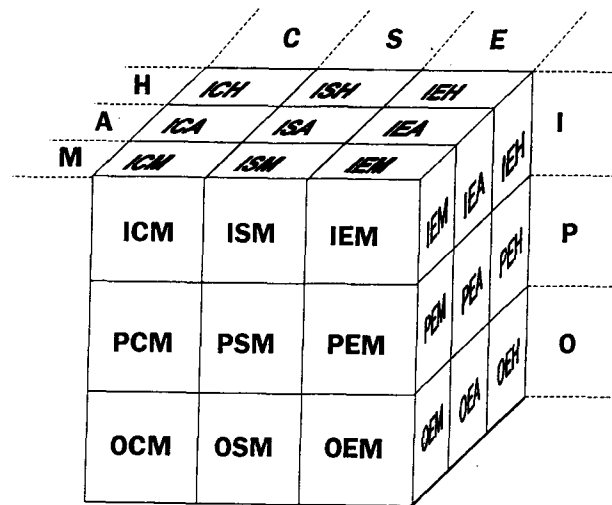
ผู้เขียนขอเสนอแนวคิดในการจัดระบบประกันคุณภาพของบริการการรักษายาบาลโดยดัดแปลงมาจากระบบประกันคุณภาพการศึกษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งผู้เขียนได้มีโอกาสร่วมรับรู้ และร่วมดำเนินการในระบบ โดยสรุปคือ

ระบบประกันคุณภาพ ควรจะประกอบด้วย 3 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบกำกับ (Control) ระบบสนับสนุน (Support) และระบบตรวจสอบ (Evaluate)

ระบบประกันคุณภาพ ควรจะครอบคลุม 3 องค์ประกอบในกระบวนการผลิต ได้แก่ Input (น่าจะเปรียบ

* ศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้แทนกลุ่มกุมารศัลยแพทย์ ในคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

**เอกสารประกอบการอภิปราย หัวข้อ “บทบาทของราชวิทยาลัยกับการสร้าง Clinical Practice Guideline” ในการประชุมสัมมนาเรื่อง “แนวทางเวชปฏิบัติ Clinical Practice Guideline” 21 พฤษภาคม 2542 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี กรุงเทพฯ ฯ



แผนภาพที่ 1. 27 มิติแห่งการเชื่อมโยงในระบบประกันคุณภาพ

- C = Control ระบบกำกับ
- S = Support ระบบสนับสนุน
- E = Evaluate ระบบตรวจสอบ
- I = Input นัยนี้คือ แพทย์
- P = Process กระบวนการรักษา
- O = Output ผลการรักษา
- M = Medical Council แพทยสภา
- A = Admin.Unit เช่น กอง กระทรวง
- H = Hospital โรงพยาบาล-หน่วยปฏิบัติ

ได้กับคุณภาพของแพทย์ผู้ให้บริการคุณภาพของเครื่องมือ) Process (คือวิธีการในการปฏิบัติรักษา) และ Output (คือผลการรักษา)

ระบบประกันคุณภาพ ควรจะรับผิดชอบด้วยองค์กรใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับหน่วยงานที่ให้บริการ เช่น โรงพยาบาล ระดับหน่วยงานบริหาร เช่น กรม กระทรวง และหน่วยงานระดับสูงสุดซึ่งน่าจะเป็น แพทยสภา

เมื่อมองภาพของความเชื่อมโยงแบบ matrix จะเห็นภาพใน 27 มิติ ดังแสดงในแผนภาพ

จากแผนภาพสามารถยกตัวอย่างส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพของการรักษาพยาบาล ตามระบบที่มีอยู่แล้ว ได้แก่

1. การประกันคุณภาพของแพทย์(ที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต) ที่จะออกไปดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ การดูที่ Input

1.1 การกำหนดเกณฑ์ความสามารถของแพทย์ที่แพทยสภาได้จัดทำไว้ว่า โรคหรือภาวะอะไรที่

แพทย์ทุกคน ต้องรู้ ควรรู้ หรือน่าจะรู้ ถือได้ว่าเป็น ICM คือดูแล input (แพทย์) โดยการกำกับ (control) คุณสมบัติกำหนดโดยแพทยสภา (M- Medical council)

1.2 การตรวจสอบรวบยอด (comprehensive examination) ของโรงเรียนแพทย์ถือได้ว่าเป็น IEH คือดูแล input (แพทย์) โดยการตรวจสอบ (evaluate) จัดโดยโรงเรียนแพทย์ผู้ผลิต

1.3 การตรวจสอบเพื่อรับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม สำหรับผู้ที่มีได้ศึกษาแพทย์ในประเทศไทย ถือได้ว่าเป็น IEM คือดูแลคุณภาพของแพทย์ (input) โดยการตรวจสอบ จัดโดยแพทยสภา

2. การไตสวนกรณีมีผู้ร้องเรียนเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ ถือได้ว่าเป็น OEM คือดูที่ผลการรักษา เป็นการตรวจสอบประเมินผลการปฏิบัติของแพทย์ ทำโดยแพทยสภาเหล่านี้เป็นต้น

ในอดีตที่ผ่านมา กล่าวได้ว่าในการควบคุมคุณภาพของแพทย์หรือบริการการรักษายาบาลจะเน้นอยู่

แต่ระบบกำกับ และมีระบบตรวจสอบ (บ้าง) ในบางกรณี ความคิดในการที่จะจัดให้มี แนวทางเวชปฏิบัติ หรือ Clinical Practice Guideline จึงนับเป็นกลไกที่สำคัญอันหนึ่งของระบบประกันคุณภาพ ที่สอดคล้องกับแนวคิดของผู้เขียน ซึ่งน่าจะเทียบได้กับมิติของ PSM คือ คุณภาพที่วิธีการในการรักษาพยาบาล ด้วยการให้การสนับสนุนด้านวิชาการความรู้จัดโดยแพทยสภา โดยมีราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ หรือองค์กรวิชาชีพอื่น ๆ ร่วมมือในการให้การสนับสนุนนี้

ดังได้กล่าวแล้วว่า การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ถือเป็นกลไกที่สำคัญหนึ่งเท่านั้น ระบบประกันคุณภาพที่ดีจะต้องครอบคลุมทุกมิติ และในความเห็นของผู้เขียนน่าจะเน้นที่ระบบสนับสนุนที่ยังขาดอยู่มาก ตัวอย่างอีกกลไกหนึ่ง ได้แก่ ความคิดที่จะให้มีการสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ทุก 5 ปี ซึ่งเป็นเสมือนการตรวจสอบ จึงน่าจะเปลี่ยนไปเป็นระบบสนับสนุนเช่นการจัดระบบการศึกษาต่อต่อเนื่องสำหรับแพทย์ (continuing medical education-CME) และกำกับให้แพทย์เข้ารับการศึกษาค่าต่อเนื่อง เช่นกำหนดเป็นชั่วโมง เป็น CME credit แบบที่สหรัฐอเมริกาทำก็น่าจะดีกว่า เพราะจะได้ตรงกับแนวคิดที่ว่าระบบประกันคุณภาพสร้างขึ้นเพื่อพัฒนาคน พัฒนาระบบบริการ มิใช่เพื่อนำมาใช้เป็นการลงโทษ

บทบาทของราชวิทยาลัยในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ

ในส่วนของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยนั้น เมื่อยอมรับในแนวคิดที่ว่าจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติเป็นกลไกหนึ่งในระบบประกันคุณภาพ คำถามหลายประการที่ผู้บริหารราชวิทยาลัย หรือผู้รับไปปฏิบัติ ตามก็มีคำตอบที่เห็นชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะคำตอบที่ว่าทำไปเพื่ออะไร จะใช้เพื่อเป็นกรอบกรณีแพทยสภาสอบสวนกรณีเมื่อแพทย์ถูกกล่าวโทษหรือไม่ อย่างไรก็ตามก็ยังมีคำถามอีกหลายประการที่ราชวิทยาลัยต้องมีบทบาทในการร่วมกันกำหนด และวางแนวทางการดำเนินการก่อนจะเริ่มจัดทำเป็นขั้นตอน ได้แก่

1. บทบาทของราชวิทยาลัยในการกำหนดขอบเขตของแนวทางเวชปฏิบัติว่าจะยึดเอาแพทย์ระดับใดเป็นกลุ่มเป้าหมายให้ใช้แนวทางนี้ ซึ่งในที่สุดก็ได้กำหนดให้จัดทำแนวทางสำหรับแพทย์ทุกระดับได้ใช้ โดยให้บ่งบอกรายละเอียดว่าแพทย์ระดับใดควรจะสามารถหรือรับผิดชอบดูแลได้ในระดับนั้น ๆ

2. บทบาทของราชวิทยาลัยในการร่วมกำหนด format ของแนวทางเวชปฏิบัติที่จะจัดทำขึ้น กำหนดให้เป็นแนวทางสรุปโดยอาศัยจากหลักฐานที่เชื่อถือได้ (evidence-based) รวมทั้งประสบการณ์ของประเทศ ไม่ให้มีลักษณะของตำราที่มีเนื้อหาละเอียด ประกอบด้วย การนิยามโรค โดยสังเขป การวินิจฉัยจากลักษณะทางคลินิก การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ ด้วยวิธีทางรังสีวิทยา หรือวิธีพิเศษอื่น ๆ วิธีในการรักษา การผ่าตัด และข้อบ่งชี้ให้ระบุให้ชัดเจนถึงวิธีที่เป็นที่ยอมรับ และอาจกล่าวถึงวิธีที่อาจใช้กรณีที่มีความเห็นต่างออกไป (controversial) แต่มีหลักฐานสนับสนุนที่มีเหตุผล นอกจากนี้ให้ระบุถึงขีดความสามารถของแพทย์ โรงพยาบาล และอาจระบุถึงค่าใช้จ่ายด้วยสำหรับวิธีการที่อาจมีค่าใช้จ่ายสูง

3. บทบาทของราชวิทยาลัยในการกำหนดหัวข้อที่จะจัดทำเป็นแนวทางเวชปฏิบัติ โดยเลือกโรคหรือสภาวะที่เป็นปัญหาสุขภาพของประเทศไทยเป็นหลัก เป็นโรคที่พบบ่อย และมีความสำคัญ อย่างไรก็ตามราชวิทยาลัยก็ให้อิสระแก่กลุ่มศัลยแพทย์เฉพาะทางที่จะเสนอหัวข้อในสาขาของแต่ละกลุ่ม เพื่อพิจารณาในการจัดทำ

4. บทบาทของราชวิทยาลัยในการวางแนวทางการดำเนินการในการจัดทำเพื่อให้แนวทางเวชปฏิบัติที่จัดทำขึ้นนี้เป็นที่ยอมรับในมาตรฐาน และนำไปใช้ได้จริง โดยกำหนดให้มี peer review มิใช่เป็นแนวคิดของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่ก็ยอมรับในอิสระของแต่ละกลุ่มที่จัดทำว่าจะกำหนด peer review ด้วยวิธีใด จากประสบการณ์ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย มีการกำหนด

peer review หลายแบบ ได้แก่

ก. ตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นมาช่วยร่างแนวทางเวชปฏิบัติร่วมกัน และพิจารณาขั้นตอนสุดท้ายร่วมกัน

ข. ตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นมาช่วยกันกำหนดหัวข้อ และหยิบยกวิธีการขึ้นมาอภิปราย แล้วมอบหมายให้อนุกรรมการท่านหนึ่งท่านใดไปร่างมาตามความคิดเห็นคณะอนุกรรมการ แล้วร่วมกันพิจารณาขั้นตอนสุดท้าย

ค. ตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นมาช่วยร่างแนวทางเวชปฏิบัติร่วมกัน แล้วจัดทำประชาพิจารณ์ในกลุ่มศิษย์แพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้เสนอความคิดเห็น ก่อนจะนำไปปรับตามความเห็นของส่วนรวม หรือระบุความเห็นแย้งไว้ในแนวทางเวชปฏิบัติ หากไม่สามารถสรุปได้

อย่างไรก็ตาม ราชวิทยาลัยศิษย์แพทย์แห่งประเทศไทย ได้กำหนดให้มีการเผยแพร่และรับฟังความคิดเห็นจากสมาชิก หรือแพทย์ทั่วไปที่ได้ใช้แนวทางนี้ เพื่อปรับให้เหมาะสมเป็นระยะ ๆ ซึ่งก็นับว่าเป็นการสร้างความยอมรับแบบหนึ่งที่ยากกว่าการจัดทำประชาพิจารณ์

5. บทบาทของราชวิทยาลัยในการเผยแพร่ ราชวิทยาลัยศิษย์แพทย์แห่งประเทศไทยเล็งเห็นความสำคัญในระบบสนับสนุนด้วยการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติดังกล่าว จึงได้ดำเนินการเพื่อเสริมกับการดำเนินการของแพทยสภาในการเผยแพร่ด้วยในอีกหลาย ๆ ทาง ได้แก่

การจัดพิมพ์เผยแพร่ ในจุลสารราชวิทยาลัยศิษย์แพทย์แห่งประเทศไทย

ก. การนำเผยแพร่ในเครือข่าย Internet ที่เว็บไซต์

<http://www.inet.co.th/org/rcst>

ข. การนำลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารคลินิก เพื่อแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์ผู้สนใจอื่น ๆ

ค. การจัดพิมพ์รวมเล่ม เป็นรายปี จำหน่ายในราคายุติธรรม

ง. การนำเสนอต่อที่ประชุมสมาชิกราชวิทยาลัยศิษย์แพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อรับฟังความคิดเห็น

6. บทบาทของราชวิทยาลัยในการปกป้องแพทย์ ซึ่งก็ควรจะเป็นบทบาทของแพทยสภาด้วยในการป้องกันกานำเอาแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะใช้เพื่อเป็นหลักฐานในการกล่าวหาฟ้องร้องแพทย์ ซึ่งก็ประสบผลในระดับหนึ่งคือการเปลี่ยนชื่อเป็น แนวทางเวชปฏิบัติ แทนที่จะเป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลรักษา นอกจากนี้ราชวิทยาลัยศิษย์แพทย์แห่งประเทศไทยยังได้ระบุไว้ในแนวทางเวชปฏิบัติว่าสงวนสิทธิ์ในการนำไปใช้อ้างอิง โดยปราศจากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งแพทยสภา ก็ควรจะได้ดำเนินการเพื่อให้เกิดผลทางกฎหมาย มิให้ผู้หนึ่งผู้ใดนำเอาแนวทางเวชปฏิบัติที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพของบริการการรักษายาบาล ไปใช้ในทางที่จะเอาผิดต่อแพทย์ เพราะในความเป็นจริงแล้ว แนวทางปฏิบัตินั้นเป็นเพียงแนวทางซึ่งแพทย์จะได้ใช้เป็นกรอบในการปฏิบัติ แต่ต้องเลือกให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การเลือกใช้วิธีการรักษาบางอย่างที่มุ่งประหยัด อาจถูกตีความไปในทำนองด้อยคุณภาพ หรือ มุ่งป้องกันผลแทรกซ้อน อาจถูกตีความไปในทำนองของการรักษาเกินความจำเป็นก็ได้ หากมุ่งพิจารณาเฉพาะเนื้อความโดยมิได้ดูที่ข้อเท็จจริง ยกตัวอย่างเช่น ในรัฐเมน (Maine) ของสหรัฐอเมริกา แม้ว่าจะกำหนดโดยกฎหมายให้มีการจัดทำแนวทางในการรักษาขึ้นเพื่อกำกับคุณภาพ และเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพ แต่ก็ได้กำหนดในกฎหมายชัดเจนด้วยว่าในกรณีที่มีการดำเนินการเพื่อกล่าวโทษต่อแพทย์นั้นจะต้องมีการประเมินและตรวจสอบโดยคณะบุคคล (pretrial screening panel) โดยอาจใช้แนวทางที่จัดทำขึ้นว่ามีมูลและน้ำหนักเพียงใดก่อน แต่จะไม่นำมาใช้ในกระบวนการพิจารณาถ้าหากคดีถูกนำขึ้นพิจารณาในศาล

โดยสรุปราชวิทยาลัย หรือองค์กรวิชาชีพทางการแพทย์ น่าจะได้มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยแพทยสภา ซึ่งเป็นองค์กรสูงสุดของวิชาชีพแพทย์ ในด้านระบบสนับสนุน นอกเหนือไปจากโรงเรียนแพทย์ หรือสถาบันฝึกอบรม ไม่

ใช้เพียงการร่วมมือในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติเท่านั้น แต่ควรจะได้ขยายขอบข่ายของระบบสนับสนุนให้กว้างขวาง เข้มแข็ง และกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดไป เพื่อให้เกิดคุณภาพที่ดีในการให้บริการการรักษาพยาบาล แทนที่จะรอให้ผู้รับบริการมาเรียกร้องหาคุณภาพ นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพของแพทย์ โดยเฉพาะหลังจบการศึกษา

หรือจบการฝึกอบรมในลักษณะของ CME ก็สามารถทำได้ ในหลายรูปแบบ วารสารวิชาการ เช่น จุฬาลงกรณ์เวชสาร ก็น่าจะจัดไว้เป็น CME ได้ส่วนหนึ่ง แต่ก็คงต้องมีการพัฒนาเพื่อตอบสนองด้านนี้โดยตรง เช่น สักส่วนนำนักของของสาระความรู้ในแต่ละด้าน การเพิ่มแบบทดสอบภายหลังอ่านบทความ เป็นต้น