

6-1-1999

Clinical practice guideline: an important mechanism in the quality assurance system

S. Chittmittrapap

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Chittmittrapap, S. (1999) "Clinical practice guideline: an important mechanism in the quality assurance system," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 43: Iss. 6, Article 1.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol43/iss6/1>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

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

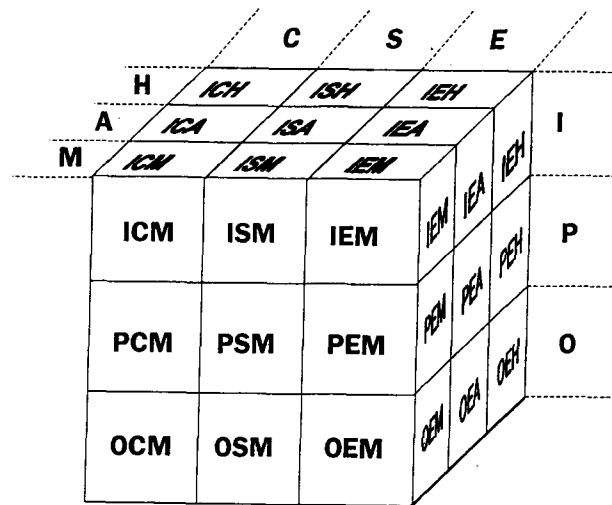
ผู้เขียนขอเสนอแนวคิดในการจัดระบบประกันคุณภาพของบริการการรักษายาบาลโดยดัดแปลงมาจากระบบประกันคุณภาพการศึกษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งผู้เขียนได้มีโอกาสร่วมรับรู้ และร่วมดำเนินการในระบบ โดยสรุปคือ

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

ระบบประกันคุณภาพ ควรจะครอบคลุม 3 องค์ประกอบในกระบวนการผลิต ได้แก่ Input (น่าจะเปรียบ

* ศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้แทนกลุ่มกุมารศัลยแพทย์ ในคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ แห่งประเทศไทย

**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 ดูแลคุณภาพที่วิธีการในการรักษาพยาบาล 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. ตั้งคณะกรรมการขึ้นมาช่วยร่างแนวทางเวชปฏิบัติร่วมกัน และพิจารณาขั้นตอนสุดท้ายร่วมกัน

ข. ตั้งคณะกรรมการขึ้นมาช่วยกันกำหนดหัวข้อ และหยิบยกวิธีการขึ้นมาอภิปราย แล้วมอบหมายให้คณะกรรมการท่านหนึ่งท่านใดไปร่างมาตามความคิดเห็นคณะกรรมการ แล้วร่วมกันพิจารณาขั้นตอนสุดท้าย

ค. ตั้งคณะกรรมการขึ้นมาช่วยร่างแนวทางเวชปฏิบัติร่วมกัน 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