สิทธิผู้ป่วยที่จะไม่ให้แพทย์ลงบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน : วิเคราะห์และรายงานผู้ป่วย 1 ราย

วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ วท.ม., น.บ.ท., ว.ว.นิติเวชศาสตร์*

ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลหรือเกี่ยวข้องกับเวชระเบียนย่อมจะทราบเป็นอย่างดีถึงความต้องการการอ้างถึง การอ้างอิง การขอสำเนา ขอเอกสารรับรองที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวเนื่องกับเวชระเบียนว่า นับวันก็จะยิ่งมีมากขึ้น และมาจากบุคคลฝ่ายต่างๆ หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ฯลฯ หลากหลายมากขึ้น จนแทบจะไม่รู้ว่าเป็นใครต่อใครบ้าง ทั้งนี้เพราะเวชระเบียนในปัจจุบันนี้มีความสำคัญในฐานะ**พยานเอกสาร**มากขึ้นทุกขณะ โดยเฉพาะในยุคข้อมูลข่าวสาร ยุคสิทธิเสรีภาพเบ่งบานตามรัฐธรรมนูญ[1] ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และในบางครั้งเวชระเบียนเป็นสิ่งที่จะทำให้ "คดี" หรือ "กรณีพิพาท" หนึ่งๆ แพ้หรือชนะได้เลยทีเดียว

ด้วยความสำคัญในเรื่องต่างๆ มากขึ้นนี่เอง จึงมิใช่เพียงเฉพาะแพทย์เท่านั้นที่ต้องการทราบถึงเนื้อหาในเวชระเบียนเกี่ยวกับประวัติการเป็นโรค การเปลี่ยนแปลง การดำเนินการรักษา การป้องกันโรค ฯลฯ เพื่อการดำเนินการทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังมีประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง และยังอาจมีประโยชน์เกี่ยวข้องกับบุคคลหรือสถาบันภายนอกอย่างมากมายอีกด้วย ทั้งนี้เพราะมีการอ้างถึงเวชระเบียนอยู่เป็นประจำ เนื่องจากประวัติของผู้ป่วยเป็นเอกสารที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง จึงมีความต้องการเพื่อใช้ประโยชน์ด้านต่างๆ มากมาย[2] เช่น

1. ในการฟ้องร้องทางศาล

1.1 เพื่อใช้ประกอบสำนวนการฟ้องร้องในทางอาญา

1.2 เพื่อใช้ประโยชน์ทางแพ่ง

1.2.1 การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

1.2.2 การพิสูจน์ตัวบุคคล

1.2.3 การพิสูจน์ว่ามีการดูแลผู้ป่วยหรือไม่

1.2.4 การพิสูจน์ผู้เหมาะสมที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ในการร้องเรียนทางจริยธรรม สามารถใช้พิสูจน์การประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าถูกต้องตามมาตรฐาน หรืออย่างหนึ่งอย่างใดในทางจริยธรรมได้

3. ในทางประกันภัย สามารถใช้ประโยชน์ในการจ่ายค่าสินไหมทดแทนหรืองดเว้นการจ่ายค่าสินไหมทดแทน

4. สำหรับหน่วยงานที่ต้องจ่ายค่าทดแทน ใช้ประโยชน์ในการจ่ายค่าทดแทน เช่น ในข้อพิพาทแรงงาน

5. อื่นๆ

สิ่งใดก็ตามที่ปรากฏในเวชระเบียนจึงอาจมีผลต่อเจ้าของประวัติ ผู้มีส่วนทำบันทึกประวัติโดยตรงและสถานพยาบาลที่จัดทำบันทึกประวัตินั้นๆ รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำประวัติดังกล่าวด้วยในทางอ้อม ทั้งนี้เพราะสิ่งที่บันทึกอยู่ในเวชระเบียนอาจเป็นสิ่งที่ชี้หรือพิสูจน์ให้เกิดผลอันไม่พึงประสงค์ตามมาได้ เช่น อาจทำให้เกิดความเสียหายต่อตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นเจ้าของประวัติที่ถูกบันทึกในเวชระเบียนนั้นได้ ยิ่งถ้าเป็นกรณีที่เป็นการบันทึกรายละเอียดไม่เหมาะสมและไม่สมควรด้วยแล้ว ยิ่งจะเกิดผลเสียได้ง่ายขึ้น

*ภาควิชานิติเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700.

สภาพของเวชระเบียน

เวชระเบียน (medical record) หมายถึง "รายงานคนไข้"[3] คือ "เอกสารเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ทำขึ้นไว้ประกอบการรักษาผู้ป่วย ได้แก่ เอกสารดังต่อไปนี้[4] 1) บัตรตรวจโรคภายนอก 2) รายงานผู้ป่วยภายใน ดังนั้นเวชระเบียนจึงเป็นเอกสารหลายรายการรวมกันเป็นแฟ้มหรือเป็นเล่ม รวมเอกสารหลายๆแผ่นเข้าด้วยกันซึ่งมีความสำคัญทางกฎหมาย" ซึ่งแท้ที่จริงแล้วมีผู้กล่าวถึงเกี่ยวกับเวชระเบียนไว้ไม่น้อย[5] แต่ถ้าจะกล่าวถึงจุดมุ่งหมายและความสำคัญในการใช้เป็นหลักฐานของเวชระเบียนแล้วอาจแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

1. **ในระยะแรก**

เป็นการใช้หรือให้ความสำคัญของเวชระเบียนเพื่อประโยชน์**ในด้านการแพทย์เพื่อการรักษาพยาบาลโดยแท้** ผู้ที่เกี่ยวข้องและใช้ประโยชน์จะมีเพียง 2 ฝ่ายเท่านั้นคือ

ก. "ฝ่ายแพทย์" อันประกอบไปด้วยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น เช่น การส่งต่อ (referred case) เพื่อการรักษา การขอประวัติที่แพทย์ท่านแรกได้ให้การรักษามาแล้วเพื่อการรักษาต่อเนื่องที่เหมาะสมและสมบูรณ์ เท่านั้น

ข. "ฝ่ายผู้ป่วย" คือตัวผู้ป่วยเองและอาจรวมถึงผู้ที่มีสิทธิแทนผู้ป่วยโดยชอบด้วยกฎหมาย เช่น ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้อนุบาล ผู้พิทักษ์ หรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจอย่างถูกต้อง เป็นต้น

ดังนั้นการที่บุคลากรทางการแพทย์จะบันทึกสิ่งต่างๆ ลงไปให้มากที่สุดเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์จึงเป็นการดี และได้กระทำเช่นนั้นติดต่อกันเรื่อยมา สิ่งที่บันทึกดังกล่าวอาจเป็น

1. สิ่งที่ผู้ป่วยแจ้งให้แพทย์ทราบ
2. ทายาทของผู้ป่วยแจ้งให้ทราบ
3. เพื่อนๆ ของผู้ป่วยแจ้งให้ทราบ
4. ผู้ที่อยู่ข้างเคียงหรือเห็นเหตุการณ์แจ้งให้ทราบ
5. สิ่งที่ฝ่ายแพทย์รู้เอง ฝ่ายแพทย์สันนิษฐานเอาเอง คิดว่าน่าจะเป็นเช่นนั้นเช่นนี้เอง
6. สิ่งที่ได้รับจากการตรวจตามหลักทางการแพทย์

การบันทึกสิ่งต่างๆทั้งหมดลงในเวชระเบียนเช่นนั้นย่อมไม่เกิดผลเสียแน่ แต่จะกลับเป็นผลดี เพราะจะทำให้ฝ่ายแพทย์ได้รับทราบข้อมูลมากที่สุด กว้างขวางที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ทำให้การตรวจวินิจฉัย รักษา บำบัด ฯลฯ แก่ผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ถูกต้องและเป็นมาตรฐาน ฯลฯ เป็นอย่างดี แม้ว่าหลายสิ่งที่บันทึกอาจไม่เป็นความจริง แต่แพทย์ย่อมสามารถเลือกและแยกแยะการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้

2. **ในระยะต่อมา**

เป็นระยะที่เริ่มมีการอ้างอิงถึงเวชระเบียนมากขึ้นโดยเฉพาะในฐานะเป็นพยานหลักฐานด้านเอกสารในกรณีพิพาทในทางคดี เช่น ในคดีแพ่ง คดีอาญา คดีแรงงาน เป็นต้น และต้องการใช้เวชระเบียนมากขึ้นตามลำดับเพื่อประโยชน์ในด้านคดี ด้านจริยธรรม ด้านประกัน แต่ก็อาจไม่ใช้กันมากมาย อาจเป็นการสอบถามแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อขอทราบหรือยืนยันสภาวะการป่วยเจ็บ ฯลฯ ของผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีไม่มากที่มีการขอประวัติ ขอเวชระเบียน หรือสำเนาทั้งหมด

3. **ในปัจจุบัน**

เป็นระยะตื่นตัวในด้านพยานหลักฐานอย่างมาก มีการศึกษาถึงสิทธิต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญ[1] สิทธิผู้ป่วย[6] มีการอ้างอิงพยานเอกสารอย่างมาก และเป็นยุคของเทคโนโลยีที่มีการสำเนา (photocopy) ได้อย่างง่ายดาย จึงมีการขอประวัติ อ้างถึงประวัติผู้ป่วย เวชระเบียนของผู้ป่วยกันอย่างแพร่หลาย เป็นการอ้างโดยใช้เป็นพยานหลักฐานทางศาลไม่

ว่าจะเป็นในคดีอาญา คดีแพ่งสูงมาก หรือในกรณีพิพาทเรื่องเงินทดแทนในคดีแรงงาน การเรียกร้องในด้านค่าสินไหมทดแทน ทางด้านประกัน ยิ่งเกี่ยวข้องกับทางประกันในยุคที่สังคมสลับซับซ้อนมากอย่างในปัจจุบันนี้มีประเภทของการประกันมากมาย เช่น การประกันสุขภาพ ประกันอุบัติเหตุ ฯลฯ และเมื่อถึงเวลาที่มีการเรียกร้องสิทธิกับบริษัทประกันแล้วก็มักมีการขอทราบประวัติการรักษา คือ เวชระเบียน มายังสถานพยาบาลจากฝ่ายต่างๆ นอกจากฝ่ายแพทย์และฝ่ายผู้ป่วย เช่น

ก. จากบริษัทประกัน

ข. จากบริษัทหรือสถานที่ผู้ป่วยทำงาน

ค. จากหน่วยงานของรัฐต่างๆ เช่น สำนักงานประกันสังคม

ง. จากสถานฑูต

จ. อื่นๆ

ทั้งที่ความเป็นจริงนั้น "เวชระเบียน" น่าจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องระหว่าง**ผู้ดำเนินการทางการแพทย์และผู้ป่วย**เท่านั้น ไม่สมควรที่จะให้เปิดเผยไปถึงบุคคลฝ่ายที่ 3 เลย สภาพของเวชระเบียนจึงเหมือนกับ "พยานหลักฐานสาธารณะ" ไปเสียแล้วในขณะนี้ เพราะใครๆ หรือฝ่ายใดๆ ที่เกี่ยวข้องหรืออาจเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยก็มักจะอ้างอิงถึงอยู่ตลอด การบันทึกสิ่งต่างๆในเวชระเบียน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตระหนักและให้ความสำคัญมากขึ้นกว่าเดิมมาก เพราะสิ่งที่ปรากฏอาจเป็นผลเสียต่อฝ่ายต่างๆ ได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยและฝ่ายแพทย์ สิ่งที่ตามมาก็คือปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการจัดการกับเวชระเบียนซึ่งนับวันก็ยิ่งจะซับซ้อนขึ้น นับตั้งแต่เริ่มจัดทำเวชระเบียน การบันทึกเนื้อหา ความถูกต้องของเนื้อหา การแก้ไขเปลี่ยนแปลงเนื้อหาในเวชระเบียน การเก็บ การค้น การเรียกดู การขอสำเนา การขอต้นฉบับ การสูญหายของเวชระเบียน การทำลาย ฯลฯ ซึ่งจะสร้างปัญหา ภาระ และความสับสนให้กับสถานพยาบาลอย่างมาก

แหล่งที่มาซึ่งเนื้อหาที่แพทย์บันทึกในเวชระเบียน

ก่อนที่แพทย์จะบันทึกเนื้อหาต่างๆ ลงในเวชระเบียน แพทย์จะต้องทราบเนื้อหานั้นเสียก่อน เพราะไม่เช่นนั้นแพทย์ก็ไม่รู้เหมือนกันว่าจะบันทึกอะไรลงในเวชระเบียน แหล่งที่มาของเนื้อหาที่แพทย์ใช้บันทึกในเวชระเบียนจึงประกอบด้วย

1. แพทย์บันทึกตามที่มีผู้แจ้งให้ทราบ

หมายถึงการที่แพทย์บันทึกประวัติของผู้ป่วยในเวชระเบียนตามที่มีผู้แจ้งให้แพทย์บันทึกซึ่งอาจเป็น

1.1 ตัวผู้ป่วยเอง

1.2 ญาติหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยแจ้งให้ทราบ

1.3 เพื่อนของผู้ป่วยแจ้งให้ทราบ

1.4 ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์หรือเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์

1.5 เจ้าพนักงานให้รายละเอียดมา

1.6 บุคคลอื่นๆ ให้รายละเอียดแก่แพทย์

แหล่งที่มาจากบุคคลเหล่านี้เป็นแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือในระดับปานกลางเท่านั้น ทั้งนี้เพราะแพทย์ไม่มีทางทราบได้ว่าข้อเท็จจริงในเรื่องที่ได้รับแจ้งนั้นเป็นจริงหรือไม่ เป็นลักษณะของ subjective[7,8] ยิ่งกว่านั้นการอ้างอิงแหล่งที่มาจากบุคคลเหล่านี้อาจได้รับการปฏิเสธว่ามิได้ให้รายละเอียดเช่นนั้นก็ได้ในเวลาต่อมา เพราะพยานบุคคลอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปได้วันนี้บอกว่าอย่างนี้ แต่พรุ่งนี้อาจบอกเป็นอย่างอื่นได้ เว้นเสียแต่ว่าจะมีการให้รายละเอียดในรูปแบบของเอกสาร เช่น การบันทึกให้ไว้เป็นหลักฐาน แต่ก็อาจมีการปฏิเสธว่าเป็นเอกสารที่ตนมิได้กระทำขึ้นเมื่อมีการอ้างอิงถึงก็ได้ ยกเว้นเป็นเอกสารของทางราชการ หรือมีการลงลายมือชื่อไว้ด้วยเท่านั้นที่จะเชื่อถือได้ ตัวอย่างเช่น เอกสารของพนักงานสอบสวนที่ปฏิบัติงานตามหน้าที่โดยชอบด้วยกฎหมาย

2. แพทย์รู้เองเพราะรับรู้ด้วยตนเอง

2.1 เป็นเรื่องที่รับรู้กันได้เพราะเป็นความจริง

การรับรู้เช่นนี้มิใช่เพียงแต่แพทย์เท่านั้นที่สามารถรับรู้ได้ บุคคลอื่นๆ ก็สามารถรับรู้ได้ด้วย เป็นการรับรู้ในลักษณะ "ประจักษ์พยาน" เช่นรู้ว่าวันที่มาตรวจคือวันใด เวลาที่ตรวจคือเวลาใด สถานที่ตรวจคือสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ ผู้ป่วยมากับใคร มาโดยรถอะไร ใส่เสื้อผ้าสีอะไร สภาพเสื้อผ้าเป็นเช่นไร สภาพผู้ป่วยเป็นอย่างไรเมื่อแรกเห็น เช่น ชักมา อาละวาดมา ฯลฯ เนื้อหาในส่วนนี้เป็นความจริง แพทย์สามารถบันทึกไว้ได้และไม่อาจเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ถ้าไม่มีเหตุผลในการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างมีน้ำหนักและน่าเชื่อถือ เช่น ลงวันที่ผิดไปเพราะที่จริงแล้วเป็นเวลา 00.10 น.ของวันใหม่แล้วแต่ลืมเปลี่ยนวันที่ เป็นต้น

2.2 รู้จากประสบการณ์ที่มีเป็นการส่วนตัว

เป็นการรู้โดยไม่มีหลักฐานยืนยัน แต่แพทย์อาจมีประสบการณ์โดยการรับรู้เอง เช่น ทราบว่าผู้ป่วยเป็นคนกลัวความสูง เพราะเคยเห็นผู้ป่วยกลัวตอนยืนในที่สูงก่อนหน้านั้น เป็นต้น การบันทึกอาจเทียบได้กับข้อ 1 คือผู้อื่นแจ้งให้แพทย์แต่ผู้อื่นในที่นี้คือตัวแพทย์เอง คล้ายกับว่าแพทย์เป็น 2 ฐานะในขณะบันทึกเวชระเบียน คือผู้อื่นบอกให้แพทย์ทราบและแพทย์บันทึก

3. แพทย์รู้จากข้อเท็จจริงที่ได้มาจากแหล่งต่าง ๆ

แหล่งที่มาเหล่านี้ได้แก่

3.1 จากเอกสารต่างๆ

3.1.1 จากแหล่งข่าว เช่น หนังสือพิมพ์ สิ่งพิมพ์ต่างๆ เช่น นิตยสาร เป็นต้น

3.1.2 จากเอกสารทางการแพทย์ที่เคยมีอยู่แล้ว

ก. เป็นผู้ที่เคยมีประวัติอยู่แล้ว

ข. เป็นผู้ที่เคยรับการรักษาจากสถานพยาบาลอื่นมาแล้วและมีประวัติจากสถานพยาบาลอื่นในรูปเอกสาร (เวชระเบียนจากสถานพยาบาลนั้นๆ มาด้วย)

3.2 จากแหล่งข่าวอื่นๆ เช่นทีวี หรือวิทยุ เป็นต้น

3.3 จากแหล่งอื่นๆ

ข้อเท็จจริงจากแหล่งเหล่านี้มีที่มาที่ไปซึ่งอาจจะสามารถใช้เป็นสิ่งในการอ้างอิงได้ การบันทึกลงในเวชระเบียนนั้น แพทย์**อาจบันทึก**สิ่งซึ่งน่าเชื่อว่าถูกต้องเพราะมีแหล่งอ้างอิงและน่าเชื่อถือด้วย แต่ควรบอกถึงที่มาไว้ด้วยก็เป็นการดี เพราะอาจจำเป็นต้องสืบถึงที่มา แต่ถ้าเป็นแหล่งอ้างอิงที่ไม่อาจอ้างได้ เช่น เป็นบัตรสนเท่ห์ หรือใบปลิวที่ไม่มีแหล่งที่มา หรือมี แต่ไม่ได้มีการตรวจสอบให้แน่ชัด ก็อาจไม่สามารถอ้างได้ว่าเป็นสิ่งที่เป็นจริงดังที่ปรากฏ

4. แพทย์สันนิษฐานเอาเองถึงความน่าจะเป็น

เป็นการสันนิษฐานเอาเองทั้งๆ ที่ยังไม่ได้มีการตรวจ วิเคราะห์ วินิจฉัยอะไรเลย แต่คิดเอาไว้เองแล้ว เช่นเห็นว่าผู้ป่วยผอมมากและไอด้วย คิดว่าเป็นจากวัณโรค หรือติดเชื้อเอชไอวีมา เป็นต้น จึงถือได้ว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่ยังไม่มีที่อ้างอิง เพราะแพทย์อาจสันนิษฐานไว้ผิด ทั้งนี้จากการขาดประสบการณ์ของแพทย์ผู้บันทึกเอง ข้อมูลจากการสันนิษฐานนี้ไม่ใช่ข้อมูลที่แพทย์ตรวจได้หรือเห็นเอง เช่น การที่แพทย์เห็นว่าแต่งตัวสกปรก ผอม เสื้อผ้ารุ่งริ่ง แต่ต้องเป็นการสันนิษฐานไปอีกขั้นหนึ่ง

5. แพทย์ได้มาจากการตรวจ วิเคราะห์ แยกแยะ ชันสูตร วินิจฉัย ฯลฯ ในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

เป็นการที่แพทย์ได้รายละเอียดมาจากการ

5.1 การตรวจร่างกายในทางการแพทย์ ดู คลำ เคาะ ฟัง

5.2 การเก็บหรือนำส่วน ชิ้นส่วน น้ำหลั่ง ฯลฯ ของร่างกายออกเพื่อการตรวจ

5.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการในทางวิทยาศาสตร์

5.4 การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ เช่น ด้วยคลื่นแม่เหล็ก ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ด้วยเอกซเรย์ ด้วยคลื่นเสียง เป็นต้น

5.5 การทดสอบต่างๆในทางการแพทย์ เช่น การวิ่งบนสายพาน การทดสอบการแพ้สารต่างๆ เป็นต้น

เป็นแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด เพราะเป็นการที่แพทย์เป็นผู้ตรวจ ได้ตรวจมาเองหรือได้มาโดยวิธีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ จึงถือได้ว่ามีที่อ้างอิงอันน่าเชื่อถือได้ สำหรับการสันนิษฐานโดยอาศัยเหตุและปัจจัยทางการแพทย์แผนปัจจุบันประกอบ ถือได้ว่ามีความน่าเชื่อถือและอ้างอิงได้เช่นเดียวกัน

แหล่งที่มาเพื่อให้แพทย์ใช้ในการบันทึกลงในเวชระเบียนนั้นจึงมีน้ำหนัก ความสำคัญ และความน่าเชื่อถือ**ไม่เท่าเทียมกัน** บางแหล่งย่อมเชื่อถือได้ทั้งหมด ส่วนบางแหล่ง**อาจไม่ถูกต้อง**หรือไม่รู้ว่าข้อเท็จจริงเป็นอย่างไรแน่ เป็นตามนั้นจริงหรือไม่ และถึงขนาดที่ไม่น่าเชื่อถือเลยก็มี ถ้าสิ่งที่แพทย์บันทึกลงในเวชระเบียนได้จากแหล่งที่ไม่น่าเชื่อถือและผู้ที่ไม่หวังดีต่อผู้ป่วยกลับนำเอาเป็นหลักหรือประเด็นสำคัญในเรื่องหนึ่งเรื่องใดแล้วย่อมทำให้ผู้ป่วยเสียหายได้อย่างแน่นอน

ผลของเนื้อหาในเวชระเบียน

เมื่อมีการขอทราบประวัติและเนื้อหาในเวชระเบียนมากยิ่งขึ้น สิ่งต่างๆ ที่มีอยู่ในเวชระเบียนย่อมต้องปรากฏออกสู่สายตาของฝ่ายที่ 3 มากยิ่งขึ้น รวมถึงสิ่งต่างๆ ที่แพทย์ได้บันทึกไว้เป็นความเห็น ข้อสันนิษฐาน หรือสิ่งที่แพทย์ทราบมาเองด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเกิดผลใน "**ทางลบ**" คือทางที่เป็นผลร้ายต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะในความเห็นของแพทย์และสิ่งที่แพทย์บันทึกจากการที่ทราบมาเอง

สิ่งที่เกิดขึ้นก็คือ การที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์บันทึกเนื้อหาต่างๆ ลงไปอย่างมากมายอาจทำให้เป็น "ประเด็น" หรือ "ข้อสงสัย" ขึ้นกับฝ่ายอื่นๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อผู้ป่วย เพราะฝ่ายที่ทราบข้อมูลต่างๆ (ข้อมูลที่แพทย์สันนิษฐาน บันทึกไปเองตามความเข้าใจ ข้อมูลที่ได้มาจากบุคคลที่ไม่อาจอ้างอิงได้ เช่น จากเพื่อน ผู้นำส่ง ฯลฯ ดังจะกล่าวต่อไป) หรือข้อมูลอื่นใดอาจมีการนำเอาสิ่งต่างๆ ที่ปรากฏในเวชระเบียนมาเป็นข้ออ้างข้อต่อสู้กับตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยอาจเสียสิทธิต่างๆ อย่างมากหรือกว่าจะได้สิทธิต่างๆ ที่ผู้ป่วยควรจะได้คืนมาก็ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย เสียพลังงาน และเสียอารมณ์ไปอย่างมาก ทั้งนี้เกิดขึ้นจากบุคลากรฝ่ายแพทย์เป็นผู้ทำให้เกิดสิ่งที่ไม่ประสงค์เหล่านั้นขึ้นนั่นเอง อีกทั้งยังอาจเกิดเป็นปัญหาขึ้นมาอีกว่า ถ้าเป็นข้อมูลที่ถูกต้องที่แพทย์ได้ทราบมา แต่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้มีการลงบันทึกในเวชระเบียนของตนนั้น แพทย์จะบันทึกไว้ได้หรือไม่

ปัญหาในการบันทึกรายละเอียดในเวชระเบียน

การที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ทำการบันทึกประวัติของผู้ป่วยลงไปโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้บันทึกและผู้ป่วยไม่เคยบอกตามที่บันทึกเลยนั้น แพทย์จะทำได้หรือไม่เพียงใด เป็นสิทธิของผู้ป่วยหรือไม่ที่จะไม่ให้แพทย์บันทึกประวัติตนในเวชระเบียน **หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ**

1. ฝ่ายแพทย์มีสิทธิที่จะกรอกข้อความในประวัติผู้ป่วยตามที่แพทย์เองได้ทราบมาโดยพลการเป็นการส่วนตัวหรือไม่ โดยสิ่งที่แพทย์ทราบมานั้นเป็นเรื่องจริงของผู้ป่วย เป็นเรื่องที่ถูกต้องตามจริงด้วย

2. แพทย์สมควรที่จะกรอกข้อความต่างๆ ที่ผู้ป่วยไม่ประสงค์จะให้กรอกลงในเวชระเบียนหรือไม่

ตัวอย่าง เช่น

ก. แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยเคยมีภริยาแล้ว แต่

ตอนให้ประวัติกับแพทย์ผู้ป่วยกลับแจ้งว่ายังไม่เคยมีภริยามาก่อน เช่นนี้ แพทย์จะกรอกในเวชระเบียน (OPD card) ว่าผู้ป่วยมีภริยาแล้วได้หรือไม่

ข. ผู้ป่วยมีประวัติติดเชื้อกามโรค แต่แจ้งกับแพทย์ว่าไม่เคยเป็นโรคดังกล่าวเลย แพทย์จะกรอกข้อความว่าผู้ป่วยเคยเป็นโรคดังกล่าวได้เองหรือไม่

ค. ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV แต่แจ้งว่าไม่เป็น แพทย์เลยกรอกข้อความเอาเองใน OPD card ว่าผู้ป่วยเคยเป็น เช่นนี้ได้หรือไม่

ง. แพทย์ทราบเรื่องที่ผู้ป่วยเคยไปทำแท้งมา (criminal abortion) จากเพื่อนหรือญาติผู้ป่วย แพทย์จะบันทึกไว้ในเวชระเบียนได้หรือไม่

จ. แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคภูมิแพ้ รักษามาช้านานจากสถานพยาบาลอื่น แต่เมื่อมารับการตรวจกับแพทย์กลับแจ้งว่าไม่เคยเป็นโรคภูมิแพ้ใดๆ เลย แพทย์จะบันทึกอย่างไร

ฉ. อื่นๆ อีกมากที่ผู้ป่วยแจ้งให้แพทย์บันทึกต่างไปจากที่แพทย์ทราบมา หรือจากความเป็นจริง

สิ่งเหล่านี้เป็นประวัติที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้มีการบันทึกเพราะอาจเป็นผลร้ายต่อตัวผู้ป่วยได้ในภายหน้าซึ่งผู้ป่วยทราบดี แต่ในทางการแพทย์แล้วถือว่าสิ่งดังกล่าวนั้นอาจมีประโยชน์ในด้านการรักษาพยาบาล การวินิจฉัย การดำเนินการทางการแพทย์อื่นๆ ได้ แพทย์จึงเห็นว่าต้องบันทึก จึงเกิดความขัดแย้งกัน

ถ้าแพทย์บันทึกโดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบและไม่ยินยอมให้บันทึก ต่อมาผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากบันทึกเหล่านั้นแพทย์ต้องรับผิดชอบหรือไม่ หรือผู้ใดจะต้องรับผิดชอบ ต้องไม่ลืมว่าประวัติของผู้ป่วยเป็นเรื่องของผู้ป่วย มิใช่เรื่องที่แพทย์จะสามารถแต่งขึ้นเองได้

สรุปปัญหา

1. การปรุงแต่งประวัติของผู้ป่วย เช่น การที่ผู้ป่วยเป็นกามโรค รักษาที่คลินิก ต่อมามาที่โรงพยาบาลด้วยเรื่องอื่น (เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ) ได้มีการสอบถามผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยว่าไม่เคยมีประวัติเป็นกามโรคใดๆ ทั้งสิ้น แต่แพทย์ทราบอย่างแน่นอน เช่นนี้แพทย์จะลงในประวัติของผู้ป่วยได้หรือไม่

2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้ทราบเนื้อหาหรือสิ่งที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์บันทึกในเวชระเบียนหรือไม่ ว่าแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้บันทึกประวัติอะไรของผู้ป่วยลงไปบ้าง ถ้ามีข้อความที่ไม่เหมาะสมหรือที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ใส่ จะขอให้มีการตัดออกได้หรือไม่ เราได้ทราบมาแล้วว่าข้อความที่ปรากฏในเวชระเบียนเป็นของผู้ป่วย แต่ตัวเวชระเบียนนั้นเป็นของสถานพยาบาล[9]

เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่อยากให้แพทย์บันทึกบางเรื่อง

การที่แพทย์อาจอ้างว่าข้อความที่ปรากฏในเวชระเบียนนั้น ถ้าผู้ป่วยทราบว่าไม่มีประโยชน์หรือไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบก็ไม่ต้องให้บุคคลอื่นๆ ไปได้ เป็น "สิทธิของผู้ป่วย" เพราะผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ยินยอมให้เปิดเผยประวัติ (consent) ก่อนที่จะให้กับบุคคลอื่นใดไป แต่ในความเป็นจริงแล้วการที่ผู้ป่วยจะเรียกร้องสิทธินั้นทำได้ยากและผู้ป่วยมักตกอยู่ใน **"ภาวะจำยอมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้"** ที่จะต้องให้ประวัติในเวชระเบียนไปหรือเปิดเผยประวัติของตนเองในสภาพจำยอม เพราะจะต้องใช้เวชระเบียนประกอบกับการเรียกร้องสิทธิ การที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมที่จะให้เปิดเผยประวัติของตนที่มีในสถานพยาบาลโดยไม่ยินยอม (sign consent) แล้วผู้ที่ต้องการ เช่น บริษัทประกันก็จะไม่มีเอกสารในเวชระเบียนประกอบก็จะ**ใช้เป็นข้ออ้าง**ในการไม่อนุมัติการจ่ายค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้ป่วยเช่นนี้จะเป็นการยุติธรรมสำหรับผู้ป่วยหรือ เนื่องจากสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ปรากฏในเวชระเบียนนั้นผู้ป่วยไม่ต้องการให้เปิดเผยมาตั้งแต่ต้น โดยผู้ป่วยก็ทราบในเรื่องดังกล่าวดีว่าอาจเกิดปัญหาได้ จึงไม่ต้องการให้มีปรากฏอยู่

ยิ่งกว่านั้นการที่เวชระเบียนของผู้ป่วยปรากฏไปสู่บุคคลอื่นๆ อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยยิ่งกว่าการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับค่าสินไหมทดแทนเพื่อการเรียกร้องในคราวนั้นๆ เสียอีก นั่นย่อมหมายความว่า จะต้องให้ผู้ป่วยเสียสิทธิในการเรียกร้องสิทธินั้นๆ ไปหรือ ทั้งๆ ที่สิ่งที่ปรากฏในเวชระเบียนเป็น **"สิ่งที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้มีการบันทึกมาตั้งแต่ต้นแล้ว"** แต่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์บันทึกไปโดย "พลการ" โดยอ้างเหตุผลต่างๆ แม้ว่าสิ่งที่บันทึกเหล่านั้นจะเป็นความจริงก็ตาม โดยอ้างว่าผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการให้ประวัติของตนเองได้ จึงอยู่บนพื้นฐานของคนละมุมมอง

ความเห็นจากการสอบถามแพทย์ผู้ร่วมวิชาชีพ

ผู้เขียนได้มีโอกาสพูดคุยและได้ถามเรื่องดังกล่าวกับแพทย์ในสาขาต่างๆ ว่าถ้าเผอิญเขาเหล่านั้นต้องเผชิญกับผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นนั้น จะทำอย่างไร

ความเห็นของแพทย์ฝ่ายหนึ่งเห็นว่า

ให้จดบันทึกตามที่ผู้ป่วยบอกเท่านั้นเพราะเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยจะแจ้งให้ทราบ แม้ว่าแพทย์จะทราบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยแจ้งกับแพทย์ไม่ครบถ้วนหรือผิดจากความเป็นจริง ก็จะต้องบันทึกตามที่ผู้ป่วยบอกเสมอ และอาจมีการเขียนลงไปด้วยว่าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยแจ้งกับแพทย์ให้ทราบ

ความเห็นของแพทย์อีกฝ่ายหนึ่งเห็นว่า

1. แพทย์จะต้องมีจริยธรรมในการตรวจและการบันทึก การที่แพทย์ทราบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยพูดไม่ถูกต้องก็จะต้องลงตามความเป็นจริง เพราะไม่เช่นนั้นอาจเป็นการผิดจริยธรรมได้ และแพทย์ในส่วนนี้ยังกล่าวว่า ถ้าผู้ป่วยไม่พอใจในการบันทึกของแพทย์แล้ว ก็ไม่สามารถที่จะยอมรับได้ ต้องให้ไปหาแพทย์ท่านอื่นในการตรวจรักษาดีกว่า เพราะตนถ้าให้การรักษาต้องเป็นไปอย่างเที่ยงธรรม เพราะการไม่บันทึกในสิ่งที่เป็นความจริงอาจเป็นการหลอกลวงผู้อื่นได้ ไม่ว่าจะเป็นใครก็ตามรวมถึงบริษัทประกันด้วย

2. เป็นสิทธิของแพทย์โดยแท้ที่จะบันทึกประวัติของผู้ป่วยในเวชระเบียน เพื่อประโยชน์ต่อการดำเนินการทางการแพทย์ ไม่เช่นนั้นก็ไม่ต้องมาให้แพทย์ทำการตรวจ รักษา บำบัด หรือดำเนินการอื่นใดทางการแพทย์ เพราะเป็นสิทธิของผู้ป่วยอยู่แล้วที่จะเลือกในการรับการรักษาพยาบาลตามรัฐธรรมนูญ[1] กล่าวคือถ้าไม่พอใจก็ไม่ต้องมารับการรักษานั่นเอง เพราะการที่แพทย์ทำการบันทึกข้อมูลรายละเอียดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำไปเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยทั้งสิ้นเป็นการกระทำโดย**สุจริต**โดยแท้

โดยความเห็นของแพทย์ทั้งสองฝ่ายนั้นมีจำนวนพอๆ กัน โดยเอาความรู้สึกและความเห็นอกเห็นใจของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง เพราะแพทย์เหล่านั้นก็ไม่ทราบเหมือนกันว่าจะใช้หลักเกณฑ์ในการบันทึกหรือไม่บันทึกอย่างไร

กรณีอุทาหรณ์

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 32 ปี เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งมานานหลายปีและมีประวัติการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ต่อมาผู้ป่วยแต่งงานจึงมีการเปลี่ยนจากคำนำหน้า "นางสาว" เป็น "นาง" และเปลี่ยนนามสกุลใหม่ด้วย ผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลต้องการที่จะทำประวัติผู้ป่วย (บันทึกเวชระเบียน) ใหม่ทั้งหมดโดยขอไม่ให้เกี่ยวข้องกับประวัติเดิมที่ใช้นามสกุลเดิมอยู่เลย กล่าวคือต้องการให้เป็นบุคคลใหม่คนละคนกับคนเดิม

ประวัติ

ก่อนแต่งงานผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและเส้นประสาท ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น vasculitis, myalgia, myopathy, neuritis, PAN และอื่นๆ ซึ่งได้รับการรักษากับแพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งนี้มาประมาณ 6-7 ปีแล้ว

นอกจากนี้ยังมีการรักษากับแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่นอีกด้วย แต่ไม่มากเท่ากับโรงพยาบาลแห่งแรก และได้รับการวินิจฉัยโรคดังกล่าวด้วยเช่นเดียวกัน

ในครั้งนี้

ผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลแห่งแรกเพื่อมาขอทำบัตรใหม่หลังแต่งงานแล้ว โดยทำตนเหมือนกับเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยมารับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาลแห่งนี้เลย แต่ในขณะนั้นเองพยาบาลคนหนึ่งเกิดจำได้ว่าผู้ป่วยมีบัตรแล้ว (มีประวัติแล้ว) จึงแจ้งให้แพทย์ทราบ ผู้ป่วยได้แจ้งกับพยาบาลว่าตนต้องการทำบัตรใหม่**โดยไม่ต้องการให้เกี่ยวข้องกับประวัติเก่าเลย** ต้องการทำใหม่เป็นผู้ป่วยคนใหม่ ชื่อใหม่ พยาบาลรับปากแล้วว่าจะทำตามความประสงค์ของผู้ป่วย แต่จะขอประวัติเก่ามาดูเฉยๆ โดยไม่เกี่ยวข้องกับประวัติใหม่แต่อย่างใด ผู้ป่วยได้ย้ำกับพยาบาลถึง 3 ครั้งว่า ขอให้ทำประวัติใหม่ ไม่ต้องเกี่ยวข้องกับประวัติเก่าเลย และได้รับการรับปากทุกครั้งเช่นกัน

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยเรื่องปวดหลัง ปวดเอว เจ็บที่เชิงกราน และอ่อนแรงที่ขา มีอาการชาที่ขาด้วย ได้รับการวินิจฉัยด้วยว่าเป็น neuritis and myalgia

ต่อมาเมื่อแพทย์รับแจ้งจากพยาบาลว่าผู้ป่วยมีประวัติอยู่แล้ว จึงให้นำประวัติมาและมีการบันทึกประวัติเก่าของผู้ป่วยไว้ในประวัติใหม่ด้วยโดยย่อโดยผู้ป่วยไม่ทราบ และทุกครั้งที่แพทย์ทุกคนที่ได้มีโอกาสตรวจผู้ป่วยก็จะอ้างถึงประวัติเก่าของผู้ป่วยมาโดยตลอดว่ามีประวัติ myalgia, vasculitis, neuritis และ อื่นๆ ตลอดมา แต่ผู้ป่วยไม่ทราบ

ต่อมาผู้ป่วยได้ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน และในขณะที่เป็นผู้ป่วยในอยู่นั้น ผู้ป่วยได้ทราบว่ามีการลงประวัติของตนย้อนประวัติเดิมไปด้วย จึงทำให้ตนมิใช่เป็นผู้ป่วยคนใหม่สำหรับสถานพยาบาลตามที่ตนประสงค์ เพราะมีการอ้างถึงประวัติเดิมของตนอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องการให้ตนเองสัมพันธ์กับประวัติเก่าของตนเลยแม้แต่น้อย ผู้ป่วยจึงไม่พอใจอย่างมากที่ทางสถานพยาบาลโดยแพทย์ได้บันทึกประวัติของตนเช่นนั้น ซึ่งขัดกับความต้องการของตนที่ให้ทำประวัติใหม่ และผู้ป่วยอ้างว่าการที่สถานพยาบาลโดยแพทย์ดำเนินการให้ประวัติใหม่ของตนไปสัมพันธ์กับประวัติเดิมนั้น ทำให้ผู้ป่วยเสียหาย ทั้งนี้เพราะไม่สามารถเรียกร้องสิทธิจากบริษัทประกันได้เต็มที่

ประวัติเพิ่มเติม

ทราบว่าผู้ป่วยมีการเอาประกันหมู่ไว้กับบริษัทประกันภัยแห่งหนึ่ง ซึ่งในขณะที่เอาประกันนั้นได้แจ้งกับทางบริษัทประกันว่าไม่ได้เป็นโรคใดๆ เรื้อรังแต่ประการใด มีสุขภาพดี ไม่ค่อยได้มารับการรักษาที่สถานพยาบาล การเอาประกันสุขภาพอยู่ในวงเงินที่สูงพอสมควรทีเดียว ซึ่งเมื่อแพทย์ได้กล่าวถึงประวัติอาการป่วยของผู้ป่วยในอดีตที่มารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเรียกร้องสิทธิการรักษาในวงเงินเอาประกันที่ได้ขยายขึ้นมา คงเรียกได้เท่าในวงเงินเดิม ซึ่งความแตกต่างของค่าเสียหายเป็นเงินสูงพอควร

อุทาหรณ์เปรียบเทียบ

ต้องยอมรับในความเป็นจริงว่า แม้ว่าจะเป็นความจริงก็ตาม แต่ก็จะต้องมีเนื้อหาบางส่วนที่คนทั่วไปไม่ต้องการที่จะให้ปรากฏแก่สาธารณชนหรือคนอื่นๆ ตัวอย่าง เช่น เรื่องรายได้ เพราะอาจเกี่ยวข้องกับเรื่องการเสียภาษีหรือเรื่องอื่นๆ ด้วย เช่น

นายแพทย์ ก. เปิดบัญชีไว้กับธนาคารแห่งหนึ่ง เขาได้กรอกข้อความในเอกสารขอเปิดบัญชี อีกทั้งมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับรายได้ที่เขาได้รับและที่มาของรายได้ แพทย์แจ้งว่าเขาทำงานที่โรงพยาบาล A เท่านั้น มีรายได้ทางเดียว แต่เผอิญพนักงานของธนาคารผู้นี้เคยเป็น

คนไข้ที่คลินิกของแพทย์ท่านนี้มาก่อน จึงลงในประวัติว่ามีรายได้จากการทำคลินิกด้วย ยิ่งกว่านั้นยังทราบว่ามีรายได้ซึ่งนำฝากในอีกบัญชีหนึ่งเป็นประจำในราว 1 แสนบาทต่อเดือน โดยนายแพทย์ ก. ไม่ทราบว่ามีการบันทึกเช่นนี้ และการที่นายแพทย์ ก. เปิดบัญชีใหม่นี้ก็เพื่อต้องการแยกบัญชีนี้ไม่ให้เกี่ยวข้องกับบัญชีเดิม ทั้งนี้อาจเนื่องจากเหตุผลใดก็ตาม รวมทั้งการที่ไม่ต้องการให้มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องภาษีที่จะต้องเกี่ยวข้องด้วย

ต่อมามีการขอเอกสารจากทางธนาคารเพื่อตรวจสอบการเสียภาษีของนายแพทย์ ก. ทำให้ทราบว่านายแพทย์ ก. มีรายได้มากกว่าที่แจ้งไว้จริง เพราะอาศัยการเชื่อมโยงของเอกสารที่เจ้าหน้าที่ของธนาคารโยงใยไปถึง ทำให้นายแพทย์ ก. เสียหาย และไม่พอใจอย่างมาก

การที่เจ้าหน้าที่ของธนาคารบันทึกเช่นนั้น ให้ความเห็นว่าจะเป็นผลดีแก่นายแพทย์ ก. เพราะจะแสดงว่านายแพทย์ ก. มีรายได้มากกว่าที่มีกระแสเงินหมุนอยู่ในบัญชีที่มีอยู่ และสามารถ**เบิกเงินเกินบัญชีได้มากขึ้น**ตามสัดส่วนของรายได้ที่มี อีกทั้งยังสามารถ**กู้เงินได้ในวงเงินที่สูงขึ้น**กว่าความเป็นจริงที่จะใช้เฉพาะการเคลื่อนไหวของเงินในบัญชีนั้นเท่านั้น และยังมีสิทธิอื่นๆ อีกมาก เช่น การให้การค้ำประกันได้กว้างขวางมากขึ้น การได้รับสิทธิในการออกบัตรเครดิต การได้วงเงินในบัตรเครดิตสูงและยาวนานกว่าการใช้หลักฐานเฉพาะในบัญชีเดียว คือทำไปด้วยความหวังดีและเป็นประโยชน์ต่อนายแพทย์ ก. โดยแท้ แต่ในมุมกลับเอกสารเหล่านั้นไปอยู่ในมือของบุคคลหรือสถาบันที่นายแพทย์ ก.ไม่ต้องการจะให้ทราบ เพราะเกิดผลเสียหายต่อตัวแพทย์เองในทางหนึ่งทางใด ซึ่งแน่นอนว่าถ้าเอกสารชิ้นนั้นเป็นความลับระหว่างนายแพทย์ ก. และธนาคารเท่านั้นก็จะไม่มีปัญหาแต่ประการใดอย่างแน่นอน แต่เมื่อเอกสารที่ธนาคารทำขึ้นนี้ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในอันที่จะต้องถูกส่งให้กับฝ่ายที่ 3 เช่น หน่วยงานอื่นก็อาจเกิดผลเสียหายต่อนายแพทย์ ก. ได้เช่นนี้ นายแพทย์ ก.ต้องไม่พอใจ ยิ่งถ้านายแพทย์ ก. เปิดบัญชีใหม่นี้ขึ้นเพื่อให้มีการตัดช่วงความสัมพันธ์ระหว่างบัญชีเก่าที่ตนมีอยู่ด้วยแล้ว นายแพทย์ ก. ก็ยิ่งไม่พอใจอย่างมาก เพราะไม่เช่นนั้นคงไม่มีเหตุผลใดที่นายแพทย์ ก. จะต้องมาเปิดบัญชีใหม่อีกทั้งนายแพทย์ ก. ยังสามารถเลือกเปิดบัญชีใหม่ได้กับธนาคารแห่งอื่น แต่ที่นายแพทย์ ก. เลือกธนาคารแห่งเดียวกันนี้เพราะพอใจในด้านการบริการที่เป็นกันเองและรวดเร็วของธนาคารนี้ เช่นนี้เป็นความผิดของเจ้าหน้าที่ของธนาคารหรือไม่

นายแพทย์ ก. จะอ้างว่าเป็นเรื่องของตน เป็นประวัติของตนในทางการเงิน ไม่ต้องการให้มีการบันทึกประวัติหรือเชื่อมโยงบัญชีอื่นๆ ของตนได้หรือไม่

ทางออกที่น่าจะเป็นในเรื่องนี้ ในความคิดของนายแพทย์ ก.

ทางธนาคารอาจจำเป็นต้องทำบันทึกประวัติอีกฉบับหนึ่งแยกต่างหากจากประวัติบัญชีของนายแพทย์ ก. ออกมาเสีย ยิ่งถ้าเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ได้รู้เองจากประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่หรือของธนาคารแล้ว (ไม่ใช่สิ่งที่แพทย์ ก. เป็นผู้บอกจดแจ้งแล้ว) ไม่สมควรมาจดแจ้งไว้ในส่วนนี้เด็ดขาด แต่ถ้าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบัญชีดังกล่าว เช่น ดอกเบี้ยที่เกิดขึ้นกับบัญชีนั้น เป็นสิ่งที่ทางธนาคารรับรู้เอง ตรวจสอบได้เอง เช่นนี้จำเป็นต้องใส่ในประวัติของนายแพทย์ ก. เจ้าของบัญชีอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะเป็นหน้าที่ตามกฎหมายถ้าไม่ใส่ต้องถือว่าเป็นความผิดของทางธนาคารด้วยลักษณะคล้ายกับเป็น objective finding นั่นเอง

เรื่องนี้อาจเทียบเคียงได้กับประวัติทางการแพทย์ (medical record, OPD card) เช่นเดียวกันว่าถ้าเป็นประวัติที่ผู้ป่วยบอกให้จดแจ้งแล้วก็ไม่มีปัญหา แต่ถ้าเป็นประวัติของผู้ป่วยที่แพทย์ทราบเองเป็นการส่วนตัว (หรือโดยทางอื่นโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้จดแจ้งในบันทึกเวชระเบียน) ย่อมไม่อาจนำมาใส่โดยที่เจ้าของประวัติไม่ทราบและไม่ยินยอม เพราะอาจก่อให้

เกิดความเสียหายแก่เจ้าของประวัติ เว้นเสียแต่เจ้าของประวัติจะให้ความยินยอม หรือไม่ก็เป็นเรื่องการตรวจพบได้ทางการแพทย์ชนิดที่เรียกว่า objective finding เท่านั้น

พิจารณากรณีการขัดแย้งในการบันทึกในเวชระเบียน

กรณีการกรอกประวัติผู้ป่วยอาจแยกได้เป็น 3 กรณี

กรณีที่ 1 ถ้าแพทย์ไม่รู้เนื้อหาที่แท้จริง ก็ไม่มีปัญหาอย่างแน่นอนเพราะแพทย์จะต้องบันทึกตามที่ผู้ป่วยแจ้งอยู่แล้ว

กรณีที่ 2 ถ้าแพทย์รู้ว่าเนื้อหาที่ผู้ป่วยแจ้งกับแพทย์นั้นไม่ได้เป็นตามที่แจ้งนั้น กล่าวคือเป็นการแจ้งเนื้อหาอันเป็นเท็จเพื่อประโยชน์อย่างหนึ่งอย่างใด จะเป็นการขัดกันระหว่าง 2 คุณธรรม คือ

1. สิทธิในการบอกประวัติของผู้ป่วย ถ้าถือว่าเนื้อหาในเวชระเบียนคือสิทธิของผู้ป่วยตามเลขาธิการแพทยสภาแล้ว[9] ผู้ป่วยน่าจะต้องมีสิทธิในการแจ้ง

2. การคุ้มครองบุคคลภายนอก เป็นการป้องกันการที่บุคคลภายนอกจะเกิดความเสียหายในการแจ้งประวัติในเวชระเบียน ซึ่งประเด็นนี้ยังมีเหตุผลในเรื่องการให้การรักษาและการดำเนินการทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องเข้ามาเสริมด้วย ดังตัวอย่างที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น

กรณีที่ 2 นี้เองที่แพทย์เกิดความลังเลใจว่าจะบันทึกอย่างไรดี

กรณีที่ 3 ถ้าแพทย์ไม่เชื่อว่าสิ่งที่ผู้ป่วยแจ้งนั้นจะเป็นความจริง (อาจจริงหรือไม่จริงก็ได้) เช่น การที่ผู้ป่วยแจ้งว่าถูกประตูหนีบมา แต่แพทย์เห็นว่าเป็น "บาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ" น่าจะเกิดจากมีดหรือของมีคมอย่างอื่น แพทย์จะบันทึกอย่างไร

ก. บันทึกตามที่ผู้ป่วยบอก

ข. บันทึกว่าบาดแผลถูกของมีคม

ค. บันทึกตามที่ผู้ป่วยบอก แต่มีความเห็นว่าน่าจะเกิดจากของแข็งมีคม

ง. ไม่บันทึก

กรณีที่ 2 และกรณีที่ 3 จะเป็นปัญหาสำหรับแพทย์ในการบันทึกในเวชระเบียน ซึ่งเมื่อพิจารณาจากหลักเกณฑ์ของแพทยสภา ถึงวิธีการบันทึกประวัติของผู้ป่วยในเวชระเบียน อาจพิจารณาได้จาก

1. การบันทึกประวัติตามแนวทางของแพทยสภา

เราได้ทราบมาแล้วว่าแพทยสภาได้กำหนดแนวทางในการบันทึกประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียน[10] ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2542 แต่แนวทางดังกล่าวก็ไม่มีรายละเอียดเพื่อเป็นแนวทางในเรื่องนี้

2. พิจารณาตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม[11]

ก็ไม่มีกล่าวถึงในส่วนนี้ว่าจะเป็นการผิดจริยธรรมทางการแพทย์ในประการใด แต่อาจปรับได้กับหมวด 3 การประกอบวิชาชีพเวชกรรม "ข้อ 1. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด"

แนวคิดในการบันทึกประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียน

แน่นอนที่สุดว่าแพทย์จะต้องบันทึกประวัติของผู้ป่วยตามแนวทางที่แพทยสภาได้กำหนดขึ้น[10] แต่สิ่งที่แพทยสภากำหนดนั้นอาจไม่ละเอียดลงลึก ครอบคลุมถึงการที่แพทย์จะบันทึกในส่วนที่แพทย์ได้รับรู้รับทราบมาด้วยตนเอง

แนวคิดในเรื่องการบันทึกประวัติของผู้ป่วยน่าจะพิจารณาถึงสิ่งที่แพทย์ได้มาเป็น 2 กรณี คือ

1. สิ่งที่แพทย์ได้จากการบอกกล่าว (Subjective Record)

เป็นเรื่องที่ผู้ป่วย (หรือบุคคลอื่น) แจ้งกับแพทย์

เป็นสิ่งที่แพทย์ไม่สามารถทราบ หรือไม่อาจตรวจสอบได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์ การบันทึกประวัติในส่วนนี้จะต้องบันทึกตามสิ่งที่ผู้ป่วยบอก**เท่านั้น** แพทย์ย่อมไม่สามารถที่จะนำเอาสิ่งที่แพทย์รู้ได้เองจากประสบการณ์ของแพทย์บันทึกลงในประวัติของผู้ป่วยส่วนนี้ได้ เพราะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยแจ้งให้แพทย์ทราบ เช่น

ก. การที่ผู้ป่วยบอกแพทย์ว่า "มีบุตร 1 คน" ทั้งๆ ที่แพทย์ทราบดีว่าผู้ป่วยมีบุตร 3 คนมาแล้วก็ตาม แต่แพทย์ก็จำเป็นต้องบันทึกตามที่ผู้ป่วยบอก

ข. ผู้ป่วยแจ้งว่าถูกมีดทำครัวบาดทั้งๆ ที่จริงแล้วถูกแทงมา แพทย์ก็จะต้องบันทึกตามนั้น

ค. ผู้ป่วยแจ้งว่าอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม แต่ที่จริงแล้วเกิดจากการตกต้นไม้ แพทย์ก็ต้องบันทึกตามนั้น

การบันทึกดังกล่าวอาจมีข้อความต่อท้ายว่า "ตามที่ผู้ป่วยบอก" "ตามที่ผู้ป่วยแจ้ง" ประกอบด้วยก็ได้ ซึ่งเป็นการดีเพราะเป็นการบันทึกอย่างเป็นกลางๆ เช่น บันทึกว่า "ผู้ป่วยแจ้งว่าถูกมีดทำครัวบาดที่นิ้ว ก่อนมาโรงพยาบาล 20 นาที..... ฯลฯ" ทั้งๆ ที่บาดแผลไม่เหมือนรอยมีดบาดก็ตาม แต่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยแจ้ง แพทย์ไม่อาจบันทึกว่าถูกฟันที่นิ้วมา ทั้งๆ ที่ทราบเช่นนั้น

ตัวอย่างที่ 1

ผู้ป่วยให้ประวัติว่าปวดท้องมา 1 สัปดาห์ แต่แพทย์บันทึกว่าปวดมาประมาณ 3 เดือนหรือ 1 เดือน แต่ปวดมากมา 1 สัปดาห์ เช่นนี้ แพทย์ไม่อาจให้ความเห็นเองในประวัติซึ่งเป็นส่วนของผู้ป่วยได้ เพราะเท่ากับเป็นการให้ประวัติแทนผู้ป่วยบอก และถ้าจำเป็นต้องให้การยืนยันในประวัติส่วนนี้ที่เผอิญปรากฏในเวชระเบียนแล้ว แพทย์ไม่สมควรยืนยันเด็ดขาด เพราะแพทย์ไม่รู้ในข้อเท็จจริงในส่วนนี้เลย เป็นเรื่องของผู้ป่วยโดยแท้ (subjective) แต่อาจระบุไปโดยมีข้อความว่า "ตามที่ผู้ป่วยแจ้งไว้" ตามที่กล่าวมาแล้ว

ตัวอย่างที่ 2

ผู้ป่วยมาที่สถานพยาบาลเนื่องจากมีบาดแผลถูกของมีคมที่นิ้วมือ ให้ประวัติว่าถูกมีดทำครัวบาดขณะกำลังทำอาหาร แพทย์ก็จดไว้ตามนั้น และได้ให้การรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้ว ต่อมาวันรุ่งขึ้นผู้ป่วยมาแจ้งว่าที่บอกกับแพทย์ไปเมื่อวานไม่ถูกต้อง ที่จริงถูก นาย ก. ฟันเอา ตนเองหลบจึงถูกที่นิ้ว สิ่งที่แพทย์ทำได้ก็คือบันทึกตามที่ผู้ป่วยบอก (สามารถบันทึกทั้งครั้งแรกและครั้งหลังลงไปในแต่ละครั้งเลยว่าผู้ป่วยแจ้งเช่นนั้น) แต่ในส่วนพฤติกรรมแห่งเหตุหรือต้นเหตุที่ทำให้เกิด (manner of wound) นั้น แพทย์จะต้องไม่ยืนยันเด็ดขาด เพราะแพทย์ไม่รู้เพราะไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์ (เรื่องพฤติกรรมแห่งเหตุนี้ผู้เขียนจะอธิบายในโอกาสต่อไป)

2. สิ่งที่แพทย์ได้จากการตรวจหรือสืบค้นทางการแพทย์ (Objective Record)

คือประวัติหรือสิ่งที่ปรากฏในเวชระเบียนที่แพทย์ตรวจพบโดยสืบค้นได้ตามหลักการหรือวิธีการทางการแพทย์หรือทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบัน การบันทึกสิ่งที่ตรวจพบได้นี้จะต้องลงบันทึกตามที่ตรวจพบจริง จะไม่ลงไว้ก็ไม่ได้ เพราะเท่ากับเป็นการไม่บันทึกข้อเท็จจริงที่ปรากฏ อาจถือว่าเป็นการปกปิดข้อเท็จจริงได้

ตัวอย่างที่ 1

ผู้ป่วยมีอาการปวดที่คอ แพทย์ถามว่าผู้ป่วยปวดมานานเท่าใดแล้ว ผู้ป่วยแจ้งว่าเพิ่งเป็นมา 2 สัปดาห์นี้เอง แพทย์ได้บันทึกตามที่ผู้ป่วยบอก แต่เมื่อมีการตรวจทางภาพรังสีออกมามีลักษณะของกระดูก (osteophyte) งอกชัดเจน แพทย์จึงบันทึกเพิ่มว่าลักษณะเช่นนี้น่าจะเป็นมานานหลายเดือนแล้ว เช่นนี้ย่อมสามารถทำได้ เพราะแพทย์ทราบจากการตรวจ เป็นลักษณะของ objective ไม่ใช่ subjective

ตัวอย่างที่ 2

ผู้ป่วยให้ประวัติว่าไม่เคยเป็นโรคปอดมาก่อนเลย แต่จากการตรวจทางรังสีทรวงอกแล้ว ปรากฏว่าเป็นจุดแผลที่ปอด ลักษณะเข้าได้กับ pulmonary tuberculosisชัดเจน จึงได้ลงบันทึกว่ามีแผลที่ปอด เชื่อว่าเป็นแผลเป็นจากวัณโรคที่หายแล้ว (healed pulmonary tuberculosis) เช่นนี้ย่อมทำได้ เพราะอาศัยหลักทางการแพทย์ ในการเขียนประวัติของผู้ป่วย

แต่**แม้ว่าจะเป็น objective ก็มิใช่ว่าแพทย์จะบันทึกได้หมด** เพราะการตรวจจะต้องเป็นไปอย่างถูกต้องตามหลักการตรวจ ไม่ว่าจะเรื่องทางการแพทย์หรือทางกฎหมาย โดยเฉพาะในเรื่องความยินยอม (consent)[12]

ตัวอย่างที่ 3

ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุมีกระดูกขาหัก แพทย์รีบรับเข้าไว้ และก่อนการผ่าตัด แพทย์ได้ทำการเจาะเลือดเพื่อตรวจ anti HIV และพบว่าผู้ป่วยมี anti HIV positive แพทย์จึงได้ลงไว้ในประวัติของผู้ป่วย ต่อมามีการอ้างอิงประวัติของผู้ป่วยเพื่อที่จะเรียกร้องสิทธิกับสถานที่ทำงานของผู้ป่วยและทางที่ทำงานของผู้ป่วยได้ทราบว่าผู้ป่วยมี anti HIV positive จึงเป็นที่รังเกียจและเป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยต้องออกจากงาน เป็นต้น

ในเรื่อง antibody ต่อ HIV หรือ การตรวจ antigen HIV ก็เช่นเดียวกัน ต้องพึงระวังอย่างมาก เพราะการที่แพทย์ได้เจาะ anti HIV เพื่อทราบสภาวะนั้น แพทย์ต้องตอบคำถามให้ได้เสียก่อนว่า จะมีผลต่อการรักษาอย่างไร ซึ่งถ้าไม่สามารถอธิบายได้ แพทย์อาจมีความผิดหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางแพ่ง ทางอาญา หรือด้านจริยธรรม โดยเฉพาะเรื่องมาตรฐานทางการแพทย์ของแพทย์ผู้นั้น ซึ่งในเรื่องนี้ผู้เขียนได้เคยเขียนไว้แล้ว[13]

ทางออกของการบันทึกในเวชระเบียน

สิ่งที่ฝ่ายแพทย์ได้ทราบมาเป็นการเฉพาะตัว (อย่างไม่เป็นทางการ) เกี่ยวกับผู้ป่วยนั้น แพทย์ไม่สมควรที่จะบันทึกใน OPD card หรือ medical record ของผู้ป่วย การที่แพทย์รู้และเติมเข้าไปอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยได้ แต่แพทย์อาจจำต้องมีการบันทึกในเอกสารแยกต่างหากไว้เฉพาะเพื่อการรักษาเท่านั้น เพราะข้อความที่บันทึกนั้นอาจไม่เป็นความจริงก็ได้

ทางออกของประวัติที่แพทย์ทราบมาโดยเป็นการส่วนตัวและอยากจะบันทึกไว้จริง ๆ

การที่แพทย์ทราบประวัติของผู้ป่วยมาเป็นการส่วนตัว หรือทางหนึ่งทางใดที่มิได้มาจากผู้ป่วยนั้นโดยตรงและแพทย์เห็นว่ามีความสำคัญ น่าจะบันทึกไว้ได้ในเอกสารแยกต่างหากจากในประวัติ ไม่ว่าจะเป็น OPD card หรือ medical record เพราะเป็นเรื่องที่แพทย์หรือฝ่ายแพทย์ได้ทราบมาเองเป็น "การส่วนตัว" หรือ "การภายใน" ไม่ใช่เป็นเรื่องที่ผู้ป่วยแจ้งให้บันทึก แพทย์ไม่จำเป็นต้องสนใจว่าทำไมผู้ป่วยจึงแจ้งกับแพทย์ด้วยเนื้อหาดังกล่าว เพราะเป็น**เรื่องของผู้ป่วยเอง** กรณีที่สิ่งนั้นเป็นเรื่องของ subjective ซึ่งต่างกับกรณีที่เป็นรายละเอียดที่แพทย์ได้มาในลักษณะที่เป็น objective เช่น การตรวจร่างกาย (physical examination) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory investigation) แพทย์**จะต้อง**บันทึกลงไปโดยไม่อาจที่จะปฏิเสธหรือไม่อาจที่จะละเลย ละเว้น หรืองดเว้น ในการบันทึก เพราะนั่นเท่ากับว่าแพทย์กำลังทำเอกสารอันไม่ถูกต้องหรือไม่สมบูรณ์ให้กับผู้ป่วยหรือฝ่ายที่อาจเข้ามาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซ้ำยังอาจมองว่าเป็นการที่แพทย์ดำเนินการอย่างไม่ถูกต้องตามมาตรฐานทางการแพทย์ด้วย

ตัวอย่าง เช่น

ผู้ป่วยแจ้งว่าแผลดังกล่าวที่เกิดขึ้นนี้เป็นแผลที่เพิ่งถูกรถชน มีแขนงอผิดรูปไป มีรอยช้ำอยู่ชัดเจนที่แขน แพทย์ตรวจพบว่ามีรอยจริงตามที่ผู้ป่วยแจ้ง แต่แพทย์ตรวจทางภาพรังสีแล้วพบว่ามีกระดูกต้นแขนหักแต่กระดูกเริ่มมีแคลเซียมมาพอกแล้ว (callus forma-

tion) แพทย์ก็ต้องลงผลไปตามที่ตรวจพบ

ก. ในส่วนที่ผู้ป่วยให้ประวัติกับแพทย์ แพทย์ต้องลงตามที่ผู้ป่วยให้ประวัติทั้งหมดว่า "เพิ่งเกิดขึ้นมาวันนี้เอง" หลักฐานในเอกสารทางการแพทย์จะขัดกันอยู่เอง ซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ว่าข้อเท็จจริงสมควรเป็นอย่างไรเองในเวลาต่อมา

ข. ในส่วนที่ตรวจพบ แพทย์จะต้องลงผลไปตามที่ตรวจพบว่ากระดูกมีการพอกของแคลเซียมแล้ว (callus formation) น่าจะเป็นรอยเดิมหรือเป็นการหักซ้ำลงไปในประวัติได้ จะบันทึกไปว่าพบกระดูกที่เพิ่งหักใหม่อย่างเดียวย่อมไม่ถูกต้อง

การที่ผู้ป่วยอาจไปแจ้งว่าไม่เคยมีประวัติกระดูกหักมาก่อนเลย และต้องการให้แพทย์แจ้งการตรวจพบเพื่อสนับสนุนด้วยเช่นนี้ แพทย์ไม่อาจทำได้ เพราะแพทย์ตรวจพบทางการแพทย์แล้วว่าเป็นไปไม่ได้ เนื่องจากพบว่าต้องมีการหักของกระดูกมาก่อนหน้านี้แล้ว เป็นต้น และสามารถใส่สิ่งที่แพทย์ตรวจพบและความเห็นของแพทย์ลงไปในประวัติของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็น OPD card หรือใน medical record ก็ตาม แพทย์จะใส่อย่างอื่นก็ไม่ได้

ความเห็นของผู้เขียน

ผู้เขียนตระหนักอย่างชัดแจ้งว่าในยุคนี้เป็นยุคที่อ้างถึง "เวชระเบียน" กันอย่างมาก ทั้งๆ ที่อาจไม่มีความจำเป็นโดยเฉพาะในด้าน "การประกันภัย" จึงเป็นการง่ายที่จะทำให้ข้อมูล "ส่วนตัว" ของผู้ป่วยอันไม่พึงประสงค์ให้ทราบไปถึงฝ่ายที่สาม กลับต้องหลุดลอดออกไป ย่อมทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยอย่างมาก ผู้เขียนจึงเห็นว่า ในเรื่องสิทธิการบันทึกประวัติของผู้ป่วยลงในแฟ้มประวัติหรือเวชระเบียนของผู้ป่วยนั้น **ผู้ป่วยย่อมต้องมีสิทธิที่จะอนุญาตให้กระทำได้หรือไม่** แต่ทั้งนี้จะต้องมิใช่เกี่ยวกับส่วน "การประกอบวิชาชีพเวชกรรม"ตามเนื้อหาในความหมายของวิชาชีพเวชกรรมในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525[6] มาตรา 4 เพราะถ้าเป็นเรื่องการประกอบวิชาชีพเวชกรรม แพทย์ย่อมต้องทำและตัดสินใจทำ (บันทึก) ได้เองอยู่แล้ว

ประวัติของผู้ป่วยคือ OPD card หรือ medical record นั้นมีความสำคัญอย่างมากในฐานะเป็นพยานหลักฐาน ซึ่งอาจจะเกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วย หรือสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยกล่าวอ้างก็ได้ จึงต้องทำการบันทึกอย่างเป็นกลาง เพราะจะมีประโยชน์ในฐานะพยานเอกสาร **การบันทึกประวัติในส่วน subjective ต้องขึ้นกับผู้ป่วย**

ตัวอย่าง

พยานและผู้พิพากษาเป็นเพื่อนบ้านกัน รู้จักกันดี ครั้งหนึ่งในคดีหนึ่ง มีการอ้างเพื่อนบ้านดังกล่าวเป็นพยานในศาล ตอนหนึ่งศาลถามเพื่อนบ้านนั้นว่า "พยานชื่ออะไร" พยานตอบว่าชื่อ นาย ก. แท้ที่จริงชื่อนาย ข. เช่นนี้ ศาลก็ต้องจดตามนั้น ศาลจะจดว่าชื่อนาย ข. เช่นนี้ทำไม่ได้ เพราะพยานเบิกความในศาลว่าเช่นนั้น ถ้ามีการผิดพลาดอย่างไร ก็เป็นเรื่องของตัวพยานเอง มิใช่เป็นเรื่องที่ศาลจะต้องแก้ไขให้ถูกต้องได้เอง เว้นแต่ศาลอาจถามย้ำเพื่อให้แน่ใจว่าชื่ออะไรแน่ แต่ถ้านาย ข. ยังคงตอบว่าชื่อ นาย ก. อยู่ ศาลก็ต้องจดตามนั้น ทั้งนี้เพราะเป็นเรื่องของเจ้าตัวผู้ให้รายละเอียดข้อมูลของตนเอง

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะแจ้งว่าประวัติของเขาเป็นอย่างไรมานั้น เป็นสิทธิและเป็นเรื่องของผู้ป่วย**โดยแท้**ที่จะแจ้งอย่างใด ถ้ามีการแจ้งคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เช่น ให้ข้อความอันเป็นเท็จ ก็เป็นเรื่องของผู้ป่วยเอง การที่แพทย์ไปแก้ให้เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่แพทย์รู้มา (หรือคิดว่ารู้) อาจเกิดผลเสียหายต่อผู้ป่วยได้ ต้องไม่ลืมว่าความสัมพันธ์ในสังคมนั้นมีได้หลายระดับ เช่นกรณีแพทย์กับคนไข้อาจมีการใช้ประวัติของคนไข้นำมาประกอบการอ้างอิงเรื่องต่างๆ มากมาย เช่น

ก. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

ข. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบริษัทประกัน

ค. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับนายจ้าง

ง. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติหรือผู้ดูแล

ผลเสียที่อาจเกิดกับผู้ป่วย

การที่แพทย์เพิ่มเติมประวัติโดยพลการไว้ในเวชระเบียน (OPD card หรือ medical record) นั้น**อาจ**เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย เช่น การที่ผู้ป่วยไปเรียกร้องสิทธิทางประกันภัยแล้ว ทางบริษัทประกันภัยปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน หรือจ่ายให้ในจำนวนที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นเช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยเสียหาย ผู้ป่วยย่อมไม่พอใจ และเกิดเป็นกรณีพิพาทขึ้นระหว่างฝ่ายแพทย์กับฝ่ายผู้ป่วยได้ และอาจถึงขั้นมีการฟ้องร้องขึ้น ดังเช่นที่ผู้เขียนได้เคยเขียนถึงการฟ้องร้องแพทย์มาแล้ว[2]

บทสรุปอุทาหรณ์และข้อเสนอแนะ

สมควรที่จะดำเนินการบันทึกประวัติของผู้ป่วยเฉพาะที่ผู้ป่วยต้องการและเมื่อผู้ป่วยได้เปลี่ยนนามสกุลใหม่ด้วยเท่ากับต้องการให้เป็นบุคคลใหม่ต่างจากบุคคลเดิม

สำหรับเรื่องการทำบันทึกเวชระเบียนให้กับผู้ป่วยรายนี้น่าที่จะต้องมีการทำประวัติเป็นการลับเฉพาะในทางการแพทย์เท่านั้น โดยไม่มีการเผยแพร่ออกไปสู่ภายนอก (บุคคลที่ 3) อย่างเด็ดขาด เพื่อประโยชน์ต่อการรักษาเท่านั้น และสมควรเปิดเผยได้เฉพาะในคดีจริยธรรม หรือคดีที่เกี่ยวข้องกับการฟ้องร้องเรื่องการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามก็คงทำได้ยาก

สรุป

บันทึกในเวชระเบียนน่าจะแยกได้เป็น 2 ส่วนใหญ่ คือส่วนที่ผู้ป่วยให้ประวัติและส่วนที่แพทย์สามารถทราบได้โดยวิธีทางการแพทย์ การที่จะบันทึกในส่วนแรกนั้นจะต้องเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นแจ้งให้แพทย์ทราบ และแพทย์จะต้องบันทึกตามที่ผู้ป่วยบอกเท่านั้น ไม่สามารถบันทึกในส่วนที่แพทย์ได้รู้เองโดยประสบการณ์ของตัวแพทย์เองได้ ทั้งนี้เพราะอาจเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย และจะต้องถือว่าเป็นสิทธิประการหนึ่งในการให้ประวัติของผู้ป่วยด้วย โดยที่แพทย์ไม่ต้องคำนึงถึงการที่ผู้ป่วยจะปกปิดข้อเท็จจริงหรือไม่ เพราะเป็นเรื่องความต้องการของผู้ป่วย ส่วนในสิ่งที่แพทย์สามารถทราบได้จากวิธีทางการแพทย์นั้น แพทย์จะต้องลงบันทึกให้ถูกต้อง โดยสามารถบันทึกได้อย่างเต็มที่ การที่แพทย์บันทึกสิ่งต่างๆ ให้ปรากฏในเวชระเบียนและเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยนั้น เชื่อว่าในอนาคตจะต้องเกิดกรณีพิพาทอันนำไปสู่การฟ้องร้องหรือร้องเรียนในระดับต่างๆ อย่างแน่นอน ทางออกประการหนึ่งที่แพทย์อาจทำได้ก็คือจะต้องทำบันทึกในสิ่งที่แพทย์ได้รู้ได้เห็นมาเองนั้นในบันทึกแยกต่างหากจากประวัติเวชระเบียนของผู้ป่วย ซึ่งไม่ทราบเหมือนกันว่าจะเป็นที่ยอมรับมากน้อยเพียงใดในทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. ราชกิจจานุเบกษา 2540; 114(55ก), 11 ตุลาคม 2540: 1-99.
2. วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. การฟ้องร้องแพทย์. สารศิริราช 2541; 50: 345-57.
3. อัฐ เกตุสิงห์. เวชระเบียนคืออะไร. วารสารกรมการแพทย์ 2519; 1(2): 30-31.
4. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. ความสำคัญทางกฎหมายของเวชระเบียน. คลินิก 2542; 5: 447-50.

5. วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. เวชระเบียน. สารศิริราช 2543; **52**: 628-37.
6. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และคำประกาศสิทธิผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2542.
7. จินตนา ศิรินาวิน, สาธิต วรรณแสง. ทักษะทางคลีนิก. กรุงเทพมหานคร: บริษัทรุ่งแสงการพิมพ์ จำกัด, 2537: 47.
8. วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. ความเห็นของแพทย์และนิติแพทย์ในทางคดี : จริยธรรมที่สมควรคำนึง. สารศิริราช 2543; **52**: 139-46.
9. ประมวล วรุตมเสน. การบรรยายเรื่อง "แพทย์กับการยุติการตั้งครรภ์ในเวชปฏิบัติ". วันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2543. ณ ห้องประชุมชั้น 12 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เวลา 14.00-15.00 น.
10. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2542.
11. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2536 ฯลฯ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เรือนแก้วการพิมพ์, 2540: 24-30.
12. วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์, จันทรพิมพ์ เจียมพงศ์พันธุ์. ความยินยอมในทางการแพทย์. วารสารอุบัติเหตุ 2541: 34-46.
13. วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์, จันทรพิมพ์ เจียมพงศ์พันธุ์. การตรวจหาสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยสมควรกระทำหรือไม่และทำได้เพียงใด. วารสารอุบัติเหตุ 2542; **18**: 5-18.