

แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก : แพทย์ที่มีความเสี่ยงตลอดชีวิต

วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ พ.บ., น.บ.ท., อ.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว*

แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก หมายถึง แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามมาตรฐานของวิชาชีพฯ ให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการดำเนินการในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งใดโดยต้องเผชิญเป็นคนแรก ซึ่งอาจต้องเกี่ยวข้องกับญาติของผู้ป่วยหรือบุคคลากรอื่นๆ โดยที่การประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้นอาจต้องมีการดำเนินการทางการแพทย์ทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว (rapid) ใช้กระบวนการที่รุนแรง (invasive) และซับซ้อน (complicated) เพื่อให้ทันต่อสภาพของการเจ็บป่วยหรือโรคที่ผู้ป่วยได้รับ อีกทั้งถ้ามีการตัดสินใจที่ล่าช้าอาจหมายถึงชีวิตของผู้ป่วยนั้นได้ อาจเรียกแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกว่าเป็น “แพทย์ด่านหน้า” ก็ได้ แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกจึงอาจหมายถึงแพทย์ดังต่อไปนี้

1. แพทย์ฉุกเฉิน
2. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
3. แพทย์ครอบครัว
4. แพทย์เวชปฏิบัติอุบัติเหตุ
5. แพทย์ชื่ออื่นๆ ที่จะต้องเผชิญกับผู้ป่วยเป็นคนแรกเมื่อเข้ารับการดำเนินการในสถานพยาบาล

“แพทย์ฉุกเฉิน”² (emergency physician) เป็นแพทย์เฉพาะทางปฐมภูมิ ซึ่งมีภารกิจในการประเมินและบำบัดรักษาอย่างรวดเร็วให้แก่ผู้ป่วยที่ประสบภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทางเวชกรรมฉุกเฉินในสถานะต่างๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล และมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้บริการโดยตรงและผู้ประสานการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้หน้าที่ในการประเมินและดูแลสภาพการเจ็บป่วยอันมี

โอกาสที่จะนำไปสู่การเสียชีวิต ความพิการ หรือความทุกข์ทรมาน หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีแล้ว แพทย์ฉุกเฉินยังมีหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าใจว่าตนเองจำเป็นต้องได้รับการบำบัดอย่างเร่งด่วน รวมทั้งบุคคลผู้ไม่สามารถเข้าถึงระบบการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติได้ด้วยเหตุนี้แพทย์ฉุกเฉินจึงต้องสามารถบูรณาการและเข้าใจการดูแลรักษาทางการแพทย์สาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งอยู่ในตำแหน่งที่เป็นเอกลักษณ์ซึ่งมีบทบาทหลักในการวางแผน การพัฒนา การดำเนินการ และการประเมินผลของระบบบริการสุขภาพที่ทรงสมรรถภาพและมีประสิทธิภาพ

“แพทย์ครอบครัว”³ (family physician) คือ ผู้ชำนาญการเฉพาะทาง (specialist) ที่ต้องผ่านการฝึกอบรมและประยุกต์หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้ในเวชปฏิบัติ (medical practice) ในประเทศไทยใช้คำว่า แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยได้ใช้คำว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งหมายถึงแพทย์เวชปฏิบัติที่นำหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้

“แพทย์ทั่วไป”³ (generalist หรือ basic doctor) หมายถึงแพทย์ที่จบตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มีความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพ (health care) และการรักษาพยาบาล (medical care) ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและปัญหาฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา

*ภาควิชานิติเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700.

"แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป"³ (general practitioner) ตามความหมายของแพทยสภาหมายถึงแพทย์ที่ได้รับประกาศนียบัตรแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ตามคุณสมบัติและหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชปฏิบัติทั่วไปที่แพทยสภากำหนด (ความหมายของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ตามกำหนดของแพทยสภา มีได้แสดงขอบเขตบทบาทหน้าที่ และลักษณะของผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติทั่วไป) โดยงานเวชปฏิบัติทั่วไป หมายถึงการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในระดับปฐมภูมิ (primary care) โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์และสังคมศาสตร์ในลักษณะผสมผสาน (integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง (continuous) แบบองค์รวม (holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (individual, family and community)

ความเป็นมา

ได้เกิดการตื่นตัวในเรื่องของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine, family doctor) ขึ้นอย่างมากในช่วง 3-4 ปีมานี้ ดังเห็นได้จาก

ก. นโยบายการเพิ่มแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (หนังสืออนุมัติเวชศาสตร์ครอบครัว) อย่างรวดเร็วมาก เช่น ภายใน 3 ปีสามารถผลิตบุคลากรดังกล่าวได้ถึงกว่า 5,000 คน

ข. การส่งเสริมแพทย์ให้ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเป็นแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้น เห็นได้ชัดจากการที่มีทุนดังกล่าวให้อย่างมากมาย ในขณะที่ได้ลดทุนที่ให้แพทย์มีโอกาสศึกษาในสาขาอื่นๆ ลง จนถึงกับบางสาขาไม่มีทุนให้เลย

อีกทั้งในขณะนี้ก็ได้มีหลักสูตรแพทย์เฉพาะทาง **สาขาเวชบำบัดวิกฤต** และกำลังจะมีการเพิ่มหลักสูตรเกี่ยวกับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน **สาขา**

เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยความเห็นชอบของสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินและวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ดีต่อมุมมองของการให้การดำเนินการทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามในยุคปัจจุบันนี้ย่อมต้องคิดถึงหรือมีมุมมองในด้านอื่นด้วย ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นระดับแพทยสภา วิทยาลัย หรือราชวิทยาลัย และต่อตัวแพทย์ที่จะอยู่ในตำแหน่งหน้าที่นี้ และอาจมีผลต่อแพทย์ท่านนั้นไปตลอดชีวิต การที่แพทย์ได้รับทราบข้อมูลจึงน่าจะถือได้ว่าเป็นธรรมต่อการตัดสินใจของเขาเหล่านั้น ดังนั้นจึงดูเหมือนว่าแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกจะเป็นที่ต้องการของประเทศเป็นอย่างยิ่งโดยพิจารณาจาก

1. การป่วยเจ็บหรือสภาพของผู้ป่วยที่จะต้องมายังสถานพยาบาลเพราะจะต้องรีบได้รับการดูแลหรือดำเนินการทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน

2. หลักในทางการแพทย์ที่จะต้องอาศัยแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกเพื่อเป็นตัวเชื่อมระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ที่อาจจำเป็นต้องเข้าร่วมในเวลาต่อมา

3. แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกจะเป็นผู้ช่วยลดสถานะอันไม่พึงประสงค์ให้กับผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหรือได้รับในเวลาต่อมาได้

ดังนั้นยังมีแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกมากเท่าใดต้องถือว่ายิ่งดีต่อการแพทย์ของประเทศ และของทุกสถานพยาบาล การมีแพทย์ฉุกเฉินหรือแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกเป็นการดียิ่ง ในทางการแพทย์นั้นจะต้องมองควบคู่ไปกับสภาพของสังคมกฎหมายที่มีอยู่ และความเอาใจใส่ของบุคลากรโดยเฉพาะในภาครัฐไว้ด้วยว่าสอดคล้องกันหรือไม่ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือสถานการณ์ในสังคมขณะนี้เอื้ออำนวยต่อการทำหน้าที่ของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกหรือไม่ เพียงไร เพราะเหตุใด หรือกล่าวสั้นๆ ก็คือ "สมควรเป็นแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกในสถานการณ์เช่นนี้หรือไม่"

ลักษณะและสภาวะที่แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกต้องเผชิญ

แพทย์ประเภทนี้นับว่าเป็นแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงมากเพราะต้องเผชิญกับผู้ป่วยที่จะได้รับการดำเนินการในลักษณะต่างๆ กันอย่างมากมายดังนี้

1. เข้ารับการรักษาระกัณฑ์โดยมิได้คาดคิดมาก่อน ไม่ทราบได้ว่าผู้ป่วยจะมาเมื่อใด
2. ไม่อาจทราบได้ว่าผู้ป่วยจะมาด้วยอาการป่วยเจ็บ สภาวะใดหรือลักษณะใด
3. อาจเป็นการบาดเจ็บ เป็นโรคทางกายหรือโรคทางจิตก็ได้
4. อาจมิได้เป็นโรคหรือเจ็บป่วย แต่เพราะคิดว่าตนเองเป็นโรคหรือป่วยเจ็บ หรือเป็นเพราะญาติคิดว่าตนเป็นโรคหรือป่วยเจ็บและต้องการให้มาสถานพยาบาลเพื่อตรวจรักษา
5. อาจต้องการมาที่สถานพยาบาลเพื่อ “การตรวจร่างกาย” เพื่อเอกสารรับรองหรือมาเพื่อเก็บพยานหลักฐานในทางคดี เช่น
 - ก. ต้องการให้มาตรวจว่าผ่านการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่
 - ข. ต้องการทราบว่ามีอาการเสพยาเสพติดหรือไม่
 - ค. ต้องการให้มาตรวจร่างกายเพื่อเป็นหลักฐานไว้ก่อน
6. อาจมีสภาพของการป่วยหรือบาดเจ็บหลายระดับ เช่น
 - ก. ไม่ได้ป่วยหรือบาดเจ็บ แต่เพียงสงสัยว่าจะมีการบาดเจ็บต่อร่างกาย
 - ข. อาจบาดเจ็บหรือป่วยเล็กน้อยเท่านั้น
 - ค. บาดเจ็บมาก ป่วยมาก
 - ง. ใกล้ถึงแก่ชีวิต
 - จ. เสียชีวิต คือ ตายแล้วจึงนำศพมา หรือไม่ทราบว่าตายแล้ว

7. ผู้เข้ารับการรักษามักมีสติสัมปชัญญะหรืออาจถึงกับไม่ได้สติหรือช็อคไปเลย

8. ผู้นำส่งอาจเป็นคนในครอบครัว ผู้ใกล้ชิดไปจนถึงเป็นพลเมืองดี หรือพนักงานสอบสวน ฯลฯ ซึ่งไม่รู้จักมาก่อนเลย

9. แพทย์อาจได้ประวัติการป่วยเจ็บ เช่น จากอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บ ซึ่งอาจทราบได้อย่างละเอียด เพราะผู้นำส่งให้รายละเอียด ไปจนถึงไม่ทราบประวัติเลย ซึ่งต้องอาศัยการตรวจสภาพร่างกายเป็นสำคัญ และประวัติเช่นนั้นอาจผิดก็ได้

10. ประวัติส่วนตัวและประวัติครอบครัวอาจทราบอย่างละเอียดจนถึงไม่ทราบอะไรเลย เช่น หมู่เลือดอะไร มีโรคประจำตัวอะไรบ้าง แพ้ยาหรือสารใดบ้าง

11. ส่วนใหญ่จำเป็นต้องให้การรักษอย่างเร่งด่วนทันทีที่ไม่สามารถรอประวัติหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วนก่อนจึงดำเนินการเหมือนอย่างผู้ป่วยปกติ (elective cases)

12. อาจมาครั้งละจำนวนมาก เช่น เป็นสิบหรือเป็นร้อยราย หรือมากกว่านั้นก็เคยปรากฏ

13. มักเกี่ยวข้องกับหลายระบบของร่างกาย เช่น ระบบประสาทและสมอง ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

14. อาจมาด้วยเรื่องไม่มีสาระ เช่น ต้องการตรวจร่างกายเพราะต้องการเข้างานในวันรุ่งขึ้น มาปรึกษาเรื่องสัตว์เลี้ยงที่ป่วย มาทดสอบดูว่าการให้การรักษารักษา 30 บาทจะรักษาทุกโรคได้จริงหรือไม่ เป็นต้น

15. อาจเพียงต้องการมาพบแพทย์เพื่อปรึกษาเท่านั้น เช่น ต้องการมาคุยกับแพทย์ หรือมาปรึกษาเรื่องญาติที่บ้านเท่านั้น

16. ด้วยสาเหตุอื่นๆ

จึงเห็นได้ว่าแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกเหล่านี้จะต้องทำงานหนัก และมีความเสี่ยงที่สูงมาก และอาจต้องทำงานที่ไร้สาระ ไม่ใช่งานที่จะต้องทำเร่งด่วนทันที

ทันใด ไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์ ต้องเผชิญกับปัญหาหลากหลาย และกับบุคคลหลายประเภท หลายระดับหลายอารมณ์

การดำเนินการของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก

การดำเนินงานและการตัดสินใจของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกจะต้องมีลักษณะที่รวดเร็วและทันเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ณ เวลานั้นๆ ซึ่งอาจสรุปสิ่งที่แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกต้องมีคุณสมบัติและพึงกระทำได้ดังนี้

- ก. ต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็ว
- ข. ต้องมีความสามารถในการใช้เครื่องมือ
- ค. ต้องมีความสามารถในการใช้ยาที่เกี่ยวข้อง ณ หน่วยงานๆ
- ง. ต้องสามารถทำหัตถการได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง
- จ. ต้องสามารถสั่งการให้ผู้ช่วยปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง
- ฉ. ต้องทั้งภาระกิจอื่นๆ ที่กระทำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยทันที
- ช. ต้องปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้อย่างถูกต้อง
- ซ. ต้องมีความอดทนสูง ห้ามมีอารมณ์โกรธหรือเกลียดในขณะที่ต้องตรวจผู้ป่วย
- ณ. ต้องดำเนินการด้านการบริหารงานบุคคลและการรายงานได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว
- ญ. ต้องปฏิบัติเกี่ยวกับด้านพยานหลักฐานได้อย่างถูกต้องไม่ว่าจะเป็น 1) การเก็บ 2) การหีบห่อ 3) การส่งต่อ ไม่ว่าจะเป็นคำสั่งการส่ง (requesting) สถานที่ส่งหรือสมควรส่งตรวจ วิธีการส่งรวมถึงลูกโซ่แห่งพยานหลักฐาน (chain of evidence or custody) 4) การแปลผล และอื่นๆ
- ฎ. ต้องจัดการเกี่ยวกับการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง ทั้งต่อญาติ พนักงานสอบสวน ผู้สื่อข่าว และ

บุคคลอื่นๆ

ฎ. แพทย์ยังต้องมีทักษะ (skill) และคุณลักษณะอื่นๆ ตามมาตรฐาน (professional competencies) ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามที่องค์กรวิชาชีพคือแพทยสภาได้กำหนดไว้⁴

ก. พฤตินิสัย เจตคติ คุณธรรม และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (professional habits, attitudes, moral and ethics)

ข. ทักษะในการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ (communication and interpersonal skills)

ค. ความรู้พื้นฐาน (knowledge)

ง. ทักษะทางคลินิก (clinical skills)

จ. ทักษะการตรวจโดยใช้เครื่องมือพื้นฐาน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำหัตถการที่จำเป็น (technical and procedural skills)

ฉ. การพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (continuous professional developments)

ฐ. อื่นๆ

โดยสรุปในส่วนนี้ก็คือ แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกจะต้องรับแรงหรือดำเนินการในทางการแพทย์เพื่อให้ทันต่อสภาวะการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับ

แนวคิดของการที่ต้องการมีแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก

การเร่งผลิตแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกด้วยเพียงการคิดในทางที่ดีว่าต้องการพัฒนาสังคม ต้องการที่จะช่วยเหลือสังคม ต้องการทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ดีอย่างรวดเร็วและถูกต้อง แต่ขาดซึ่งมาตรการรองรับที่ดี ที่ถูกต้องและควรจะเป็น และการที่ไม่มีการคำนึงถึงความสนใจของสังคมและภาครัฐอย่างจริงจังแล้ว นโยบายภาครัฐต่อแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกไม่เคยมี ไม่มีความชัดเจน จะทำให้ผู้ที่เข้าเกี่ยวข้อง (ผู้ผลิตแพทย์

เวชปฏิบัติด้านแรกและแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกเอง) มีโอกาสที่จะได้รับผลในทางที่ไม่พึงประสงค์และไม่คาดหวังได้ง่าย โดยเฉพาะการฟ้องร้อง ถูกดำเนินคดีและลงท้ายด้วยโทษและการชดเชยค่าเสียหาย อันส่งผลถึงการเสียชื่อเสียงของ “องค์กรวิชาชีพ” อย่างหลีกเลี่ยงมิได้ เพราะการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกนั้นมีโอกาสของความเสี่ยงทางการแพทย์ได้สูง⁵

สถานะที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก

การที่แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกจะปฏิบัติหน้าที่ได้ดีหรือไม่ เพียงใด รวมถึงการที่จะให้เกิดผลในการปฏิบัติหน้าที่และความพึงพอใจของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกหรือไม่ เพียงใดนั้น จะต้องมียุปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องอย่างมากมาย เช่น

1. สภาพของของสังคมที่มีต่อวิชาชีพแพทย์

หมายถึงมุมมองหรือแนวคิดของสังคมที่มีต่อวิชาชีพแพทย์ตั้งแต่มองแพทย์เป็นอย่างไร มีหน้าที่อย่างไร เป็นผู้ช่วยเหลือ เป็นผู้ถูกว่าจ้างให้กระทำการหรือเป็นผู้ที่แสวงหาผลประโยชน์ในความป่วยเจ็บของผู้ป่วย เป็นต้น มุมมองของสังคมที่มีต่อวิชาชีพแพทย์นี้จะเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการปฏิบัติงาน และความอยากที่จะปฏิบัติงานของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก

2. สภาพของกฎหมายที่มีอยู่

มุมมองของกฎหมายต่อการประกอบวิชาชีพ เช่น

2.1 นิติสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

2.2 สภาพกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์

2.3 สภาพของกฎหมายที่อาจทำให้แพทย์ที่ต้องปฏิบัติงานถูกฟ้องร้องหรือร้องเรียน

ก. เชื้อต่อการถูกฟ้องร้องมากน้อยเพียงใด เช่น ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁶

ข. การให้ความเสมอภาคในการต่อสู้ในทางคดีตั้งแต่ระยะต้น เช่น การถูกกล่าวหาในเรื่องการประกอบวิชาชีพกับการถูกแจ้งข้อหาในทางอาญาและการได้รับการปล่อยตัวชั่วคราว

ค. ความยากลำบากในการต่อสู้คดี เช่น ในการฟ้องร้องจะต้องมีผู้แทนในการดำเนินการตลอดเวลา (ทนาย) ทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่ายอย่างมาก

ง. องค์กรที่มีส่วนให้ความช่วยเหลือยามที่ติดอยู่ในสภาวะคับขัน เช่น ถูกฟ้องร้อง เช่นมีหน่วยงานในภาครัฐเป็นที่ปรึกษาหรือเป็นผู้ว่าคดีให้

จ. การเยียวยากรณีที่แพทย์ไม่ได้รับความเป็นธรรมในการดำเนินการทางกฎหมาย เช่น ได้รับค่าเสียหายกรณีถูกกล่าวหาในการประกอบวิชาชีพแล้วในที่สุดมิได้เป็นไปตามที่ถูกกล่าวหา ซึ่งในเรื่องนี้อาศัยบทบัญญัติในเรื่องความเสียหายที่ได้รับสามารถฟ้องร้องในทางแพ่งเท่านั้นมิได้ แต่สมควรมีบทบัญญัติที่คุ้มครองแพทย์ออกมาโดยตรง เช่น มีกองทุนจ่ายค่าทดแทนความเสียหายอันเกิดเนื่องจากการถูกดำเนินคดีจากการประกอบวิชาชีพโดยมิชอบ ดังกรณีการที่ถูกดำเนินคดีอาญาที่ผิดตัว เป็นต้น แต่กรณีนี้เป็นกรณี “การประกอบวิชาชีพเวชกรรม”

ฉ. การให้ความเป็นธรรมในการแสวงหาข้อเท็จจริงหรือการถูกสอบสวน โดยเฉพาะคณะบุคคลที่เข้าร่วมในการแสวงหาข้อเท็จจริงจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในด้านวิชาชีพแพทย์ มิใช่ใครหรือผู้หนึ่งผู้ใดจะแสวงหาข้อเท็จจริงได้ ถ้ามีบุคคลภายนอกเข้ามาร่วมก็ไม่ได้เพียงที่ปรึกษาเท่านั้น

ช. หลักประกันในการประกอบวิชาชีพได้อย่างปลอดภัย

2.4 ข้อกำหนดในกฎหมายต่างๆ เช่น

ก. ระดับความรับผิดชอบอย่างสูงสุด

ข. ข้อสันนิษฐานในทางกฎหมาย

ค. การรับผิดชอบเฉพาะความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้นหรือไม่เพียงใด

3. การรับรู้และให้ความสนใจของกรวิชาชีพทางการแพทย์

- รู้ถึงปัญหาอย่างแท้จริง
- เริ่มให้ความสำคัญกับปัญหาอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม

4. ความรับรู้และสนใจของฝ่ายการเมืองและภาครัฐ

จะต้องรู้ถึงสภาพของการประกอบวิชาชีพและสภาพของสังคมในปัจจุบัน จะต้องเข้ามามีส่วนรับรู้ปัญหาเพื่อแก้ไข มิใช่กระทำงานทางการเมืองเพียงเพื่อการหาเสียงหรือใช้อำนาจรัฐเพื่อประโยชน์ของตนเท่านั้น

5. ความมั่นคงและความปลอดภัยในการดำเนินงาน เช่น

5.1 การมีค่าตอบแทนที่เหมาะสม

5.2 การมีความปลอดภัยในหน้าที่การงาน

ก. จากสภาพของสังคม เช่น การถูกข่มขู่

ข. จากสภาพของโรคหรือความเจ็บป่วย เช่น การมีเครื่องมือในการป้องกันตัวแพทย์

เวชปฏิบัติด้านแรกที่ดีเพียงพอ

5.3 มีหลักประกันในการถูกฟ้องร้อง

6. เหตุส่วนตัวและแรงบันดาลใจในแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกของแต่ละคน

แพทย์แต่ละคนอาจมีความมุ่งมั่นในการเป็นแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกไม่เหมือนกัน เช่น

ก. บางคนต้องการเป็นเพราะความสนุกเพลิดเพลิน

ข. บางคนเพราะต้องการช่วยเหลือผู้อื่นในยามเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ซึ่งต้องแข่งกับเวลาในการปฏิบัติงานหรือดำเนินการ

ค. บางคนต้องการทำงานที่มีความท้าทาย เช่น การกระทำที่แข่งกับเวลา ฯลฯ

ซึ่งยังมีสิ่งที่กล่าวมามากเท่าใดก็ยิ่งทำให้ผู้ที่ปฏิบัติงานในฐานะแพทย์ด้านแรกมีมากขึ้นไปด้วย แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นคงต้องประกอบกับสิ่งต่างๆ ที่ระบุไว้ข้างต้นด้วย

นิติสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

จากการที่นิติสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทำให้การทำงานของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกต้องมีอัตราการเสี่ยงที่สูงขึ้นอย่างมากด้วย เพราะการที่จะเกิดการฟ้องร้องหรือร้องเรียนในขณะนี้เกิดได้ง่ายและมีแนวโน้มสูง อาจแบ่งประเภทของนิติสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยออกได้เป็น 3 ยุคใหญ่ๆ คือ

1. ยุคไวเนื้อเชื้อใจ

ในยุคนี้เห็นว่าการที่แพทย์ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นเรื่องที่แพทย์กระทำด้วยน้ำใจและให้การช่วยเหลืออย่างแท้จริง ผู้ป่วยจะเห็นว่าแพทย์เป็นผู้มีมนุษยคุณต่อตน ผู้ป่วยเชื่อถือแพทย์อย่างมาก โอกาสที่จะเกิดการฟ้องร้องในการดำเนินการทางการแพทย์ต่างๆ แม้จะเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์จึงแทบไม่มีเลย

2. ยุคแพทย์พาณิชย์

2.1 ระยะแรก (ระยะต้น)

เป็นช่วงที่มีการให้ดำเนินการทางการแพทย์ในรูปของสถานพยาบาลเอกชนโดยมีการคิดค่าดำเนินการต่างๆ แต่ก็ยังคงมองว่าเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วย เพราะสิ่งที่ได้รับคือความสะดวกและรวดเร็ว ยุคนี้อยู่ในช่วงสามถึงสี่ทศวรรษที่ผ่านมาจนถึงระยะปัจจุบัน

2.2 ระยะหลัง

เป็นช่วงที่ดูเหมือนว่าเป็นการให้ดำเนินการทางการแพทย์ในรูปแบบการค้าพาณิชย์ เป็นการแสวงหากำไรอย่างแท้จริง มีการนำสถานพยาบาลเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์ และมีการคิดค่าดำเนินการทางการแพทย์ในอัตราที่สูง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคาดหวังสูงตามไปด้วย เมื่อเกิดสภาวะอันไม่พึงประสงค์จึงเกิดการฟ้องร้องกันมากขึ้น ผู้ที่อยู่ในฐานะแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกย่อมต้องเสี่ยงมากขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน เพราะ 1) ความเชื่อถือในตัวแพทย์น้อยลงเป็นอย่างมาก 2) ผู้ป่วยคิดว่าแพทย์ต้องการเพียง "เงิน" หรือ "ค่าตอบแทน" เท่านั้น

3. ยุคปฏิพัทธ์

คือยุคที่เพิ่งจะเกิดขึ้นมาในราว 1 ปีมานี้โดยเฉพาะภายหลังจากที่ได้มีกลุ่มองค์กรต่างๆ เข้าร่วมดำเนินการฟ้องร้องแพทย์ โดยอ้างถึงการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นสำคัญ ประกอบกับการที่เริ่มมีกฎหมายออกมาทำลายหลักการในเรื่ององค์วิชาชีพ⁷ เช่น การให้บุคคลอื่นเข้ามาทำการสอบสวนผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และผู้ป่วยต่างมองอีกฝ่ายว่าเป็นศัตรู (ปฏิพัทธ์) ซึ่งกันและกัน โดยผู้ป่วยมีมุมมองและแนวคิดที่ว่า “แพทย์จะต้องรักษาฉันโดยไม่มีกรณีผิดพลาด ถ้าผิดพลาดเมื่อใดเป็นฟ้องแน่นอน” ผู้ป่วยคิดอยู่แต่เพียงว่า “มีการผิดพลาดทางการแพทย์ไม่ได้ การรักษามีสถานะแทรกซ้อนหรือสภาวะอันไม่พึงประสงค์ไม่ได้” “การรักษาจะมีการตายไม่ได้” “ต้องไม่มีการแพ้ยา” ฯลฯ ส่วนแพทย์เองก็มีความคิดว่า “ผู้ป่วยต้องจับผิดอยู่ตลอดเวลา การรักษาจะต้องไม่ให้เกิดความผิดพลาดอย่างเด็ดขาด” แพทย์จะคิดอยู่เสมอว่า “ต้องไม่ผิดพลาด” “ต้องไม่ประมาท” เพราะนั่นจะหมายถึงการที่ตัวเองเป็นผู้กระทำผิด และตามมาด้วยเรื่องค่าเสียหายและอาจถูกฟ้องร้องในทางแพ่ง⁸ หรืออาจมี “การไล่เบียด” ตามกฎหมายได้⁶ สภาวะเช่นนี้เป็นสภาวะแห่งความตึงเครียดและเป็นปฏิพัทธ์ต่อกันโดยแท้ เกิดความเสี่ยงทางการแพทย์มากขึ้น⁵ และผู้ที่เสี่ยงมากที่สุดย่อมจะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกนั่นเอง

นิติสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปย่อมไม่สามารถที่จะกลับคืนมาเหมือนเดิมได้อีก แต่คงจะต้องมีการปรับสมดุลแห่งความสัมพันธ์กันใหม่ภายใต้สถานการณ์และสภาพแวดล้อมในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สถานพยาบาล การประกันภัย ระบบการเรียนการสอนและการฟ้องร้อง⁹

ปัญหาที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบันโดยเฉพาะต่อแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก

ในยุคปัจจุบันที่ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ไม่ดีนัก มีการมองซึ่งกันและกัน

ในลักษณะเชิงปฏิพัทธ์มากยิ่งขึ้น ทำให้การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่อผู้ป่วยทำได้ยากและลำบากมากยิ่งขึ้น และเกิดความไม่เข้าใจซึ่งกันมาซึ่งการฟ้องร้องได้ง่ายดาย และเกี่ยวข้องกับแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกได้อย่างง่ายดาย ชัดเจน และยากต่อการป้องกัน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องจากสภาพของ “การป่วยเจ็บ” และข้อเท็จจริงทางการแพทย์ เช่น การดำเนินของโรคเอง อาการที่นำมาและปรากฏที่เหมือนๆ กันในระยะแรกอันยากต่อการจำแนกเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้อง ประกอบกับการที่มีข้อจำกัดในเรื่องเวลา และจำนวนผู้ป่วยที่จะต้องรับผิดชอบ ทำให้เกิดผลในทางที่ไม่พึงประสงค์ตามมา แต่กลับถูกมองว่าเป็นความผิดพลาดในทางการแพทย์ของแพทย์ด้านหน้าโดยความไม่เข้าใจเรื่อง “ข้อเท็จจริงทางการแพทย์” อย่างชัดเจน ประกอบกับมีช่องทางการฟ้องร้องและร้องเรียนอย่างมาก และมีกฎหมายเปิดช่องให้ดำเนินการดังกล่าวโดยไม่เข้าใจในหลักเกณฑ์ด้านองค์วิชาชีพ⁷ ดังตัวอย่าง

ตัวอย่างที่ 1: ผู้ป่วยมาด้วยเรื่องปวดท้อง

อาการปวดท้องที่นำผู้ป่วยมายังสถานพยาบาลนี้ อาจเกิดจากสาเหตุได้มากมาย แพทย์ที่ตรวจในครั้งแรกย่อมผิดพลาดในการวินิจฉัยและการให้การดำเนินการได้อย่างแน่นอน ยิ่งเป็นหญิงด้วยแล้วอาจเกิดจากโรคทางระบบสตรีได้อีก การที่ผู้ป่วยมาด้วยเรื่องปวดท้อง และต้องการให้แพทย์ด้านหน้าทำการส่งตรวจเพิ่มเติมเพราะทราบว่ามีวิธีการต่างๆ ที่สามารถตรวจได้เช่น การตรวจด้วยคลื่นเสียง (ultrasound) การตรวจด้วยคอมพิวเตอร์ (CT abdomen) ฯลฯ ซึ่งการตรวจเหล่านี้อาจเป็นการตรวจที่ดีขึ้นกว่าการตรวจโดยหลักพื้นฐาน คือ ดู คลำ เคาะ ฟัง เท่านั้น แต่การตรวจจะต้องสิ้นค่าใช้จ่ายสูงตามไปด้วย ในเรื่องนี้จะไม่มีปัญหามากนักหากผู้ป่วยเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเอง แต่กรณีที่มีได้ออกเองแต่อยู่ในระบบประกันอย่างหนึ่งอย่างใด เช่น โครงการ 30 บาท หรือประกันสังคม แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกจะตัดสินใจอย่างไร

กรณีทีแพทยไม่ส่งตรวจเพิ่มเติม

หมายควมรวมถึงการทีแพทยเวชปฏิบัติ ดานแรกมิได้รับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในด้วย โดยให้การ วินิจฉัยเพียงว่าปวดจากกล้ามเนื้อเรียบบีบตัว โรค กระเพาะ มดลูกบีบตัว ฯลฯ และให้ยากลับไปกินตอที บ้านเท่านั้น เช่นนี้หากถึงคราวโชคร้ายแก่แพทย์ ต่อม่า เกิดสภาวะอันไม่พึงประสงค์ขึ้นกับผู้ป่วย เช่น เป็นไส้ติ่ง อักเสบ กระเพาะอาหารหรือลำไส้ทะลุ เป็นการตั้งครรวร โนคมดลูก ฯลฯ เป็นการวินิจฉัยทีผิดพลาด การทีไม่ส่ง ตรวจหรือไม่รับผู้ป่วยไว้เพือการตรวจอย่างละเอียด ทำให้เกิดการรักษาทีล่าช้าออกไป แพทยเวชปฏิบัติดาน แรกย่อมต้องถูกตำหนิ ถูกกล่าวหาว่าไม่มีมาตรฐาน อย่างแน่นอน ทั้งๆ ทีในทางการแพทยแล้ว การทีผู้ป่วยมา ด้วยเรื่องปวดท้องนั้นอาจเป็นโรคได้มากมาย ทั้งอาจเป็น โรคทีรักษาทางยาได้ก็มีมาก ตามมาด้วยการฟ้องร้อง แพทยท่านนั้นได้

กรณีทีแพทยส่งตรวจเพิ่มเติมหรือรับไว้ตรวจรักษา ทีสถานพยาบาล

ได้มีการตรวจเพิ่มเติมมากมายก็ไมพบสิ่งผิด ปกติ สิ้นค่าใช้จ่ายไปจำนวนมาก ถ้าเป็นผู้ป่วยเพียงราย เดียวสำหรับสถานพยาบาลนั้นย่อมไม่มีปัญหา เพราะ สามารถทีจะรับผิดชอบได้ แต่ถ้ามีผู้ป่วยลักษณะเช่นที ว่าเป็นมากราย (และนับวันก็จะยังมีมากขึ้นตามลำดับ) ด้วย แล้ว จะทำอย่างไร แพทยเวชปฏิบัติดานแรกย่อมต้องถูก มองในทางทีไม่ดีในสายตาของแพทยด้วยกัน หรือผู้ บริหารสถานพยาบาลเห็นว่ไม่ได้ใช้มาตรฐานในทางการ แพทยในการตรวจวินิจฉัย แต่ต้องการควมสะดวก สบาย และเห็นการร้องขอของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งการ ถูกตำหนิหรือดำเนินการอาจมีได้หลายระดับ ตั้งแต่ “ต่อว่า” “การแจ้งให้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร” ไปจน ถึง “การตั้งกรรมการสอบสวน” หรือร้ายกว่านั้นคือ “การ ให้ออกจากการทำงาน” เลยทีเดียว

แพทยเวชปฏิบัติดานแรกจึงเปรียบเสมือนอยู่ ในภาวะกดดันและอันตรายยิ่ง (dilemma) นั้นเองยิ่งถูก ตำหนิโดยแพทยทีอ่อนอาวุโสหรือเป็นลูกศิษย์ของตนเอง มาก่อน ย่อมเกิดความไม่สบายใจและหดหู่ใจยิ่ง

ตัวอย่างที 2: ผู้ป่วยมาด้วยเรื่องตาแดง

ผู้ป่วยมาพบแพทยทีสถานพยาบาลด้วยเรื่อง ตาแดง แพทยทำการตรวจแล้วพบว่าผู้ป่วยมีสภาวะ ตาแดง ไม่มีหนองปรากฏให้เห็นเลย ไม่มีการแดงอย่าง ผิดปกติอันเกิดจากโรคอื่น จึงน่าจะเข้าได้กับโรคตาแดง จากไวรัส แต่ผู้ป่วยต้องการได้รับการตรวจตาอย่าง ละเอียดจากจักษุแพทย เช่นนี้แพทยเวชปฏิบัติดานแรก จะต้องส่งตรวจหรือไม่

ถ้าแพทยส่งตรวจ แพทยย่อมจะถูกตำหนิ ได้ว่า

ก. เป็นการสิ้นเปลือง ทำให้เสียทั้งเวลาและ ทรัพยากรบุคคลอื่นๆ

ข. ถูกตำหนิว่าเพียงเท่านั้นก็ไม่สามารถตรวจ และวินิจฉัยได้หรือ

ค. ไม่รู้จักใช้ทักษะในการอธิบายโรคให้ผู้ป่วย ได้รับทราบหรือ

ถ้าแพทยไม่ส่งตรวจ อาจเกิดกรณี

ก. กรณีไม่เกิดสภาวะแทรกซ้อนแพทยย่อม เสมอตัวไม่มีอะไรเกิดขึ้น แต่ถ้าเป็นกรณีทีมีไข้หรือมี สภาวะแทรกซ้อนขึ้น แพทยเวชปฏิบัติดานแรกต้องถูกหา ว่าวินิจฉัยผิดพลาด

ข. กรณีทีผู้ป่วยไปรับการตรวจกับแพทย ท่านอื่นโดยเฉพาะจักษุแพทยท่านอื่น ณ สถานพยาบาล อื่นแล้วก็ยังคงเห็นว่าป่วยโดยสภาวะเช่นเดียวกับทีแพทย ท่านนั้นวินิจฉัย ก็ไม่มีอะไรเกิดขึ้น แต่ถ้ามิใช่ยอมเกิด ความเสี่ยงกับแพทยทีตรวจท่านแรกอย่างแน่นอนเพราะ อาจถูกกล่าวหาว่า “ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยมิได้ มาตรฐาน”

ค. กรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้านแล้วไม่ได้มาตรวจกับแพทย์อื่นใดอีกและอาจมิได้มีการใช้ยาที่แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกสั่งให้ โดยทั้งสภาพการป่วยอยู่จนกระทั่งเกิดสภาวะแทรกซ้อนและต่อมามารพบจักษุแพทย์ แพทย์ท่านแรกย่อมถูกกล่าวหาว่ามีส่วนในการทำให้สภาพของโรคเลวร้ายลงเพราะวินิจฉัยผิด ไม่ยอมส่งให้จักษุแพทย์ทำการตรวจ ฯลฯ ซึ่งแท้ที่จริงแล้วแพทย์ท่านแรกวินิจฉัยถูกต้องแล้ว แต่เกิดสภาวะแทรกซ้อนจากโรคของผู้ป่วยเองหรือเกิดจากผู้ป่วยที่ไม่ดูแลตนเองให้ดี เช่น ไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง หรือปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น ไปถูกน้ำหรือสิ่งสกปรกเข้าตา หรือ ขยี้ตา ฯลฯ เมื่อมาตรวจใหม่ ย่อมทำให้สภาพของโรครุนแรงมาก และไม่อาจเห็นรอยโรคในตอนต้นได้อีกต่อไปแล้ว ไม่ว่าแพทย์ท่านใดตรวจย่อมจะเห็นว่าเกิดสภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อหนองอย่างแน่นอน แพทย์ท่านแรกย่อมถูกดำเนินคดีหรือถึงขั้นถูกฟ้องร้องอย่างรุนแรงได้

สภาวะที่กล่าวมาข้างต้นเช่นนี้อาจเกิดขึ้นได้ แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกจึงอยู่ในความเสี่ยงตลอดเวลา และเสี่ยงสูงมากในยุคนี้

ตัวอย่างที่ 3: ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผู้ป่วยมาด้วยเรื่องการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ มีเพียงแผลขั้วที่หนังศีรษะ และมีแผลถลอกตามร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตลอด การตรวจร่างกายทั่วไปดี รูปร่างดีทั้งสองข้าง ไม่มีอาการอ่อนแรงของแขนขา ถ้าผู้ป่วยต้องการตรวจสมองด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (CT-brain) แพทย์จำเป็นหรือไม่ที่จะต้องส่งตรวจ

กรณีไม่ส่งตรวจ

เพราะเห็นว่าไม่มีความจำเป็นจากการตรวจร่างกาย ตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้วไม่มีข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจแต่อย่างใด จึงได้อธิบายให้ผู้ป่วยได้รับทราบ และอธิบายถึงข้อบ่งชี้ว่าถ้ากลับไปที่บ้านแล้วเกิดสภาวะหรืออาการต่างๆ ที่ผิดปกติไป เช่น อาการอาเจียน ปวดหัวอย่างมาก หนังตาตก อ่อนแรงของแขนและขา

ง่วงซึมผิดปกติ สับสน ฯลฯ ให้ผู้ป่วยมารับการตรวจอีกครั้งหนึ่งเพื่อการประเมินผลทางสมองที่สถานพยาบาล แต่ผู้ป่วยยังคงยืนยันว่าอยากให้ตรวจและดูเสมือนว่าจะไม่พยายามเข้าใจสิ่งที่แพทย์พยายามอธิบายข้อเท็จจริงในทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยได้รับทราบ และในที่สุดอาจเกิดความไม่พอใจแพทย์ด้วย แต่ก็ต้องออกจากสถานพยาบาลไปด้วยความไม่พอใจ เพราะในที่สุดแล้วแพทย์ก็ไม่ส่งตรวจ CT brain ตามที่ผู้ป่วยร้องขอ

เมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านแล้วเกิดอาการทางสมองขึ้น และในที่สุดอาจมาที่สถานพยาบาลเดิมได้ทันหรือไปที่สถานพยาบาลอื่นแล้วเสียชีวิตในเวลาต่อมา อันเนื่องมาจากมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ เช่นนี้ “แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก” ที่ให้การดูแลย่อมต้องเดือดร้อน ถูกดำเนินคดี และอาจถึงขั้นถูกฟ้องร้องในเวลาต่อมาอย่างแน่นอน เพราะผู้ป่วย (ญาติผู้ป่วย) ย่อมต้องยึดเอาสิ่งที่ตนได้เคยเสนอกับแพทย์แล้วว่า ขอให้ตรวจอย่างละเอียด ขอให้ตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ที่สมอง ฯลฯ แต่แพทย์ไม่ยอมตรวจ ทั้งๆ ที่แพทย์ใช้หลักเกณฑ์ในมาตรฐานทางการแพทย์ในการประเมินแล้วก็ตามแต่ เรื่องทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ไม่มีความแน่นอน เช่นนี้ แพทย์จะทำอย่างไร

ยิ่งกว่านั้นเมื่อเกิดเรื่องราวขึ้นมา แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกยังอาจถูกต่อว่าจากแพทย์ที่ดูแลสถานพยาบาล และแพทย์เฉพาะทาง (ที่เป็นการประมวลและดูผลย้อนหลัง : retrospective) ทำให้มีการต่อว่าแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกท่านนั้นว่ากระทำการไม่สมควร กระทำการไม่ได้มาตรฐาน ไม่รู้จักที่จะรับไว้เพื่อเฝ้าสังเกตอาการ เหตุใดไม่ส่งตรวจชิ้นต้น รวมถึงเหตุใดไม่ส่งตรวจสมองด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (CT of the brain) เพื่ออย่างน้อยก็เป็นการแสดงให้เห็นว่าเป็นการตรวจที่รอบคอบแล้ว และอาจตามมาด้วยการถูกสอบสวนทางวินัยของหน่วยงาน เมื่อมีการร้องต่อผู้บังคับบัญชาหน่วยงานดังกล่าว และอาจถึงขั้นที่แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกท่านนั้นผิดก็ได้

กรณีทีแพทยสงตรวจ

หากผลการตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติแต่อย่างใด และการสงของแพทยเวชปฏิบัติด้านแรกท่านนี้ก็ได้สง เช่นนี้มาหลายรายแล้ว ไม่นานเชื่อว่าผู้บริหารสถาน พยาบาลยอมต้องมาหาแพทยท่านนั้น แล้วยอมใช้ เหตุผลทางการแพทย (มาตรฐานทางการแพทย) เช่น “หมอไม่ใช้ความรู้ในทางการแพทยประเมินคนไข้ที จะสงตรวจเลยหรือเอาแต่สงแล้ป”, “หมอคิดว่าทาง โรงพยาบาลมีรายไ้มากมายทีจะสงตรวจเช่นนั้นหรือ” “หมอคิดว่าการตรวจไม่ก็ร่อยบาทหรือ” หรือ ฯลฯ ทีมี ข้อความในเชิงตำหนิแพทยเวชปฏิบัติด้านแรกท่านนั้น

ประการสำคัญ ดังทีได้กล่าวแล้วในข้างต้นว่า การทีแพทยเวชปฏิบัติด้านแรกทียังคงอ่อนอาวุโสหรือ เป็นเพียงแพทยใหม่ การถูกต่อว่าหรือตำหนิ ก็ยังอาจ รับได้ แต่ถ้าแพทยท่านนั้นเป็นแพทยทีมีอาวุโสพอ ควร แล้วยังถูกตำหนิอีก ยิ่งเป็นกรถูกตำหนิจากผู้ที่ อ่อนอาวุโส หรือลูกศิษย์ของตนเองด้วยแล้ว ยากที แพทยหรือบุคคลทั่วไปจะยอมรับสภาวะเช่นนั้นได้ นับว่า เป็นความเศร้า ความอาลัย ความรันทด ความอับอาย ฯลฯ ต่อชีวิต นำมาซึ่งความเบื่อน่ายต่อหน้าทีการงาน เห็นว่าเป็นความเสี่ยงทีไม่มีความแน่นอนในทางการ แพทยเป็นสภาวะเสมือนหนึ่งอยู่ในเขาควาย (dilemma) นั้นเอง

หมายเหตุ:

ยังมีตัวอย่างอื่นของการป่วยเจ็บหรืออาการ หรือสาเหตุนำทีผู้ป่วยมา ณ สถานพยาบาลเพื่อพบ แพทยเวชปฏิบัติด้านแรกและเกิดกรณิดังเช่นทีเกิดขึ้น ตามตัวอย่างข้างต้น

สภาพความเลวร้ายทางจิตใจทีอาจเกิดกับแพทย เวชปฏิบัติด้านแรก

การทีแพทยถูกตำหนิอยู่เป็นประจำในกรณที เกิดความผิดพลาดต่างๆ ซึ่งไม่อาจทราบได้ โดยเฉพาะ สภาพของโรคหรือสภาวะต่างๆ ในทางการแพทยใน

ระยะแรกทีไม่อาจแยกได้ ไม่อาจทราบได้ว่าจะเป็นอะไร แน่ เช่น ปวดท้องอาจเป็นอาการของโรคได้อย่างมาก มายหลายชนิด การเจ็บหน้าอกยอมเป็นโรคได้มากมาย เช่นเดียวกัน เป็นต้น ดังนั้นการทีแพทยตัดสินใจผิดพลาด และถูกต่อว่าหรือตำหนิในลักษณะทีย้อนหลัง (retrospective) นั้นยอมทำไ้ได้ง่ายมาก เพราะเป็นการพิจารณาย้อน หลัง และอยู่ในสถานการณ์ทีแตกต่างกับแพทยทีอยู่ จริง (คนละสภาวะ) ทำให้เห็นข้อผิดพลาดไ้ได้ง่ายกว่า และเห็นแนวทางในการดำเนินการทางการแพทยไ้ได้ง่ายกว่า

ถ้าแพทยนั้นมีอายุน้อย เป็นแพทยใหม่รุ่นน้อง และถูกแพทยรุ่นพี่หรืออาจารย์แพทยตำหนิยอมสามารถ รับได้ และคิดว่าตนเองยังสามารถปรับปรุงตัวไ้ดีขึ้น มีความระมัดระวังไ้มากกว่านี้ไ้ (ซึ่งแท้ทีจริงแล้วไม่ ว่าใครก็ตามทีอยู่ในสภาวะเช่นนี้ และมีความระมัดระวัง เพียงใดก็ตามยอมเกิดสภาวะอันไม่พึงประสงค์เช่นที กล่าวนี้ไ้ได้อย่างแน่นอน ทั้งนี้เพราะสภาวะทางการ แพทยทีผู้ป่วยมาพบแพทยนั้น ในระยะแรกจะเหมือนกันหมด ไม่มีทางทราบได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยต่อมา เช่น การทีผู้ป่วยมาด้วยเรื่องปวดท้อง) ยิ่งมีเรื่องเวลาเข้า มามีส่วนสัมพันธ์ คือจะต้องกระทำการแข่งกับเวลาด้วย แล้ว ยิ่งทำให้ยากทีจะไม่เกิดสภาวะอันไม่พึงประสงค์ไ้

แต่ถ้าแพทยเวชปฏิบัติด้านแรกมีอายุมากขึ้น และผู้ที่ตำหนิแพทยนั้นกลับเป็นแพทยรุ่นหลัง ซ้ำยังอาจ เป็นลูกศิษย์ของตนทีตนเองพำสอนมาเอง และแพทย ทีตำหนิมิไ้ได้เป็น “แพทยเวชปฏิบัติด้านแรก” สภาพของ แพทยเวชปฏิบัติด้านแรกทีถูกตำหนิยอมไม่เหมือนกับ ตอนที่เขายังมีอายุน้อย ยอมต้องเกิดการกระทบต่อ สภาพทางจิตใจไม่มากก็น้อย เช่น ความน้อยใจ น้อยเนื้อ ต่ำใจ ซอกซำระกำใจ คิดมาก ท้อแท้ หดหู่ หมดหวัง ลั่นหวัง เบื่องาน ไม่มีความหวัง ไม่มีความคต ไม่มีความ ก้าวหน้า อับอาย ขายหน้า ฯลฯ ต่อผลทีเกิดขึ้นกับตนเอง โดยเฉพาะในเรื่องทีแพทยรุ่นหลังยังมาตำหนิตนได้ ทั้งๆ ทีเป็นผู้สอนแพทยเหล่านั้น หรือเป็นแพทยรุ่นลูกรุ่นหลาน ของตนเอง (บ้านมากับมือ) และยังคงเหมือนว่าไม่มีใครทีจะ

เข้าใจตนเองเลย ในที่สุดย่อมไม่สามารถที่จะอยู่ในตำแหน่งแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกได้อีกต่อไปและต้องลาออกไปในที่สุดในลักษณะที่ **หมดศักดิ์ศรี หมดสิ้นเกียรติยศ หมดอาชีพการงานที่ตนเองรัก หมดอาลัยตายอยาก** ทั้งนี้ยังไม่ตัดกรณีในเรื่องถูกฟ้องร้องตามมาจากผลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกที่ดำเนินการทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยแล้วเกิดสภาวะอันไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการถูกดำเนินคดีในคดีอาญา คดีแพ่ง คดีจริยธรรม คดีฟ้องร้องทางสื่อต่างๆ และคดีทางวินัย บั่นปลายชีวิตของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกจึงต้องอยู่ในสภาวะที่สิ้นหวังและอับเฉารอวันที่จะโรยราไปเท่านั้น

หมายเหตุ: แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกต้องคิดอยู่ในใจเสมอว่าในยุคนี้แม้ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยดีเพียงใด แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ในทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยแล้ว ความหวังดีในทางการแพทย์และน้ำใจที่มีมาช้านาน ย่อมไม่อาจเป็นสิ่งที่กีดกันหรือชะลอการฟ้องร้องแพทย์ได้เลย ซึ่งเคยปรากฏเป็นข่าวใหญ่กรณีที่แพทย์ถูกฟ้องหลายร้อยล้านมาแล้ว

ชะตากรรมของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก

แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกจึงเป็นแพทย์ที่น่าเห็นใจยิ่งในยุคนี้และเชื่อว่าจะต้องอยู่ในสภาวะเช่นนี้อีกนานกว่าจะถึงจุดสมดุลระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ หรือกว่าที่จะได้รับความสนใจที่จะแก้ไขปัญหาย่างจริงจัง ทั้งนี้เพราะแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกต้องเผชิญกับ

1. ปัญหาทางการแพทย์ที่มีความไม่แน่นอน อันเนื่องจากโรคหรือสภาวะการป่วย
2. สภาพของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกจะต้องเป็นเช่นนี้ไปตลอดชีวิตของเขา

3. มีความกดดันหลายฝ่ายต่อแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายแพทย์ด้วยกันเอง ฝ่ายผู้ป่วย และสังคม กล่าวคือ ถ้ารักษาหรือดำเนินการทางการแพทย์อย่างถูกต้องย่อมเท่ากับดำเนินได้เพียง "เสมอตัว" เท่านั้น แต่ถ้าผิดพลาดย่อมต้องถูกตำหนิตั้ง

ก. ฝ่ายผู้ป่วย คือ ให้การดำเนินการทางการแพทย์ไม่ถูกต้องหรือไม่ได้มาตรฐาน (ซ้ำร้ายที่กระทำถูกต้องตามมาตรฐานยังอาจถูกหาว่าไม่ได้มาตรฐานได้ง่ายดาย เพราะการที่ฝ่ายผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงหลักการและพยาธิสภาพของการดำเนินของโรคหรือในทางการแพทย์)

ข. ฝ่ายแพทย์ ถูกตำหนิดำเนินการที่ไม่ถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นด้านการไม่สืบค้น การไม่ปรึกษา การไม่ขอคำแนะนำ การไม่ให้คำแนะนำ ฯลฯ หรือการสืบค้นที่ถูกกล่าวหาว่าทำมากเกินไป เกิดความสิ้นเปลือง การไม่ใช้ความรู้พื้นฐานในการดำเนินการทางการแพทย์ ฯลฯ

ค. ฝ่ายสังคม มองว่าการให้การดำเนินการไม่ได้มาตรฐาน ขาดความสนใจ

4. ขาดผู้ที่เห็นความสำคัญอย่างแท้จริง เพราะสุดท้ายเมื่อเกิดสภาวะทางการแพทย์ที่จะต้องรับการดำเนินการต่อ ก็จะต้องส่งผู้ป่วยต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ต่อไป และถ้าได้ผลดีผลสุดท้ายย่อมตกอยู่กับแพทย์ที่ให้การรักษาในขั้นสุดท้ายจนหาย คือแพทย์เฉพาะทางในสาขาต่างๆ นั่นเอง

5. ขาดผู้ที่เห็นใจ เพราะถือว่าเป็นเพียงแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก กระทำการเพียงในขั้นต้นเท่านั้น ทั้งๆ ที่ก็ทราบดีว่าเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดของการมารับการดำเนินการทางการแพทย์

ท้ายที่สุดแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกก็จะเกิดสภาพที่สิ้นหวัง หมดอาลัย และเหี่ยวเฉากับหน้าที่การทำงานในที่สุด และยังอาจต้องถูกฟ้องร้องตามมาด้วย

แนวทางแก้ไขในการทำงานของแพทย์เวชปฏิบัติ ด้านแรก

การปฏิบัติงานของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก
อาจดีขึ้นได้หาก

1. มีการให้ความรู้อย่างเพียงพอต่อทั้ง
แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก และต่อผู้ป่วย
2. ต้องมีหลักประกันให้กับแพทย์อย่างเพียงพอ เช่นการให้ความช่วยเหลือเมื่อถูกดำเนินคดี
3. ต้องมีอัตราค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก
4. ต้องมีองค์กรที่ดูแลแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการทำงานของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกและการให้ความเห็นในการกระทำของแพทย์เวชปฏิบัติ
ด้านแรกที่มีน้ำหนักและเด็ดขาด ที่สำคัญที่สุดก็คือต้อง
ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเดียวกันเท่านั้นมาพิจารณาการ
ดำเนินการของแพทย์เวชปฏิบัติด้านแรก เพราะเข้าใจถึง
สภาพและสถานการณ์ได้ดีว่าเป็นอย่างไร

หมายเหตุ:

1. แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกจำเป็นต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุ
เบกษา 2525; 99: 1-24.
2. เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 441/2546 เรื่อง รับรอง
หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์
ฉุกเฉิน. ใน: วาระการประชุมแพทยสภา ครั้งที่ 8/2546 วัน
พฤหัสบดีที่ 14 สิงหาคม 2546 ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 2 อาคาร
1 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
3. สมจิต พงษ์ชะวิตานนท์. หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว:
เวชศาสตร์ครอบครัวคืออะไร. ใน: แนวคิดเวชศาสตร์
ครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: สิงหาคม 2544.
4. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา
พ.ศ. 2545. สำนักงานแพทยสภา. จังหวัดนนทบุรี, 2545.
5. วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. ความเสี่ยงทางการแพทย์. วารสาร
อุบัติเหตุ 2544; 20: 22-47.
6. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.
ราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา 119(116ก): 18 พฤศจิกายน
2545.
7. วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. วิชาชีพกับองค์กรวิชาชีพ. สารศิริราช
2545; 54: 498-505.
8. นคร พจนวรงค์, พลประสิทธิ์ ฤทธิรักษา. ประมวลกฎหมาย
แพ่งและพาณิชย์ บรรพ 1-6. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์
นครหลวง, 2538.
9. วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. การฟ้องร้องแพทย์. สารศิริราช 2541;
50: 345-57.

ปรึกษาแพทย์ท่านอื่นเพื่อความมั่นใจในตนเอง

2. แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกต้องทราบความ
สามารถของตนเอง จำกัดตนเองในการดูแลผู้ป่วย
อย่างเหมาะสม

3. สภาพที่เลวร้ายมากที่สุดในขณะนี้ น่าจะ
เกิดจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. 2545⁶ ในมาตรา 57, 58 และ 59 โดยเฉพาะใน
มาตรา 57 เพราะเป็นการทำลายหลักเกณฑ์ในเรื่อง
องค์กรวิชาชีพ⁷ อย่างสิ้นเชิง

สรุป

การที่ฝ่ายแพทย์มองระบบการดำเนินการ
ทางการแพทย์เพียงเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้รวดเร็วและ
ได้มาตรฐานโดยเน้นที่แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกแต่เพียง
อย่างเดียวโดยไม่คำนึงถึงเหตุและปัจจัยอื่นๆ ที่มีอยู่ใน
ปัจจุบัน ย่อมเท่ากับทำให้แพทย์เวชปฏิบัติด้านแรกเหล่านี้อยู่ในความเสี่ยงทางการแพทย์ตลอดเวลาและตลอด
ไปได้