

บทความพิเศษ

ความไม่ไว้วางใจกันระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการและการฟ้องร้อง

วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย

การรักษาพยาบาลมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่ประสงค์ได้ ทุกขณะถึงแม้ว่าจะระวังเพียงใดก็ตาม สาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์พิจารณาแยกเป็น ๓ ด้านคือ

๑. กระบวนการและสิ่งแวดล้อมที่ไม่พึงประสงค์ (ปัจจัยด้านสถานพยาบาล) เช่น อากาศร้อน ร้อนนาน

๒. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event; AE) (ปัจจัยด้านผู้รับบริการแต่ละบุคคล) เป็นด้านที่มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่ประสงค์ได้ แม้จะระมัดระวังเพียงใดก็ตาม เช่น การแพ้ยาของผู้รับบริการ โดยเฉพาะในครั้งแรก (ซึ่งทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่างก็ไม่ทราบมาก่อน)

๓. ความผิดพลาดของผู้ให้บริการ (ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ) เช่น เจาะปอดผู้ป่วยเพื่อระบายของเหลวคั่งในช่องปอดแต่พลาดไปถูกปอด

การฟ้องร้องเกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงพอใจซึ่งวิธีการหรือช่องทางที่มีอยู่ไม่สามารถตอบสนองสิ่งที่ต้องการได้

สาเหตุที่นำไปสู่การฟ้องร้องมีอยู่ ๓ ประการ ได้แก่

๑. ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม เช่น ไม่ได้รับรู้ข้อเท็จจริง ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ หรือการชดเชย

๒. ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี เช่น การขาดความไว้วางใจ ปัญหาการสื่อสาร

๓. ความต้องการให้มีการปรับปรุงแก้ไขความผิดพลาดเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์แบบเดียวกันกับผู้รับบริการรายอื่น

สาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฟ้องร้องส่วนหนึ่งเกิดจากการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ แม้จะระมัดระวังเพียงใดก็ตาม แต่มุมมองด้านผู้ป่วยเชื่อว่า AE นั้นสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ แต่ที่เกิดขึ้นก็เพราะความผิดพลาดของผู้ให้บริการ

ปัญหาของระบบการดูแลสุขภาพในขณะนี้คือ เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) ซึ่งมีโอกาสเกิดได้ แม้จะระวังเพียงใดก็ตาม จะโยนให้เป็นความผิดพลาดของผู้ให้บริการทั้งหมด แน่นนอน ทุกอาชีพ มีดี มีเลว (แพทย์ดีก็มี แพทย์เลวก็มี) แต่ระบบที่ดี ต้องเอื้อให้คนดีทำงานได้ และจัดการกับคนเลว

มุมมองด้านแพทย์ แพทย์ถูกสอนมาว่า “ไม่มีอะไร 100% ใน medicine”

ตีความได้ว่า ทุกอย่างมีโอกาสเกิดได้ แม้จะระมัดระวังเพียงใดก็ตาม

มุมมองด้านผู้ป่วย เข้าใจว่า การรักษามีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้ แต่ขอเพียง “อย่าเกิดกับตนเองและครอบครัวก็พอ”

กรณีตีความฟ้องร้องที่เกิดจากเหตุไม่พึงประสงค์ และแพทย์ได้ระมัดระวังอย่างเต็มที่แล้ว ควรต้องมีกลไกช่วยเหลือเยียวยา ตามคติที่ว่า “คนที่ไม่เคยทำอะไรผิด ก็คือคนที่ไม่เคยทำอะไรเลย” แพทย์ที่เผชิญกับเหตุไม่พึงประสงค์นั้นจะเป็นแพะรับบาปในทันที ซึ่งในที่นี้ขอใช้คำว่า “เหยื่อของระบบบริการสุขภาพ” นับวันเหยื่อของระบบบริการสุขภาพมีมากขึ้นๆ

สุดท้ายจะเกิดอะไรขึ้น แพทย์จะทยอยกันลาออก (จากการสังเกตการณ์ พบว่า แพทย์ที่ลาออกส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ดี แต่ไม่สบายใจว่าวงจรอุบาทว์จะมาถึงตัวเมื่อไร เมื่อจำนวนแพทย์ลดลง แพทย์ที่เหลือก็เหนื่อยมากขึ้น เมื่อเหนื่อยมากขึ้น โอกาสผิดพลาดก็มากขึ้น สุดท้ายก็เป็น domino effect ระบบบริการสุขภาพจะล้มพังไปตามๆ กัน

ระบบสุขภาพของไทย ถูกการเมืองดึงไปจนป่วย กระแสประชานิยมครอบงำระบบสุขภาพ การนำเงินรายหัวมา

ผูกไว้กับการรักษาพยาบาล (ซึ่งบางกรณีใช้เงินมาวัดไม่ได้) ประชาชนถูกตามใจ “อยากได้ยา ต้องได้” ไม่งั้นจะฟ้อง

บุคลากรทางสุขภาพลาออก เปลี่ยนอาชีพ ท้อแท้ หวาดกลัวการฟ้องร้อง ไม่มีความสุขในการทำงาน ต่างคนต่างจ้องจับผิดกัน

การพิจารณาตีความที่มีการฟ้องร้องแพทย์ พบว่า ในคดีความทั้งหมด มีการตัดสินว่าแพทย์กระทำความผิดจริง เป็นเพียงส่วนน้อย คดีความส่วนใหญ่มีได้ตัดสินว่า แพทย์กระทำความผิด เป็นปัญหาการสื่อสาร ความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน และกรณีเหตุไม่พึงประสงค์ เช่น แพ้ยา แพทย์ที่เผชิญเหตุการณ์เหล่านี้ย่อมต้องมีความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ อยากเปลี่ยนอาชีพไม่มากนัก

“ความไว้วางใจ” (Trust) ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ลดน้อยลง ที่หนักที่สุด คือ ระบบบริการสุขภาพป่วย แต่ระบบบริการสุขภาพพูดไม่ได้

ผู้ที่ดูแลระบบบริการสุขภาพ ก็หลอกตัวเองว่า ระบบบริการสุขภาพดีแล้ว ไม่ป่วย วัฒนธรรมไทยดีๆ หายไป ความเอื้ออาทร เป็นกันเอง ถ้อยทีถ้อยอาศัย หายไป ความรู้สึกจ้องจับผิดเข้ามาแทนที่ جایยาดีหรือเปล่า “ถ้าแก่พลาดเมื่อไร ฉันฟ้องແกແນ่” ระบบบริการสุขภาพ ถูกทำลาย สู้ตายแล้ว เราอยากได้สังคมแบบนี้ จจริงๆ หรือ

“ระบบบริการสุขภาพป่วยเกินที่จะเยียวยาหรือยัง” เป้าหมายที่ต้องทำ

๑. การทำให้ระบบการดูแลสุขภาพมีความปลอดภัย (Patient safety)

๒. การทำให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย (Justice) เช่น ระบบการช่วยเหลือเบื้องต้น สำหรับผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการรับบริการ โดยไม่จำเป็นต้องพิจารณา ว่าใครเป็นฝ่ายถูก-ฝ่ายผิด

๓. การธำรงรักษาความสัมพันธ์ (Relationship) ทั้งความสัมพันธ์ในการดูแลรักษาระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการตลอดจนความร่วมมือกันเพื่อพัฒนาให้ระบบดูแลสุขภาพเป็นที่พึงของสังคมในระยะยาวที่มีเป้าหมายสูงสุดคือ การทำให้คนมีสุขภาพดีและสังคมมีสุขภาวะได้ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

๑. วิธนา จิระแพทย์ และคณะ. ความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิด กระบวนการและแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์; ๒๕๕๐.
๒. วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย. การจัดการความรู้กับการพัฒนา งาน. ธรรมศาสตร์เวชสาร ๒๕๕๕:๑๐;๔๔๙-๕๑.
๓. ข่าวสารจากเลขาธิการแพทยสภา. วารสารคลินิก เล่มที่ ๒๗๙ : มีนาคม ๒๐๐๘