ทุรเวชปฏิบัติทางจิตเวชศาสตร์

ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น 40002

Psychiatric Malpractice

Thawatchai Krisanaprakornkit
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, 40002

บทคัดย่อ

บทความนี้ได้ทบทวนประเด็นหลักในทุรเวชปฏิบัติทางจิตเวชสำหรับจิตแพทย์และรวมทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปด้วย โดยการพิจารณาองค์ประกอบของความผิดทางกฎหมายควบคู่ไปกับการพิจารณาทางจริยธรรมในกรณีนั้น แม้ว่าที่ผ่านมาความผิดในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมทางจิตเวชในประเทศไทยจะมีอยู่น้อยมากก็ตาม แต่จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ การเน้นถึงสิทธิผู้ป่วยและการรับรู้ข้อมูลทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นในทางสาธารณะ จะส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เหล่านี้จะมีผลให้คดีความทางจิตเวชเพิ่มมากขึ้นในอนาคตอันใกล้ ทุรเวชปฏิบัติอาจเกิดขึ้นได้ในหลายลักษณะได้แก่ การวินิจฉัยโรคผิด การรักษาอย่างไม่เหมาะสม ความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้ป่วย การละเลยที่จะป้องกันผู้ป่วยฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น การเปิดเผยความลับผู้ป่วย การละเลยที่จะตรวจสอบดูแล การละทิ้งผู้ป่วย ขาดความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว ซึ่งได้ทำการอธิบายความหมาย การตีความของความผิดในแต่ละลักษณะ รวมถึงแนวทางการป้องกันปัญหาการกระทำผิด ถือเป็นการกระทำหน้าที่ของแพทย์ต่อวิชาชีพ หน้าที่ทางกฎหมายและหน้าที่ทางจริยธรรมในวิชาชีพแพทย์ต่อผู้ป่วยอีกด้วย

Abstract

This paper gives a review of the major issues on the subject of psychiatric malpractice for psychiatrist and general practitioner. Elements necessary to support malpractice claims were examined along with the ethical considerations. Historically, the psychiatric law suits in Thailand were infrequent. But the affects upon doctor-patient relationship due to socio-economic changes, stress laid on the patient's rights and increasing public awareness of medical information, will cause the emergence of malpractice suits by the near future. The malpractice consists of misdiagnosis of psychiatric disorder, negligent use of treatments, sexual activity between patients and therapists, negligent failure to prevent suicidal act and harming others, breach of confidentiality, negligence in supervision, abandonment, lack of informed consent. The author discusses the meanings and interpretations of each negligence and gives the suggestions to prevent prosecution of claim which is the responsibility of the doctors to exercise their professional duty, legal duty and ethical duty to the patients.

บทนำ

กระบวนการรักษาในทางจิตเวชนั้นเกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม (holistic approach) คือทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและวัฒนธรรม ผู้ป่วยทางจิตเวชเป็นผู้ที่มีความทุกข์มีปัญหาทางจิตใจจนทำให้เกิดความบกพร่องต่อการทำหน้าที่ในชีวิตส่วนตัวและมีปัญหาการปรับตัวเข้ากับสังคม กระบวนการรักษาฟื้นฟูสภาพจิตใจต้องใช้เวลานาน ซึ่งเป็นภาระหนักของผู้ป่วยและครอบครัวมากอยู่แล้ว ความหวังความศรัทธาของผู้ป่วยจึงมอบให้กับผู้รักษาอย่างเต็มที่ ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยจิตเวชทุกประเภทจะขาดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเสียมิได้ ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นหัวใจหรือแก่นของการทำจิตบำบัดและเวชปฏิบัติทั่วไป[1,2] หากเกิดคดีความระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย ย่อมเกิดความสูญเสียต่อทั้งสองฝ่าย จนไม่สามารถที่จะดำรงสัมพันธภาพเชิงการรักษากันต่อไปได้ ในส่วนของผู้ป่วยจะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะรวมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ในส่วนของผู้รักษา จะเกิดความเครียด ความอับอาย ความสงสัย ความโกรธ[3] จนกระทบต่อขวัญและกำลังใจในการประกอบวิชาชีพ และคดีความที่เกิดขึ้นจะมีผลถึง

ภาพพจน์โดยรวมของวิชาชีพแพทย์ด้วย ดังนั้นการมีความรู้ความเข้าใจปัญหาเรื่อง ทุรเวชปฏิบัติทางจิตเวชศาสตร์ จะช่วยให้แพทย์ จิตแพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติงานในวิชาชีพด้วยความมั่นใจยิ่งขึ้น สามารถหลีกเลี่ยงความผิดพลาดโดยเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เคยเกิดขึ้น และตระหนักถึงความสำคัญของการรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพตลอดเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ เพื่อยังประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

การดำเนินคดีความต่อผู้รักษาทางจิตเวชในประเทศไทยอันประกอบด้วย แพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล ฯลฯ ปัจจุบันยังมีอยู่น้อยมาก สาเหตุเนื่องมาจาก[4]

1. การรักษาทางจิตเวชมีความแตกต่างจากการแพทย์ในสาขาอื่น เพราะเน้นสัมพันธภาพเชิงการรักษา (therapeutic relationship) ผู้ป่วยจะให้ความไว้วางใจ ความนับถือต่อผู้รักษา

2. ทักษะของจิตแพทย์ ที่จะจัดการกับความรู้สึกด้านลบที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์

3. ผู้ป่วยอายที่จะเปิดเผยประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของตนเอง

4. พิสูจน์ได้ยากว่าการรักษาทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน

จากความสัมพันธ์ในการรักษาดังกล่าว แพทย์จึงจำเป็นต้องให้การรักษาตามมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด (ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 ข้อ 1) [5]

นิยามของ ทุรเวชปฏิบัติ (malpractice)

คือ ความผิดกรณีที่ผู้รักษาขาดความระมัดระวัง ไม่เอาใจใส่ (negligence) จนนำมาซึ่งความเสียหายต่อผู้รับการรักษา ซึ่งอาจเป็นคดีอาญาหรือคดีแพ่งก็ได้ ในกรณีที่ผู้รักษาเป็นแพทย์ก็ต้องอยู่ในกรอบข้อบังคับของแพทยสภาด้วย[6]

และจากปทานุกรมศัพท์นิติเวชของสมาคมนิติเวชกรุงลอนดอน ได้ให้ความหมายไว้ว่า "การขาดทักษะที่ควรพึงมีอย่างสมเหตุผลตามสมควรในฐานะเป็นแพทย์และขาดการเอาใจใส่ดูแลคนไข้จนทำให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพหรือชีวิตของคนไข้"[7]

กฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยสรุป[6,8,9]

1. บุคลากรทางจิตเวชอาจต้องได้รับโทษหากทอดทิ้งผู้มีจิตพิการจนน่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต (ป.อ.มาตรา 307)

2. ปล่อยปละละเลย ให้บุคคลวิกลจริต ออกเที่ยวไปโดยลำพัง (ป.อ.มาตรา 373)

3. หน่วงเหนี่ยวหรือกักขังผู้อื่น ให้ปราศจากเสรีภาพทางร่างกาย (ป.อ. มาตรา 310) กรณีผูกมัดผู้ป่วยโดยไม่สมควร

4. จงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย ทำให้เสียหายแก่ร่างกายและทรัพย์สิน (ป.พ.พ. มาตรา 420)

5. อาจต้องรับผิดร่วมกับผู้ไร้ความสามารถในการละเมิดหากมิได้ใช้ความระมัดระวัง ตามสมควรในการดูแล (ป.พ.พ. มาตรา 430)

6. เปิดเผยความลับของผู้ป่วยในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด (ป.อ.มาตรา 323) และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยซึ่งตนทราบมาเนื่องจากประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วยหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่ (ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3ข้อ 9)[5]

นอกจากนี้ยังมี คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ 10 ข้อ โดย แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เป็นการยืนยันสิทธิพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งแพทย์ทุกคนต้องตระหนักเสมอในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย[10]

องค์ประกอบพื้นฐานที่ใช้พิสูจน์ว่า Malpractice

พิจารณาจากหลัก 4 Ds ของ malpractice ซึ่งประกอบด้วย [4,11]

1. หน้าที่ (duty)

ผู้รักษาต้องได้รับหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยคนนั้นเสียก่อน โดยทั่วไปบุคคลหนึ่งไม่มีหน้าที่ที่จะต้องช่วยเหลือบุคคลอื่น ยกเว้นว่ามีความสัมพันธ์ที่จะต้องทำตามหน้าที่นั้นในกรณีนี้หากเป็นแพทย์จะพิจารณาแตกต่างไป เพราะมีข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 ข้อ 10 ว่า "ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอร้อง และตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้"[5] ในทางปฏิบัติ เมื่อแพทย์มีหน้าที่ต้องให้การรักษา เช่น เป็นแพทย์เวร หรือคนไข้มาหาที่คลินิกก็ต้องถือเป็นหน้าที่จะต้องให้การรักษาอย่างดีที่สุด เมื่อได้รับหน้าที่แล้ว การจะหยุดรักษาก็ต้องมีเหตุผลทางการแพทย์ที่ชี้ชัดหรือส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2. การขาดความระมัดระวังเอาใจใส่ (dereliction, negligence)

กระบวนการรักษา อันประกอบด้วย การสืบค้น, การวินิจฉัยโรค, การรักษา จำเป็นต้องมีมาตรฐานอันเป็นที่ยอมรับในวงการวิชาชีพ (custom of profession) เช่น หากว่าจิตแพทย์ทุกคนทำการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองก่อนให้ lithium ก็ต้องถือเป็นมาตรฐานที่ต้องปฏิบัติเช่นกัน หรือถ้าจิตแพทย์จะทำการผ่าตัดกระเพาะอาหาร แม้ว่าจะสามารถทำได้โดยความเป็นแพทย์ แต่เมื่อพิจารณาผลประโยชน์ต่อผู้ป่วยก็ควรส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาจากศัลยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญมากกว่า

การกระทำที่ผิดต่อมาตรฐานการรักษาในวิชาชีพถือว่าเป็น ทุรเวชปฏิบัติ แพทย์จึงต้องตระหนักให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอันดับแรกในกระบวนการตรวจรักษาเสมอ[12]

3. ภาวะอันตราย (damages)

เป็นผลเสียที่เกิดขึ้นทั้งในแง่ทางร่างกาย เช่น ภาวะ dystonia จากยาต้านโรคจิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุรถชน หรือผลเสียทางด้านจิตใจ จากการที่ญาติผู้ป่วยเสียใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สภาพครอบครัวแตกแยก ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลังอุบัติเหตุเนื่องจากสูญเสียอวัยวะ เป็นต้น อย่างไรก็ตามความเสียหายทางจิตใจเป็นเรื่องที่พิสูจน์ได้ยากมากในทางปฏิบัติว่าเป็นผลโดยตรงจากการรักษา

ตัวอย่างเช่น แพทย์คนหนึ่งซึ่งสั่งการรักษาผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ซึ่งยาที่สั่งให้นั้นผิดทั้งชนิดและขนาดยา แม้การกระทำดังกล่าวเป็นการขาดความระมัดระวัง แต่หากไม่เกิดอันตรายความเสียหายใดกับผู้ป่วย ก็จะไม่ครบองค์ประกอบของทุรเวชปฏิบัติในทางกฎหมาย

4. อธิบายได้ด้วยสาเหตุโดยตรง (direct causation)

เมื่อพิสูจน์ได้ว่าการกระทำของแพทย์ทำให้เกิดภาวะอันตรายนั้นจริง คำถามสำคัญที่ใช้ในกรณีนี้คือคำถามที่ว่า "หากไม่มีการขาดความระมัดระวัง ความเสียหายนี้จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือไม่?" เช่น เมื่อจิตแพทย์รับผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายไว้ในสถานที่ที่ไม่สามารถดูแลอย่างใกล้ชิด จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งถือว่าแพทย์ควรตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นอยู่ก่อนแล้ว แต่หากผู้ป่วยคนเดียวกันนี้ถูกผู้ป่วยคนอื่น ผลักตกลงมาเสียชีวิต ย่อมเป็นเรื่องที่ไม่อาจคาดเดาหรือไม่อาจป้องกันได้ ซึ่งในกรณีนี้ไม่นับว่าแพทย์เป็นสาเหตุโดยตรงให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย

ปัญหาในการพิสูจน์ความผิด[13,14]

โจทก์หรือผู้เสียหายจำเป็นต้องหาหลักฐานที่มีน้ำหนักในการพิสูจน์ ซึ่งในทางจิตเวชการพิสูจน์อาจทำได้ยาก เพราะ

1. ปราศจากพยาน (lack of witness)

การทำจิตบำบัดมีเพียงแพทย์และผู้ป่วยเท่านั้นที่รู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงหรือเหตุการณ์เกิดนอกเวลาราชการที่มีบุคลากรอยู่น้อย ดังนั้นบันทึกทางการแพทย์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีอย่างสมบูรณ์และถูกต้อง

2. Res ipsa loquitur

ในการรักษาบางครั้งผู้ป่วยไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นในกระบวนการรักษา เช่น กรณีเกิดหยุดหายใจระหว่างทำ electroconvulsive therapy (E.C.T.) จนเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ในทางกฎหมายจึงได้กำหนดหลักการในเรื่อง ipsa loquitur หมายความว่า เหตุการณ์ย่อมประจักษ์โดยตัวของมันเอง (the matter speak for itself) โดยพิจารณาองค์ประกอบ 4 ข้อ คือ

2.1 ภาวะอันตรายนั้นยากที่จะเกิดขึ้นหากไม่มีการขาดความระมัดระวัง

2.2 ผู้รักษาเป็นผู้ควบคุมการรักษานั้นแต่ผู้เดียว

2.3 ผู้ป่วยไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลเสียที่เกิดขึ้น

2.4 ผู้รักษาเป็นผู้เดียวที่รู้รายละเอียดในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (โดยผู้เสียหายไม่รู้)

ซึ่งในกรณีนี้ ศาลต้องการพยานผู้ชำนาญการพิเศษหรือผู้เชี่ยวชาญ (expert witness) มาร่วมพิสูจน์ด้วย

อุบัติการของการฟ้องร้องดำเนินคดีทางจิตเวช

Taragin et al(1992) ได้ทำการวิเคราะห์แพทย์ที่ถูกดำเนินคดีจำนวน 9250 คน พบว่า แพทย์ผู้ชายถูกดำเนินคดีมากกว่าแพทย์ผู้หญิง 3 เท่า (relative risk=3.1(2.2-4.4)) ซึ่งน่าจะเป็นจากการที่แพทย์หญิงมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีกว่า โดยที่ศัลยแพทย์สมอง ออร์โธปิดิกส์ สูตินรีเวชถูกฟ้องมากกว่าจิตแพทย์ 7-12 เท่า ซึ่งเป็นกลุ่มที่ถูกฟ้องร้องน้อยที่สุด[15] และข้อมูลในภาพรวมของประเทศสหรัฐอเมริกา จิตแพทย์ถูกฟ้องดำเนินคดีเป็นอันดับ 8 ในจำนวนกลุ่มแพทย์ทุกสาขา

จากข้อมูลของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี 1980-198511 พบว่าการฟ้องร้องทางจิตเวชมีสาเหตุจาก

1. กักขังหน่วงเหนี่ยว / พยายามฆ่าตัวตาย	21%
2. กินยาเกินขนาด / เสพติดยาที่แพทย์ให้	20%
3. จิตบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	14%
4. ล้มเหลวในการรักษาโรคจิต	14%
5. ผูกมัดจนทำให้เป็นอัมพาต กระดูกหัก รวมทั้ง ECT	7%
6. การเกี่ยวข้องทางเพศกับผู้ป่วย	6%
7. อื่นๆ (รวมการไม่สามารถวินิจฉัยโรคทางกาย, เปิดเผยความลับของผู้ป่วย)	18%

ส่วนในประเทศไทยนั้นการฟ้องร้องเกี่ยวกับทุรเวชปฏิบัติทางจิตเวชยังเกิดขึ้นน้อยมาก เพราะกระบวนการฝึกอบรมของจิตแพทย์จะเน้นให้มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย นอกจากนี้สถานะภาพของแพทย์ทางสังคมยังเป็นที่เคารพนับถือ และรวมถึงการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจต่อสิทธิที่พึงมี จึงทำให้เกิดการฟ้องร้องน้อย แต่จากแนวโน้มการพัฒนาสังคมของประเทศตามกระแสวัฒนธรรมตะวันตก มีการประกาศสิทธิผู้ป่วย มีความเข้าใจกระบวนการรักษาทางจิตเวชในสาธารณะมากขึ้น อิทธิพลของสื่อสารมวลชน และสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปจากกระบวนการธุรกิจทางการแพทย์ จะยิ่งทำให้เกิดคดีความเพิ่มขึ้น

ชนิดของ ทุรเวชปฏิบัติทางจิตเวชศาสตร์ [13,14]

การรู้ชนิดของทุรเวชปฏิบัติที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นประโยชน์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาการดูแลรักษา หามาตรการป้องกัน และแก้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต อนึ่งในการทำผิดครั้งหนึ่งที่เกิดขึ้น อาจมีลักษณะความผิดที่เกี่ยวข้องได้หลายแบบ เช่น คนไข้ที่เสียชีวิตจากกินยาที่ได้รับจากจิตแพทย์เกินขนาด อาจเกิดจากการวินิจฉัยโรคผิด การให้ยาโดยไม่ระมัดระวัง ขาดการควบคุมการใช้ยาที่ดีพอ ขาดการประเมินอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

1. การวินิจฉัยโรคผิด (misdiagnosis of psychiatric disorder) ไม่สามารถให้การวินิจฉัยถึงภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่จนทำให้เกิดอันตรายเพราะไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม สิ่งที่จะต้องเน้นไว้ในที่นี้คือ การวินิจฉัยผิดนั้นต้องเป็นผลจากการละเลยไม่เอาใจใส่ของแพทย์เท่านั้น หากแพทย์ได้ใช้หลักวิชาการตรวจวินิจฉัยและตัดสินใจอย่างมีเหตุผลแล้วหากผิดพลาดก็ไม่นับว่าเป็นความผิดได้ นอกจากนี้การที่แพทย์ละเลยที่จะระบุเรื่องของแนวโน้มการฆ่าตัวตายและการฆ่าผู้อื่นก็นับอยู่ในข้อนี้ด้วย เช่น ในผู้ป่วยที่เผชิญความเครียดรุนแรงถึงขั้นวิกฤติ จากถูกปล้น ทำร้ายร่างกาย ข่มขืน แพทย์จะต้องระลึกถึงภาวะ post traumatic stress disorder เสมอ เพราะการละเลยการวินิจฉัยนี้นำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตใจเรื้อรังของผู้ป่วย ซึ่งมีคดีฟ้องร้องในต่างประเทศแล้วหลายคดี เนื่องจากเป็นเรื่องที่กล่าวถึงในทางสาธารณะมากขึ้นประชาชนทั่วไปเริ่มตระหนักถึงผลของการบาดเจ็บทางจิตใจเพิ่มขึ้น[16]

2. การรักษาอย่างไม่เหมาะสม (negligent use of treatments) ได้แก่การรักษาที่มากเกินไป การรักษาน้อยเกินไป และการรักษาผิด รวมถึงขาดการเฝ้าระวังผลข้างเคียง หรือให้ยาแม้มีข้อห้ามใช้ เหล่านี้คือลักษณะการให้การรักษาทางจิตเวชอย่างไม่เหมาะสม ในบางครั้งการไม่ให้การรักษาก็อาจเป็นความผิดได้ เช่น กรณีจิตแพทย์ใช้จิตบำบัดแต่เพียงอย่างเดียว รักษาโรคจิตซึมเศร้า (major depression, severe with psychotic features) โดยไม่ได้ให้ยาต้านเศร้าและยาต้านโรคจิต ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

เนื่องจากความรู้ทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การรักษา การใช้ยาเปลี่ยนไป ผลข้างเคียงของยาบางชนิดไม่เคยมีรายงานมาก่อน ดังนั้น การตัดสินว่าการรักษานั้นเหมาะสมหรือไม่ จะยึดความรู้ทางการแพทย์จากตำรามาตรฐานที่ใช้กันในช่วงเวลานั้นเป็นหลัก และการรักษาอย่างเหมาะสมไม่จำเป็นต้องเป็นการรักษาที่ดีที่สุด ขอให้เป็นการรักษาที่เป็นที่ยอมรับในวงการวิชาชีพนั้นๆ หรืออาจจะกล่าวได้ว่าการรักษาอย่างไม่เหมาะสมคือการไม่ให้การดูแลรักษาตามสมควร [17]

สำหรับการทำจิตบำบัดมีการฟ้องร้องกันน้อย เนื่องจากในการรักษานั้นเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย แม้วิธีการรักษาจะแตกต่างจากการแพทย์ในสาขาอื่น และเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยพบมาก่อน ปัญหาความลำบากในการพิสูจน์ความผิดในการทำจิตบำบัดคือ ขาดพยาน ชนิดของจิตบำบัดมีความหลากหลายแตกต่างกันมาก ผู้ป่วยสมัครใจเองที่จะรับการรักษาและมีส่วนร่วมในการรักษา และไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าคำพูดของผู้รักษาประโยคใดในชั่วโมงจิตบำบัดทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง

มีคดีความซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาแบบรื้อฟื้นความทรงจำ (recovered memeory therapy) ซึ่งผู้รักษาแพ้คดี เนื่องจากได้ใส่ความทรงจำที่ผิดเกี่ยวกับประวัติการถูกล่วงเกินทางเพศในวัยเด็ก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อผิดว่าตนถูกบิดาล่วงเกินทางเพศจริงๆ ซึ่งภายหลังพิสูจน์ได้ว่าไม่เป็นความจริง ผลของการรักษาที่ผิดนี้ทำให้ผู้ป่วยและบิดามีปัญหาสัมพันธภาพต่อกันอย่างมาก ดังนั้นในการรักษาด้วยวิธีการนี้ต้องให้ความระมัดระวังเพราะยังไม่ทราบกลไกที่แท้จริงของการเกิดความทรงจำผิด[18] ผู้เชี่ยวชาญในด้านความทรงจำของมนุษย์ต่างให้ข้อสรุปว่า ความทรงจำนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงและคลาดเคลื่อนจากความจริงได้ ทั้งในเนื้อหา รายละเอียด ลำดับเวลา ความชัดเจน อารมณ์ที่เกี่ยวข้อง[19] ดังนั้นผู้รักษาจะต้องระวังการใช้คำถามนำในลักษณะชี้นำ (suggestion) ด้วย และคำนึงถึง กฎของการไม่ก่ออันตรายในเบื้องต้น (first do no harm, primum non nocere) เสมอ[20] เมื่อเกิดปัญหาของการรื้อฟื้นความทรงจำขึ้นอาจส่งผลกระทบถึงบุคคลที่สามซึ่งแพทย์ควรได้แสดงความรับผิดชอบโดยการดูแลจัดการให้ผ่านพ้นด้วยความเข้าใจในกระบวนการรักษามากกว่าปล่อยให้เกิดความเชื่อที่ผิดจนก่อให้เกิดคดีความในภายหลัง[21] Gutheil et al (1997) ได้เสนอแนะแนวทางสำหรับผู้บำบัดในกรณีนี้คือ[22]

1. มีการจดบันทึกเรื่องราวการรักษาและปรึกษาทีมผู้รักษาเสมอ

2. รักษาความเป็นกลางในกระบวนการจิตบำบัด

3. มองเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่าด้วยความสงบ

4. เข้าใจความแตกต่างระหว่างความจริงที่เกิดขึ้นกับการเล่าพรรณนาของผู้ป่วย

5. รู้บทบาทของตนว่าเป็นผู้รักษา ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญทางนิติเวช

6. เข้าใจความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการสะกดจิต

7. ระลึกถึงบทบาทของวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องในกระบวนการรักษา

8. ความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย

9. รู้ได้ว่าเมื่อใดที่ควรหยุดการรักษา

3. ความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้ป่วย (sexual activity between patients and therapists) ความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วยเป็นประเด็นปัญหาทางจริยธรรมมากกว่าประเด็นอื่น ใน Oath of Hippocrates ได้กล่าวว่าแพทย์จะไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชาย และสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกาได้วางหลักเกณฑ์ในเรื่องนี้ในปี 1973 ว่า "กิจกรรมทางเพศกับผู้ป่วยถือเป็นเรื่องผิดจริยธรรม (unethical)[23]" แม้ว่าจะชี้ชัดว่าเป็นความผิดทางจริยธรรมแล้วก็ตาม Fishman et al(1990)[24] ได้รายงานพบ 3.1% ในผู้รักษาหญิงและ 13.7% ในผู้รักษาชายที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางเพศกับผู้ป่วยและมักพบว่าทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรงตามมาด้วย ได้แก่ เกิดเป็นภาวะ วิตกกังวล ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย

ในการทำจิตบำบัด ผู้รักษากับผู้ป่วยมีโอกาสใกล้ชิดกันในช่วงเวลาที่ยาวนาน ผู้รักษาจะต้องคอยตรวจสอบความรู้สึกของผู้รักษาต่อผู้ป่วย (countertransference) ตลอดเวลาและแก้ไขอย่างถูกต้อง มีการกำหนดขอบเขตของการรักษา คือระดับและรูปแบบความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน โดยเฉพาะในการทำจิตบำบัด อาศัยหลักการพื้นฐานต่อไปนี้คือ[25]

1. งดการตอบสนองต่อการเรียกร้องที่ไม่เหมาะสม

2. วางตัวเป็นกลาง

3. ยอมรับความเป็นส่วนตัวและการตัดสินใจของผู้ป่วย

4. มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5. เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

กรณีที่จิตแพทย์บางคนอ้างวิธีการรักษาด้วยการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งกรณีเช่นนี้ถือเป็นความผิดเสมอเพราะการรักษาทางจิตเวชนั้นจะต้องไม่รวมการมีกิจกรรมทางเพศกับผู้ป่วย[4]

สำหรับความสัมพันธ์ทางเพศภายหลังการรักษานั้น ไม่มีผู้ใดระบุว่าต้องเว้นช่วงเวลาเท่าใด ในแง่จริยธรรมที่ระบุไว้โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกามีความเห็นว่า ความสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคลที่เคยเป็นผู้ป่วยในความดูแล แม้จะเลิกให้การรักษาแล้วนั้น จะถือเป็นการกระทำผิดต่อผู้ป่วยเสมอ เพราะมีพื้นฐานอยู่บนการถ่ายเทความรู้สึกจากอดีตของผู้ป่วยที่ยังตกค้างในใจ (unresolved transference) ซึ่งอาจนำมาซึ่งการ ฟ้องร้องในภายหลังได้

4. การละเลยที่จะป้องกันผู้ป่วยจากการฆ่าตัวตาย (negligence failure to prevent suicidal act) ประเด็นในเรื่องนี้อยู่ที่ผู้รักษาละเลยที่จะระบุแนวโน้มการฆ่าตัวตายและละเลยที่จะพยายามป้องกันอย่างเหมาะสม เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถที่จะคิดและกระทำอย่างมีเหตุผล จึงถือว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้รักษาที่จะต้องให้การดูแลแทน

โดยทั่วไปผู้ป่วยจะถูกถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน แต่หากผู้ป่วยจงใจปิดบัง และผู้รักษาได้ใช้ความพยายามในการตรวจสอบที่เหมาะสมแล้ว ย่อมถือเป็นเหตุสุดวิสัยที่นอกเหนือความรับผิดชอบได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง และไม่ยินยอมที่จะอยู่โรงพยาบาลเป็นการปลอดภัยมากกว่าที่ผู้รักษาจะถือว่าผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ควรที่จะควบคุมให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลโดยที่ไม่สมัครใจ (involuntary admission, involuntary confinement)[26] ทั้งนี้ควรมีการประเมินโดยจิตแพทย์อย่างน้อย 2 คน และบันทึกเหตุผลไว้เป็นหลักฐาน โดยระบุเหตุผลเฉพาะในการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลได้แก่ เป็นอันตรายต่อตนเอง อันตรายต่อผู้อื่นหรือผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในบางประเทศมีกฎหมายที่บังคับผู้ป่วยให้รับการรักษาได้ (commitment laws) ซึ่งนอกจากจะช่วยปกป้องไม่ให้แพทย์ถูกฟ้องร้องแล้ว ยังเป็นการช่วยรักษาเสรีภาพของผู้ป่วยกรณีที่ไม่มีเหตุผลสมควรในการรับไว้ในโรงพยาบาลด้วย

5. การป้องกันผู้ป่วยทำร้ายบุคคลอื่น (negligence failure to prevent patients from harming others) จากกรณี Tarasoff I (1976) ศาลสูงสุดแห่งแคลิฟอร์เนียกำหนดว่า "แพทย์หรือนักจิตบำบัด ผู้ซึ่งมีเหตุผลทำให้เชื่อได้ว่าผู้ป่วยอาจจะทำร้ายหรือฆ่าบุคคลใดจะต้องแจ้งเตือนต่อบุคคลนั้น ญาติหรือเพื่อนของบุคคลนั้นหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง" (duty to warn)

ซึ่งประเด็นนี้จะมีความขัดแย้งในเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วยและความปลอดภัยของบุคคลที่สาม ในทางปฏิบัติผู้รักษาต้องสามารถทำนายพฤติกรรมที่จะเป็นอันตรายว่ามีจริงหรือเป็นเพียงจินตนาการ และรุนแรงเพียงใด และเลือกทางออกที่เหมาะสมเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่น แจ้ง

ตำรวจเตือนบุคคลที่สาม หรือให้ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล จะโดยสมัครใจหรือไม่ก็ตาม เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายล่วงหน้า ซึ่งเป็นไปตามกฎที่ออกเพิ่มขึ้นโดยศาลสูงสุดแห่งแคลิฟอร์เนีย (Tarasoff II,1982) ว่า "หน้าที่ในการเตือนต่อบุคคลที่สาม จะรวมถึงหน้าที่ในการป้องกันด้วย" การป้องกันในที่นี้จึงหมายถึงการกระทำของแพทย์ที่จะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกระทำความผิดต่อบุคคลอื่นตามที่ผู้ป่วยตั้งใจไว้

6. การเปิดเผยความลับผู้ป่วย (breach of confidentiality)

การรักษาทางจิตเวชนั้น อาศัยสัมพันธภาพเชิงการรักษาซึ่งมีพื้นฐานบนความศรัทธา ไว้วางใจของผู้ป่วย และผู้รักษาให้การเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ผู้รักษามีหน้าที่ต้องเก็บเรื่องราวที่ได้จากการรักษานั้นไว้เป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะกรณีที่ให้ความเห็นและข้อมูลต่อศาล และกรณีเมื่อต้องเปิดเผยเพราะมีเหตุจำเป็นที่เหนือกว่า ได้แก่กรณีที่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคลอื่น ถือว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องเตือนบุคคลที่สาม การเปิดเผยความลับผู้ป่วยทางจิตเวชนั้นแม้ผู้ป่วยจะไม่ทราบหรือไม่เอาเรื่องก็ตาม ถือเป็นการละเมิดต่อจริยธรรม และเกียรติของวิชาชีพ หากผู้ป่วยดำเนินคดี ก็จะผิดตามกฎหมายอาญามาตรา 323 และในฐานะของแพทย์ก็จะผิดต่อข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 ข้อ 9 ซึ่งได้อ้างไว้แล้วตอนต้น

ในกรณีของผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้ติดเชื้อ HIV นั้น เป็นการยากที่จะสรุปว่าแพทย์ควรจะเตือนบุคคลที่สามให้ทราบหรือไม่ จะเป็นความผิดที่เปิดเผยความลับของผู้ติดเชื้อหรือไม่ จะทำให้สัมพันธภาพเชิงการรักษาเสียไปหรือไม่ ทางออกที่ดีที่สุดควรเป็นการโน้มน้าวให้ผู้ติดเชื้อเปิดเผยผลการตรวจแก่คู่ของตนเอง ส่วนความเห็นของแสวง บุญเฉลิมวิภาส[7] ว่าการบอกความจริงแก่คู่สมรสเพื่อป้องกันมิให้เกิดการแพร่เชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ เห็นว่าเป็นเรื่องที่กระทำได้ถือเป็นความจำเป็นที่กฎหมายยอมรับ (justifiable necessity)

7. การละเลยที่จะตรวจสอบดูแล (negligence in supervision) เนื่องจากความต้องการบริการทางด้านจิตเวชมีมากขึ้น จิตแพทย์มีจำนวนไม่เพียงพอ จึงมีระบบของการจ้างบุคลากรอื่นๆ ที่ไม่ใช่จิตแพทย์มาดูแลผู้ป่วย โดยมีจิตแพทย์เป็นผู้ให้การตรวจสอบดูแลอีกทอดหนึ่งซึ่งยังคงต้องรักษามาตรฐานในการดูแลให้ได้ในระดับเดียวกันด้วย หากมีความผิดพลาดขึ้นจิตแพทย์ยังคงต้องรับผิดตามหลักของ respondeat superior คือ "ผู้ที่อยู่ในตำแหน่งสูงกว่าในสายหรือลำดับการดูแล จะต้องรับผิดชอบทางกฎหมายในการกระทำของผู้ที่อยู่ในตำแหน่งต่ำกว่า"

ในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีการทำงานเป็นทีมประกอบด้วยบุคคลากรหลายฝ่าย จิตแพทย์ย่อมอยู่ในฐานะของผู้กำกับดูแลเสมอ ซึ่งรวมไปถึงการกำกับดูแลแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านที่อยู่ในระหว่างการฝึกอบรมด้วย

8. การละทิ้งผู้ป่วย (abandonment) คือ การที่ผู้รักษาหยุดการรักษาทันทีทันใด โดยไม่มีการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดต่อผู้ป่วย (abuse) อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ[27]

1. ผู้ป่วยที่คุกคามผู้รักษา
2. ผู้ป่วยที่ไม่จ่ายค่ารักษา
3. ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา
4. ผู้รักษาไม่ชอบผู้ป่วย
5. ขาดการดูแลชั่วคราว เช่น ในกรณีผู้รักษาไม่อยู่, ป่วย ฯลฯ

ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยให้เข้าใจเหตุผล มีการส่งต่อในกรณีที่ผู้รักษาไม่สามารถดูแลผู้ป่วยนั้นได้ หรือฝากให้แพทย์ผู้อื่นดูแลแทนชั่วคราว

9. ขาดความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (lack of informed consent)

ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว หมายถึง ความยินยอมของผู้ป่วยที่ยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวกับการแพทย์กระทำต่อร่างกาย และจิตใจของตนตามกรรมวิธีในวิชาชีพแต่ละประเภทนั้น โดยที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายหรือบอกเล่าให้เข้าใจว่า การกระทำนั้นมีวัตถุประสงค์อย่างไร รายละเอียดในการกระทำเป็นอย่างไร ผลที่เกิดในภายหลังจะเป็นอย่างไร ตลอดจนอันตรายหรือผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำรั้น หากว่ามีจะมากหรือน้อยเพียงใด ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพมีหน้าที่ต้องอธิบาย หรือบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบ

ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวในทางการแพทย์มีใช้โดยทั่วไปทั้งในด้าน ศัลยกรรม อายุรกรรม ในทางจิตเวชมีการใช้ยาและการรักษาอื่นที่มีผลต่อร่างกายผู้ป่วยโดยตรง เช่น การทำช็อกไฟฟ้า (E.C.T.), Tardive dyskinesia ซึ่งเป็นผลข้างเคียงระยะยาวจากการใช้ยาต้านโรคจิต การทำ psychosurgery เหล่านี้อาจต้องพิจารณาทำหนังสือยินยอมเพิ่มเติมเป็นกรณีพิเศษ สำหรับการทำจิตบำบัดรายบุคคล ครอบครัวบำบัด และพฤติกรรมบำบัด นั้นการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรยังไม่ชัดเจน

ทุรเวชปฏิบัติที่เกิดขึ้นนั้น มาจากขาดการทำ informed consent ซึ่งการทำ informed consent ต้องมีองค์ประกอบต่อไปนี้

1. การให้ข้อมูลการรักษาต่อผู้ป่วย (information)
2. ความสมัครใจ (voluntariness)
3. ความสามารถในการเข้าใจเหตุผล และตัดสินใจ

ของผู้ป่วย (competence)

ในทางจิตเวชอาจเกิดปัญหาจากการที่ผู้ป่วยไม่สมัครใจ หรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถเข้าใจเหตุผลได้ ผู้ป่วยอาจปฏิเสธไม่ยอมรับการรักษาจากแพทย์ได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ [28]

- ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย
- ผู้ป่วยกลัวต่อการรักษาบางวิธี เช่น การทำช็อกไฟฟ้า
- ปฏิเสธเพราะความเจ็บป่วยทางจิต เช่นผู้ป่วยระแวง (paranoid) ผู้ป่วยอารมณ์คลั่ง (mania) ที่สูญเสียการรับรู้ความจริง หรือปัญญาอ่อน
- ปฏิเสธด้วยความเชื่อทางศาสนาหรือลัทธิพิธีกรรมบางอย่าง เช่น เชื่อการรดน้ำมนต์ไล่ผีจากตัวผู้ป่วย
- ปฏิเสธเพราะต้องการผลบางอย่าง เช่นผู้ป่วยไม่ยอมกินยาเพื่อแสดงความไม่พอใจผู้รักษา หรือผู้ป่วยที่ต้องการค่าชดเชยต่อการเจ็บป่วยที่ไม่หายจึงจงใจสร้างอาการบางอย่าง (malingering)

ในภาวะฉุกเฉิน เช่นอุบัติเหตุ ภาวะวิกฤติของความดันโลหิตสูง หรือในกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจแสดงเจตนาได้ตามปกติ เช่น ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยภาวะเพ้อคลั่ง (delirium) แพทย์สามารถให้การรักษาได้ทันทีโดยไม่ต้องใช้ informed consent ผู้ป่วยที่มีความก้าวร้าวรุนแรง โรคจิตที่มีอาการวุ่นวายสับสน จำเป็นต้องควบคุมไว้ และให้ยาทันทีเพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น แม้ผู้ป่วยจะไม่ยินยอมก็ตาม โดยอาศัยหลัก "ไม่มีเจตนาร้าย" "ไม่มีเจตนากระทำผิดอาญา" ซึ่งเป็นหลักของระบบกฎหมาย common Law และอาศัยหลักการกระทำที่ถือว่าเป็นการกระทำตามกฎหมาย (ไม่ผิดกฎหมาย) มีองค์ประกอบ 3 ข้อ

1. ผู้กระทำได้ขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตตามกฎหมายนั้น (พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525)
2. การกระทำนั้นอยู่ในขอบเขตของการประกอบวิชาชีพนั้น
3. ผู้ถูกกระทำให้ความยินยอมโดยสมบูรณ์

กรณีขาดองค์ประกอบข้อ 3 คือผู้ป่วยไม่ยินยอมแม้ผู้กระทำจะเป็นแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และกระทำในขอบเขตของการประกอบวิชาชีพเวช-กรรม ถ้าการกระทำนั้นเป็นการทำร้ายโดยสภาพ (เช่น การผ่าตัด) ย่อมมีความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ส่วนการฉีดยานั้นไม่ถือเป็นการทำร้าย กรณีจำเป็นต้องกระทำการผ่าตัด ซึ่งเป็นการทำร้ายโดยสภาพ แต่เป็นกรณีจำเป็นต้องกระทำเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยย่อมได้รับการยกเว้นโทษ เพราะเป็นการกระทำความผิดด้วยความจำเป็นตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 67 (2)

การป้องกัน ทุรเวชปฏิบัติทางจิตเวชศาสตร์

หากเกิดปัญหาการฟ้องร้องในคดีความที่เกี่ยวกับทุรเวชปฏิบัติ ย่อมต้องดำเนินการสอบสวนไปตามกระบวนการยุติธรรม และหากผู้กระทำผิดเป็นแพทย์ก็จะถูกสอบสวนจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพของแพทยสภาด้วย บทความนี้จะกล่าวเฉพาะเรื่องการป้องกันปัญหาทุรเวชปฏิบัติทางจิตเวชศาสตร์ หลักการสำคัญที่จะป้องกันทุรเวชปฏิบัติทางจิตเวช ประกอบด้วย

1. ระลึกถึงหลักจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเสมอ
2. ข้อปฏิบัติทั่วไปในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมทางจิตเวช
   - หลีกเลี่ยงการเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่นอกเหนือจากการรักษา (การเงิน, ทางเพศ, ผลประโยชน์ อื่น ๆ)
   - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อรับการรักษาได้ถ้ามีภาวะฉุกเฉิน
   - รักษาผู้ป่วย ตามความสามารถของผู้รักษา ถ้านอกเหนือจากความสามารถควรส่งต่อ
   - มีการตกลงในเรื่องการรักษาและ informed consent ที่ชัดเจน
   - แจ้งต่อบุคคลที่สามในกรณีที่มีข้อมูลชัดเจนว่าผู้ป่วยจะทำอันตราย
   - บันทึกข้อมูล ข้อมูลทางคลินิก เหตุผลของการรักษาที่ใช้ โดยเฉพาะในแง่ของนิติจิตเวช ให้ละเอียดชัดเจนเพื่อสามารถอ้างอิงได้ในอนาคต
   - ในกรณีที่ไม่แน่ใจ ควรปรึกษา เพื่อนร่วมงาน หรือผู้เชี่ยวชาญแต่เนิ่น ๆ
3. ข้อแนะนำในการทำ ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว
   3.1 ให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ในแง่
      - เหตุผลของการรักษา
      - วิธีการรักษาที่ใช้
      - ผลดีและผลเสีย ที่อาจเกิดขึ้น
      - ผลดีและผลเสีย ของวิธีทางเลือกอื่น
      - ผลดีและผลเสีย ของการไม่รับการรักษา
   3.2 ใช้ภาษาที่คนทั่วไปสามารถเข้าใจได้
   3.3 ให้โอกาสซักถามปัญหาในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ
   3.4 ทดสอบความเข้าใจหลังจากอธิบายจบแล้ว
   3.5 ถ้ายังมีประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ ให้อธิบายเพิ่ม
   3.6 พิจารณาดูความสามารถในการตัดสินใจ และความสมัครใจ ของผู้ยินยอม
   3.7 บันทึกข้อมูลภายหลังทำ informed consent แล้ว

ถึงความเข้าใจของผู้ป่วย, ข้อมูลที่ ได้อธิบาย, ความสมัครใจและความสามารถ เป็นต้น

4. มีการเรียนรู้วิชาการแพทย์อย่างต่อเนื่อง (continuing medical education) โดยเฉพาะสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อให้ทันต่อแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรค

5. ฝึกฝนตนเองให้มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ (emotional mature) เป็นการพัฒนาองค์ประกอบภายใน คือ ทัศนคติ พื้นฐานอารมณ์ ความคิด ความเชื่อ ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งจะแสดงออกมาเป็นคุณภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย คุณสมบัติของการบรรลุวุฒิภาวะทางอารมณ์ ได้แก่ มีความอดทน สามารถควบคุมความโกรธ รู้ตัวว่าโกรธ ตกลงกันได้ด้วยความใจเย็นมากกว่าที่จะวู่วาม มีความมานะพยายาม สามารถฟันฝ่าสถานการณ์ที่ผิดหวังได้โดยไม่ย่อท้อ สามารถเผชิญภาวะความคับข้องใจ มีความอ่อนน้อมถ่อมตน และยอมรับผิดโดยชื่นตา และเมื่อตนเป็นฝ่ายถูกก็ไม่สำทับถากถางฝ่ายตรงข้าม มีความสามารถตัดสินใจเอง และยืนหยัดกับการตัดสินใจได้ แม้ผิดก็ถือเป็นบทเรียนโดยไม่กลัวเสียหน้า มีการรักษาคำพูด เชื่อถือได้ มีระเบียบ ไม่วุ่นวายสับสน มีศิลปะในการอยู่อย่างสงบกับสิ่งที่สุดวิสัย หรือสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ [30]

สรุป

การรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นสิ่งที่แพทย์ทุกคนควรยึดถือ เป็นคุณธรรมในการประกอบวิชาชีพ เป็นเครื่องยืนยันได้ว่าสถาบันแพทย์ยังสามารถเป็นที่พึ่งของสังคมได้ การได้ศึกษาข้อกฎหมายและตัวอย่างของการกระทำผิดในอดีตจะเป็นเครื่องช่วยให้แพทย์สามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้อย่างมั่นใจ รู้แนวทางการป้องกันทุรเวชปฏิบัติซึ่งจะดีกว่าการหาทางแก้ไขเมื่อเกิดคดีความขึ้น เพราะหลายเรื่องเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ถ้ามีการตระหนักและให้ความสนใจ แต่การเรียนรู้เรื่องนี้มิใช่การเร้าความกลัวความกังวลในการปฏิบัติวิชาชีพ ทำให้ต้องพะวงว่าจะละเมิดและเป็นความผิด เพราะผู้เขียนเชื่อว่าการที่จิตแพทย์และแพทย์ทุกคนรักษาผู้ป่วยด้วยความรัก ความเมตตา ความเอาใจใส่ และติดตามความก้าวหน้าทางการแพทย์อยู่เสมอนั้นเองจะเป็นเครื่องช่วยรักษาแพทย์ให้ดำรงตนในวิชาชีพได้อย่างดี เป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ ต่อหน้าที่ทางกฎหมายและหน้าที่ทางจริยธรรมของแพทย์ เพื่อให้แพทย์เป็นที่รักไว้วางใจของผู้ป่วย หากมีความผิดพลาดบ้างย่อมเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้เป็นธรรมดา ซึ่งผู้ป่วยจะเข้าใจและให้อภัยกับแพทย์ได้เพราะมีความเชื่อมั่นว่าแพทย์ได้ให้การรักษาดูแลเขาอย่างดีที่สุดแล้วนั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัฒนา บุญญานิตย์. คุณสมบัติของจิตแพทย์ (บทบรรณาธิการ). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2515;17(1):107-16.
2. สุพัฒนา บุญญานิตย์. อคติที่จิตแพทย์มีต่อผู้ป่วย (บทบรรณาธิการ). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2516;18(1): 87-96.
3. Martin CA, Wilson JF, Fiebelman ND.Gurley DN, Miller TW. Physicians' psychologic reactions to malpractice itigation. South Med J 1991;147(4):1300-4.
4. Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Synopsis of Psychiatry; behavioural sciences/ clinical psychiatry, 8th ed., Baltimore : Williams & Wilkins;1998:1305-20.
5. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม. แด่หมอใหม่. คู่มือการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสำหรับแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4, แพทยสภา. ไม่ระบุปีที่พิมพ์.
6. ธนู สว่างศิลป์. การประกอบวิชาชีพเวชกรรมทางจิตเวชศาสตร์ที่อาจผิดกฎหมาย. วารสารโรงพยาบาลนิติจิตเวช 2535;1(1): 12-22.
7. แสวง บุญเฉลิมวิภาส , อเนก ยมจินดา. กฎหมายการแพทย์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน; 2540: 69-78.
8. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และประมวลกฎหมายอาญา ฉบับสมบูรณ์ แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2537. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน;2537.
9. ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง.นิติจิตเวชศาสตร์ คืออะไร. สารสมเด็จเจ้าพระยา 2534;2(6).
10. สิทธิผู้ป่วย. แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ.
11. Gutheil TG . Legal issues in psychiatry. In, KaplanHI, Sadock BJ,editors. Comprehensive textbook of psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins;1995: 2747-67.
12. General Assembly of The World Medical Association at Geneva. Declaration of Geneva. Switzerland .September, 1948 (printed by The Medical Council of Thailand).
13. Appelbaum PS, Gutheil TG. Clinical Handbook of Psychiatry and the Law, 2nd ed., Baltimore : Williams & Wilkins; 1991:140-210.
14. Jenkins PL .Hazards of Psychiatric Practice. Year Book Medical Publishers, Inc.; 1989: 76-96.
15. Taragin MI, Wilczek AP, Karns ME, Trout R, Carson JL.

Physician demographics and the risk of medical malpractice Am J Med. 1992;147 (4):537-42.

16. Bradley JJ. Medical negligence and post traumatic stress disorder(PTSD). Med Law 1998; 20(2): 225-8.
17. Slovenko R. Malpractice in Psychotherapy: an overview. The Psychiatric Clinics of North America 1999; 22(1): 1-15.
18. Loftus EF, Pollage DC. Repressed memories: When are they real? How are they false?. The Psychiatric Clinic of North America 1999; 22(1):61-70.
19. Scheflin AW, Spiegel D. From courtroom to couch, working with repressed memory and avoiding lawsuits. The Psychiatric Clinic of North America 1998; 21(4): 847-67.
20. Pope HG Jr, Judson JI. " Recovered memory" therapy for eating disorders: implication of Ramona verdict. Int J Eat Disord 1996;19 (2):139-45.
21. Appelbaum PS, Zoltek-Jick R. Psychotherapist's duties to the third parties: Ramona and beyond. American Journal of Psychiatry 1996; 153(4): 457-65.
22. Guteil TG, Simon RI, Clinical based risk management principles for recovered memory cases. Psychiatr Serv 1997; 48(11):1403-7.
23. Lazarus JA. Ethical issues in doctor-patient sexual relationships. The Psychiatric Clinics of North America 1995; 18(1):55-70.
24. Fishman G, FlemingAF, Clark P . Abuse of psychotherapy: psychotherapist-patient intimacy. Psychother Psychosom 1990; 1(3):191-8.
25. Simon RI. Therapist-patient sex: from boundary violations to sexual misconduct. The Psychiatric Clinics of North America 1999; 22(1): 31-48.
26. Pope HG JR, Hudson JI. Medicolegal errors in the ED related to the involuntary confinement of psychiatric patients. Am J Emerg Med 1998; 19(2):631-3.
27. Anfang SA, Hilliard JT. Legal issues in acute care psychiatry. In , Sederer LI, Rothschild AJ, editors. Acute care .psychiatry: diagnosis & treatment. Baltimore: Williams&Wilkins; 1997: 431-56.
28. Wettstein RM. The right to refuse psychiatric treatment. The Psychiatric Clinics of North America 1999 ; 22(1): 173-82.
29. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. การกระทำของแพทย์ต่อร่างกายผู้ป่วย (ในขอบเขตของการประกอบวิชาชีพ) กับความผิดฐานทำร้ายร่างกายใน : นิติเวชสาธก ฉบับ กฎหมายอาญากับการแพทย์ยุคไฮเทค. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2533.
30. ณรงค์ สุภัทรพันธ์. คุณสมบัติของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชเมื่อจบการฝึกอบรม(บทบรรณาธิการ). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2533; 35(4): 175-7.