

## SUDĖTINGAS ATVEJIS GYDYTOJO VEIKLOJE. TEISINIŲ REIKALAVIMŲ GYDYTOJUI ĮVYKDOMUMO RIBOS

### Viktoras Justickis

Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto  
Psichologijos katedra  
Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva  
Telefonas.: (+370) 61533289  
Elektroninis paštas: justickv@takas.lt

### Ilona Aleksišiūnienė

Medicinos diagnostikos ir gydymo centras  
V. Grybo g. 32A, LT-10318 Vilnius, Lietuva  
Vš.Į. Antakalnio poliklinika  
Antakalnio g. 59, LT-10207 Vilnius, Lietuva  
Elektroninis paštas: ilona.aleksiuniene@gmail.com

### Santrauka

Uždaviniai, su kuriais susiduria gydytojas savo profesinėje veikloje, yra labai skirtingi pagal savo sudėtingumo lygį: nuo labai paprastų iki labai sudėtingų. Tuo tarpu teisinis gydytojo atsakomybės reglamentavimas labiausiai orientuotas į abstraktų standartinį atvejį, kuris nepasižymi jokių sudėtingumu. Straipsnis siekia užpildyti šią spragą ir aptaria sudėtingo atvejo gydytojo veikloje ypatumus, reikalavimus, kuriuos jis kelia gydytojui, jų įvykdomumo užtikrinimo kelius ir teisinius mechanizmus.

Sudėtingu vadiname atvejį, kuris kelia gydytojui padidintus intelektualinius, fizinius, psichinius ir kitokius reikalavimus, siekiančius jo galimybių ribas ar viršijančius jas. Svarbi sudėtingo atvejo savybė (skiriam nuo tiesiog sunkaus) yra tai, kad gydytojas neturi aiškių būdų šiems sunkumams įveikti, bet, nepaisant to, išlieka atsakingas už jų įveikimą ir įstatymo reikalavimų įvykdymą.

Nagrinėjant realų sudėtingą atvejį - pacientas, kuriam nustatytas retroorbitalinis/retrobulbarinis tumoras - atskleidžiami esminiai sudėtingo atvejo bruožai ir jo sudėtingumo šaltiniai.

Aptariami trys pagrindiniai sudėtingumo šaltiniai.

1. Padidinti reikalavimai gydytojo kvalifikacijai. Gydytojo kvalifikacijos (ypač žinių) lygis, pakankamas įprastu atveju, gali būti visiškai nepakankamas sudėtingu. Pastarasis gali reikalauti žinių, kurių apimtis toli viršija realias gydytojo galimybes. Nagrinėjama, kiek ši problema gali būti išsprendžiama, apginkluojant gydytoją šiuolaikinėmis informacinėmis – diagnostinėmis technologijomis (DiagnosisPRO6, Isabel, Dynamed, UpToDate, DXplain ir kt.). Teisiniu požiūriu nagrinėjama situacija, kai su sudėtingu atveju dirbantis gydytojas nėra aprūpintas minėtomis technologijomis, dėl to teisinga diagnozė nenustatoma ir pacientui padaroma žala.

2. Bendradarbiavimo su kitais specialistais užtikrinimas. Sudėtingas atvejis reikalauja iš gydytojo itin plataus ir tampraus bendradarbiavimo su kitais specialistais. Visi su bendradarbiavimu susieti sprendimai (su kokiais specialistais bendradarbiauti, kokia tvarka nukreipti pas juos pacientą, kokią informaciją apie jį suteikti ir kokios prašyti), reikalauja iš gydytojo žinių, toli išeinančių iš jo specializacijos ribų. Tai sukelia nukreipimo klaidas, pacientų „klajojimo“ efektą, trukdo savalaikiai diagnozei. Aptariamos šiuolaikinės organizacinės – informacinės priemonės šiam sunkumui įveikti (MDMT- multi-disciplinary team approach). Tuo pagrindu nagrinėjamos

*teisinės atsakomybės ir paciento žalos atlyginimo problemos, kylančios tuo atveju, jei dėl minėtų šiuolaikinių priemonių nepanaudojimo sutriko bendradarbiavimas tarp specialistų ir dėl to susirgimas nebuvo savalaikiai diagnozuotas, o pacientui atsirado žala.*

*3. Ištekliai. Sudėtingas atvejis reikalauja nepalyginus daugiau laiko, pastangų, kitų išteklių, negu paprastas. Dėl to gydytojui turi būti užtikrinta galimybė skirti tokiam atvejui reikiamą laiką ir kitus išteklius. Nagrinėjamos šios problemos sprendimo organizacinės galimybės.*

*Aptariant visus tris sudėtingumo šaltinius, pagrindžiama mintis, kad šiuolaikinis medicinos mokslas ir praktika disponuoja priemonėmis aukščiau aptartoms neįvykdomumo problemoms spręsti. Aptariamos teisinės šių problemų sprendimo priemonės.*

**Reikšminiai žodžiai:** *sudėtingas atvejis, teisės normos įvykdomumas, sveikatos apsaugos paslaugų kokybė, gydytojo teisinė atsakomybė.*

## **Įvadas**

*Problema.* Uždaviniai, su kuriais susiduria gydytojas savo profesinėje veikloje, yra labai skirtingi pagal savo sudėtingumo lygį: nuo labai paprastų iki labai sudėtingų. Tuo tarpu teisinis gydytojo atsakomybės reglamentavimas labiausiai orientuotas į abstraktų standartinį atvejį, kuris nepasižymi jokių sudėtingumu.

Tai sudaro situaciją, kai, įvertinant gydytojo atsakomybę, ignoruojama tai, kiek sunku ir sudėtinga jam buvo įvykdyti teisės normos reikalavimus. Tai, savo ruožtu, sąlygoja neleistiną padėtį, kai gydytojo padarytas pažeidimas vertinamas vienodai ir tais atvejais, kai įvykdyti įstatymo reikalavimą buvo labai lengva, ir tais, kai tai buvo labai sunku.

Tai prieštarauja tiek teisybės jausmui, tiek pamatiniams teisės principams.

Dėl to svarbu nagrinėti specifines teises ir vadybines problemas, kurios kyla dėl atvejo sudėtingumo ir iš to išplaukiančių ženkliai padidintų reikalavimų gydytojui. Ypač svarbu šiuo atveju patikslinti teisinių reikalavimų gydytojui įvykdomumo ribas ir jo teisinės atsakomybės šiuo atveju ypatumus.

Sudėtingu vadinsime atvejį, keliantį gydytojui padidintus reikalavimus, kurie siekia jo galimybių ribas ar viršija jas. Tai gali būti įvairiausio pobūdžio reikalavimai: protiniai (gydytojo atminčiai, intelektui ir pan.), psichiniai (sprendimo priėmimas psichinio spaudimo ir įtampos sąlygomis), organizaciniai (laiko ir materialinių išteklių stoka) ir pan.

Visais šiais atvejais gydytojas ne tik susiduria su sunkumu, bet ir neturi aiškumo, kaip šį sunkumą įveikti. Dėl to toks atvejis ir apibūdinamas ne tik kaip sunkus, bet ir sudėtingas.

*Aktualumas.* Sudėtingi atvejai aplamai vaidina ypatingą vaidmenį įvertinant tiek atskiro gydytojo, tiek sveikatos apsaugos įstaigos, tiek visos sveikatos apsaugos sistemos veiklą.

Nei gydytojo, nei sveikatos apsaugos įstaigos, nei visos sistemos veiklos kokybė negali būti pripažinta patenkinama, jeigu sugebama susitvarkyti tik su eiliniaisiais, lengvais, standartiniais atvejais. Gydytojas, kuris geba gydyti tik keletą dažniausių, nesunkių susirgimų, negali būti pripažintas geru gydytoju. Lygiai taip pat sveikatos apsaugos

įstaiga, kurios organizacija, vadyba bei personalo kvalifikacija leidžia užtikrinti reikiamą sveikatos apsaugos paslaugų kokybę tik „paprastais“, „standartiniais“ atvejais, yra netikusi.

Dėl visų šių priežasčių sudėtingi atvejai vaidina itin svarbų vaidmenį tikslinant visos sveikatos apsaugos sistemos tobulinimo strategiją ir taktiką. Sudėtingu atveju ryškiausiai pasireiškia visos tos sveikatos apsaugos problemos, kurios gali būti užslėptos įprastais, standartiniais atvejais. Dėl to būtent sunkaus atvejo tyrimas yra „raktas“ tiek visos sveikatos apsaugos įstaigos įvertinimui, tiek atskiro gydytojo teisinei atsakomybei nustatyti.

*Problemos ištyrimas.* Šiuolaikinėje medicinos teisės literatūroje gausu darbų, skirtų gydytojo darbo kokybei, jo klaidoms ir jo atsakomybei už jas<sup>1, 2, 3</sup>. Mes jau daug žinome apie veiksnius, kurie sukelia tas klaidas, sumenkina gydytojo teikiamų paslaugų kokybę<sup>4</sup>. Dauguma šių veiksnių daro tai komplikuojant ir apsunkinant jo darbą: bloga darbo organizacija, per didelis darbo krūvis, turimos įrangos trūkumai, nuovargis, psichinė įtampa ir pan.<sup>5, 6, 7, 8, 9</sup>.

Tačiau gydytojo darbo sunkumas ir sudėtingumas išplaukia ne tik iš minėtų trukdančių veiksnių, bet ir iš pačios gydytojo veiklos prigimties: priklauso nuo susirgimų, su kuriais jis susiduria, sudėtingumo, nuo to, kokias sudėtingas diagnostikos ir gydymo problemas tenka spręsti. Kiek tobula bebūtų gydytojo darbo organizacija, vis vien jis kasdien gali susidurti su uždaviniais, siekiančiais jo galimybių ribas ar viršija jas. Todėl reikalingi ir *pačios gydytojo veiklos sudėtingomis sąlygomis tyrimai*. Jie turėtų patikslinti reikalavimus, kurie sudėtingu atveju keliami gydytojui, teisines, ir organizacines-vadybines problemas, susietas su jo veikla sudėtingomis sąlygomis.

Siekiant išaiškinti, kiek ištirta ši problema, buvo atlikta informacinė paieška EBSCO duomenų bazėje. Paieškai buvo panaudoti raktiniai žodžiai: „doctor's OR physician's liability“, „malpractice OR negligence“, „obstacle OR difficulty OR problem“. Paieška leido išaiškinti 162 tokias publikacijas. Tačiau jų analizė neišaiškino nei vienos, kuri nagrinėtų gydytojo teisinės atsakomybės priklausomybę nuo atvejo, su kuriuo jis turi reikalą, sudėtingumo.

Darytina išvada, kad teisinės gydytojo veiklos problemos, jam dirbant su sudėtingu atveju, dar nesulaukė pakankamo dėmesio.

- 
- 1 Sloan F., Chepke L. *Medical malpractice*. Cambridge, Mass.: MIT Press 201
  - 2 Sage W., Kersh R. *Medical Malpractice and the US Health Care System*. Cambridge 2006
  - 3 Dunham B.H. *Medical Malpractice Law and Litigation*. 2005 [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.expertlaw.com/library/malpractice/malpractice.html>.
  - 4 Kohn L.T, Janet M., Corrigan J., et al. *To err is human*. Washington 2000.
  - 5 Molla S., Walshe K., Boaden R (eds.). *Patient Safety. Research into Practice*. N.Y. 2006.
  - 6 Croskerry P, Cosby K., Schenkel S.M., Wears R.L. *Patient Safety in Emergency Medicine*. N.Y, Wolters Kluwer 2009.
  - 7 Gibson R, Singh J.P. *Wall of silence*. Washington 2003.
  - 8 Walshe, K., Boaden, R. (Eds.) *Patient Safety. Research into Practice*. N.Y., Open University press, 2006.
  - 9 Croskerry, P., Cosby, K.S., Schenkel, S.M., Wears, R.L. *Patient Safety in Emergency Medicine*. N.Y. Wolters Kluwer 2009.

*Straipsnio struktūra.* Sekančiame - pirmajame straipsnio skyriuje „Sudėtingo atvejo samprata ir esmė“ aptarsime bendrus sudėtingo atvejo bruožus tiek apšiamai, tiek nagrinėjant realų sudėtingą atvejį (pacientas su retroorbitaliniu/retrobulbariniu tumoru pacientui nustatytas retroorbitalinis tumoras). Antrajame skyriuje „Teisinio reikalavimo įvykdomumo charakteristikos“ bus patikslintos įvykdomumo charakteristikos, kurios yra svarbios nagrinėjant sudėtingą atvejį. Tolimesniuose skyriuose aptariami sunkumų, sutinkamų sudėtingu atveju, šaltiniai ir teisinės bei kitokios priemonės jiems spręsti.

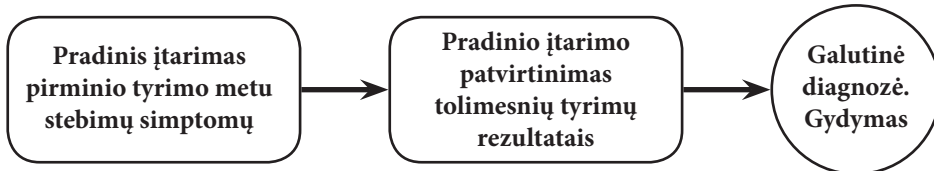
Septintajame skyriuje aptariamos sveikatos apsaugos teisinio reguliavimo tobulinimo gairės ir įstatymo pasiūlymai.

## 1. Sudėtingo atvejo samprata ir esmė

*Paprastu atveju* galime pavadinti tokį, kuriame yra aiškumas dėl atliktinų diagnostinių ir gydymo veiksmų. Pavyzdžiui, glaukoma yra sunkus ir neretai pavojingas susirgimas. Tačiau šio susirgimo diagnozė dažniausiai vyksta pagal tą pačią aiškią diagnostinę schemą: šiam susirgimui būdingi paciento nusiskundimai ir tipiniai pirminiai simptomai verčia gydytoją įtarti jį ir nusako tolimesnius konkrečius diagnostinius tyrimus (1 pav.). Diagnozei pasitvirtinus, toliau seka tokia pat įprasta (standartinė) gydymo veiksmų tvarka. Neretai paprasto atvejo diagnozei nustatyti pakanka vienos diagnostinės versijos, kurią tolimesnis jos tikrinimas iš karto patvirtina.

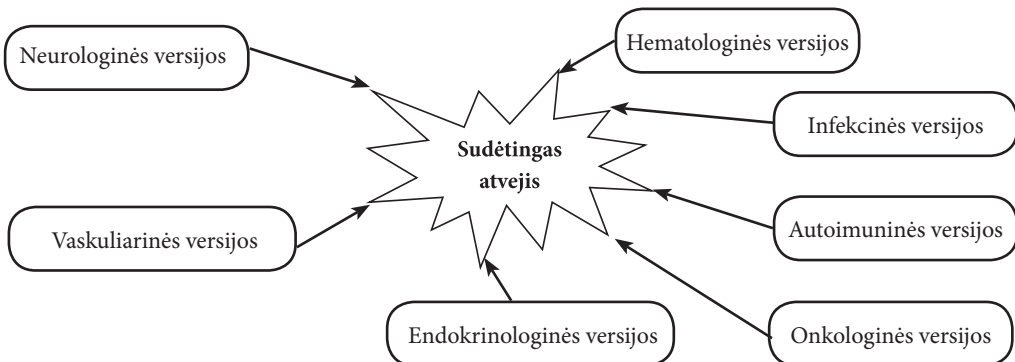
### 1 pav. PAPERASTAS ATVEJIS.

Tiesioginis ryšys tarp pirminės diagnostinės versijos ir galutinės diagnozės



### 2 pav. SUDĒTINGAS ATVEJIS.

Daug galimų diagnostinių versijų



Tuo tarpu sudėtingu atveju (2 pav.) neturima paprastam atvejui būdingo diagnostinių ir gydymo veiksmų aiškumo ir nuoseklumo. Priimant, sprendimus dėl diagnostikos ir gydymo gydytojas turi iškelti ir patikrinti daugybę galimų diagnostinių versijų ir tuo pagrindu pasirinkti teisingą.

Sudėtingo atvejo sampratą pailiustruosime pavyzdžiu.

Šis atvejis smulkiai išdėstytas ir aptartas mūsų straipsnyje „Medicinos teorija ir praktika“ žurnale<sup>10</sup>. Čia pateikiame labai apibendrintą ir glaustą šio atvejo aprašymą.

#### **Klinikinis atvejis. Pacientas MA (65 m.).**

Prieš 5 metus MA dėl pablogėjusio dešinės akies matymo kreipėsi į oftalmologą; diagnozuota katarakta, užfiksuotas smulkus neįprastas dešinės akies vyzdžio formos defektas. Išoperavus kataraktą regėjimas atsistatė, nežiūrint to, kad po operacijos buvo išsivystęs stiprus priekinis uveitas, nes pacientas reikiamai nesigydė. Praėjus metams po operacijos staiga prasidėjo stiprūs skausmai dešiniajame žande, dantyse, paakyje. Skausmų priežastims nustatyti ir gydyti buvo nukreipiamas pas stomatologą, rinologą, burnos, veido ir žandikaulių chirurgus, onkologus. Šių specialistų buvo keliamos įvairios diagnostinės versijos dėl stebimų simptomų šaltinio: žandinio ančio pansinusitas ar osteomielitas gal būt dėl danties šaknies nekrozės, TBC, sarkoidozės, grybelinio susirgimo, sifilio. Tačiau atlikti tyrimai neleido vienareikšmiškai patvirtinti nei vienos iš šių galimų diagnozių, o simptominis gydymas nedavė reikiamo rezultato.

Procesas progresavo. Palaiapsniui apako dešinė akis, pablogėjo regėjimas kairėje akyje, todėl išoperuota šios akies katarakta. Staigiai pablogėjus bendrai būklei pacientas keletą mėnesių buvo gydytas neurologijos ir palaikomojo gydymo skyriuose. Per tą laiką išryškėjo dešinės akies protruzija, o po kelių mėnesių apako kairė akis.

Paskirti KT, MRT nustatė dešinės akies retrobulbarinę tumorą – navikinio pobūdžio audinius, kurie užpildė akiduobės erdvę, esančią už dešinės akies, kurie plito per akiduobės plyšius intrakranialiai intra/paraseliariai, dešinėje į *fossa pterygopalatina*, galimai siekia kairės orbitos viršūnę.

Šių „besiplečiančių audinių“ prigimtis buvo neaiški. Operacinė naviko biopsija nenustatė piktybinio proceso požymių. KT ir MRT pateiktoje išvadoje buvo kalbama apie neaiškios kilmės „uždegimines mases“. Kartu agresyvus naviko pobūdis ir sąlyginai greitas plitimas toliau kėlė įtarimus dėl galimo šių masių piktybiškumo. Buvo taip pat galvojama apie galimą autoimuninę, neurologinę, hematologinę šių uždegiminių audinių kilmę. Pavyzdžiui, regėjimo sutrikimo ir naviko augimo ypatumai vertė įtarti sfenoorbitalinę meningiomą, biopsijos mėginio spalva turėjo kelti hemosiderozės versiją ir pan.

Bet ir naujai keliamos diagnostinės versijos negalėjo pakankamai paaiškinti stebėtų oftalmologinių, laringologinių, stomatologinių, neurologinių ir kitų simptomų visumos.

Aiškios diagnozės nebuvimas neleido pasirinkti optimalaus gydymo. Paciento būklė toliau blogėjo. Jis palaiapsniui galutinai apako abiem akim, uždegiminis procesas

10 Aleksūnienė I., Justickis V., Retrobulbarinis pseudotumoras: klinikinio atvejo aprašymas ir literatūros apžvalga. *Medicinos teorija ir praktika*. 2012/3 (Spaudoje).

toliau plito. Prie esamų simptomų prisidėjo psichikos pokyčiai ir elgesio sutrikimai: nustojo orientuotis laike ir erdvėje, atsirado psichomotorinio sujaudinimo epizodai.

Toliau ieškant stebimų simptomų šaltinių, buvo vėl atkreiptas dėmesys į išryškėjusią ligos istorijos pradžioje ir daugeliui gydytojų atrodžiusią nereikšmingą detalę. Prieš 12 metų iki susirgimo pradžios į jo skruostą papuolė labai smulkus metalinis krislas, kuris ten ir liko. Tuo metu versija, kad būtent šis svetimkūnis galėjo sukelti stebimus simptomus, atrodė visiškai neįtikėtina ir buvo atmesta, pirmiausiai, dėl mikroskopinio svetimkūnio dydžio ir, antra vertus, dėl ilgo laikotarpio, per kurį jis „buvo tylus“; pagaliau buvo visiškai neaišku, koku būdu šis mažytis svetimkūnis galėjo sukelti stebimus simptomus.

Dabar gi, grįžus prie šios versijos, buvo nutarta visgi iki galo išaiškinti, ar tokių kelių tikrai nėra. Tam tikslui buvo nutarta atlikti plačią informacinę paiešką MEDLINE medicininės informacijos bazėje, turinčioje virš 20 mln. publikacijų apie šiuolaikinių tyrimų medicinos srityje rezultatus. Buvo siekiama gauti išsamią informaciją apie viską, kas šiuolaikiniam mokslui žinoma apie patologinius fiziologinius procesus, susietus su metalinio svetimkūnio buvimu organizmo audiniuose. Paieška davė teigiamą rezultatą. Buvo rastos publikacijos, aprašančios panašių į paciento metalinių svetimkūnių suaktyvėjimo atvejus bei jų sukeltus aplinkinių audinių uždegimo procesus net po daugelio metų. Paaiškėjo, kad šie procesai gali būti labai intensyvūs, besiplečiantys ir sužadinantys daugybę tolimesnių uždegiminių reakcijų (imuninių, neurotoksinių ir kt.). Todėl buvo nuspręsta kuo greičiau surasti svetimkūnį. Jį lokalizavo ir pašalino oftalmologas poliklinikoje. Smulkus metalinis krislas rastas skruosto poodyje tiesiogiai prie vienos iš *N. infraorbitalis* šakų. Ši informacija paskatino atidžiau panagrinėti, kaip procesas galėjo vystytis. *N. infraorbitalis* yra tarsi tąsa *N. maxillaris*.<sup>11</sup> Šis nervas yra jutiminis, atsakingas už sensorinę viršutinės skruosto dalies inervaciją. Nuo jo pakeičiui atsiskyla šakos (*Nn. alveolares superiores*), kurios per dantų rezginį (*Plexus dentalis*) įnervuoja viršutinius dantis. *N. maxillaris* kartu su *N. ophthalmicus* ir *N. mandibularis sudaro* trišakį nervą (*N. trigeminus*). Taigi, minėti intensyvūs uždegiminiai procesai šio nervo srityje turėjo sukelti skausmus, labai panašius į stebėtus pas pacientą. Maža to, per jungiančiąsias *N. ophthalmicus* šakas paliečiami ir vyzdį judinantys nervai (*N. nasociliaris – Rami communicantes cum Ganglion ciliare - Nn.ciliares breves*).<sup>12</sup> Tai paaiškina ir stebėtą istorijos pradžioje vyzdžio formos sektorinį pokytį.

Šis po ilgos ir intensyvios paieškos pagaliau rastas vienas iš suaktyvėjusio svetimkūnio veiklos kelių leido geriausiai paaiškinti stebėtų simptomų visumą. Be to, buvo ir kiti keliai: imunologinis, hematologinis, ląstelinis ir kt. (pvz. hemosiderozės versija leidžia paaiškinti, kodėl pakitusi retrobulbarinių audinių biopsijos mėginio spalva).

Po 2 mėnesių patinimas dešiniojo skruosto srityje atslūgo. Deja, jau buvo neįmanoma atstatyti paciento regėjimo. Tačiau diagnozės nustatymas leido sustabdyti tolimesnį, paciento gyvybei gresiantį susirgimo progresavimą.

11 Pavilionis S, Burneckis E., Gavelis V., Mikėnienė R., Stropus R., Tamašauskas K., Urbonas A., Žvirdauskas S. Žmogaus anatomija. 2-asis patais. leid. Mokslas, 1984, 521-523, 552.

12 Bertolini R., Leutert G., Rother P., Scheuner G., Wendler D. Systematische Anatomie des Menschen. 2 Auflage. Berlin, VEB Verlag Volk und Gesundheit 1982, 501,502.

Aprašytas atvejis turi visus esminius sudėtingo atvejo bruožus.

1. Nuo pat susirgimo pradžios susidurta, iš vienos pusės, su diagnozės neaiškumu. Nebuvo vieno ar nedaugelio standartinių būdų stebimiems simptomams paaiškinti. Priešingai, juos reikėjo aiškinti, keliant pačias įvairiausias diagnostines versijas, tuo pagrindu sudarant galimų diagnostinių versijų rinkinį ir tikrinant kiekvieną jų atskirai.

2. Nei pradėdant dirbti „su pacientu“, nei tolimesnio darbo metu nebuvo tikrumo, kad iškeltų diagnostinių versijų rinkinys yra pilnas. Priešingai, visą laiką reikėjo turėti omeny, kad teisinga versija gali būti dar neiškelta ir jos gali nebūti nagrinėjamų versijų rinkinyje. Ryški šios problemos iliustracija gali būti ir svetimkūnio versija, kuri galiausiai geriausiai paaiškino stebėtus simptomus. Kaip minėta, pradžioje ši versija buvo pašalinta iš vertų nagrinėjamų versijų tarpo ir tik pabaigoje buvo vėl prisiminta apie ją.

3. Atvejis toli išėjo už vienos (pvz. oftalmologijos) specialybės ribų. Esant gausybei galimų susirgimo priežasčių prireikė virš dešimt įvairių specialistų dalyvavimo ir iškilo daug papildomų jų bendradarbiavimo problemų.

4. Kiekvienam iš šių specialistų šis atvejis irgi iškėlė reikalavimus, toli išeinančius už jo siauros specializacijos ribų. Aiškinant susirgimo simptomus bei tyrimų rezultatus, pasirenkant tolimesnių tyrimų kryptį, kiekvienam specialistui reikėjo ne tik jo specialybės, bet ir įvairiausių imunologijos, endokrinologijos, neurologijos, hematologijos, infekcinių susirgimų ir kitų žinių.

5. Sudėtingas atvejis reikalavo ypatingai didelio gydytojų laiko ir kitų išteklių. Įvyko apie šimtą įvairių specialistų konsultacijų ir tyrimų, tarp jų ir labai brangių (KT, MRT, brangūs histologiniai ir imunohistocheminiai tyrimai). Sunku net apytikriai nustatyti, kokiam paprastų atvejų skaičiui pakaktų visų šiam vienam sudėtingam atvejui panaudotų išteklių. Viskas tai vyko sąlyginai greitos susirgimo pažangos sąlygomis. Tai sąlygojo būtinybę „įspausti“ visą šią didžiulę diagnostinio darbo apimtį į minimalų laikotarpį, derinti jį su ir be to įtemptu gydytojų darbo grafiku.

Sudėtingas atvejis, kai tenka kelti ir tikrinti daugybę diagnostinių versijų, nėra retenybė gydytojo darbe. Taip yra kiekvieną kartą, kai turima reikalą su susirgimu, pasireiškiančiu vien nespecifiniais simptomais. Toks vaizdas gan būdingas daugelio susirgimų pradinei stadijai, kai pasireiškia vien nespecifiniai simptomai, o pirmieji specifiniai atsiranda tik ligai gerokai pažengus. Nespecifiškai gali pasireikšti ir daug lėtinių susirgimų, ypač tokie, kurie sukelti tam tikro organo (inkstų, kepenų, širdies ir pan.) nepakankamumo. Šiuo atveju aiškesni specifiniai simptomai taip pat gali atsirasti tik vėlyvose susirgimo stadijose, kai šis organas išsemia visus savo adaptacijos rezervas<sup>13</sup>.

Taigi „sudėtingas susirgimas“ nėra retas gydytojo darbe. Kitas reikalas, kad šis sudėtingumas neretai lieka „nepastebėtas“. Esant patenkinamai paciento būklei, gydytojas neretai linkęs jį traktuoti kaip paprastą, todėl nesigilina į jo priežastis, taiko simptominių gydymą, tikėdamasis, kad specifiniai simptomai išryškės ir didesnis aiškumas atsiras susirgimui progresuojant. Kitoje publikacijoje smulkiai išnagrinėjome pavojus,

13 Bargman J.M., Skorecki K. Chronic Kidney Disease. *Harrison's principles of internal medicine. 17-th edition.* N.Y., McGraw Hill 2008, 1761-1771.

kuriuos sukelia tokia taktika, žala, kuri gali būti padaryta pacientui ir išplaukiančia iš jos gydytojo atsakomybė.<sup>14</sup>

## 2. Teisinio reikalavimo įvykdomumo charakteristikos

Įvykdomumo esmė ir su juo susietos problemos smulkiai aptarti kitose publikacijose<sup>15, 16, 17, 18</sup>. Šiame skyriuje bus tik patikslintos įvykdomumo charakteristikos, kurios yra svarbios nagrinėjant sudėtingą atvejį.

1. *Teisės normos reikalavimas* - tai veiksmai (ar susilaikymas nuo veiksmų), kurių tam tikroje situacijoje (normos hipotezė) reikalauja įstatymas. Sąvoka „veiksmai“ gali apimti pačias įvairiausias žmogaus veiklos kokybines ir kiekybines charakteristikas, pvz. tam tikrą sveikatos apsaugos paslaugų kokybę<sup>19</sup>.

2. *Teisės normos įvykdomumas* – tai laipsnis, kuriuo teisės subjektai pajėgūs įvykdyti teisės normos reikalavimus. Ši charakteristika apima tiek bendrą atlikimo laipsnio įvertinimą (teisės reikalavimas įvykdomas pilnai, dalinai ar iš viso neįvykdomas), tiek konkretų aprašymą tos reikalavimo dalies, kurios nepajėgiama atlikti. Pavyzdžiui, gydytojas gali būti pajėgus atlikti pačius įstatymo reikalaujamus veiksmus, bet negali užtikrinti reikiamos jų kokybės. Tuo atveju neįvykdomumas apima tik pastarąjį.

3. *Teisės normos įvykdomumo prielaidos*. Tai sąlygos, kurios turi būti užtikrintos tam, kad teisinio reikalavimo adresatas pajėgtų pilnai įvykdyti teisės normos reikalavimus. Teisės normos įvykdymui gali būti reikalingas pakankamas laikas, tam tikros žinios, materialiniai ir kitokie resursai, atitinkama įranga ir pan. Mūsų siūlomas terminas „infrastruktūra“ reiškia pastovias sąlygas, kurios specialiai sudaromos tam tikros įstatymo reikalaujamos veiklos įvykdomumui užtikrinti.

### Neįvykdomumo pasekmės.

Situacija, kai kažkoks teisinis reikalavimas nevykdomas yra neleistina. Juo labiau neleistina, jei nevykdoma ne dėl konkrečių asmenų kaltės, o dėl teisinio reikalavimo neįvykdomumo - dėl to, kad jį dėl kažkokių priežasčių apamai neįmanoma įvykdyti.

Tokia neleistina situacija turi nedelsiant sukelti veiksmus įvykdomumui atstatyti. Išskirtini trys neįvykdomumo korekcijos etapai. Visuma atliekamų per tuos etapus

14 Justickis, V., Jasulaitis, A. Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdomumo įvertinimas. *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai* 2011, 1(3), 103-121.

15 Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Įstatymo įvykdomumas. šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. *Socialinių mokslų studijos*. 2010, 4(8), 89-107.

16 Justickis, V., Jasulaitis, A. Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdomumo įvertinimas. *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*. 2011, 1(3), 103-121.

17 Justickis, V., Saladis, T., Pamerneckas, A. Pamatiniai reikalavimai medicinos standartui: Lietuvos ir Didžiosios Britanijos medicinos standartų lyginamasis tyrimas. *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*, 2011. 1(3), 122-157.

18 Labanauskas, L.; Justickis, V.; Sivakovaitė, A.. Gynybinės medicinos reiškinių paplitimas Lietuvoje: (pagrindiniai 2440 Lietuvos gydytojų tyrimo rezultatai). *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*. 2011, 1(3), 158-169.

19 Justickis V., Saladis T. Medicinos standartai administracinės teisės sistemoje. *Socialinių mokslų studijos*, 2012 4(3), 1064- 1083.



veiksmų sudaro neįvykdymo korekcijos mechanizmą, kuris turi būti paleistas kiekvieną kartą, atsiradus tam tikros teisės normos neįvykdymui.

### 1. *Neįvykdymo fakto iškelimas (aiškinimas ir paskelbimas).*

Išeities taškas nagrinėjant tam tikrą teisinio reikalavimo neįvykdymą yra tai, ką galima būtų apibūdinti kaip *įstatymo įvykdymo prezumpcija*. Sutinkamai su ja, įstatymas (ir bet koks kitas teisės aktas) laikomas įvykdomu tol, kol neįrodyta priešingai. Šios prielaidos pagrindas - įstatymo adresatų pasitikėjimas įstatymo leidėju. Tikima, kad, leidžiant teisės aktą, atsižvelgta visų teisėkūros reikalavimų, tarp jų ir įvykdymo.

Tai reiškia, kad, jeigu vykdant įstatymo reikalavimus subjektas visgi susiduria su sunkumais, jis privalo vadovautis prielaida, kad šie sunkumai gali ir turi būti įveikti. Iš to seka, kad, jeigu jis ir nemato kelių jiems įveikti, jis turi tuos būdus surasti. Tam jis turi išsamiai išnagrinėti visas galimybes ir, jeigu jų nėra ar jos tiek ribotos, kad tai neleidžia įvykdyti teisės akto reikalavimų visa apimtimi, jis turi būti pasirengęs tai įrodyti (taip pat ir teisme).

Šis adresato teisinio reikalavimo pareiškimas dėl savo negalėjimo įvykdyti šio reikalavimo ir yra *pirminė, inicijuojanti neįvykdymo korekcijos grandis*.

Iš to išplaukia ypatingas šio adresato vaidmuo, paleidžiant visą tam tikros teisės akto neįvykdymo korekcijos mechanizmą.

Reikalas tas, kad iki momento, kol kažkam iškeltas teisinis reikalavimas ir jis pabando jį įvykdyti teisiškai, šio reikalavimo neįvykdymas yra paslėptas. Teisės normos adresatas yra pirmas, kam tenka patirti jo neįvykdymą. Taigi, jis vienintelis, kas gali šį neįvykdymą išaiškinti ir iškelti aikštėn. Jeigu dėl baimės, savanaudiškų interesų, pasyvumo ar kitų priežasčių jis nuslėps teisės normos neįvykdymo faktą, tas faktas ir toliau liks nežinomas. Tai turės daug neigiamų pasekmių. Teisinio akto reikalaujami veiksmai nebus atliekami, jo tikslas nebus pasiektas, jo reguliuojama socialinės sistemos dalis bus nefunkcionala.

Dėl to būtent teisinio reikalavimo adresatui turi būti uždedama neįvykdymo išaiškavimo, pranešimo apie jį ir jo įrodinėjimo pareiga.

### 2. *Galimybių užtikrinti teisės akto įvykdymą paieška ir įvertinimas.*

Tam tikro teisės akto neįvykdymo fakto nustatymas atskleidžia visiškai neleistiną teisinės sistemos disfunkciją ir sukelia būtinybę ją nedelsiant pašalinti.

Tam tikslui iš karto tenka atsakyti į svarbiausią klausimą, kokį iš dviejų korekcijos kelių pasirinkti:

1. Nekeisti neįvykdomo teisės akto, bet sudaryti trūkstančias sąlygas jo įvykdymui užtikrinti;

2. Taisyti neįvykdomą teisės aktą, apribojant jo reikalavimus tik įvykdomais ir atsisakant nuo neįvykdomų.

Kad galima būtų padaryti šį principinį pasirinkimą, reikia nustatyti, ar yra galimybės sudaryti minėtas trūkstančias sąlygas. Tam turi būti atlikta tokių galimybių paieška.

Nustatymas, kas turi būti padaryta įvykdymui užtikrinti, atveria kelią atsakymui į klausimą, kas turėjo tai padaryti. Pavyzdžiui, jeigu gydytojas negalėjo paskirti reikiamo gydymo dėl to, kad tam trūksta reikiamų vaistų, kyla klausimas, kas galėjo ir turėjo užtikrinti, kad tie vaistai būtų. Arba, jei gydytojui trūksta laiko, kad galėtų tinkamai diagnozuoti susirgimą, kyla klausimas, kas turėjo pasirūpinti, kad jo užtektų.

Jeigu tai gydytojo vadovas, tai jam perkeliama atsakomybė už žalą, kurią jo neveikimas padarė pacientui.

Tačiau, jeigu gydytojo vadovas sugeba įrodyti, kad dėl kažkokių objektyvių priežasčių jis negalėjo atlikti reikalaujamų iš jo veiksmų (tai išeina už jo tarnybinių įgaliojimų ribų, nebuvo reikiamų sąlygų ir pan.), tęsiama subjekto, kuris turėjo užtikrinti teisės normos įvykdymą, paieška. Išaiškinamas tas tolimesnis asmuo, kuris tokius įgaliojimus turėjo. Jį nustačius preziumuojama jo atsakomybė už teisinio reikalavimo neįvykdymo pasekmes.

Tuo būdu turime nuoseklią asmens, atsakingo už teisės reikalavimo neįvykdymą, paieškos „grandinę“. Jos tikslas – ne tik nustatyti tikrą kaltininką. Dar svarbesnė jos vadybinė-organizacinė paskirtis: ji leidžia išaiškinti, kokioje valdymo sistemos grandyje yra disfunkcija, dėl kurios teisinis reikalavimas tapo neįvykdomu.

Šios disfunkcijos išaiškinimas sukelia tolimesnius veiksmus jai koreguoti.

Antrasis neįvykdymo korekcijos etapas yra baigiamasis, jeigu jo metu nustatoma, kas turi būti padaryta įvykdymui užtikrinti ir kas atsakingas už tai, kad tai būtų padaryta. Tačiau jei nerandama galimybių užtikrinti įvykdymą, atsiranda ir trečiojo etapo reikalingumas.

*3. Teisinės pasekmės, pasitvirtinus teisinio reikalavimo neįvykdymui. Teisės normos patikslinimas.* Jei paaiškėja, kad nėra tinkamų priemonių neįvykdymui pašalinti, ir atitinkamai, nėra asmens, kuris galėjo ir turėjo imtis atitinkamų priemonių, būtina paties teisinio reikalavimo korekcija. Patikslinama, kuri šio reikalavimo dalis yra kol kas neįvykdoma ir atsisakoma nuo jos, atitinkamai reformuluojant teisinį aktą.

Iš viso to seka tolimesnio reikalavimų gydytojui nagrinėjimo tvarka. Reikia:

1. patikslinti tuos reikalavimus,
2. nustatyti, ar jie įvykdomi sudėtingu atveju,
3. nustačius jų neįvykdymą, turime patikrinti, ar suveikė aprašytas neįvykdymo korekcijos mechanizmas.

### **3. Šiuolaikiniai teisiniai reikalavimai sveikatos apsaugos paslaugai ir gydytojo teisinė atsakomybė**

Pirmajame XXI amžiaus dešimtmetyje įvyko ženklūs sveikatos apsaugos teisės pokyčiai, kurie iš esmės pakėlė reikalavimus gydytojui ir sveikatos apsaugai apamai. Svarbiausi vaidmenį čia suvaidino du nauji pamatiniai reikalavimai sveikatos paslaugų kokybei: maksimalaus rūpestingumo (2001) ir atitikimo šiuolaikiniam mokslui (2010).

*Maksimalaus rūpestingumo kriterijus* suformuluotas Lietuvos Aukščiausiojo teismo (LAT) išaiškiniame vadinamoje Sandienės byloje<sup>20</sup>. Jis nustato, kad gydytojas yra

20 Lietuvos Aukščiausiasis teismas. *Nutartis 2001 m. lapkričio 14 d. Byloje Nr. 3K-3-1140*, 2001. [Žiūrėti 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.lat.lt/lt/teismo-nutartys/nutartys-nuo-1995-m..html>

atsakingas už tai, kad, gydant pacientą, būtų panaudotos visos priemonės reikiamam gydymo rezultatui pasiekti.

*Atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimas* įteisintas naujoje „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo“ redakcijoje (2 straipsnis 8 pastraipa)<sup>21</sup>. Joje patikslinama, ką reiškia „panaudoti visas priemones“. Iš šios pataisos seka, kad gydytojas turi panaudoti visas šiuolaikinio mokslo teikiamas galimybes, kurios gali būti naudingos gydymo rezultatui pasiekti. Jeigu gydytojas neįvykdo šių reikalavimų, jam tenka atsakomybė už nesėkmingo gydymo padarytą žalą pacientui.

Abejų pamatinių reikalavimų atsiradimas reiškė neprecedentinį reikalavimų gydytojui šuolį.

Iki 2010 kovo 1 d. Lietuvos gydytojas pats galėjo spręsti, taikyti tam tikrą mokslo rekomendaciją ar vadovautis tik savo patirtimi bei profesine intuicija. Dabar gi visų šiuolaikinio mokslo pasiekimų, kurie gali būti naudingi pacientui, panaudojimas tapo privalomu. Priešingu atveju jis turi būti pasirengęs įrodyti (taip pat ir teisme), kodėl tai buvo neįmanoma ar netinkama.

Ar tokie maksimalistiniai reikalavimai gydytojui yra teisėti?

Teigiamas atsakymas nekelia jokių abejonių.

Minėjome, kad svarbiausias šiuolaikinio mokslo rezultatas - naujų sėkmingo gydymo galimybių teikimas pacientui. Nei gydytojas, nei kas nors kitas neturi teisės atimti iš paciento nei vienos iš šių galimybių. Ženklus reikalavimų gydytojui padidėjimas sudaro teisinį pagrindą iš esmės gerinti gydymo kokybę, gydytojų kvalifikaciją, greitina sveikatos apsaugos pažangą.

Ar šie pamatiniai reikalavimai yra įvykdomi sudėtingu atveju?

Panagrinėsime reikalavimus 1. gydytojo kvalifikacijai, 2. jo bendradarbiavimui su kitais specialistais, 3. jo sugebėjimui užtikrinti būtiną sudėtingu atveju laiką ir kitus išteklius.

#### **4. Reikalavimai gydytojo kvalifikacijai sudėtingu atveju ir jų įvykdomumas**

Kaip minėjome, sudėtingu atveju gydytojas turi 1. iškelti ir patikrinti daugybę galimų diagnostinių versijų ir 2. pasirinkti tarp jų teisingą - geriausiai atitinkančią stebimus susirgimo simptomus.

Panagrinėkime, kokios teisinės pasekmės vienam ir kitam seka iš abiejų minėtų pamatinių teisinių reikalavimų.

1. Išsamaus diagnostinių versijų rinkinio sudarymas.

Sudėtingu atveju gydytojas nežino iš anksto, kuri iš daugybės organizmo sistemų sukėlė jo stebimus simptomus. Dėl to jam tenka pagalvoti apie visus galimus kiekvienos sistemos sutrikimus ir išnagrinėti, koku būdu kiekvienas iš jų galėjo sukelti tuos simptomus. Jeigu gydytojas neatsižvelgia bent vienos tokios galimybės ir neįtraukia jos į diagnostinių versijų sąrašą, kyla pavojus nenustatyti teisingos diagnozės. Tai užtraukia jam atsakomybę už nesėkmingo gydymo pasekmes, nes tuo atveju jis padarė ne viską

21 Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas (2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499) [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: [http://www3.lrs.lt/dokpaieska/forma\\_1.htm](http://www3.lrs.lt/dokpaieska/forma_1.htm).

(nebuvo maksimalaus rūpestingumo) ir išnaudojo ne visas šiuolaikinio mokslo teikiamas galimybes (nėra atitikimo šiuolaikiniam mokslui).

2. Išsamus kiekvienos šios versijos tinkamumo įvertinimas.

Sudarius diagnostinių versijų rinkinį, gydytojas turi kruopščiai išnagrinėti, kiek kiekvieno susirgimo vaizdas atitinka stebimus simptomus. Sutinkamai su atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimu, šis vaizdas turi būti pilnas (maksimalus rūpestingumas) ir taip pat atitikti šiuolaikinio mokslo žinioms apie įtariamą susirgimą.

Gydytojo žinių apie kiekvieną susirgimą apimtis, išplaukianti iš pamatinių reikalavimų, yra tikrai įspūdinga: tipiniai ir netipiniai susirgimo simptomai, susirgimo ypatumai atskirose pacientų grupėse (vaikai, pagyvenę, pacientai, kuriems nustatytas įvairios kilmės imunodeficitas ar , naudojantys įvairiausių vaistus ir pan.), paplitimas ir statistinės charakteristikos (simptomų pasireiškimas ir specifiskumas). Taigi iš gydytojo reikalaujama „žinoti viską apie viską“: disponuoti išsamiais žiniomis apie kiekvieną iš šiuolaikiniam mokslui žinomą susirgimą, kuris galėjo sukelti stebimus simptomus. Gydytojas, pavyzdžiui, negali teisintis, kad kažkokių mokslo žinių neatsižvelgė, nes apie jas paprasčiausiai nežinojo. Sutinkamai su minėtais pamatiniais reikalavimais, jis privalo kiekvienu atveju žinoti viską, kas gali būti naudinga gydymo tikslams pasiekti.

Šis reikalavimas, iš vienos pusės, visiškai teisėtas. Negalima leisti, kad nebūtų panaudotos bent viena šiuolaikinio mokslo teikiama galimybė vien dėl to, kad gydytojas apie ją neturėjo supratimo. Tačiau, iš kitos pusės, šio reikalavimo „žinoti viską“ neįvykdymas yra akivaizdus ir toli pralenkia realias gydytojo galimybes<sup>22</sup>.

## 5. Gydytojų specializacija kaip bandymas išspręsti neįvykdomų reikalavimų problemą

Sveikatos apsaugos praktikos atsakymas į prieštaravimą tarp reikalavimų gydytojo žinioms ir jo realių galimybių yra intensyvus specializacijos procesas.

Jis siekia apriboti reikalavimus gydytojui, atleisti nuo pareigos žinoti „viską apie viską“ ir leisti „žinoti viską apie kažką“. Dabartiniu metu yra jau virš 80 pagrindinių medicinos specialybių ir spartūs specializacijos procesai vyksta toliau<sup>23</sup>.

Paprastu atveju gydytojas pilnai išlieka savo specialybės rėmuose. Čia greitai progresuojanti medicinos specializacija iš tikrųjų išsprendžia reikalavimų gydytojo žinioms problemą. Kuo siauresnė gydytojo sritis, tuo lengviau žinoti apie ją viską.

Tačiau taip nėra sudėtingu atveju. Reikalas tas, kad daugumos stebimų simptomų priežastys toli išeina už bet kokios specializacijos ribų. Dėl to, tik gerai žinant ir kitom specialybėm priklausančius susirgimus, gydytojas gali suvokti, kaip kiekvienas iš jų galėjo sukelti stebimus simptomus. Šios žinios reikalingos ir tam, kad įvertinti, kiek tai tikėtina ir kuo dar galėtų pasireikšti. Taigi, nepaisant visų specializacijos procesų, „su-

22 Justickis V., Saladis T. Individuali gydytojo diagnostinės atminties struktūra. Medicininių standartų vaidmuo jos valdyme. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2012 1 (4), 266-292.

23 ABMS. Expansion of Specialties and Growth of Subspecialties. American Board of Medical Specialties, 2012. [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: [http://www.abms.org/About\\_ABMS/ABMS\\_History/Extended\\_History/Expansion.aspx](http://www.abms.org/About_ABMS/ABMS_History/Extended_History/Expansion.aspx).

dėtingas atvejis“ ir toliau reikalauja iš gydytojo būti „septynių amatų meistrų“ – turėti išsamių visų kitų specialybių žinių.

Prisiminkime aukščiau aprašytą sudėtingą atvejį.

Didelis trukdys (ypač pradinėse jo tyrimo stadijose) buvo tai, kad atskiri specialistai dirbo (kaip tai įprasta paprastuoju atveju) tik įprastose savo specialybės ribose: užsiiminėjo tik „savo“ simptomais, tik „savo srities“ jų atsiradimo paieškomis ir ne visada buvo pasirengę įžiūrėti priežastis, kurios buvo už jų specialybės ribų.

Charakteringas šiuo atžvilgiu epizodas susirgimo pradiniam etape, kai pacientui staiga pradėjo skaudėti dantis, išsivystė žandikaulio skausmas ir uždegimas. Dantų gydytojas, veikdamas savo specialybės ribose, įtarė labai neaiškų uždegimą vieno danties šaknyje ir žandikaulio periostitą, todėl iš karto išsiuntė pacientą žandikaulių chirurgui. Šis galvojo, kad uždegimo priežastis - sugedę dantys, todėl stomatologui teko juos uždegimo vietoje vieną po kito pašalinti. Tačiau šie veiksmai nedavė reikiamo efekto, per tris savaites minėti simptomai nesumažėjo. Tuo pačiu metu LOR ir radiologas pagal prienosinių ančių rentgenogramą diagnozavo žandinio ančio periostitą; mažutis svetimkūnis šio sinuso projekcijoje liko gydytojų nepastebėtas. Vėliau ir žandikaulių chirurgui toks mažas metalinis svetimkūnis nesukėlė jokių abejonių, nors išrašuose jis jau buvo užfiksuotas. Visas dėmesys buvo sutelktas į prasidėjusį žandikaulio osteomielitą, dėl ko operuotas žandinis sinusas.

Tačiau jeigu visi šie gydytojai veiktų ne tik savo specialybės ribose, bet būtų pažvelgę plačiau, tai radiologiškai rastas mažas metalinis svetimkūnis sinuso projekcijoje būtų turėjęs sukelti papildomų minčių apie esamo uždegimo kilmę. Šis krislas būtų laiku lokalizuotas ir pašalintas. Taip būtų išvengta negrįžtamų tolimesnių pakitimų organizme: neurologinių, oftalmologinių, psichinių ir kt. Tuo būdu jau pirminėje šio susirgimo stadijoje būtų pradėta nagrinėti teisinga susirgimo versija.

Kadangi procesas progresavo, į paciento gydymą buvo įtraukiama vis daugiau specialybių gydytojų, kurie taip pat tyrinėjo pacientą savo „srities ribose“. Onkologai įtarė piktybinį procesą sinuse, todėl pakartotinai operavo sinusus; tačiau pat. histologai to nepatvirtino. Oftalmologai pagerino matymą išoperuodami kitos akies kataraktą. Neurologai skruosto ir užakio skausmus susiejo su „liekamaisiais padariniais po dešinės akies kataraktos operacijos; dešinės akies judinamojo nervo daline pažaida“, todėl nekrepė dėmesio į akies obuolio protruziją. Radiologai gilinosi į pakitimus prienosiniuose ančiuose ir smegenyse, todėl dalis jų net neužsiminė apie metalinį svetimkūnį. Neurochirurgams aktualu buvo pašalinti pakitusius audinius retrobulbariai. Psichiatrai slopino psichomotorinį sujaudinimą medikamentais. Vidaus ligų gydytojai rėmėsi specialistų išvadomis, stebėjo pacientą ir laukė iš specialistų tolesnių išvadų. Kaskart buvo vis labiau tolstama nuo pirminių simptomų pasireiškimo ir esminės susirgimo priežasties nustatymo.

Nagrinėjant pateiktą atvejį visiems šiems gydytojams būtų labai naudinga prisiminti įvairiausių kitų sričių (ypač anatomijos, radiologijos, rinologijos, oftalmologijos, imunologijos, psichiatrijos) žinias. Aplamai paėmus, šio susirgimo raidoje vienaip ar kitaip pasireiškė įvairūs uždegiminiai procesai, ir visi jie „kirto“ siaurų specialybių ribas. Dėl to visais atvejais tiems procesams įtarti reikėjo gydytojo su „stereoskopiniu“

požiūriu, sugebančio matyti stebimus simptomus ne tik savo, bet ir visų kitų specialybių gydytojų akimis.

Tokio požiūrio nelabai galime tikėtis iš eilinio gydytojo, kuriam kasdien daugiausia tenka dirbti su daugybe paprastų atvejų. Tai skatina „neišeiti“ iš savo specialybės ribų, orientuotis tik į „savo“ pacientą, „savo“ simptomus ir „savas“ juos sukeliančias priežastis.

Reikalavimo gydytojo žinioms įvykdomumo užtikrinimo infrastruktūra.

Kaip gi galėtų būti sprendžiama reikalavimo gydytojo žinioms neįvykdomumo problema? Kaip žinoma, ilgas kelias, kurio neįmanoma praeiti pėsčiomis, gali būti sėkmingai įveiktas panaudojant šiuolaikines transporto priemones. Sprendžiant reikalavimų gydytojo žinioms problemą, į tokios „šiuolaikinės transporto priemonės“ vaidmenį pretenduoja šiuolaikinės informacinės – diagnostikos technologijos<sup>24</sup>.

Labiausiai žinomos – DiagnosisPRO<sup>25</sup>, Isabel<sup>26</sup>, UpToDate<sup>27</sup>, DXplain<sup>28</sup>.

Visos jos skirtos spręsti abu aukščiau minėtus „sudėtingo atvejo“ diagnozės uždavinius: sudaryti diagnostinių versijų rinkinį ir pateikti informaciją apie kiekvieną į jį įeinantį susirgimą.

1. Diagnostinių versijų rinkinio sudarymas. Įvedus atskirus stebimus simptomus ar jų derinį, gaunamas išsamus diagnostinių versijų rinkinys. Tuo gydytojas išlaisvinamas nuo vargingų bandymų pačiam sugalvoti „na, kas gi čia dar galėtų sukelti šį simptomą?“.

2. Diagnostinės informacijos apie kiekvieną suteikimas. Bakstelėjus per bet kurią į rinkinį įeinantį susirgimą, gydytojui pateikiama išsami diagnostinė informacija apie kiekvieną į šį rinkinį įtrauktą įtariamą susirgimą. Gydytojas išlaisvinamas nuo įtemptų pastangų prisiminti, „kuo jis čia dar galėtų pasireikšti“.

Kiekviena iš šių technologijų pretenduoja į išsamumą, kad ir įtariamų susirgimų rinkinys, ir informacija apie kiekvieną yra išsamūs šiuolaikinio mokslo požiūriu. Tam tikslui DiagnosisPRO autoriai pastoviai apžvelgia 104 nuolat atnaujinamus visų pagrindinių medicinos specialybių vadovėlius. Diagnostinė technologija „Isabel“ tam pačiam tikslui panaudoja specialią automatizuotą informacinę paiešką tokiose vadovėliuose. Sistema „UpToDate“ pati suformuota kaip milžiniškas (virš 10 000 psl.) universalus elektroninis vadovėlis, kuris nuolat atnaujinamas, pastoviai stebint 475 įvairių medicinos specialybių mokslinius žurnalus.

24 Reikia pabrėžti, kad čia kalbama tik apie diagnostines – informacines (vadinamas „priminimo“ technologijas), tai yra apie tokias, kurios tik aprūpina gydytoją informacija, kuri jam gali būti naudinga jam pačiam diagnozuojant, o ne apie diagnostines - sprendimo technologijas, kurios siekia pasiūlyti tam tikrą konkrečią diagnozę.

25 *DiagnosisPro 6.0 (CD-ROM - version)*. MedTech USA, 2010.

26 Maude J., Bauman D. H., Ramnarayan P., Tomlinson A. *Isabel Healthcare - Diagnosis Checklist System (On-line version)*. [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.isabelhealthcare.com/home/>.

27 Aronson M., Bocher B., Marx J., Fleisher G. *UpToDate*. Walter Kluwer 2012. [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.uptodate.com/>

28 Stephen P. Bartold, M.D., Hannigan, G. G. DXplain. *Journal of Medical Library Associations*, 90(2), 2002 [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC100779/pdf/i0025-7338-090-02-0267.pdf/>.

Visų laikų gydytojai galėjo tik svajoti apie technologijas, kurios, jam dirbant su „sunki atveju“ gali pateikti visą informaciją, besirandančią šimtuose vadovėlių ir mokslinių žurnalų, kurių didžiausios dalies jis niekada neskaitė ir neskaitys. Jam turėtų būti labai svarbi garantija, kad, jeigu tam tikras susirgimas bent viename iš šių vadovėlių paminėtas kaip galima tam tikro simptomo priežastis, šis susirgimas bus būtinai įtrauktas į įtariamų susirgimų sąrašą. Jam turėtų būti ne mažiau svarbu, kad kiekvienas ten paminėtas susirgimo požymis bus įtrauktas į jam teikiamą informaciją apie šį susirgimą. Pagaliau ypač svarbu, kad visa tai teikiama praktiniam panaudojimui patogiau – konkretaus atvejo diagnostinių versijų rinkinio forma.

Trys šių technologijų panaudojimo ir tobulinimo dešimtmečiai iš esmės pateisina tokia viltį. Daugybė jų veiksmingumo tyrimų apibendrinti keliose apžvalgose. Visos patvirtina ir be to gan aiškiai tiesą: jeigu diagnozuojant „sudėtingą atvejį“ gydytojui trūksta žinių ir šiam trūkumui užpildyti jis panaudoja galingas šiuolaikines informacines technologijas, diagnozės tikslumas nuo to tik pagerėja.

1. 2005 m. apžvalgos išvada: iš 97 metodiškai korektiškų diagnostinių technologijų taikymo tyrimų, dauguma (64%) iš esmės pagreitino diagnozės nustatymą, užtikrino susirgimų prevenciją, gydymą, vaistų dozavimą ir jų išrašymą<sup>29c</sup>. Panašus buvo rezultatas ir kitos britų mokslininkų atliktos apžvalgos (68 proc.)<sup>30</sup>. Ypač įspūdingai pagerėja pirminės diagnozės nustatymas, naudojant geriausias šiuolaikines diagnostines- informacines technologijas - Isabel, DxPlain, Diagnosis Pro<sup>®</sup><sup>31, 32, 33</sup>.

2. Kartu tyrimai parodė, kad tokių technologijų veiksmingumas labai priklauso nuo organizacinio – vadybinio jų panaudojimo sąlygų.

Didžiausią ir stabiliausią efektą jos duoda tais atvejais, jeigu šis panaudojimas gerai integruotas į kasdieninį gydytojo darbą. Galimybė pasinaudoti technologijos pagalba turi: 1. atsirasti tuo metu, kai gydytojui prireikia jos teikiamos informacijos; 2. šiai informacijai gauti gydytojas neturi atlikti laiką atimančių papildomų veiksmų (kažkur eiti, paleisti informacinę techniką, kreiptis į kažkokius specialistus ir pan.)<sup>34</sup>.

Organizaciniu požiūriu tai reiškia, kad reikia ne tik adaptuoti pačią informacinę – diagnostinę technologiją prie kasdieninio gydytojo darbo sąlygų. Reikia taip pat performuoti ir gydytojo darbo sąlygas bei parengti jį patį jų taikymui - suteikti jam

- 
- 29 Elkin P.L, Liebow M, Bauer B.A, et al. The introduction of a diagnostic decision support system (DXplain™) into the workflow of a teaching hospital service can decrease the cost of service for diagnostically challenging diagnostic related Groups (DRGs). *International Journal of Medical Information*. 2010, 79(11), 772-777.
- 30 Kawamoto K., Houlihan C. A, Balas E A., Lobach D. F. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *British Medical Journal* 2005 Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15767266>.
- 31 Bond WF, Schwartz LM, Weaver KR, Levick D, Giuliano M, Graber ML. Differential diagnosis generators: an evaluation of currently available computer programs. *Journal of General Internal Medicine*. 2012, 27(2), 213-219.
- 32 Thomasa N.J., Ramnarayanb P, Bellc M. J., at al. An international assessment of a web-based diagnostic tool in critically ill children. *Technology and Health Care*. 2008, 16 103–110
- 33 Carlson J, Abel M, Bridges D and Tomkowiak J. in *Healthcare*, 2011; 6(1):11-17.
- 34 Kawamoto K., Houlihan C. A, Balas E A., Lobach D. F. Ten pat.

tokias žinias ir įgūdžius, kad vyktų lengvas ir sklandus jų panaudojimas jo kasdieninėje gydytojo veikloje.

Aišku, tai neįmanoma be ženklių investicijų, plačių organizacinių – vadybinių priemonių, gydytojų apmokymo. Ar iš tikrųjų verta tai daryti?

Prieštaringa situacija, kai tam tikra šiuolaikinė technologija, iš vienos pusės, iš esmės padidina gydytojo darbo kokybę, bet, iš kitos - reikalauja didžiulių organizacinių - finansinių investicijų, yra gan būdinga šiuolaikinei sveikatos apsaugai. Kiekviena tokia technologija kelia tą pačią nelengvą dilemą: ką rinktis: pigią, bet blogą ar brangią, bet gerą sveikatos apsaugą.

Kiekvienu atveju atsakymas į šį klausimą negali būti duotas be konkrečios vadybinės ir finansinės analizės. Tik ji gali nustatyti technologijos panaudojimo „gryną pelną“ – investicijų ir gaunamo rezultato santykį ir atsakyti į pamatinį neįvykdomumo korekcijos klausimą. Klausimą, kas turėjo sureaguoti į aptariamo reikalavimo gydytojui neįvykdomumą, ieškoti būtų jam koreguoti ir šiuos paieškos metu nustatyti ir įvertinti informacinių diagnostinių technologijų galimybes, aptarsime baigiamajame straipsnio skyriuje.

## 6. Bendradarbiavimas su kitais specialistais sudėtingu atveju

Paprastu atveju gydytojas daugiausiai dirba savo specialybės rėmuose. Dėl to bendradarbiavimas su kitais specialistais nevaizduojama didesnio vaidmens. Tuo tarpu sudėtingu atveju jis vaidina pagrindinį vaidmenį. Bendradarbiavimas ypač svarbus tokio susirgimo diagnozei, kur susirgimo priežastys gali slypėti bet kurioje organizmo sistemoje ir neaišku, koks specialistas geriausiai gali jas išaiškinti.

Pagrindinė dabartinė bendradarbiavimo su kitais specialistais forma – paciento nukreipimas pas kitus specialistus konsultacijai ir tyrimui. Tokia būtinybė kyla gydytojui įtarus, kad jo stebimų simptomų priežastys yra už jo specialybės ribų. Gali atsitikti, kad specialistas, pas kurį nukreipta, neras jo specialybei priklausančių sutrikimų. Tuo metu keliamos naujos prielaidos ir pacientas nukreipiamas pas tolimesnį specialistą. Tolimesni nukreipimai kartojasi tol, kol galų gale pacientas ras „savo specialistą“, tą, kuris ir nustatys susirgimo priežastis.

Kuo sudėtingesnis susirgimas, kuo įvairesnės jo galimos priežastys, kuo neaiškesni simptomai, tuo didesnis neaiškumas, pas ką toliau nukreipti pacientą, ir tuo ilgiau vyksta „savo specialisto“ paieška, daugiau konsultacijų ir tyrimų prireikia, vėliau nustatoma teisinga diagnozė, kuri leidžia pradėti kryptingą gydymą. Pavyzdžiui, mūsų nagrinėtu sudėtingu atveju pacientui buvo skirta apie šimtą konsultacijų ir tyrimų, kuriuose dalyvavo dešimt įvairių specialybių gydytojų.

Dėl viso to, kuo sudėtingesnis atvejis, tuo didesnis „pabandymo“, „stichiškumo“, „spėliojimo“ momentas, pasirenkant specialistą eiliniam nukreipimui („Mes dar nebandėm nukreipti pas tokį specialistą. Gal pabandom? Gal bent jis ką nors ras?“). Todėl sudėtingu atveju daugiau „tuščių“, tai yra didesnio aiškumo neįnešusių konsultacijų ir tyrimų skaičius. Atitinkamai, daugiau nenaudingų laiko ir išteklių sąnaudų, kurias patiria pacientas ir sveikatos apsaugos sistema.



Būdingi sudėtingam atvejui neaiškumas ir spėliojimai išplaukia iš „prigimtinių“ nukreipimo sistemos trūkumų.

Pirma, čia tenka galvoti apie sunkiai išsprendžiamą klausimą dėl nukreipimų nuoseklumo. Pavieniam gydytojui sprendžiant šį klausimą, jis susiduria su „nukreipimo paradoksu“. Tam, kad teisingai nustatyti, ar tikslinga nukreipti pacientą pas tam tikrą specialistą, gydytojui pirmiausiai reikia turėti kuo platesnių tos specialybės žinių. Tačiau jis dėl to ir ketina nukreipti pas šį specialistą, kad jam šios specialybės žinių trūksta. Iš čia paradoksas – nukreipimo klausimą tenka spręsti neturint visų reikalingų šiam sprendimui žinių. Tai iš esmės padidina minėtą „spėliojimo“ ir nukreipimo atsitiktinumo elementą.

Tokioje nukreipimo tvarkoje glūdi rimtas pavojus, kad dėl atsitiktinų priežasčių teisinga diagnozė bus nustatyta pavėluotai ir dėl to bus praleistas laikas imtis veiksmingų gydymo priemonių.

Įsivaizduokime, kad pacientas gali būti nukreiptas pas specialistus A, B, C, D, E, F, H. Sakykime, kad kiekvieno konsultacijos reikia laukti dvi savaites. Panagrinėkime atvejį, kai veiksminga pagalba šiam pacientui gali būti suteikta, jei reikiamos gydymo priemonės bus imtasi mėnesio bėgyje ir jos būtinybę turi nustatyti specialistas F. Tam reikia, kad nukreipimas pas jį būtų bent antras. Paprastas tikimybinis paskaičiavimas parodo, kad ši tikimybė gan maža (28,6 proc.), tuo tarpu labiausiai tikėtina, kad pacientas pas tą specialistą pavėluos ir negaus savalaikės pagalbos (ši tikimybė sudaro net 71,4 proc.)<sup>35</sup>.

Nukreipimo sistemos trūkumai buvo žinomi seniai<sup>36</sup>. Buvo dedama nemažai pastangų jai tobulinti. Tačiau jokie patobulinimai negali panaikinti minėtų prigimtinių šios sistemos nuodėmių - nukreipimo paradokso ir būtinybės nepakankamų duomenų pagrindu nustatyti teisingą nukreipimų tvarką.

Radikaliausias šios problemos sprendimas - tai atsiradusi pastarais dešimtmečiais nauja diagnostinės veiklos forma MDMT (Multi-Disciplinary Medical Team).

Ji iš viso atsisako nuo neišsprendžiamos nukreipimo nuoseklumo nustatymo problemos sprendimo. Vietoje to, kiekvieną sprendimą, reikalaujantį įvairių specialybių žinių, kartu priima specialistų grupė, dirbanti pagal specialią tokio sprendimo priėmimo metodiką. MDMT idėjos užuomazga galėtų būti garsioji daktaro Houso lenta su joje surašytais simptomais, kurią kartu nagrinėja kompleksinė įvairių specialybių gydytojų grupė. Tačiau realiame MDMT vietoje lentos su simptomais – sudėtingos kompiuterinės technologijos, kurios užtikrina optimalų susirgimo duomenų pateikimą specialistų grupei, greitą reikiamos plačios medicininės informacijos gavimą, galimybes operatyviai susisiekti su papildomais specialistais<sup>37</sup>. Išvystytos detalios grupės susitikimų orga-

35 Bagdonavičius V., Kruopis J. Matematinė statistika: - Vilnius, Vaistų žinios, 2007.

36 Jauhar S., Referral System Turns Patients Into Commodities. The New York Times. 2009, May 25 th.

37 Kane, B., Saturnino L.. "Multidisciplinary Medical Team Meetings: An Analysis of Collaborative Working with Special Attention to Timing and Teleconferencing." *Computer Supported Co-operative Work (CSCW)* 2006, 15(5-6):501–535.

nizavimo ir eigos metodikos<sup>38</sup>. Ši diagnostinės veiklos forma greitai plinta, sukaupia didelę jos taikymo patirtis, atlikta daugybė jos taikymo veiksmingumo tyrimų<sup>39</sup>.

Paviršutiniškai žiūrint, tvarka, kai vietoje vieno gydytojo, su pacientu dirba visa jų grupė, atrodo neleistinu specialistų laiko švaistymu. Tačiau ši diagnostinės veiklos forma užkariauja pripažinimą būtent savo veiksmingumu. Iš karto, pasirinkus geriausią kelią, ir pacientas, ir sveikatos apsauga išlaisvinami nuo didžiulės naštos, kurią sukelia pacientų klajojimai ir su jais susietas didelis „tuščių“ nukreipimų skaičius. Savalaikė diagnozė sumažina išlaidas gydymui, leidžia jį pradėti ankstesnėje susirgimo stadijoje, kai pirminis gydymasis poveikis yra ir pigiausias, ir veiksmingiausias. MDMT laisva ir nuo nukreipimo sistema būdingų komunikacijos tarp specialistų problemų. Reikalas tas, kad, pacientui judant per nukreipimų grandinę, jį lydi sniego kamuolio greičiu didėjančios įvairiausios informacijos apie jį kiekis. Jau po kelių pirmųjų nukreipimų jos kiekis tampa neįveikiamas tolimesniems specialistams; jiems trūksta trumpo priėmimo laiku pilnai susipažinti su ja. Tuo tarpu MDMT užtikrina nepaliaujamą visų specialistų dialogą, kai bet kokie nauji duomenys ar idėjos nedelsiant aptariami ir įvertinami. Jis sudaro visiškai naujas galimybes gydytojo profesiniam augimui<sup>40</sup>

Nieko nuostabaus, kad ši forma yra tikras proveržis, sudėtingais atvejais greitai nustatant diagnozę, ir gydymo veiksmingumą<sup>41</sup>. Kartu čia vėl susiduriame su dilema, būdinga daugeliui pažangiausių medicininių technologijų, kuo veiksmingesnė technologija, tuo ji brangesnė. Dėl to šis proveržis yra imlus resursams, daug kainuoja<sup>42</sup>.

Taigi vėl susiduriame su dilema „pigi, bet bloga ar brangi, bet gera medicina“, kuri vėl gi negali būti išspręsta be konkrečios vadybinės ir finansinės analizės, kuri, savo ruožtu, būtina atsakymui į pagrindinį įvykdymo korekcijos klausimą: reikia apriboti teisinį reikalavimą ar yra galimybė užtikrinti jo įvykdomumą. Klausimą, kas ir kada turi atlikti tokią analizę ir pasirinkti sprendimą, vėl gi bus apsvarstytas baigiamajame straipsnio skyriuje.

## 7. Sudėtingas atvejis ir padidinti reikalavimai resursams

Sudėtingas atvejis pareikalauja daug laiko ir brangių tyrimų. Sveikatos apsaugos sistemoje problema, kur rasti tuos papildomus resursus sudėtingam pacientui, pilnai peradresuojama gydytojui. Pavyzdžiui, susidūręs su sudėtingu atveju, gydytojas turi pats rasti savo įtemptame darbo grafike visą tokiam atvejui reikalingą laiką. Keliant šį reikalavimą gydytojui, vadovaujamosi savotiška „guminės medicinos“ idėja, sutinkamai su kuria gydytojo laikas pasižymi begalinium elastingumu ir dėl to gydytojas gali

38 Batchelor I., McFarlane J. Multi-Disciplinary Clinical Teams. *Working papers of the Royal Commission on the NHS*, London 1980.

39 Fussell, S. R., Kraut R. E., Siegel J.. Co-ordination of communication: Effects of shared visual context on collaborative work. CSCW. Philadelphia, 2000, 21–30.

40 Hall P., Weaver L.. “Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road.” *Medical Education* 2001, 35(9):867–875.

41 Frosch, D. L., Kaplan. R M. “Shared Decision Making in Clinical Medicine: Past Research and Future Directions.” *American Journal of Preventative Medicine*. 1999. 17(4), 285–294.

42 Ten pat.

ir turi rasti laiką bet kam<sup>43</sup>. Ta pati idėja vyrauja ir teisėje, vertinant gydytojo, kuriam trūksta laiko, atsakomybę. Teismas nepriimtų gydytojo paaiškinimo, kad jam neužteko laiko kokiai nors diagnostinei ar gydomajai priemonei. Jam būtų atsakyta, kad jis privalėjo rasti šį laiką. Gydytojai puikiai supranta šį momentą. Iki šiol nei vienoje iš daugybės bylų prieš gydytojus jie nepanaudojo laiko trūkumo kaip gynybos argumento.

Tuo tarpu iš tikrųjų reikalavimo rasti laiką įvykdomumas žymiu mastu priklauso nuo to, kiek sveikatos apsaugos įstaigos darbo tvarka leidžia jam sudėtingu atveju rasti reikiamą papildomą laiką.

Galima teigti, kad dabartinės gydytojo darbo organizacijos formos ne tik ne teikia tokios galimybės, bet atvirkščiai priešinasi tam. Taip vyksta dėl to, kad resursų (ir ypač gydytojo laiko) pasiskirstymas sveikatos apsaugos įstaigoje orientuotas ne į teikiamų paslaugų apimtį, o į pacientų ar konsultacijų kiekį, ignoruojant reikiamo kiekvienu atveju darbo kiekį. Pavyzdžiui, šeimos gydytojo darbas organizuojamas ir apmokamas didžiąją dalimi pagal prie jo prisirašiusių pacientų skaičių. Kuo jų daugiau, tuo jiems sunkiau tilpti šio gydytojo priėmimo grafike, ir tuo mažiau laiko gydytojas gali skirti kiekvienam iš jų. Antro lygio gydytojo specialisto darbas įvertinamas ir apmokomas pagal suteiktų konsultacijų (kai kuriose sveikatos apsaugos įstaigose pagal schemą pirma, ketvirta, septinta ir t.t. konsultacija) skaičių. Kuo mažiau laiko bus skirta kiekvienam pacientui, tuo daugiau pacientų pakonsultuos šis gydytojas, tuo geresni bus jo darbo rodikliai ir apmokėjimas. Dėl to, skiriant sunkiam pacientui tiek laiko, kiek iš tikrųjų reikia, gydytojas sumažina savo uždarbį ir susiduria su būtinybe sutaupyti sudėtingam pacientui skirtą laiką kitų pacientų sąskaita.

Svarbu pažymėti, kad egzistuojanti tvarka nesudaro didesnių problemų paprastu, standartiniu atveju. Tačiau ji sukuria neįvykdomumo situaciją sudėtingu.

Galima galvoti apie įvairias šios problemos sprendimo kryptis.

1. Geriausiai būtų tiesiog pripažinti tai, kas yra tikrovėje: kad sudėtingi atvejai tikrai egzistuoja, ir kad jiems tikrai reikia daugiau laiko ir kitų resursų. Tai reikštų, kad jeigu gydytojui susidūrus su sudėtingu atveju, paaiškėja, kad pastarasis reikalauja tiek pat darbo ir kitų išteklių, kiek jo reikėtų dešimčiai paprastų, gydytojas turėtų teisę skirti šiam sudėtingam atvejui būtent tiek laiko (ir gauti atlygį), kiek paprastai skiriama dešimčiai paprastų. Toks sprendimas atimtų iš sveikatos apsaugos galimybę „taupyti“ sudėtingų atvejų sąskaita, verčiant gydytoją elgtis su sudėtingu taip, lyg tai jis yra paprastas. Manytumėm, kad toks sprendimas ne tik atspindėtų realią padėtį, bet ir labiausiai atitinka elementarios teisybės principus. Jis neleidžia uždėti visos sveikatos sistemos lėšų taupymo naštos tik vienai pacientų grupei, tiems, kuriems iš tikrųjų labiausiai reikalinga medicininė pagalba.

2. Visų šių problemų nekyla privačios sveikatos apsaugos sąlygomis, kuri yra orientuota ne į pacientų ar konsultacijų skaičių, bet suteiktinų paslaugų apimtį. Mokiam pacientui privačios įstaigos skiria tokią paslaugų apimtį, kuri jam reikalinga. Dėl to sudė-

43 Justickis V. Sveikatos sistemos paradoksas – „Guminė medicina“. //Gydytojų žinios. 2011 rugsėjo 15 d. Nr. 17 (524), 3-5.

tingo atvejo problemos yra papildomas argumentas pasiūlymams, tolimesnei sveikatos apsaugos sistemai privatizacijai<sup>44</sup>.

3. Specializuotų padalinių (prisiminkime daktaro House „Diagnostinės medicinos centrą“), skirtų darbui vien su sudėtingais atvejais sukūrimas<sup>45</sup>.

Kiekviena iš šių krypčių vėl iškelia tą pačią dilemą „pigi, bet bloga ar brangi, bet gera medicina“ ir aukščiau aptartas vadybines ir teisines pasekmes.

7. Neįvykdomumo problemos sprendimo perspektyvos

Tuo būdu, sudėtingu atveju gydytojas susiduria su teisinių reikalavimų jam neįvykdomumu. Jis negali turėti tiek žinių, organizuoti tokį bendradarbiavimą, skirti tiek laiko ir jėgų, kiek privalo sutinkamai su pamatiniais sveikatos apsaugos teisės reikalavimais.

Ši išvada nėra netikėta. Nei gydytojui, nei jo vadovams nėra paslaptis, kad pakankamai dažnai tenka susidurti su sudėtingesniais atvejais, kurie reikalauja žymiai daugiau laiko ir žinių, nei gydytojas turi. Nėra paslaptis ir tai, kad tai gali sąlygoti gydymo nesėkmę, žalą paciento sveikatai, gydytojo teisinį persekiojimą.

Galima būtų tikėtis, kad visa tai turėtų sukelti gydytojų ir jų vadovų reakciją, kad jie iškels šią problemą aikštėn, reikalaus arba sudaryti sąlygas dirbti su sudėtingu atveju ar, jei tai neįmanoma, riboti jų atsakomybę.

Tačiau realybėje nieko panašaus neįvyksta.

Sveikatos apsaugos organizacija ir toliau orientuota vien į paprastą atvejį ir elgiasi taip, lyg gydytojui užtenka laiko ir žinių visiems atvejams, su kuriais jis susiduria. Dėl to ir toliau jam vienam uždedama atsakomybė už visas neigiamas neįvykdomumo pasekmes, pavyzdžiui, pacientui padarytą žalą.

Šis atotrūkis tarp gydytojo realių galimybių ir reikalavimų jam gerai jaučiamas kasdieninėje gydytojo veikloje. Jis verčia gydytojus vengti sudėtingų atvejų, o susidūrus su jais, vengti atsakingesnių sprendimų.

LGS atliktas 2440 Lietuvos gydytojų tyrimo metu 83,0 proc. gydytojų patvirtino, kad vengia sudėtingų atvejų, 9,7 proc. daro tai pastoviai. Tai taip pat daroma vengiant paciento, turinčio sudėtingesnę susirgimą (pvz., nukreipiant jį pas kitą gydytoją), vengiant atsakingesnių sprendimų, susilaikant nuo ryžtingesnių, nors ir aiškiai reikalingų, veiksmų, taikant įvairias savęs „apdraudimo“ priemones (darant aiškiai nereikalingus tyrimus, vengiant daryti sudėtingesnes procedūras, išrašant nereikalingus vaistus ir pan.), reikalaujant iš pacientų įvairiausių rašytinių sutikimų, kurie turėtų apsaugoti gydytoją nuo bet kokios galimos atsakomybės. Šios vengimo taktikos pasekmė – nesavalaikė diagnozė, praleistos galimybės padėti pacientui, nepateisinamas sveikatos apsaugos sistemos apkrovimas, gydytojo teisinis persekiojimas (išnagrinėjome kitose

44 Simašius R., Privačios medicinos galimybės ir jos įgyvendinimo technologijos Lietuvoje. LLRI seminaras „Privačios medicinos perspektyvos Lietuvos sveikatos sistemoje“. Vilnius, 2004 m. Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.lrinka.lt/Pranesim/Privmedrs.phtml>.

45 Blik at al. HOUSE Medical Reviews. Polite dissent. 2004-2011 Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.politedissent.com/archives/>.

publikacijose).<sup>46</sup> Visa tai padaro tolimesnį neigiamą poveikį santykiams tarp gydytojo ir paciento, įvairiems sveikatos apsaugos aspektams<sup>47</sup>.

Taigi, turime reikalą su aiškiausia neįvykdomumo problema. Matėme, kad neįvykdomumui atsiradus, nedelsiant turi įsijungti jos korekcijos mechanizmas ir kad jį turi paleisti neįvykdomo reikalavimo adresatas. Mūsų atveju tai - gydytojas. Jis pirmas susiduria su pamatinių teisinių reikalavimų neįvykdomumu, jam vienam tenka prisiimti atsakomybę už nesėkmingo gydymo padaryta žalą, jam tenka tenka vengti sudėtingų atvejų, kurie aiškiausiai prieštarauja gydytojo profesiniams jausmams ir etikai. Kodėl gi gydytojai nekelia neįvykdomumo problemų?

Yra nemažai veiksmų, kurie trukdo tam.

Pirmiausiai, sveikatos apsaugos sistema aplamai pasižymi ypatingai didele inercija, pasipriešinimu pokyčiams ir bet kokioms inovacijoms<sup>48</sup>. Šią inerciją sukelia, iš vienos pusės, pats didžiulis gydytojo darbo atsakingumas. Jis verčia gydytoją itin atsargiai žiūrėti į bet kokias naujoves bei pokyčius. Tačiau iš kitos, ši gydytojo darbo ypatybė sudaro patogią galimybę ramiai laikytis nusistovėjusios tvarkos, gyventi, nieko nekeičiant, besipriešinant bet kokioms, net ir reikalingiausiomis inovacijoms.

Kita priežastis – to paties neįvykdomumo sukeliama gydytojo teisinės padėties silpnumas ir iš to išplaukiantis jo pažeidžiamumas. Turint reikalą su sudėtingu atveju, gydytojas negali skirti jam tiek dėmesio ir laiko, neturi tiek žinių, negali užtikrinti kitų specialistų pagalbos, kaip reikia. Gydytojui tenka išmokti gyventi su mintimi, kad sudėtingu atveju jis ne viską spėjo pažiūrėti, ne viskam turėjo laiko, ne apie viską pagalvojo, kad dirbant su „tokiu atveju“ tikriausiai praleidžiami svarbūs dalykai, kad tenka priimti gausybę ne iki galo apgalvotų ir nepakankamai patikrintų sprendimų ir kad šie sprendimai būna ir klaidingi.

Tai gali ir nesukelti jam pasekmių tol, kol jis yra „nematomas“, kol jis pats ir jo darbas nieko nedomina. Viskas pasikeičia, jeigu pateiktas skundas, pradėta byla, darbą tikrina oficiali institucija, atsirado priešų ar juo dėl kažko nepatenkinta vadovybė. Tokiu atveju toks jo darbo patikrinimas lengvai nustato jo veiksmų neatitikimą dabartiniams maksimalistiniams teisiniams reikalavimams. Dėl to auksinė gydytojo saugumo taisyklė: „Būk nematomas!“ „Neišsikišk!“ sulauko jį nuo bet kokios iniciatyvos, ypač tokios ryžtingos, kaip pareiškimas dėl tam tikro reikalavimo neįvykdomumo.

Itin svarbi gydytojo susilaikymo nuo neįvykdomumo faktų iškėlimo priežastis glūdi mūsų teisinėje sistemoje. Dabartinis teisinis reguliavimas ir nekelia gydytojui pareigos pareikšti apie jo vykdomo teisės akto neįvykdomumą. Tai leidžia gydytojui spręsti su neįvykdomumu susietas problemas gynybinės medicinos metodais – vengiant sudėtingų atvejų bei atsakingesnių sprendimų.

46 Justickis V., Jasulaitis A. Ten pat.

47 Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Ten pat.

48 Forman R., Medical resistance to innovation // *Medical Hypotheses*, The University of Toledo. 8, 1981, 1009-1017. Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: [http://www.seanet.com/~alexs/ascorbate/198x/forman-r-med\\_hypotheses-1981-v7-n8-p1009.htm](http://www.seanet.com/~alexs/ascorbate/198x/forman-r-med_hypotheses-1981-v7-n8-p1009.htm).

Dėl visų šių priežasčių reikalingas teisės aktas, kuris įpareigoja gydytoją pranešti jo vadovybei apie bet kokias aplinkybes, kurios neleidžia jam užtikrinti reikiamos savo darbo kokybės.

Lietuvos gydytojų sąjunga sudarė darbo grupę (į kurią įeina ir vienas iš šio straipsnio autorių), kuri parengė teikti Seimui įstatymo pasiūlymus, kurių tikslas ir yra įpareigoti gydytoją pranešinėti apie bet kokias aplinkybes, kurios neleidžia jam užtikrinti iš jo reikalaujamos darbo kokybės<sup>49</sup>. Sutinkamai su šiais pasiūlymais, Lietuvos respublikos medicinos praktikos įstatymo dešimtas straipsnis turi būti papildytas. Nauja 12 pastaipa nustato: „esant aplinkybėms, kurios neleidžia užtikrinti aukštą jo teikiamų sveikatos paslaugų kokybę, gydytojas privalo nedelsiant informuoti apie tai sveikatos apsaugos įstaigos vadovybę (vidaus auditą)“.

Šis pranešimas turi paleisti šių aplinkybių ištyrimo ir problemų sprendimo mechanizmą. Sekanti siūloma pastraipa reglamentuoja, kaip tai turi būti padaryta: „13). Įstaigos (vidaus audito) vadovas gavęs tokį pranešimą privalo išnagrinėti nurodytas aplinkybes ir, joms pasitvirtinus, sustabdyti atitinkamos sveikatos apsaugos paslaugos teikimą ir nedelsiant imtis atitinkamų priemonių“. Paaiškėjus, kad šių problemų neįmanoma išspręsti vien įstaigos jėgomis, paleidžiama tolimesnė priežasčių išaiškinimo ir sprendimo paieškos grandininė - instancijos, kuri gali išspręsti, paieška. Šį momentą reglamentuoja tokia pastraipa: „15. Jeigu kliūtis reikalaujamam sveikatos apsaugos lygiui užtikrinti negali būti pašalinta sveikatos apsaugos institucijos vadovo sprendimu, apie tai pranešama Valstybinei akreditavimo tarnybai sveikatos priežiūros veiklai tirti prie Sveikatos apsaugos ministerijos“.

Tuo būdu atsakomybė už neįvykdomumo problemos sprendimą perkeliama būtent subjektui, kuris turi įgaliojimus ir kitas galimybes spręsti ją: „17). Jeigu gydytojas pranešė apie kliūtis, kurios trukdo užtikrinti aukštą jo teikiamų sveikatos apsaugos kokybę, tačiau įstaigos vadovybė ar kita atitinkama institucija nesiėmė reikiamų priemonių šiai kliūčiai pašalinti, atsakomybė už nepakankamą sveikatos apsaugos kokybę pasekmes, tame tarpe pacientui padarytą žalą, tenka šiai vadovybei ar institucijai“.

## Išvados

1. Dabartinis gydytojo teisinės atsakomybės reglamentavimas labiausiai orientuotas į abstraktų standartinį atvejį, kuris nepasižymi jokių sudėtingumu. Tuo tarpu realūs atvejai, su kuriais susiduria gydytojas, yra labai skirtingi pagal savo sudėtingumo lygį.

2. Sudėtingu atveju pamatiniai teisiniai reikalavimai, reglamentuojantys gydytojo teikiamų sveikatos apsaugos paslaugų kokybę (maksimalaus rūpestingumo ir atitikimo šiuolaikiniam mokslui), kelia neįvykdomus reikalavimus gydytojo žinių lygiui ir reikiamam bendradarbiavimui su kitais specialistais, bei gydytojo galybėms skirti tokiam pacientui jam reikalingą laiką.

49 Justickis V. Sveikatos sistemos paradoksas – „Guminė medicina“. Gydytojų žinios. 2011 rugsėjo 15 d. Nr. 17 (524), 3-5.

3. Šiuolaikinis mokslas ir medicinos praktika teikia galimybes užtikrinti būtiną sudėtingu atveju gydytojo žinių, bendradarbiavimo su kitais specialistais, laiką ir kitus išteklius. Tačiau šios galimybės liko už mūsų sveikatos apsaugos dėmesio ribų.

4. Pamatinių reikalavimų neįvykdymas sukėlė neigiamas pasekmes sveikatos apsaugai ir, visų pirma, teikiamų „sudėtingu atveju“ paslaugų kokybei. Atsirado „gynybinės medicinos“ reiškiniai: gydytojai vengia sudėtingų atvejų, nepriima atsakingesnių sprendimų, imasi daugybės apsisaugojimo nuo galimų kaltinimų priemonių (nereikalingi tyrimai, konsultacijos, vaistai, teisiniai dokumentai tikslu nusiimti atsakomybę ir pan.). Svarbu vaidmenį dirbant su „sudėtingais atvejais“ vaidina jų nepripažinimas sudėtingais, pasirinkimas simptominio gydymo sudėtingais atvejais, delsimas, kol susirgimo progresavimas sukels specifinius simptomus.

5. Gynybinės medicinos būdai, skirti gydytojui apsisaugoti nuo neįvykdomų reikalavimų sudėtingu atveju yra neįvykdomumo problemos „pseudosprendimas“: nuo nepamatuotų reikalavimų ginamasi menkinant sveikatos apsaugos paslaugų kokybę, sukeliant nereikalingą sveikatos apsaugos sistemos apkrovimą (nereikalingi tyrimai, konsultacijos, įvairūs gydymo būdai, vaistai), pažeidžiant pacientų pasitikėjimą ir tuo pačiu bloginant santykius tarp gydytojo ir paciento.

6. Pamatinių teisinių reikalavimų neįvykdymas sunkiais atvejais turėjo atkreipti į save gydytojų ir sveikatos apsaugos organizatorių dėmesį ir sukelti veiksmus neįvykdomumo korekcijai. To neįvyko dėl to, kad mūsų teisinėje sistemoje nesuveikia pirminė reagavimo grandis – teisinio reikalavimo adresato (mūsų atveju – gydytojo) pareiškimas, kad jis nepajėgus užtikrinti įstatymo reikalaujamą darbo kokybę dėl objektyvių, nuo jo nepriklausančių priežasčių.

7. Iš to kyla būtinybė papildyti gydytojo atsakomybę reglamentuojančius teisės aktus specialia nuostata, kuri įpareigoja gydytoją pranešti apie aplinkybes, neleidžiančias jam užtikrinti įstatymo reikalaujamos kokybės, o jo vadovus – nustatyti valdymo sistemos grandį, kurioje turi būti imtasi priemonių, užtikrinančių teisės normos įvykdomumą.

## Literatūra

1. ABMS. Expansion of Specialties and Growth of Subspecialties. American Board of Medical Specialties, 2012. Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: [http://www.abms.org/About\\_ABMS/ABMS\\_History/Extended\\_History/Expansion.aspx](http://www.abms.org/About_ABMS/ABMS_History/Extended_History/Expansion.aspx).
2. Aleksiūnienė I., Justickis V., Retrobulbarinis pseudotumoras: klinikinio atvejo aprašymas ir literatūros apžvalga.// Medicinos teorija ir praktika. 2012/3 (Spaudoje).
3. Aronson M., Bocher B., Marx J., Fleisher G. UpToDate. Walter Kluwer 2012. Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.uptodate.com/>.
4. Bagdonavičius V., Kruopis J..Matematinė statistika: - Vilnius, Vaistų žinios, 2007.
5. Bargman J.M., Skorecki K. Chronic Kidney Disease. Harrison's principles of internal medicine. 17-th edition. N.Y., McGraw Hill 2008, 1761-1771.
6. Batchelor I., McFarlane J.. Multi-Disciplinary Clinical Teams. Working papers of the Royal Commission on the NHS,London 1980.

7. Bertolini R., Leutert G., Rother P., Scheuner G., Wendler D. Systematische Anatomie des Menschen. 2 Auflage. Berlin, VEB Verlag Volk und Gesundheit 1982, 501,502.
8. Blik at al. HOUSE Medical Reviews. Polite discent. 2004-2011 Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.politedissent.com/archives/>.
9. Bond WF, Schwartz LM, Weaver KR, Levick D, Giuliano M, Graber ML. Differential diagnosis generators: an evaluation of currently available computer programs. // Journal of General Internal Medicine. 2012, 27(2),213-219.
10. Carlson J, Abel M, Bridges D and Tomkowiak J. The Impact of a Diagnostic Reminder System on Student Clinical Reasoning During Simulated Case Studies. //Simulation in Healthcare, 2011; 6(1):11-17.
11. Croskerry P, Cosby K., Schenkel S.M., Wears R.L. Patient Safety in Emergency Medicine. N.Y, Wolters Kluwer 2009.
12. Dunham B.H. Medical Malpractice Law and Litigation. 2005 Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.expertlaw.com/library/malpractice/malpractice.html>.
13. Elkin P.L, Liebow M, Bauer B.A, et al. The introduction of a diagnostic decision support system (DXplain™) into the workflow of a teaching hospital service can decrease the cost of service for diagnostically challenging diagnostic related Groups (DRGs). //International Journal of Medical Information. 2010, 79(11), 772-777.
14. Forman R., Medical resistance to innovation. Medical Hypotheses, The University of Toledo. 8, 1981, 1009-1017. Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: [http://www.seanet.com/~alexs/ascorbate/198x/forman-r-med\\_hypotheses-1981-v7-n8-p1009.htm](http://www.seanet.com/~alexs/ascorbate/198x/forman-r-med_hypotheses-1981-v7-n8-p1009.htm).
15. Frosch, D. L., Kaplan. R M. Shared Decision Making in Clinical Medicine: Past Research and Future Directions. //American Journal of Preventive Medicine. 1999. 17(4), 285–294.
16. Fussell, S. R., Kraut R. E., Siegel J.. Co-ordination of communication: Effects of shared visual context on collaborative work. Computer Supported Co-operative Work (CSCW). Philadelphia, 2000. 21–30.
17. Gibson R, Singh J.P. Wall of silence. Washington 2003.
18. Hall P, Weaver L. “Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road.”// Medical Education 2001, 35(9):867–875.
19. Jauhar S., Referral System Turns Patients Into Commodities. //The New York Times. 2009, May 25th.
20. Justickis V. Sveikatos sistemos paradoksas – „Guminė medicina“. //Gydytojų žinios. 2011 m. rugsėjo 15 d. Nr. 17 (524), 3-5.
21. Justickis V., Saladis T. Individuali gydytojo diagnostinės atminties struktūra. Medicininių standartų vaidmuo jos valdyme. //Sveikatos politika ir valdymas. 2012 1 (4), 266-292.
22. Justickis V., Saladis T. Medicinos standartai administracinės teisės sistemoje. //Socialinių mokslų studijos, 2012 4(3), 1064- 1083.
23. Justickis, V, Saladis, T., Pamerneckas, A. Pamatiniai reikalavimai medicinos standartui: Lietuvos ir Didžiosios Britanijos medicinos standartų lyginamasis tyrimas. // Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai, 1(3), 122-157.
24. Justickis, V., Jasulaitis, A. Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdymo įvertinimas. // Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai 2011, 1(3), 103-121.
25. Justickis, V., Jasulaitis, A. Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdymo įvertinimas. // Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai. 2011, 1(3), 103-121.
26. Kane B.T. An Analysis of the Dynamics of Multi-Disciplinary Medical Team. Meetings and the Use of Communication Technology. University of Dublin, 2008.



27. Kane, B., Saturnino L.. "Multidisciplinary Medical Team Meetings: An Analysis of Collaborative Working with Special Attention to Timing and Teleconferencing."// Computer Supported Co-operative Work (CSCW) 2006, 15(5-6): 501-535.
28. Kawamoto K., Houlihan C. A, Balas E A., Lobach D. F. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *British Medical Journal* 2005 Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15767266>.
29. Kohn L.T, Janet M., Corrigan J., et al. *To err is human*. Washington, 2000.
30. Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Įstatymo įvykdomumas. šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. //Socialinių mokslų studijos. 2010, 4(8), 89-107.
31. Labanauskas, L.; Justickis, V.; Sivakovaitė, A.. Gynybinės medicinos reiškinių paplitimas Lietuvoje: (pagrindiniai 2440 Lietuvos gydytojų tyrimo rezultatai) // Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai. 2011, 1(3), 158-169
32. Lietuvos Aukščiausiasis teismas. Nutartis 2001 m. lapkričio 14 d. Byloje Nr. 3K-3-1140, 2001. Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.lat.lt/lt/teismo-nutar-tys/nutar-tys-nuo-1995-m..html>
33. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas (2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499) Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <[http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=359503](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=359503).
34. Maude J., Bauman D. H., Ramnarayan P., Tomlinson A. Isabel Healthcare - Diagnosis Checklist System (On-line version). Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.isabelhealthcare.com/home/>.
35. Meador C., Pribor H., Kerendian S. *DiagnosisPro 6.0* ( CD-ROM - version). MedTech USA, 2010.
36. Molla S., Walshe K., Boaden R (eds.). *Patient Safety. Research into Practice*. N.Y. 2006.
37. Pavilionis S, Burneckis E., Gavelis V., Mikėnienė R., Stropus R., Tamašauskas K., Urbonas A., Žvirdauskas S. Žmogaus anatomija. 2-asis patais. leid. *Mokslas*, 1984, 521-523, 552.
38. Sage W., Kersh R. *Medical Malpractice and the US Health Care System*. Cambridge 2006
39. Simašius R., *Privačios medicinos galimybės ir jos įgyvendinimo technologijos Lietuvoje*. LLRI seminaras "Privačios medicinos perspektyvos Lietuvos sveikatos sistemoje". Vilnius, 2004 m. Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.lrinka.lt/Pranesim/Privmedrs.phtml>.
40. Sloan F., Chepke L. *Medical malpractice*. Cambridge, Mass.: MIT Press 2010.
41. Stephen P. Bartold, M.D., Hannigan, G. G. *DXplain*. *Journal of Medical Library Associations*, 90(2), 2002 Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC100779/pdf/i0025-7338-090-02-0267.pdf>
42. Thomasa N.J., Ramnarayanb P, Bellc M. J., at al. An international assessment of a web-based diagnostic tool in critically ill children. *Technology and Health Care* 16, 2008 103-110
43. Walshe, K., Boaden, R. (Eds.) *Patient Safety. Research into Practice*. N.Y., Open University press, 2006.

## Difficult (sophisticated) case in doctor's activities. Limits of the feasibility of legal demands to a physician

**Viktoras Justickis**

Mykolas Romeris University, Lithuania

**Iloņa Aleksiiūnienė**

Centre of The Medical Diagnosis and Treatment,  
Antakalnis Outpatient Clinic, Lithuania

### Summary

*Complicity of tasks doctor meets in his everyday activities are very different: both most simple and highly sophisticated ones. However the legal regulation of doctor's responsibility neglects the degree of complicity of his task and addresses an abstract standard case that is free of any complicity. This paper addresses this problem and discusses its practical and legal implications.*

*A sophisticated case is such one in which doctor meets especially high intellectual, physical, psychic, and etc. demands that reach or overpass the limits of his abilities and there are no clear ways to deal with these difficulties.*

*The difficulties that doctor meets diagnosing arise from especially high demands to doctor's medical knowledge, which mostly exceeds his real abilities. This problem can in some degree can be solved by the modern "prompting" technologies (DiagnosisPRO6, Isabel, Dynamed, UpToDate, DXplain ir kt.). The legal situation in which correct diagnosis could be done using one of these technologies but was not done because they were not used is discussed.*

*A sophisticated case demands the wide and very intensive cooperation with other specialists. The main problem met here is that the organization of an efficient cooperation demands doctor's knowledge that exceeds limits of his specialty. The most radical solution of the doctor's cooperation problem is Multi-Disciplinary Medical Team (MDMT).*

*The sophisticated case is highly resource - demanding. It needs much more doctor's time and other medical resources than the regular one. The organization of the health care usually tends to ignore this demand or to vest responsibility for arranging additional time on doctor.*

*The most efficient way to solve this problem is to recognize both the very existence of sophisticated cases and the high work load it demands. Large-scale privatization seems to be another prospective way to solve the problem.*

*The need to reform doctor's liability system and obstacles for such reform are discussed.*

**Keywords:** *difficult medical case, sophisticated medical case, feasibility of law. standards of health care service, doctor's liability.*

---

**Viktoras Justickis**, Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto Psichologijos katedros profesorius. Mokslinių tyrimų kryptys: medicinos teisė, kriminologija, psichologija.

**Iloņa Aleksiiūnienė**, Medicinos diagnostikos ir gydymo centras, Vš.Į. Antakalnio poliklinika, gydytojas - oftalmologas. Mokslinių tyrimų kryptys: oftalmologija, oftalmologinė chirurgija, sveikatos apsaugos organizacija ir vadyba.

---

**Viktoras Justickis**, Mykolas Romeris University, Faculty of Social Policy, Department of Psychology, Professor. Research interests: medical law, criminology, psychology.

**Iloņa Aleksūnienē**, Medical Diagnostic and Treatment Centre, Antakalnis outpatients clinic. Research interests: ophtalmology, ophtalmological surgery, organization and management of the healthcare.