

GYDYTOJO ŽINIOS, NUSTATANT SUSIRGIMO DIAGNOZĘ. MEDICININIŲ STANDARTŲ VAIDMUO, FORMUOJANT JAS¹

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

Tomas Saladis

Vš.Į. „Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė“
Šiltnamių g. 29, LT-04129 Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: tomas.saladis@rvul.lt

Santrauka

Straipsnyje nagrinėjami komunikaciniai barjerai, kuriuos turi įveikti šiuolaikinės biomedicinos žinios, keliaudamos pas diagnostinį sprendimą priimančią gydytoją; šių barjerų neįveikimo pasekoje atsiranda žinių, reikalingų teisingam sprendimui, trūkumas ir iš to kyla sekančios jo darbo kokybės problemos.

Parodoma būtinybė aiškiai atskirti bendrąsias gydytojo žinias (pvz., parodytus įvairiausių egzaminų metu) ir tą jų dalį, kurią jis prisimena ir panaudoja praktiškai. Šio atskirimo svarba kyla iš to, kad plačiausios žinios apie tam tikrą susirgimą neturi jokios vertės, jeigu konkrečioje klinikinėje situacijoje gydytojas jų neprisimena ir nepanaudoja. Tokiu atveju teisinga diagnozė nebus nustatyta, pacientas negaus reikiamo gydymo. Juridiškai tai kvalifikuojama, kaip gydytojo klaida, kuri sukelia jo baudžiamąją arba civilinę atsakomybę.

Medicinos žinioms, kuriais gydytojas disponuoja konkrečioje sprendimo priėmimo situacijoje, apibūdinti, siūloma speciali metodika – Individuali Diagnostinių Žinių Struktūra (IDŽS). Dėstomi ir aptariami jos pagalba atlikto gydytojo žinių tyrimo rezultatai.

Tyrimas parodė, kad dabartiniai reikalavimai gydytojo diagnostinėms žinioms ženkliai viršija jo atminties realias galimybes. Šis neatitikimas atsirado ir nuolat didėja, sparčiai augant medicininių žinių apimčiai ir pastoviai kylant diagnostinės veiklos standartams. Parodoma, kad dabartinė gydytojo diagnostinių žinių struktūra susiformavo kaip adaptacija prie jos realias galimybes viršijančių reikalavimų.

Ši adaptacija vyksta:

- *nepanaudojant žinių apie ženkliai šiuolaikiniam mokslui žinomų susirgimų dalį;*
- *apribojant kitos žinių dalies atkūrimo konkrečioje diagnostinėje situacijoje galimybes (taikant vadinamąjį pasyvų jų prisiminimą);*
- *išskiriant nedidelę grupę aktyviai panaudojamų diagnozių.*

Pagrindinės tokios adaptacijos pasekmės yra tai, kad: užprogramuojamos gydytojo diagnostinės

1 Straipsnio autoriai išreiškia savo nuoširdų dėkingumą visiems savo kolegoms už patarimus ir pagalbą, ruošiant šį straipsnį. Ypatingą padėką norėtumėm išreikšti šviesios atminties Lietuvos gydytojui Vytautui Gurevičiui, gydytojai Ilonai Aleksišiūnienei, vidaus audito tarnybos vyresniajam specialistui Algimantui Baliui Rutkiui.

klaidos (ignoruojant dalį medicininių žinių ir apribojant kitų panaudojimą); panaudojamų konkrečioje praktinėje situacijoje žinių struktūra formuojasi stichiškai, priklausomai nuo atsitiktinių veiksnių, kas sumažina priimamų sprendimų tikslumą ir patikimumą.

Nagrinėjamos šių problemų teisinės pasekmės - gydytojo diagnostinės klaidos, kurios kelia jo teisinę atsakomybę. Aptariami vadybiniai ir teisiniai šių klaidų prevencijos būdai. Parodoma, kad prevencijos pagrindą turi sudaryti kryptingas gydytojo žinių formavimas, panaudojant šiuolaikinius, gydytojo žinių struktūrą aktyviai formuojančius NICE tipo gydymo standartus, o taip pat vykdant sistemingą gydytojo klaidas sukeliančių spragų ir deformacijų jo žiniuose išaiškinimą ir korekciją.

Reikšminiai žodžiai: medicinos profesiniai standartai, medicinos diagnostika, gydytojų klaidos, teisiniai reikalavimai gydytojui.

Įvadas

Gydytojo veikla kelia didžiulius, su jokia kita profesija nepalyginamus, reikalavimus jo žinioms. Kad sėkmingai dirbtų, gydytojas turi laikyti savo atmintyje tūkstančius šiuolaikiniam mokslui žinomų susirgimų, atsiminti jų tipinius ir netipinius simptomus, jų ypatumus atskirose pacientų grupėse (vaikai, vyresnis amžius, pacientai su imunodeficitu, vartojantys įvairiausių vaistus), epidemiologiją (paplitimas, sezoniškumas), statistines jų simptomų savybes (jautrumas, specifiškumas) ir daugelį kitų momentų. Tačiau visiškai nepakanka vien šių žinių turėjimo. Ypač svarbu, kad visos jos būtų prisimintos reikiamu momentu - prie paciento lovos, tada, kai jos labiausiai reikalingos.

Šio straipsnio *problema* – gydytojo žinių, panaudojamų konkrečioje diagnostinėje situacijoje, turinys, struktūra ir jų reikšmė jo sėkmingai diagnostinei veiklai.

Problemos aktualumas. Tai, kokiomis žiniomis gydytojas disponuoja, priimant konkrečius diagnostinius ir gydymo sprendimus, buvo aktualu visada. Pačios gausiausios bendros gydytojo žinios, jo plačiausia erudicija, puikiausiai išlaikyti egzaminai, sistemingas dalyvavimas įvairiausiose kvalifikacijos kėlimo priemonėse, aktyvi mokslinė veikla - visa tai neturi jokios vertės, jeigu visos šios žinios neprisimenamos ten, kur jos labiausiai reikalingos – prie paciento lovos. Čia jos turi būti atkuriamos pilnai, greitai ir stabiliai, nepriklausomai nuo paros laiko, įtampos, nuovargio, emocinės būklės, trukdžių, asmeninių problemų ir pan. Garsusis gydytojų pasakymas „Nesuprantu, kaip aš apie tai nepagalvojau?!“ kaip tik ir atspindi atvejį, kai jos „neiškilo“ situacijoje, kur jos buvo reikalingos, nors gydytojas turi tam tikras bendrąsias žinias, ir tai neleido pasirinkti tinkamo diagnostikos ar gydymo būdo, užtikrinti gydymo sėkmingumo.

Šios problemos aktualumas ypač sparčiai auga dabartiniu laikotarpiu. Jos svarbą didina du procesai: greita šiuolaikinio mokslo pažanga (ir jos pasekoje sparčiai auganti gydytojui žinotinos medicininės informacijos apimtis) ir tiek pat sparčiai kylantys Lietuvoje ir visame pasaulyje reikalavimai gydytojui - jo veiklos standartai.

Tyrimo tikslai. Pagrindinis straipsnio tikslas ir yra *ištirti gydytojo žinių, kuriomis jis disponuoja, nustatant susirgimo diagnozę, turinį ir struktūrą, ir tuo pagrindu įvertinti, kiek užtikrinamas gydytojo sugebėjimas vykdyti šiuolaikinius, labai aukštus teisinius reikalavimus jo diagnostinio darbo kokybei.*

Tuo būdu, iš vienos pusės, nagrinėjama vadybiniu požiūriu svarbi gydytojo informacinio aprūpinimo problema. Iš kitos gi, analizuojama teisinė jos sėkmingo sprendimo reikšmė, ypač užtikrinant teisiųjų reikalavimų gydytojui įvykdomumą ir gydymo klaidų prevenciją.

Problemos iširtumas. Gydytojo diagnostinei veiklai skirta daugybė tyrimų. Turima daug duomenų apie įvairių gydytojų taikomus diagnostikos metodus, strategijas ir taktiką². Ypač daug tyrimų skirta, kaip gydytojai priima sprendimus, diagnozuojant susirgimus. Tačiau už tyrėjų dėmesio ribų kol kas lieka žinios, kurių pagrindu šie diagnostiniai sprendimai priimami. Visi minėti tyrimai faktiškai remiasi nerašyta prielaida, kad žinios gydytojo atmintyje – pastovus, problemų nekeliantis rinkinys, įgytas besimokant ir tokiu pavidalu išliekantis tolimesnėje profesinėje veikloje. Mūsų tyrimas pirmas, kuris paneigia šią prielaidą ir siekia atskleisti realius informacinius procesus, besiformuojant gydytojo žinioms, kuriomis jis disponuoja konkrečioje praktinio darbo situacijoje.

Sąvokos.

Diagnostinės žinios. Tai biomedicinos žinios, reikalingos teisingai diagnozei nustatyti.

Žinios, kuriomis gydytojas disponuoja, nustatydamas susirgimo diagnozę. Tai dalis visų gydytojo žinių, kurias jis žino ar prisimena, priimant sprendimą. Į šią sąvoką neįeina visos tos žinios, kurias gydytojas aplamai paėmus turi, bet kurių neprisimena ir nepanaudoja.

Straipsnio struktūra. Sekančiame skyriuje bus aptarti šiuolaikiniai reikalavimai gydytojo žinioms ir procesai, kurie formuoja realų gydytojo žinių konkrečioje diagnostinėje situacijoje lygį ir turinį.

Antrajame bus išdėstyta žinių, kuriomis disponuoja gydytojas, diagnozuojant susirgimą, turinio ir struktūros tyrimo procedūra – Individuali Diagnostinių Žinių Struktūra (IDŽS).

Trečiajame skyriuje pateikti IDŽS panaudojimo gydytojo diagnostinėms žinioms tirti rezultatai.

Ketvirtajame šie rezultatai aptariami. Penktajame aptariami išaiškintų problemų sprendimo kryptys. Šeštajame dėstomos išvados ir rekomendacijos.

1. Žinios, kuriomis gydytojas privalo disponuoti, diagnozuojant susirgimą, ir jo realiai turimos

1.1. Diagnostikos procesas ir teisiniai reikalavimai diagnozuojančio gydytojo žinioms

Diagnozuojant gydytojas turi stebimų simptomų pagrindu nustatyti susirgimą, kurio požymiai labiausiai atitinka juos. Tuo tikslu jis, pirmiausiai, turi patikslinti, kokie

2 Mark, D. Decision-Making in Clinical Medicine. In A. Fauci et al. editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition*, McGraw-Hill Company 2008, 16- 23; Groopman J. *How doctors think*. Boston-New York. Houghton Mifflin Company, 2008; Montgomery K. *How doctors think*. Oxford University press, 2006.

iš šiuolaikiniam mokslui žinomų susirgimų galėjo sukelti šiuos simptomus (sudaryti diagnostinių versijų (įtarimų) rinkinį). Sudarius jį, jis gali nustatyti, kuris iš įtrauktų į jį susirgimų labiausiai atitinka stebimus simptomus.

Diagnozės tikslumas, visų pirma, priklauso nuo diagnostinių versijų rinkinio išsamumo. Kuo daugiau versijų jis apima, tuo didesnė garantija, kad tarp įtariamų susirgimų yra ir teisinga diagnozė. Jeigu tam tikras susirgimas į rinkinį neįtrauktas, teisinga diagnozė gali likti už diagnostinio proceso ribų.

Kyla klausimas: kiek išsamus turi būti šis rinkinys? Turi jis apimti visus iki vieno šiuolaikiniam mokslui žinomus susirgimus, kurie galėjo sukelti stebimus simptomus, ar pakanka įtraukti tik dalį jų, pavyzdžiui tik dažniausius susirgimus? O gal užtenka panagrinėti „pakankamai daug“ jų, ar netgi tik labiausiai „tikėtinus“? Pagaliau, gal užtenka tik vieno įtarimo, tai yra bandyti iš karto, „kaubojiškai“, „vienu šūviu“ „atpažinti“ susirgimą, pasitenkinant pirmiausiu, kuris galėjo sukelti stebimus simptomus?

Svarbiausią vaidmenį, atsakant į šį klausimą, vaidino du pastaruju dešimtmečiu įteisinti reikalavimai gydymo kokybei aplamai.

Pirmas – *maksimalaus rūpestingumo kriterijus*, suformuluotas Lietuvos Aukščiausiojo teismo išaiškinime vadinamoje Sandienės byloje (2001)³. Jis nustato, kad gydytojas yra atsakingas už tai, kad, gydant pacientą, būtų panaudotos *visos priemonės* reikiamam gydymo rezultatui pasiekti. Tai reiškia – gydytojo pareiga būti informuotam apie visas šias priemones ir panaudoti jas kiekvienu atveju, kai jos gali pagerinti gydymo rezultatus.

Antras – *atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimas*, įteisintas naujoje „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo“ redakcijoje (2 straipsnis 8 pastraipa), kuris įsiteisėjo 2010 m⁴. Iš šio teisės akto seka, kad gydytojas turi panaudoti visas šiuolaikinio mokslo teikiamas galimybes, kurios gali būti naudingos gydymo rezultatui pasiekti.

Taigi, abu teisės aktai nustato maksimalius bendrus reikalavimus gydymo kokybei. Kartu jie reiškia, kad gydytojas privalo panaudoti visas be išimčių šiuolaikinio mokslo teikiamas ir kitas galimybes gydymo tikslams pasiekti. Jeigu jis dėl kažkokių priežasčių negali ar nemato reikalo panaudoti kokios nors iš jų, jis turi būti pasirengęs argumentuoti paašškinti tai (taip pat ir teisme)⁵.

Iš to maksimalistinio bendro reikalavimo gydytojo veiklai seka toks pat maksimalistinis atsakymas ir į aukščiau iškeltą klausimą, kiek išsamus turi būti diagnostinių versijų rinkinys: šis rinkinys privalo būti *visiškai išsamus (pilnas)*, įtraukiant visus šiuolaikiniam mokslui žinomus susirgimus, kurie tik galėjo sukelti stebimus simptomus. Versijų rinkinio išsamumo negali riboti nei jo ilgis, nei patenkinama paciento būklė, nei gydytojo turimo laiko apribojimai, nei kokios nors kitos aplinkybės.

3 Lietuvos Aukščiausiasis teismas. N u t a r t i s 2001 m. lapkričio 14 d. Byloje Nr. 3K-3-1140/2001 m.

4 Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas (2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499) Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d. <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=359503>.

5 Platesnį šių pamatinių teisių reikalavimų išdėstymą ir aptarimą, skaitytojas gali rasti straipsnyje Labanauškas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Įstatymo įvykdomumas. šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. //Socialinių mokslų studijos. 2010, 4(8). P. 89–107.

Iš tikrųjų, jeigu koks nors susirgimas, kuris šiuolaikinio mokslo duomenimis gali sukelti stebimus simptomus, nebus įtrauktas į diagnostinių versijų rinkinį, bus pažeisti abu pamatiniai reikalavimai:

1. rinkinys neįvykdys atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimo, nes tuo atveju ignoruojamos mokslo žinios apie tai, kad toks susirgimas gali sukelti stebimus simptomus;

2. toks neišsamus rinkinys neatitiks ir maksimalaus rūpestingumo reikalavimo, nes gydytojas neišnaudojo visų galimybių teisingai diagnozei nustatyti.

Dėl to, sutinkamai su abiem pamatiniais reikalavimais gydymo kokybei, gydytojas sudaręs nepilną įtarimų rinkinį (įtraukęs ne visus susirgimus, kurie galėjo sukelti stebimus simptomus) tampa atsakingas už visas (maksimalaus rūpestingumo principas!) nesėkmingo gydymo pasekmes.

Reikalavimas, kad diagnostika (kaip ir gydymas aplanai) kiekvienu atveju turi panaudoti visas šiuolaikinio mokslo teikiamas galimybes, verčia patikslinti, ką gi reiškia „šiuolaikinis mokslas“ ir jo teikiamos galimybės gydymui.

Sąvoka „šiuolaikinis mokslas“ apima visus tuos faktus, išvadas, rekomendacijas, kurie nustatyti pagal šiuolaikinio mokslo metodus (kontrolinės grupės, double-blind, multi-centre ir kt.), paskelbti profesinėje (peer-reviewed, cituojamoje ir pan.) mokslinėje literatūroje⁶.

Svarbiausias medicininės informacijos apie šias publikacijas šaltinis - medicininių duomenų bazės, kurių visuma atspindi šiuolaikinio mokslo nustatytus faktus, išvadas ir pan. Tai, visų pirma –MEDLINE, kuri apima 20 mln. publikacijų. Šiuolaikinį mokslo lygį taip pat atspindi keli tūkstančiai šių publikacijų apžvalgų, kurios patalpintos duomenų bazėse kaip COCHRANE, UpToDate, Dynamed ir kt.⁷ specialūs sistemingai atnaujinami vadovėliai (Merck, Harrison's ir kt.), besiremiantys minėtomis publikacijomis ir apibendrinantys jas⁸.

Kokios iš visų šių žinių gali būti reikalingos diagnozuojant?

Atsakymą į šį klausimą siekia duoti šiuolaikinės informacinės – diagnostikos technologijos. Labiausiai žinomos – DiagnosisPRO⁹, Isabel¹⁰, UpToDate¹¹, DXplain¹².

-
- 6 Mark, D. Decision-Making in Clinical Medicine. In A. Fauci et al. editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition*, McGraw-Hill Company 2008, 16–23.
 - 7 U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health. PUBMED Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d.; <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>; UpToDate. Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d. <<https://www.uptodate.com/login>>.
 - 8 Smulčiau žr. 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). P. 122–157.
 - 9 Meador C., Pribor H., Kerendian S. *DiagnosisPro 6.0 (CD-ROM - version)*. MedTech USA, 2010.
 - 10 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/>.
 - 11 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/>.
 - 12 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/>.

Visos jos siekia padėti gydytojui nustatyti susirgimą, kuris galėjo sukelti tam tikrą simptomą ar jų derinį. Visos daro tai panašiu būdu - įmanomai išsamios šiuolaikinės mokslo literatūros apžvalgos pagrindu siekiama: 1. sudaryti išsamų susirgimų, kurie galėjo jį sukelti, sąrašą ir 2. pateikti visą diagnostinę informaciją apie kiekvieną. Kiekviena technologija pretenduoja į tai, kad tiek jos sudaromų diagnostinių versijų sąrašas, tiek teikiama informacija apie kiekvieną įtariamą susirgimą yra išsamūs - išsamiai reprezentuoja šiuolaikinio mokslo žinias. Tam tikslui, pavyzdžiui, DiagnosisPRO autoriai pastoviai apžvelgia 104 nuolat atnaujinamų visų pagrindinių medicinos specialybių vadovėlius. Garantuojama, kad jeigu tam tikras susirgimas paminėtas bent viename iš šių vadovėlių kaip galima tam tikro simptomo priežastis, šis susirgimas bus įtrauktas į įtariamų susirgimų sąrašą.

Sunku nepritarti tokiam įtariamų diagnostinių versijų rinkinio sudarymo principui. Iš tikrųjų, šiuolaikiniai atnaujinami vadovėliai sudaromi labai atsakingai, kruopščiai tikrinant kiekvieną teiginio atitikimą mokslo duomenims. Dėl to, jeigu tam tikrame vadovėlyje nurodyta, kad tam tikras susirgimas gali pasireikšti tam tikru simptomu, šis susirgimas tikrai turėtų būti įtrauktas į šio simptomo diagnostinių versijų rinkinį.

Šiuo atžvilgiu šie diagnostinių versijų sąrašai yra tam tikras etalonas to, koks ir turi būti šis sąrašas. Jeigu gydytojas sudaro kitokį nei kompiuteris įtarimų sąrašą ir, pavyzdžiui, neįtraukia į jį kurio nors susirgimo, kuris yra kompiuterio sudarytame, jis tuo pačiu parodo, kad arba nežino, kad šis susirgimas taip pat gali sukelti stebimus simptomus, arba apie tą susirgimą pamiršo, arba, pagaliau, nesutinka su vadovėliu (ir tyrimais, kuriais šis teiginys remiasi). Tai neišvengiamai sukelia klausimų gydytojui ir reikalavimą pagrįsti šį savo nesutikimą.

Taigi minėtos technologijos daro būtent tai, ką, sutinkamai su pamatiniais teisiniais reikalavimais, turi daryti kiekvienas gydytojas – sudaro išsamų diagnostinių versijų rinkinį.

Nėra jokių abejonių, kad žmogaus mąstymas yra tobulesnis ir galingesnis, nei tobuliausias kompiuteris. Žmogaus intuicija, jo taikomi euristiniai, „minkšti“ mąstymo metodai neretai leidžia jam spręsti problemas, kurių nepajėgūs spręsti netgi galingiausi šiuolaikiniai kompiuteriai.

Tačiau, kas liečia atminties veikimo - informacijos išsaugojimo ir atkūrimo, čia kompiuteris aiškiai galingesnis. Skyrium nuo žmogaus jis gali sutalpinti bet kokios apimties žinias apie bet kokią susirgimų skaičių ir, reikalui esant, operatyviai atkurti ją, darant tai *pilnai ir tiksliai*.

Tiksliai diagnozei palankus ir kompiuterio „mąstymo stilius“. „Gydytojui diagnozuojant ūmaus pilvo skausmus, diagnozės tikslumas yra apie 45 proc. Diagnozės nustatymas pagerėja iki 70–80 procentų, taikant kompiuterį. Bet tai įvyksta ne dėl to, kad kompiuteris būtų protingesnis už žmogų, bet, atvirkščiai, dėl to, kad kompiuteris yra bukas ir nelankstus. Jis neturi intuicijos ir dėl to jam reikalingi aiškūs atsakymai į visus klausimus. Jis neleidžia išvengti nei vieno klausimo. Turite surinkti visą reikiamą su-

sirgimo istoriją, tenka atlikti kruopštų paciento tyrimą. Daugeliu (bet aišku ne visais) atvejų tai yra svarbiausia kompiuterio persvaros priežastis¹³

Būtent šis privalumas yra lemiamas sudarant diagnostinių versijų rinkinį. Skyrium nuo žmogaus, kompiuteris neleidžia sau „intuityviai“, be gilesnio apmąstymo ir aiškių priežasčių, neįtraukti į įtarimų skaičių vienių susirgimų, tiek pat „intuityviai“ neskirti didesnio dėmesio kitiems, pamiršti trečius, nežinoti ketvirtų.

Visa tai sudaro pagrindą panaudoti diagnostinių versijų sąrašus, kurias sudaro kompiuterinės informacinės technologijos, kaip etaloninius, tai yra tokius, kuriuos turėjo sudaryti gydytojas tam, kad pilnai įvykdytų pamatinį išsamumo reikalavimą.

Tokie yra teisiniai reikalavimai gydytojui. O kokia yra realybė? Kiek realaus gydytojo žinios atitinka tuos reikalavimus?

1.2. Realios diagnozuojančio gydytojo žinios

Kas apsprendžia gydytojo žinių kiekį? Kokia šiuolaikinio mokslo žinių dalis pasiekia gydytoją ir realiai dalyvauja, jam priimant konkrečius sprendimus?

Šiuolaikinio mokslo žinios praeina ilgą kelią nuo mokslininko laboratorijos ir jo publikacijos apie jo tyrimų rezultatus iki sėdinčio prie paciento lovos gydytojo. Pakeliui šios žinios praeina keletą „tarpinių stočių“, kiekvienoje iš kurių atsijojama tam tikra jų dalis.

1. *Dėstyimas (akademine veikla)*. Aukštųjų ir kt. mokyklų dėstytojai – pirmasis medicininių žinių kelionės pas gydytoją ruožas. Dėstytojai tiesiogiai susipažįsta su šiuolaikinių tyrimų rezultatais ir tuo pagrindu rengia paskaitas, vadovėlius, studijų programas, tikslina kvalifikacijos kėlimo užsiėmimų tikslus ir turinį. Čia vyksta pirmasis tam tikros šiuolaikinio mokslo dalies žinių atsijojimas. Priklausomai nuo skiriamo kursui laiko ir sutinkamai su savo asmenine patirtimi, interesais, įsitikinimais, turimomis dėstytojo galimybėmis, tam tikra informacija įtraukiama į mokymo procesą, o kita – atmetama. Šiame etape atmetamos žinios, kurios dėstytojo nuomone yra „pašalinės“ ir „mažiau svarbios“.

2. *Žinių kontrolė*. Dėstytojui tenka jo teikiamų žinių įsisavinimo kontrolieriaus vaidmuo. Jis priiminėja egzaminą, vertina studentų žinias jų mokymosi metu. Vertinant jis vadovaujasi savo idėjomis apie tai, koks žinių lygis gali būti pripažintas pakankamas tam, kad besimokantysis galėtų judėti toliau. Kuo aukštesnis dėstytojo – žinių kontrolieriaus tolerancijos lygis, tuo platesnės studento galimybės įsisavinti tik dalį teikiamų žinių. Taigi, čia atsiejamas dar vienas žinių pluoštas – tos, kurios šio dėstytojo požiūriu nėra „absoliučiai būtinos“ jo studentui.

3. *Studentas*. Jo noras ir *sugebėjimas* įsisavinti žinias. Trečias barjeras yra pats besimokantysis (studentas, kvalifikacijos kėlimo dalyvis). Šiuolaikinė žinių įvertinimo sistema visai nekelia reikalavimo, kad būtų įsisavinta viskas, kas dėstoma. Pavyzdžiui, vertinant egzaminuojamo žinias taikoma balų sistema, kur, be aukščiausio žinių įvertinimo, liudijančio, kad studentas įsisavino viską, yra ir daug žemesnių, kurie oficia-

13 Longmore M., Wilkson I., Rajagopalan S. Oxford Handbook of Clinical Medicine. Sixth Edition. Oxford University press, 2004, 474.

liai pripažįsta, kad studentas gali įsisavinti tik dalį jam teikiamų žinių („pakankamai“, „vidutiniškai“, „silpnai“ ir pan.). Taigi, ši sistema leidžia pačiam studentui nuspręsti, kokios jam teikiamų žinių dalies jis gali neįsisavinti. Tai, kokia dėstomų žinių dalis studento atmetama, priklauso nuo, jo tikslų, motyvų, gabumų, asmeninių ir kitų problemų, su kuriomis jis susiduria mokymosi laikotarpiu. Šiame etape atmetamos žinios, 1. kurios, studento nuomone, nėra būtinos jo numatytam pažymui gauti (studento motyvai); 2. yra per sudėtingos jam įsisavinti (intelektu lygis).

4. Sveikatos apsaugos įstaigos kolektyvas.

Vakarykštis studentas ateina dirbti į sveikatos apsaugos įstaigą. Čia jis išgirsta tradicinį „pamiršk viską, ko išmokai universitete, ir pradėk mokytis iš naujo!“. Įtemptos kasdieninio darbo sąlygos ir būdingas tokiai įstaigai laiko trūkumas leidžia čia dirbantiems gydytojams naudoti tik tam tikrą turimų žinių dalį.

Tuo pagrindu susiformuoja „sava“, vietines sąlygas atitinkanti kolektyvo kvalifikacijos, darbo ir, atitinkamai, žinių panaudojimo tvarka. Tos žinios, kurių kolektyvas nepanaudoja, įgyja praktiškai nereikalingų, „teorinių“ statusą. Besiadaptuojant prie realių darbo sąlygų, jaunas gydytojas išmoka šių žinių nenaudoti.

Tuo būdu atmetamas dar vienas žinių pluoštas. Tai žinios, kurios neatitinka tradicinių darbo šioje įstaigoje metodų, arba jų taikymui reikia daugiau laiko, nei leidžia įtemptas gydytojo darbo grafikas, arba jos reikalauja aukštesnės kvalifikacijos, negu turi jos kolektyvas, arba neatitinka nusistovėjusios tvarkos ir tradicijų.

5. *Situaciniai barjerai.* Tai paskutinis šiuolaikinių žinių kelionės pas gydytoją ruožas. Gydytojui tenka dirbti pačiomis įvairiausiomis sąlygomis. Naktinė pamaina, gausūs dirgikliai ir neleidžiantys susikaupti trukdžiai, konfliktiniai santykiai darbe ar namuose ir emocinė įtampa- visa tai gali iš esmės sumažinti gydytojo atminties veiksmingumą ir atitinkamai aktualizuotos informacijos kiekį¹⁴. Visiems šiems situaciniams trukdžiams labiausiai jautrios žinios, kurios naudojamos rečiau, ir kurioms dėl to nesusiformavo jų stabilus prisiminimo ir panaudojimo įgūdžiai.

Taigi, realios gydytojo žinios, kuriomis jis disponuoja, tiriant pacientą, yra tik tam tikra šiuolaikinių žinių dalis - tai, kas išliko po daugkartinio apkarpyimo, praeinant daugybę barjerų ir filtrų.

Kyla svarbus klausimas, kokia žinių dalis visgi pasiekia gydytoją ir panaudojama klinikinėje situacijoje, kur jos reikalingos?

Atsakyti į šį klausimą nėra lengva. Gydytojo žinios yra labiausiai neapčiuopiama ir sunkiausiai valdoma sveikatos apsaugos sistemos dalis. Nieks negali atsakyti, ką realiai žino gydytojas.

Gerai žinoma, kad būsimas gydytojas išlaiko daugybę egzaminų. Tačiau nieks nežino, kokia įgytų žinių dalis „išgaruoja“ jau kitą rytą po egzamino. Apie gydytojo kvalifikaciją liudija jo diplomas. Jis oficialiai patvirtina, kad įsisavinta plati universitetinė programa. Tačiau nieks nežino, kokią mokymo programose nurodytų žinių dalį būsimas gydytojas tikrai įsisavino, kokia ji išliko iki praktinio darbo pradžios, kokia buvo atmesta jį pradėjus, kokia pasiekė konkretų pacientą. Gerai žinoma, kad gydyto-

14 Weingart S. Critical Decision Making in Chaotic Environments. *Patient Safety in Emergency Medicine*. New York-London, Walter Kluwer, 2009, 209- 213

jas privalo išklausti nustatytą kvalifikacijos kėlimo valandų skaičių. Tačiau nežinoma, ką beklaustantis gydytojas tikrai išgirsta, kokia dalis šių žinių išlieka jo atmintyje, jam išėjus iš auditorijos. Vyrauja įsitikinimas, kad ilgametė praktinė patirtis užtikrina darbo kokybę. Tačiau nėra žinoma, kiek iš patirties kilę intuityvūs asmeniniai įsitikinimai išstumia mokslo nustatytas tiesas, kiek individualūs gydytojo pastebėjimai išstumia įrodymais patvirtintus šiuolaikinio mokslo faktus.

Taigi, yra atotrūkis tarp žinių, kuriomis, sutinkamai su pamatiniais teisės reikalavimais, gydytojas turėtų disponuoti ir tomis, kurias jis iš tikrųjų turi. Nėra abejonių, kad tai sukelia gydymo klaidas, kad jis priima ne tuos sprendimus, kuriuos priimtų, jeigu jo žinios nebūtų apkarpytos, ir jis turėtų visą reikiamą informaciją.

Nelengva pasakyti, kiek didelis yra šis atotrūkis.

Priimta manyti, kad aplamai paėmus praktiškai dirbantis gydytojas žino viską, ko jo darbui reikia. Kartu pripažįstama, kad, aišku, jis negali žinoti absoliučiai visko. Tačiau numanoma, kad tai, ko jis gali nežinoti, yra tik neesminės detalės, kad minėtas atotrūkis yra nedidelis ir nereikšmingas.

Tačiau visgi lieka klausimas - koks tas atotrūkis yra iš tikrųjų?

2. Individualios Diagnostinių Žinių Struktūros tyrimo procedūra (IDŽS)

Gydytojo diagnostinių žinių struktūrai tirti šio straipsnio autoriai parengė specialią metodiką – Individuali Diagnostinių Žinių Struktūra (IDŽS). Jos pagalba palyginamos žinios, kurias gydytojas realiai turi, diagnozuojant tam tikrą susirgimą, su tomis, kurias privalo turėti, sutinkamai su pamatiniais teisės reikalavimais.

Šis procedūra susideda iš kelių nuoseklių žingsnių.

1. *Diagnostinio uždavinio gydytojui parinkimas ir tikslinimas.* Gydytojui aprašomas pacientas, kuriam stebimas tam tikras simptomas (ar jų derinys). Nurodomas paciento amžius, lytis ir kreipimosi tvarka (pvz., pirmas vizitas pas šeimos gydytoją). Pranešama, kad jokių kitų duomenų apie šį pacientą gydytojas kol kas neturi.

Gydytojas prašomas papasakoti, kaip jis nustatinėtų diagnozę, kokius susirgimus ir kokia tvarka jis juos įtartų ir kokių veiksmų imtųsi įtarimui tikrinti. Prašoma pasakoti kuo smulkiau, išdėstant visus savo veiksmus, mintis, abejones. Gydytojo pasakojimas pilnai įrašomas.

2. *Gydytojo iškeltų diagnostinių versijų rinkinio išaiškinimas.*

Įrašytas gydytojo pasakojimas peržiūrimas, išskiriant (pabraukiant) visus susirgimus, kurie buvo įtarti.

Tuo pagrindu išaiškinamas gydytojo diagnostinių versijų pradinis sąrašas.

3. *Etaloninio kompiuterinio diagnostinių versijų sąrašo parengimas.*

Šio etapo tikslas parengti išsamų (etaloninį) rinkinį, tai yra tokį, į kurį yra įtraukti visi šiuolaikiniam mokslui žinomi susirgimai, kurie galėjo sukelti uždavinio simptomus. Tokiam rinkiniui sudaryti buvo panaudota informacinė – diagnostinė technologija *DiagnosisPro6*¹⁵.

4. *Pirminio palyginamojo rinkinio sudarymas.*

15 Meador C., Pribor H., Kerendian S. *DiagnosisPro 6.0 (CD-ROM - version)*. MedTech USA, 2010.

Kompiuterio sudarytas diagnostinių versijų rinkinys peržiūrimas. Jame skirtingai pažymimi tie susirgimai, kurie buvo, ir tie, kurie nebuvo paminėti gydytojo pasakojime.

5. *Gydytojo sudaryto diagnostinių versijų rinkinio papildymas.* Gydytojas supažindinamas su kompiuterio sudarytu rinkiniu. Jo dėmesys nukreipiamas į susisirgimus, kuriuos kurių jis, skyrium nuo kompiuterio, neįtraukė į įtarimų rinkinį. Gydytojas prašomas pakomentuoti kiekvieną tokį atvejį, nurodant neįtraukimo priežastį („nepagalvojo“ apie tokį susirgimą, pamiršo, nežinojo, nesutinka, kad jį reikia įtraukti ir pan.).

6. *Gydytojo komentarų analizė.* Gydytojo komentarai klasifikuojami, išskiriant pagrindines neįtraukimo priežasčių grupes.

3. Tyrimo eiga ir rezultatai

Tiriamasis P. G. 62 metų amžiaus. Bendrosios praktikos gydytojas. 33 metų darbo patirtis.

Uždavinio patikslinimas.

Sutinkamai su tyrimo tikslais, uždavinys turi aprašyti gydytojui įprasta diagnostinę situaciją, kai jis atlieka pirminę paciento apklausą ir apžiūrą ir jų eigoje išryškėjo tam tikras simptomas ar jų derinys. Simptomas, nurodytas uždavinyje, turėtų būti dažnai sutinkamas tiriamo gydytojo veikloje ir turėtų būti jam gerai pažįstamas.

Sutinkamai su tuo, buvo pasirinkta diagnostinė situacija, kai pas gydytoją atvyko suaugęs (55 metai) pacientas, besiskundžiantis skausmais krūtinės srityje. Uždavinio parinkimas buvo suderintas su tiriamuoju. Jis patvirtino, kad tai pakankamai dažnas atvejis jo veikloje.

Uždavinys buvo suformuluotas tokiu būdu. „Jūs apžiūrite pirmą kartą pas Jus atvykusį suaugusį (55 metų) pacientą, besiskundžiantį skausmais krūtinės srityje. Kaip nustatinėsite diagnozę? Smulkiai papasakokite apie savo minčių eigą ir veiksmus šioje situacijoje“.

Gydytojo atsakymas buvo užrašomas pažodžiui. Baigus įrašymą, gydytojas galėjo peržiūrėti savo pasakojimą ir, reikalui esant, jį pakoreguoti ir papildyti.

Žemiau pateikiame gydytojo atsakymą.

„Stebint tokį simptomą, pirmiausiai reikia įvertinti paciento bendrą būklę – ar reikalingi kažkokie skubūs veiksmai. Jokių būdu negalima manyti, kad, jei pacientas sąmoningas ir sėdi, tai nereikia atlikti jokių skubių veiksmų. Aš turiu savo taisykles, kuriomis visada vadovaujuosi, bet kokioje situacijoje tikrinu kvėpavimą, sąmonę ir širdies darbą.

Toliau, jei matau šaltkrėtį, aukštą temperatūrą, žinoma, galvoju apie infekcinį susirgimą ir tolimesni rezultatai priklauso nuo apžiūros ir auskultacijos. Pastarosios duomenys plius aukšta temperatūra verčia įtarti infekcinę pneumoniją. Jei plaučiuose karkalų nėra, svarbu, kaip liga prasidėjo. Jei staiga ir yra karantinas, tikriausiai tai gripas. Tolimesnis patvirtinimas – mialgijos. Jei temperatūra ne aukšta ir matomas aiškus nosiaryklės uždegimas, tai greičiausia bus viršutinių kvėpavimo takų infekcija arba faringitas. Taip pat reikia atkreipti dėmesį, ypač pas vaikus, į svetimkūnio patekimą į

kvėpavimo takus. Šiurkštus kvėpavimas, kosulys ir rūkymo stažas – lėtinis bronchitas. Prie kitų infekcinių susirgimų skausmas krūtinėje nėra pagrindinis. Jei būklė labai ūmi ir nėra pagerėjimo savaitės bėgyje (nekrenta temperatūra), būtina kelti klausimą dėl infekcijos rūšies (kultūros tyrimas ir t.t.).

Jei temperatūros nėra, tuomet reikia užduoti klausimus apie skausmo pobūdį ir lokalizaciją: kaip skausmas prasidėjo ir kiek laiko tęsiasi. Miokardo infarktas paprastai susijęs su skausmu, stiprėjančiu keleto minučių bėgyje. Platus skausmo plitimas, ypač į dešinę ir kairę rankas ir apatinį žandikaulį, patvirtina išeminį skausmo tipą. Taip pat reikia įvertinti žinomus rizikos faktorius: aukštas kraujospūdis, viršsvoris, amžius, rūkymas.

Toliau svarbūs yra skausmo pobūdis ir ilgalaikiškumas. Skausmą, kuris svyruoja ir kuris trunka valandas, tačiau neatsispindi elektrokardiogramoje, vargu ar galima vadinti išeminiu skausmu. Todėl, jei skausmas trunka ne ilgiau, kaip 15 minučių, pradedame galvoti apie stenokardiją. Stipresnis skausmas, besitęsiantis 20–25 minutes – atipinė stenokardija. Ilgesni, stipresni ir nenumalšinami nitroglicerinu skausmai – infarktas.

Reikia būti labai atsargiam vertinant skausmo plitimą, reikia prisiminti, kad esant išemijai dažnai skausmas būna ne tik kairėje rankoje, bet ir dešinėje. Tačiau toks pat jis gali būti ir esant ūmiam cholecistitui. Tačiau paprastai prasideda tokie skausmai įvairiose vietose, o, esant cholecistitui, jis daug dažniau būna viršutinėje pilvo dalyje, eina po mentimi, o ne į krūtinės ląstos sritį.

Jei išeminė liga akivaizdi, tuomet atliekama EKG. Pagrindinis klausimas – išemija ir atipinė stenokardija. Jei yra atitinkami pakitimai, pacientas nedelsiant turi būti guldomas į skyrių, kur yra pastovi kardiografija ir priemonės, reikalingos pagelbėti, jei sustotų širdis. Jei tokių pakitimų nėra, arba jie nėra išreikšti, rizika išlieka, tačiau mažesnė. Aspiriną už skruosto ir nitrogliceriną po liežuvio galima duoti, tačiau tik tuomet, kai nėra aktyvių simptomų.

Jei toks skausmas būdavo pacientui ir anksčiau ir buvo išprovokuotas ko nors, kas greitina širdies darbą, ir nitroglicerinas sumažina skausmą, tokį pacientą galima išleisti namo, diagnozavus stenokardiją.

Jei stiprus skausmas jaučiamas tarp menčių, galima galvoti apie aortos aneurizmą. Tuomet būtina išmatuoti spaudimą ir pulsą abiejose rankose ir kojose. Silpnas pulsas – nepakankamas galūnių aprūpinimas krauju, taip pat gali būti susijęs su aortos aneurizmu. Ji sutrikdo kraujo patekimą į jas. Tuomet reikia skubiai atlikti KT su kontrastu arba MRT, arba transezofagialinį ultragarsinį tyrimą, jei jis prieinamas.

Auskultuojant krūtinės ląstą, gali būti girdimas kvėpavimo triukšmas, pleuros trinties garsas. Auskultacija gali taip pat išaiškinti pneumotorakso, plaučių embolijos požymius. Apie plaučių emboliją galima galvoti, jei yra kvėpavimo sutrikimas, pleurinis skausmas, hemoptizė ir galūnių varikozė arba koaguliacijos sutrikimas. Tuomet taip pat reikia atlikti KT, angiografiją ir D-dimeriją.

Širdies darbo auskultavimas taip pat gali parodyti trachėjos pajudėjimą į šoną nuo centrinės linijos – įtempto pneumotorakso požymis. Taip pat gali išryškėti sistoliniai ar diastoliniai triukšmai – širdies kraujotakos sutrikimų požymiai. Svarbu atkreipti dėmesį į trečią ir ketvirtą širdies plakimo garsą – rimtą širdies darbo sutrikimą.

Po kurio laiko, baigus pokalbį ir jau kalbant kitomis temomis, tiriamas gydytojas staiga grįžo prie klausimo apie pacientą, būtent dėl skausmų krūtinės srityje: „Beje, visuomet reikia turėti omenyje virškinimo trakto susirgimus, ypač stemplės, skrandžio, dvylikapirštės, kurie gali pasireikšti skausmais krūtinėje. Neretai GERLas tiksliai imituoja išeminės ligos priepuolį. Atskirti tokius atvejus padeda paciento reakcija į antacidus. Be to, negalima pamiršti, kad skausmo priežastimi gali būti krūtinės ląstos (raumenų, sąnarių, šonkaulių ir pan.) skausmai. Tokiu atveju, palpuojant krūtinės ląstą, galima iššaukti skausmą, kuriuo skundžiasi pacientas“.

a) Pirminis atsakymų apdorojimas. Gydytojo atsakymuose paminėtų nozologinių vienetų išskyrimas.

Gydytojo atsakymų apdorojimas vyko tokia seka.

Gydytojo atsakymuose paminėti galimi susirgimai buvo nuosekliai peržiūrėti, išskiriami ir pažymimi (pabraukiami). Tuo atveju, kai gydytojas paminėjo ne atskirą susirgimą, o visą jų grupę, ta grupė buvo pažymima punktyrine linija.

Etaloninio (išsamaus) susirgimų, kurie galėjo sukelti simptomą, nurodytą uždavinyje, rinkinio sudarymas.

b) Etaloniniam rinkiniui sudaryti galima buvo panaudoti vieną iš šiuolaikinių informacinių- diagnostinių technologijų (DiagnosisPRO¹⁶, Isabel¹⁷, UpToDate¹⁸, DXplain¹⁹).

Mūsų tyrimui buvo pasirinktas DiagnosisPRO. Šią technologiją 1981–1982 m. sukūrė du amerikiečių tyrinėtojai Dr. Charles Meader ir Dr. Hugo Pribor ir ji yra laikoma viena stipriausių priemonių apibendrinant šiuolaikinio mokslo duomenis diagnostikos tikslams²⁰.

Mūsų tyrime naudojome tobuliausią, paskutinę - šeštąją šios technologijos versiją – DiagnosisPro6. Sistemai buvo pateiktas simptomas, nurodytas testo užduotyje – skausmas krūtinės srityje. Atsakant, sistema pateikė 443 susirgimų sąrašą, kurie galėjo sukelti minėtą simptomą. Tai nepalyginamai daugiau, nei išvardino gydytojas savo atsakyme. Gydytojas paminėjo tik 15 atskirų susirgimų ir 3 jų grupes (išeminės, virškinamojo trakto ir krūtinės ląstos).

c) Tiriamojo supažindinimas su etaloninių diagnostinių versijų rinkiniu, jo komentarų gavimas.

-
- 16 Meador C., Pribor H., Kerendian S. *DiagnosisPro 6.0 (CD-ROM - version)*. MedTech USA, 2010.
 - 17 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/>.
 - 18 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/>
 - 19 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/>.
 - 20 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.

Sutinkamai su tyrimo planu, kompiuterio sudarytame diagnostinių versijų rinkinyje buvo atskirai pažymėti susirgimai, kuriuos gydytojas paminėjo ir tie, kurių jis nepaminėjo savo pasakojime.

Šis sąrašas buvo pateiktas gydytojui. Gydytojas pateikė komentarą apie kiekvieną susirgimą, kuris nebuvo paminėtas gydytojo pasakojime, paaiškino priežastis, dėl kurių tai nebuvo padaryta.

d) Gydytojo paaiškinimų grupavimas

Pirmajai susirgimų grupei buvo priskirti tie, kurie *buvo paminėti* gydytojo pasakojime. Jų pagrindinis ypatumas buvo tai, kad, nagrinėjant nurodytą uždavinį simptomą, šiuos susirgimus gydytojas įtarė pats. Jis paminėjo juos savo pasakojime, nurodė tolimesnius šio įtarimo patikrinimo veiksmus. Visa tai suponavo šios grupės pavadinimą – *aktyviųjų diagnostinių versijų grupė*. Kaip matėme, į pasakojimą buvo įtraukta tik 15 susirgimų.

Tris tolimesnes grupes sudarė susirgimai, kurių gydytojas (skyrium nuo kompiuterio) neįtraukė į diagnostinių versijų sąrašą.

Sutinkamai su tuo, kaip gydytojas paaiškina neįtraukimą, buvo išskirtos trys diagnostinių versijų grupės.

1. *Diagnostinės versijos, priklausomos nuo priminimo*. Tai tokie susirgimai, dėl kurių gydytojas pareiškė, kad tikrai įtrauktų juos į savo įtarimų rinkinį, jeigu apie juos prisimintų. Jis paaiškino, kad realioje diagnostinėje situacijoje, turint reikalą ne su abstrakčiu tyrimo uždaviniu, o tikru pacientu, apie šį susirgimą jam tikriausiai primintų koks nors tolimesnio tyrimo metu išryškėjęs šio susirgimo simptomas. Be to, jis paminėdavo, kad dėl šio susirgimo jam galėjo priminti kitas gydytojas („Diagnozuojant, visais atvejais, kai nėra pilno aiškumo, būtina pasitarti su kolegomis. Kas pačiam neateina į galvą, gali pasiūlyti kažkas kitas“). Pagaliau, priminimo šaltinis galėjo būti ankstesnis susitikimas su šiuo susirgimu, gydant kitą pacientą („Neretai pagalvoju, ar tik nebuvo kažko panašaus anksčiau, ar tik nebuvo susidūręs su panašiu simptomu? Toks atvejis tikrai padeda prisiminti apie susirgimą, apie kurį kitaip ir nepagalvotum, ypač jeigu toks atvejis buvo neseniai“).

Viso labo šiai grupei priklauso 121 susirgimas, kas sudaro 27,3 proc. viso etaloniinio rinkinio versijų dalį dalies. Visus juos gydytojas įtrauktų į diagnostinę paiešką, tik jeigu jam kažkas apie kiekvieną iš šios grupės susirgimų primintų.

Iš to seka, kad šitie susirgimai žinomi gydytojui, jis pripažįsta, kad jie turėtų būti įtraukti į skausmų krūtinės srityje diagnostinių versijų sąrašą. Tačiau tai, ar jie realiai bus įtraukti, priklauso nuo to, ar gydytojui bus „priminta“ apie juos.

Dėl to ši susirgimų grupė buvo pavadinta „priklausomomis nuo priminimo“. Alternatyvus pavadinimas – *pasyviųjų diagnostinių versijų grupė*. Skyrium nuo anksčiau aptartų 15 „aktyvių“ susirgimų, kuriuos gydytojas atsimesna pats ir atlikdamas diagnostinį tyrimą pats aktyviai ir kryptingai ieško jų simptomų, „pasyvių“ gydytojas kryptingai neieško. Gydytojas įtars juos, tik jeigu pastebėtas ryškesnis simptomas arba kažkas kita primins apie šį susirgimą. Bet jeigu simptomas nebus pakankamai ryškus, kad atkreiptų į save dėmesį, jei panašaus susirgimo praeityje nebuvo ar kolegos apie jį nepriminė, jis nebus įtartas ir diagnostiniame procese nedalyvaus.

Šios susirgimų grupės atžvilgių negalime pasakyti, kad gydytojas jų nežino. Aplamai paėmus, „akademiškai“, jis juos žino. Tačiau konkrečioje situacijoje, sprendžiant konkretų diagnostinį uždavinį, nesant priminimo, šios žinios neatsiras.

Čia glūdi specifinis, šiai versijų grupei būdingų, diagnostinių klaidų pavojus. Jeigu gydytojas kryptingai neieško tam tikro susirgimo požymių, ir prisimena apie šį susirgimą, tik esant „priminimui“, jis nenustatys šio susirgimo nei vienu atveju, kai tokio priminimo nėra ar toks priminimas nepakankamai stiprus (pvz., jei simptomas nėra pakankamai ryškus).

Kalbėjome, kad gydytojo darbe labai daug įvairiausių trukdžių. Šios grupės susirgimai nepalyginus jautresni trukdžiams, negu pirmos grupės. Trukdžiai gali „nuslopinti“ priminimą. Pavyzdžiui, net ir ryškesnio simptomo gydytojas gali nepastebėti, jeigu yra pavargęs, įtemptas, sujaudintas, jeigu aplinkui yra dirgiklių, kurie jį blaško, neleidžia susikaupti. Dėl to atitinkamas susirgimas gydytojui nebus primintas. Tuo tarpu aktyviosios grupės susirgimų jam ir nereikia priminti, jis juos atsimena pats.

Gydytojų diagnostinės veiklos tyrimai įtikinamai patvirtina aktyvių diagnozių pranašumą prieš pasyvias. Jie parodo, kad gydytojas daug geriau pastebi tuos simptomus, kurių atsiradimo priežasčių ieško sąmoningai ir tikslingai. Harold Kundel, atlikdamas tyrimus su radiologais, pateikė jiems plaučių rentgenogramas, kuriose buvo matomi tuberkuliozei būdingi „mazgeliai“. Vienai radiologų grupei buvo užduodamas bendro pobūdžio klausimas, „ką rodo rentgenograma“. Antrai grupei buvo užduotas konkretus klausimas – ar yra tuberkuliozės požymių. Tyrimas parodė, kad antruoju atveju, kai gydytojas tikslingai ieško požymių, būdingų konkrečiam susirgimui, jo budrumas ieškant šio susirgimo simptomų buvo daug aukštesnis.

Šio eksperimento metu gydytojo ragenoje buvo pritvirtinti miniatiūriniai veidrodėliai. Jie leido stebėti gydytojo žvilgsnio judėjimą. Paaiškėjo, kad 80 % gydytojų, kurie žiūrėjo rentgenogramas be konkrečios diagnostinės versijos, žvilgsnis mažą sekundės dalelytę visgi sustodavo ties „mazgeliais“, tačiau greit judėjo toliau. Taigi diagnostinės versijos neturėjimas, daro gydytoją „aklu“ mažiau ryškių simptomų atžvilgiu²¹.

Kitai variant, jei gydytojas nežino tiksliai, ko ieško, dažniausiai jis nieko ir nerast.

Išvada: pasyviosios grupės susirgimai patenka į aukštesnę diagnostinių klaidų rizikos zoną.

Atrodytų, kad jeigu visi pasyvios grupės susirgimai priklausytų aktyviai ir gydytojas pats atsimintų apie jas ir aktyviai ieškotų jų simptomų, diagnostika ženkliai pagerėtų. Tačiau kyla klausimas: ar tuo atveju gydytojo atmintis susidorotų su daug didesniais informacijos masyvo apdorojimu? Iš tikrųjų, šiuo atveju operatyvi atmintis turėtų būti pajėgi dirbti jau ne su 15, o 136 susirgimais? Turint omeny tai, kad ši atmintis turi tam tikras, gan siauras operatyvinės atminties ribas, tai galėtų sukelti jos veikimo problemų²². Nieko nuostabaus, kad Harold Kundelio triami radiologai pradėjo diagnozuoti geriau, kai jie galvojo tik apie vieną susirgimą ir ieškojo būtent jo požymių. O kas, jeigu

21 Groopman, J. How doctors think, New York 2008, 197.

22 Schachter D. Seven sins of memory: How the Mind Forgets and Remembers. New York, 2001.

jiems reikėtų galvoti ne apie vieną, o apie 136. susirgimus? Aišku, kad tai sukeltų labai aukštus reikalavimus jų operatyviai atminčiai.

Tuo tarpu esama prisiminimo taktika, kai aktyviai išaiškinama tik labai nedidelė susirgimų grupė, o visi kiti atsimenami pasyviai, ženkliai palengvina atminties darbą. Tai leidžia diagnozuojantį gydytoją galvoti vien apie tuos pirminius 15 susirgimų, aktyviai ieškoti tik jų simptomų. Visi kiti, tai yra pasyvios grupės susirgimai, „nustumiami į šešėlį“, jų patekimas į operatyviają atmintį - prisiminimas apsunkintas (neįvyksta be priminimo). Teigiama to pasekmė yra tai, kad mintis apie juos netrukdo gydytojui galvoti vien apie nedaugelį aktyviausiai ieškomų susirgimų. Tačiau už tai tenka mokėti brangia kaina - leidžiant dažniau klysti, diagnozuojant visus kitus susirgimus.

2. *Atmetamos diagnostinės versijos.* Sekanti susirgimų grupė - tai tokie, apie kuriuos gydytojas pareiškė, kad neįtrauktų į savo įtarimų rinkinį netgi tuo atveju, jeigu atsimintų apie juos. Kiekvieno tokio susirgimo atžvilgiu gydytojas nurodė priežastis, kurios neleistų jam jį įtraukti į įtariamų rinkinį. Tokių susirgimų buvo viso 251, kas sudaro daugiau kaip pusę (56,6 proc.) visų etaloninio rinkinio versijų dalies. Šie susirgimai buvo pavadinti „atmetamų diagnostinių versijų“ grupė. Alternatyvus pavadinimas - „diagnostinės versijos, esančios psichologinio pasipriešinimo zonoje“, kadangi yra priežastys, kurios „priešinasi“ šių versijų įtraukimui į gydytojo diagnostinių versijų rinkinį.

Panagrinėsime pagrindines gydytojo paminėtas neįtraukimo priežastis.

1. „Siauros specializacijos“ susirgimai.

Tai pagal P.G. „ne mano diagnozės“ - susirgimai, kurie gydytojo nuomone, nepriskiriami jo kompetencijai. Į šią grupę patenka dauguma infekcinių, chirurginių, psichiatrinių sutrikimų. „Man ir nepriklauso jų diagnozuoti. Mano užduotis - tik nukreipti pas reikiamą specialistą. Jei aš ir suklydau, jis persiūs kitam“ - paaiškino P. G.

Vargu ar galima sutikti su šiuo paaiškinimu. Viena iš svarbiausių bet kurio klinicisto užduočių - sugebėti įtarti bet kokį susirgimą, kurio simptomai gali būti sutikti jo praktikoje. Be to, jis negalės nukreipti paciento pas reikiamą specialistą ir pacientas bus pasmerktas ilgiems ir chaotiškiems siuntinėjimas nuo vieno specialisto pas kitą. Taigi, gydytojo sugebėjimas išvelgti kitų specializacijų ligas yra neatskiriama jo kvalifikacijos dalis. Tačiau, kad teisingai išvelgti tokius susirgimus, būtina turėti jų aiškų diagnostinį vaizdą.

Tuo tarpu paaiškinimas „ne mano diagnozės“ psichologiškai atleidžia gydytoją nuo pareigos turėti omeny šiuos susirgimus, žinoti ir, reikalui esant, įtarti juos. Tuo būdu šis susirgimas iš viso išjungiamas iš diagnostinio proceso. Gydytojas neįtars jo, pacientas nebus nukreiptas pas tinkamą specialistą. Jis gali būti išaiškintas tik atsitiktinai, pacientui pakliuvus pas tokį specialistą dėl kokios nors kitos priežasties.

Aišku, kad pašalinant „siauros specializacijos“ susirgimus iš diagnostinių versijų rinkinio, tuo pačiu „užprogramuojamas“ gydytojo diagnostinis „aklumas“ šio susirgimo atžvilgiu kiekvieną kartą, kai gydytojas susitiks su vienu iš jų. Taigi, dabartinis šių susirgimų visiškas pašalinimas iš atminties, iš vienos pusės, atpalaiduoja ją, tačiau, iš kitos, už tai mokoma labai aukšta kaina, leidžiant atsirasti diagnostikos klaidoms.

2. „Ypatingai reti“ susirgimai.

Neįtraukiant šių susirgimų, savo komentaruose P. G. nurodė, kad šie susirgimai yra labai reti ir jis turi labai mažai galimybių juos sutikti savo praktikoje. Todėl jis jų nesitiki ir, be to, neturi ir jų diagnozavimo patirties. Šio paaiškinimo esmė yra ta, kad jei vienas ar kitas susirgimas profesinėje gydytojo praktikoje sutinkamas pakankamai retai, tai visiškai suprantama, kad gydytojas gali iš viso atmesti jo tikimybę ir negalvoti apie jį.

Ir su šiuo teiginiu sunku sutikti. Retų susirgimų paradoksas, kad nors ir kiekvienas atskirai sutinkamas pakankamai retai, visų jų daug, ir kartu jie gali sudaryti nemažą gydytojo sutinkamų susirgimų dalį. Dėl to tikimybė sutikti bent vieną iš jų yra gan aukšta. Be to, su daugeliu gydytojas tikrai susiduria bent kartą per visą savo profesinę veiklą. Šioje situacijoje, esant žinių trūkumui ir patirties stokai, neišvengiamos diagnostinės klaidos.

Dėl to pats susirgimo retumas neleidžia jo ignoruoti. Atvirkščiai, jis reikalauja ypatingo dėmesio ir specialių pastangų tam, kad, jas sutikus, jos būtų teisingai diagnozuojamos. Taigi vėl gydytojo paaiškinimas greičiausiai yra psichologinė gynyba ir neprisimimimas atsakomybės dėl retų ligų diagnozavimo. Vėl gi, pašalinant šiuos susirgimus iš diagnostinių versijų rinkinio, iš vienos pusės, palengvinamas atminties darbas, bet vėl brangia kaina, lemiant diagnostines klaidas kiekvieną kartą, kai gydytojas susitiks su vienu iš šių susirgimų.

3. „Išgalvotos“ („profesorių“) diagnozės.

Tokią charakteristiką mūsų tiriamasis pateikė diagnozėms tokių ligų, kurios gydytojo nuomone „neatitinka realybės“ ir yra „mokslas vardan mokslo“. Dažniausiai taip būna, kai gydytojas mato vieną susirgimą ten, kur ICD-10 ir jį sekantis DiagnosisPro6 išskiria keletą. Pavyzdžiui, viena iš galimų skausmo priežasčių krūtinės srityje, P. G. įvardino galimą svetimkūnį kvėpavimo takuose. Jis suvokia tai kaip vieną susirgimą. Tuo tarpu, skirtingai nuo P.G., DiagnosisPro6 čia išskyrė kelis ir nagrinėja kiekvieną kaip atskirą nozologinį vienetą. Svetimkūnis gerklėje, gerklose, trachėjoje ir bronchuose pripažįstamas keturiais skirtingais susirgimais. P. G. atmets tokią „smulkų“ skirstymą ir vadina jį „išgalvotu“, „grynai teoriniu“, „nutolusiu nuo realaus gyvenimo“. Jo nuomone, „praktiškai“ tai vienas susirgimas.

Tačiau vėl, nors šis „praktinis požiūris“, gerokai pamažinant diagnostinių versijų skaičių, palengvina atminties darbą, bet tai padaroma diagnostikos kokybės blogėjimo ir jos klaidų didėjimo sąskaita. Minėtu pavyzdžiu skirtingų pagal lokalizaciją svetimkūnio patekimo į kvėpavimo takus atvejų išskyrimas turi ir didelę praktinę reikšmę. Mat, skirtinga lokalizacija apsprendžia gana skirtingus simptomus (pvz. stiprus seilėtekis, svetimkūniui pakliuvus į gerklę, besikartojanti pneumonija patekus į bronchus ir.t.t.). Maža to, kiekvienu turėtų užsiimti kitas specialistas. Todėl, nagrinėjant visus juos kaip vieną susirgimą, neišvengiamos diagnozavimo klaidos.

Visos paminėtos neįtraukimo priežastys vaidina tą pačią funkciją – jos redukuoja diagnostinių versijų sąrašą iki psichologiškai priimtino dydžio. Tai iš esmės palengvina gydytojo darbą, leidžiant jam diagnozuojant visai negalvoti apie didžiausią dalį susirgimų (56,6 proc.), kurie galėjo sukelti stebimą simptomą. Tačiau už tai tenka sumokėti nemažą kainą. Jei minėtus simptomus visgi sukėlė vienas iš šios grupės susirgimų, jis

nebus diagnozuotas. Tai neįvyks netgi, jeigu kas nors (ryškus simptomas ar kolegos konsultacija) siektų priminti apie jo galimybę.

3. *Grupinės (pusiau pasyvios) diagnostinės versijos.* Čia priklauso susirgimai, kurių gydytojas tiesiogiai nepaminėjo. Užtat, jis paminėjo susirgimų grupes, kuriai jie priklauso. Pavyzdžiui, savo pasakojimo gale jis pasakė: „Beje, visuomet reikia turėti omenyje virškinimo trakto susirgimus ypač, stemplės, skrandžio, dvylikapirštės, kurie gali pasireikšti skausmais krūtinėje“. Iš tikrųjų, nemaža virškinimo trakto susirgimų tikrai gali sukelti skausmus krūtinės srityje. Tačiau, iš kitos pusės, toli gražu ne visi šie susirgimai taip gali pasireikšti. Tuo tarpu gydytojas netikslina, kokius virškinamojo trakto susirgimus jis įtartų. Jo bendras virškinimo trakto susirgimų paminėjimas tik reiškia, kad jis paieškotų „kokių nors“ šio trakto susirgimų, tikėdamasis, kad koks nors ryškesnis ir specifiškesnis simptomas nurodys jam konkretų susirgimą. Tas pats pasakytina ir apie antrą gydytojo paminėtą susirgimų grupę. „Be to, negalima pamiršti, kad skausmo priežastimi gali būti krūtinės ląstos (raumenų, sąnarių, šonkaulių ir pan.) skausmai“. Ir šiuo atveju gydytojas nemini konkrečių susirgimų, bet toliau nurodo būdą, kuriuo sieks išaiškinti specifinius jų simptomus („Toku atveju, spaudžiant krūtinės ląstą, galima iššaukti skausmą, kuriuo skundžiasi pacientas“).

Taigi šie susirgimai yra „pusiau aktyvus“: jų paieškoje yra tam tikras kryptingumas, bet jis yra ribotas. Iš čia ir grupės pavadinimas - „pusiau aktyvios“ diagnostinės versijos.

Nustatant šių diagnostinių versijų skaičių, kiekvienai gydytojo paminėtai susirgimų grupei buvo skaičiuojama, kiek etaloninio rinkinio susirgimų tikrai įeina į gydytojo paminėtą grupę. Pvz., sutinkamai su DiagnosisPRO6 sudarytų diagnostinių versijų sąrašu, yra 23 virškinamojo trakto susirgimai, kurie gali sukelti skausmus krūtinės srityje. Visi šie susirgimai buvo priskiriami pusiau aktyviųjų diagnozių grupei.

4. Gydytojo diagnostinių žinių struktūra ir jo diagnostinė veikla

Žemiau pateikta 1 lentelė ir 1 paveikslas parodo anksčiau apibūdintų diagnostinių versijų santykinį dydį.

1 lentelė. Pagrindinės gydytojo P. G. diagnostinių versijų grupės

	Aktyvios (nuo priminimo nepriklausomos) diagnostinės versijos	Grupinės (pusiau aktyvios) diagnostinės versijos	Pasyvios (nuo priminimo priklausomos) diagnostinės versijos	Atmetamos (pasipriešinimo zonoje esančios) diagnostinės versijos	Diagnostinių versijų skaičius etaloniniame rinkinyje
Absoliutūs skaičiai	15	56	121	251	443
Procentai	3,4	12,6	27,3	56,7	100

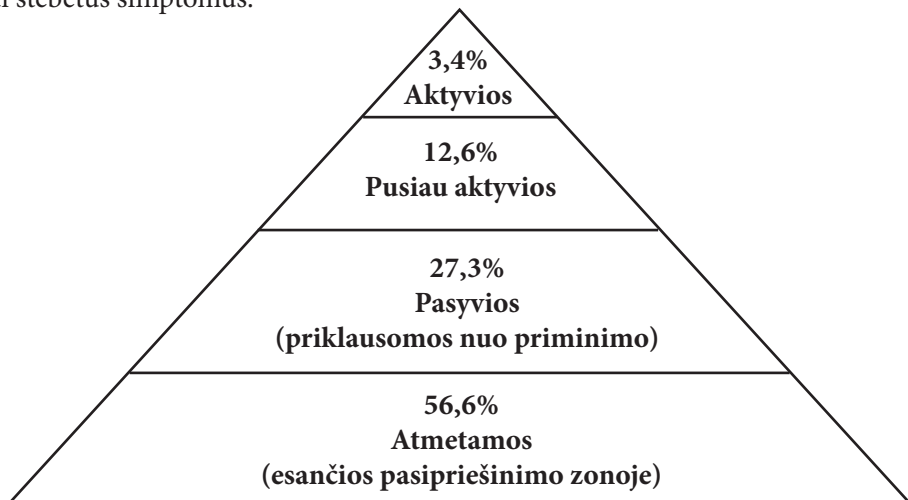
Mažiausia yra aktyvių versijų grupė, ji sudaro tik 3,4 proc. etaloninio rinkinio. Ši nedidelė grupė yra savotiškas gydytojo diagnostinės veiklos branduolys. Būtent šitų susirgimų jis aktyviausiai ieško, susidūręs su uždavinyje nurodytu simptomu. Galima manyti, kad būtent jie, gydytojo akimis yra labiausiai tikėtini.

Žymiai gausesnė yra pasyviųjų versijų grupė (27,3%). Gydytojas žino juos, supranta, kad gali susidurti su jais. Tačiau aktyviai jų neišaiškina, daro tai tik esant kažkokiai priežastiai, kuri primintų apie juos.

Pagaliau, gausiausia (56,6%) yra grupė susirgimų, kurie nors ir gali, sutinkamai su šiuolaikinio mokslo duomenimis ir su ši mokslą atspindinčiais atnaujinamais vadovėliais, sukelti stebimą simptomą, tačiau yra priežasčių, kurios neleidžia gydytojui įtraukti jų į diagnostinių versijų sąrašą.

Įvairių grupių turinio ir santykinio dydžio palyginimas leidžia daryti keletą išvadų.

1. Etaloninio (šiuolaikinio mokslo požiūriu išsamaus) versijų rinkinio apimtis yra milžiniška. Į ją įeina beveik keturi su puse šimtų galimų susirgimų, apie kuriuos bent viename iš DiagnosisPRO6 apibendrinamų vadovėlių buvo nurodyta, kad jie gali sukelti stebėtus simptomus.



1 pav. Gydytojo P. G. diagnostinių žinių struktūra. Pagrindinių diagnostinių versijų santykis.

Šis didžiulis skaičius atspindi realią situaciją šiuolaikinėje medicinoje.

Deja, lieka tolimoje praeityje „auksiniai laikai“, kai buvo žinoma palyginus nedaug susirgimų ir kiekvienas pasireiškėdavo vien nedaugeliu tipinių simptomų. Dabartiniu metu žinomi virš 10 tūks. susirgimų, kiekvienas iš kurių daro daugialypį poveikį pačioms įvairiausioms organizmo sistemoms ir dėl to gali sukelti įvairiausius simptomus. Maža to, tūkstančiai ir tūkstančiai naujų tyrimų, vykstančių visame pasaulyje, nepaliaujamai teikia vis naujų duomenų apie vis naujus šių susirgimų simptomus, pasireiškimo ypatumus, netipines formas, specifiką įvairiose susirgimo stadijose, įvairiose pa-

cientų grupėse, priklausomai nuo įvairiausių lydinčių susirgimų, vartojamų vaistų ir kitų momentų.

Nieko nuostabaus, kad DiagnosisPRO6 apžvelgianti 104 šiuolaikinių atnaujinamų vadovėlių, surado kelis šimtus susirgimų, kurie galėtų pasireikšti skausmais krūtinės srityje.

2. Situacija su uždavinyje nurodytu simptomu jokia būdu nėra unikali. Atvirkščiai, daug kitų mums žinomų simptomų yra tiek pat nespecifiški, juos gali sukelti šimtai įvairiausių susirgimų. Diagnostinių versijų rinkiniai, kuriuos tas pats DiagnosisPRO sudaro tokiems simptomams, kaip kosulys, viduriavimas, karščiavimas, galvos skausmas, dusulys ir daugelis apima šimtus galimų susirgimų.

Šiuolaikinio mokslo pažanga teikia ir vis naujus duomenis apie tai, ką gali reikšti kiekvienas simptomas, nurodo vis daugiau susirgimų, kurie galėtų jį sukelti. Šis procesas sukelia bendrą visų žinomų simptomų „specifiškumo praradimo“ procesą, kai lieka vis mažiau specifinių simptomų ir kiekvieno atskiro simptomo specifiškumas greitai mažėja. Taigi, vis platesnės žinios apie mums žinomus simptomus, vis labiau sumažina kiekvieno iš jų specifiškumą.

3. Visa tai kelia sunkiai įveikiamus reikalavimus gydytojui. Nagrinėdamas atskirą simptomą jis turi atkurti ir laikyti atmintyje informaciją apie šimtus susirgimų ir neaprepiamą daugybę galimų diagnostinių požymių. Ši užduotis pasunkėja daug kartų, kai gydytojas turi reikalą ne su atskiru, o kelių simptomų deriniu. Tokiu atveju jam tenka laikyti atmintyje ir operuoti neįsivaizduojamais žinių kiekiais. Ši užduotis aiškiausiai viršija vidutinio žmogaus gebėjimus ir sukelia sąmoningus ir neįsisąmonėtus procesus, kurie siekia sumažinti gydytojo atminties apkrovimą, verčia gydytoją ieškoti aplinkinių kelių šiam nepakeliamam uždaviniui spręsti²³.

4. Gydytojo diagnostinių žinių panaudojimo praktika susiformavo kaip spontaniškas atminties atsakas į šį neatitikimą. Kaip matėme, atmintis mažina savo apkrovimą dviem būdais:

a. nepanaudojant (nelaikant atmintyje) žinių apie ženkliai šiuolaikiniam mokslui žinomų susirgimų, kurie gali sukelti stebimą simptomą, dalį (atmetamų be nagrinėjimo diagnozių grupę);

b. apribojant žinių apie kitus susirgimus atkūrimo galimybes (pasyviųjų - nuo priminimo priklausomų diagnostinių versijų grupę);

c. išskiriant nedidelę operatyviai aktualizuojamų ir aktyviausiai panaudojamų susirgimų grupę (aktyvios - nuo priminimo nepriklausomos diagnostinės versijos).

5. Susiformavusi šių procesų pasekoje diagnostinių žinių struktūra ir turinys, iš vienos pusės, leidžia žymiu mastu redukuoti nepakeliamus reikalavimus gydytojo atminčiai, iš esmės sumažinti nagrinėjamų diagnostinių versijų skaičių.

Tačiau tai daroma labai brangia kaina – menkinant diagnostikos (ir atitinkamai gydymo) kokybę, apsprendžiant didelį diagnostikos klaidų skaičių.

23 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.

5. Problemų sprendimo kryptys

5.1. Gydytojo realių žinių ir jos spragų problema

Tai, kiek gydytojas žino iš tikrųjų, yra jo paties gili asmeninė paslaptis.

Pacientas, kurį gydytojas tiria, neturi jokio supratimo, ar jo gydytojas tikrai turi visas reikiamas žinias jo susirgimui gydyti ar tik vaizduoja žinojimą.

Geriau orientuojasi gydytojo kolegos ir vadovai. Atskiras klaidingas pasisakymas ar netikslus sprendimas verčia juos pakoreguoti savo nuomonę apie gydytoją ir jo kvalifikaciją.

Tačiau ir jie nežino svarbiausio - koks yra jo žinių konkretus turinys, ką konkrečiai jis žino ar nežino, kokios tiksliai spragos yra jo žiniose ir dėl to, kokių klaidų reikia iš jo laukti. Dėl to jie neturi atsakymo į dar svarbesnį klausimą, kokie jo sprendimai bus klaidingi dėl to, kad gydytojas neturi visų reikiamų šiam sprendimui žinių.

Neturint šios informacijos, jie negali laiku įspėti iš minėtų spragų atsirandančių gydytojo klaidų. Dėl to, pagaliau, ir visa gydytojų kvalifikacijos kėlimo sistema neturi jokio aiškaus kryptingumo. Organizuojant ją, remiamasi nieko neparemta prielaida, kad gydytojas „aplamai paėmus“ žino viską ir jį tik reikia supažindinti su naujausiais pasiekimais. Blogiausia, kad neretai ir pats gydytojas nežino, ko jis nežino. Nėra priemonės, kuri leistų jam pačiam išaiškinti savo žinių spragas ir numatyti priemones joms užpildyti. Jis ramiai gyvena su ta malonia bet klaidinga mintimi, kad „aplamai paėmus“ žino viską, ko reikia, o ko nežino, tai tik smulkios detalės. Dėl to, jam tenka laukti, kol jo rimta klaida ir jos oficialus tyrimas nurodys jam į vieną ar kitą žinių spragą.

Mūsų atliktas gydytojo P. G. tyrimas – pirmas žingsnis konkretesniam gydytojo žinių, realiai esančių jo atmintyje, pažinimui. Tyrimas leidžia numatyti, kad šio gydytojo diagnozė bus klaidinga kiekvieną kartą, kai pacientas iš tikrųjų turi vieną iš „atmetamų diagnozių“ grupės susirgimų. Ji bus klaidinga ir visais atvejais, kai jo pacientas turi vieną iš „pasyvios grupės“ susirgimų, bet tas susirgimas „nepriminė“ apie save kažkoku ryškesniu simptomu ar gydytojas buvo per daug pavargęs, susirūpinęs ar įtemptas, kad jį pastebėtų.

Tyrimo rezultatai atveria ir kelius problemai spręsti:

1. Atsiranda galimybė pačiam gydytojui realiai įvertinti savo būsimų diagnostinių klaidų rizikas, kurios glūdi jo žinių sistemoje. Tai, savo ruožtu, leidžia jam imtis atitinkamų įspėjimo priemonių - pirmiausiai, išaiškintų pavojingų žinių spragų panaikinimas.

2. Vadovui, gydytojo žinių turinio ir struktūros tyrimo rezultatai leistų tiksliau nustatyti problemas, kurios gali kilti šio gydytojo darbe, ir numatyti prevencijos priemones joms įspėti.

3. Įstatymo leidėjui, reglamentuojančiam gydytojo teisinę atsakomybę, šie rezultatai leidžia patikslinti reikalavimų gydytojui ribas, vengiant teisinių reikalavimų neįvykdymo ir visų jo tolimesnių pasekmių²⁴.

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

5.2. Gydytojo žinių turinio ir struktūros formavimo problema

Gydytojo žinių, disponuojamų konkrečioje diagnostinėje situacijoje, turinys ir struktūra, tame tarpe minėtos diagnostinių versijų grupės, formuojasi stichiškai, veikiant aukščiau aprašytiems žinių perdavimo mechanizms ir jo atminčiai bandant prisitaikyti prie didelių ir vis augančių reikalavimų jai. Mūsų tirtas gydytojas niekada nebuvo susimąstęs, kokius susirgimus priskirti aktyviųjų diagnozių grupei, o kokius – pasyviųjų ar atmetamų. Iki tyrimo jis netgi neįtarė, kad tokios grupės apamai egzistuoja jo atmintyje.

Tačiau stichinis procesas gali atnešti tik tokį pat stichinį rezultatą. Praktinės veiklos metu gydytojas dažniausiai pats to nesuvokdamas palaipsniui pertvarkė savo „universitetines“ žinias į „praktines“. Palaipsniui, savaime jam suformavo tam tikra jo veiksmų svarbiausiose klinikinėse situacijose tvarką. Ši tvarka atleido jį nuo būtinybės kiekvieną kartą mintyse vartyti vadovėlį, ieškant susirgimų, kuriems būdingas tam tikras simptomas. Ši susiformavusi gydytojo veiksmų tam tikru atveju tvarka yra savotiškas individualus gydytojo diagnostikos „algoritmas“ (IDA). Dėka jo, gydytojas turi aiškią nuomonę, kaip kiekvienu atveju diagnozuoti: į ką atkreipti dėmesį, apie ką pagalvoti, kokį klausimą sau užduoti, kokius veiksmus atlikti, kokias problemas galima sutikti darant tai ir kaip jas spręsti. Taigi IDA reglamentuoja tiek diagnozuojančio gydytojo veiksmus, tiek ir jo minčių, prisiminimų, sprendimų ir veiksmų tvarką.

Gydytojo P. G. pasakojimas apie savo mintis ir veiksmus, nustatant skausmo krūtinės srityje priežastis, kaip tik ir yra tokio individualaus diagnostinio algoritmo pavyzdys. Tai net tik pasakojimas apie tai, kaip jis paprastai veikia tokiu atveju, bet ir apie tai, kaip, sutinkamai su šio gydytojo žiniomis ir patirtimi, reikia veikti.

Kartu šio pasakojimo nagrinėjimas parodė pagrindinį gydytojo individualaus algoritmo trūkumą - jo santykio su šiuolaikinio mokslo pasiekimais neaiškumą. Jo IDA nesirėmė jokių sistemingu šiuolaikinio mokslo tyrimų rezultatų apibendrinimu. Priešingai, jis susiformavo stichiškai praktinės veiklos metu sutiktų atvejų, pokalbių, skaitymo, likusių dar iš universiteto žinių pagrindu.

Tai nusako pagrindinę tobulinimo kryptį - kontroliuoti ir valdyti individualių diagnostinių algoritmų turinį ir struktūrą. Pradedantis praktinę veiklą gydytojas turi būti atleistas nuo sunkios užduoties pačiam formuoti savo „savo gamybos“ IDA. Vietoje to, jis turi gauti tos pačios paskirties, bet šiuolaikinio mokslo pagrindu suformuotus veiklos algoritmus.

Toks algoritmas turi integruoti moksliskai pagrįstą sprendimų ir veiksmų tam tikroje klinikinėje situacijoje nuoseklumą su tikslu ir išsamiu kiekvienam iš jų reikalingos informacijos apibrėžimu. Tai sudaro gydytojui galimybę ne tik tiksliai žinoti, kokius veiksmus reikia atlikti tam tikroje klinikinėje situacijoje. Jis gauna galimybę tiksliai žinoti, kokiomis žiniomis jis turi disponuoti, atliekant kiekvieną tokį veiksmą ar priimant kiekvieną sprendimą. Taigi, medicininiai standartai, kurie reglamentuoja gydytojo veiksmus, lygiai taip pat turi nukreipti ir jo „mintinius veiksmus“, tame tarpe ir atsiminimo procesus.

Toks integruotas medicininis standartas nėra fantastika. Toks gydytojo veiksmų integracijos su joms reikalingomis žiniomis modelis yra būdingas pažangiausiems šiuolaikiniams medicininiam standartams.

Pripažintas lyderis, kuriant tokius standartus, yra Britanijos Nacionalinis sveikatos ir klinikinės kompetencijos institutas (NICE), kuris sukūrė ir įdiegė į praktiką 726 tokius standartus²⁵. Jų panaudojimo tyrimai rodo didelį teigiamą poveikį, koreguojant gydytojų veiksmus klinikinėse situacijose.

Itin svarbu, kad visi jie parengti išsamaus šiuolaikinio mokslo pasiekimų apibendrinimo pagrindu. Tai reiškia, kad jie pilnai atitinka tiek Lietuvos teisinius, tiek medicinos reikalavimus.

Išvados ir rekomendacijos

1. Šiuolaikinės biomedicinos žinios, keliaudamos pas diagnostinį sprendimą primantį gydytoją, turi įveikti visą eilę komunikacinių barjerų, kurie neleidžia didelei šių žinių daliai pasiekti gydytojo ir būti pritaikytomis praktikoje. To pasekoje susidaro žinių, reikalingų teisingam sprendimui, trūkumas ir iš to sekančios gydytojo darbo kokybės problemos, tame tarpe ir gydymo klaidos, užtraukiančios gydytojo teisinę atsakomybę.

2. Dabartiniai reikalavimai gydytojo žinioms ženkliai viršija jo atminties realias galimybes. Šis neatitikimas atsirado ir nuolat didėja, sparčiai augant medicininų žinių apimčiai ir pastoviai kylant diagnostinės veiklos standartams. Šis neatitikimas sukelia spontaninius ir nevaldomus gydytojo adaptacijos prie jo realias galimybes viršijančių reikalavimų procesus.

3. Ši adaptacija vyksta:

- a. nepanaudojant (nelaikant atmintyje) žinių apie ženklų šiuolaikiniam mokslui žinomų susirgimų dalį;
- b. apribojant turimų žinių apie daugelį susirgimų atkūrimo atmintyje galimybes (taikant vadinamąjį pasyvų jų prisiminimą);
- c. išskiriant nedidelę grupę operatyviai aktualizuojamų ir aktyviausiai panaudojamų susirgimų.

4. Toks adaptacijos būdas turi ženkliai neigiamas pasekmes diagnostiniam procesui, mažina jo kokybę, sąlygoja jo klaidingumą ir to pasekoje blogina viso gydymo kokybę.

5. Pagrindas minėtoms problemoms spręsti yra veiksmingas gydytojo žinių valdymas, dabartinio šio proceso stichiškumo ir nevaldomumo įveikimas. Tai turėtų įvykti:

- a. užtikrinant gydytojo žinių turinio ir struktūros kontrolę (vykdant siūlomus šiame straipsnyje gydytojų individualių diagnostinių algoritmų (IDA) tyrimus);

25 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.

b. kryptingai formuojant gydytojo atminties veikimą, panaudojant šiuolaikinius medicininius standartus.

Literatūra

1. 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>.
2. 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). P. 11-17.
3. Groopman J. How doctors think. Boston-New York. Houghton Mifflin Company, 2008
4. 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). P. 122-157.
5. Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Įstatymo įvykdymas. šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. //Socialinių mokslų studijos. 2010, 4(8). P. 89–107.
6. Labanauskas, L.; Justickis, V.; Sivakovaitė, A.. Gynybinės medicinos reiškinių paplitimas Lietuvoje // Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai. 2011, 1(3). P. 158-169.
7. Lietuvos Aukščiausiasis teismas. N u t a r t i s 2001 m. lapkričio 14 d. Byloje Nr. 3K-3-1140/2001 m. Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d. Prieiga per internetą: <http://www.lat.lt/lt/teismo-nutartys/nutartys-nuo-2006-6bt1.html>.
8. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas (2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499) Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=359503.
9. Longmore M., Wilkson I., Rajagopalan S. Oxford Handbook of Clinical Medicine. Sixth Edition. Oxford University press, 2004.
10. Mandler, G. From association to organization. Current Directions in Psychological Science, 2011, 20 (4), 232-235.
11. Mark,D. Decision-Making in Clinical Medicine. Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition, McGraw-Hill Company 2008, 16- 23.
12. 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/>.
13. Meador C., Pribor H., Kerendian S. DiagnosisPro 6.0 (CD-ROM - version). MedTech USA, 2010.
14. Montgomery K. How doctors think. Oxford University press, 2006.
15. 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>.
16. U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health. PUBMED Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d.; Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
17. UpToDate Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d. < Prieiga per internetą: <https://www.uptodate.com/login>>.
18. Weingart S. Critical Decision Making in Chaotic Environments. Patient Safety in Emergency Medicine. New York-London, Walter Kluwer, 2009, 209–213.

Doctor's knowledge making a diagnosis. Medical standards in shaping them

Viktoras Justickis

Mykolas Romeris University, Lithuania

Tomas Saladis

Republic Vilnius University Hospital, Lithuania

Summary

The paper focuses on the structure and content of doctor's knowledge that he uses making a diagnosis. It is analysed the ever increasing demands to doctor's knowledge, arising from ever growing bulk of medical knowledge and increasing public expectations to the quality of medical service.

The sources of incongruence between increasing demands to the doctor's knowledge and its ability to meet them are discussed. Lithuanian law sets up maximal demands to the doctor – he must possess every existing medical knowledge that can be useful treating his patient and in the case of proven lack of some such knowledge is responsible for any damage made by unsuccessful treatment. This demand overpasses the real capacity of human memory and stimulates spontaneous adaptation processes.

The paper proposed a special methodology for examination of the content and the structure of a doctor's knowledge. This methodology is used for empirical study of doctor's diagnostic knowledge.

The study discovered ways in which the doctor adapts to the modern, his capacity overpassing demands. Two principle ways of his adaptation have been demonstrated.

1. Great part of possible diseases is excluded from memory and from diagnosis;

2. The approach to information on another part of possible diseases is impeded. They are available only when some additional prerequisites are present.

Both adaptations really simplify the diagnosis and dumps the memory. However it is done at the expense of the dropping the quality of diagnosis.

The ways for solution of this problem are discussed.

Keywords: *medical information, communication barriers, medical professional standards, clinical diagnosis, doctor's liability, doctor's knowledge gydytojų klaidos, teisiniai reikalavimai gydytojui.*

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

Tomas Saladis. VŠĮ „Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė“, Direktoriaus pavaduotojas medicinai. Mokslinių tyrimų kryptys: medicinos teisė, chirurgija, sveikatos apsaugos organizacija ir vadyba

Viktoras Justickis. Mykolas Romeris University, Faculty of Social policy. Department of psychology. Research interests: medical law, criminology, psychology

Tomas Saladis. Republic Vilnius university hospital. Vice-director for Medicine. Research interests: medical law, criminology, psychology.