

PAMATINIAI REIKALAVIMAI MEDICINOS STANDARTUI

Lietuvos ir didžiosios Britanijos medicinos standartų lyginamasis tyrimas

Prof. habil. dr. Viktoras Justickis

Mykolo Romerio universitetas

Tomas Saladis

dr. Algimantas Pamerneckas

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

Santrauka

Straipsnio tikslas yra apibūdinti pamatinius reikalavimus medicinos standartui, tai yra tuos, kurie svarbūs užtikrinant pagrindinę medicinos standarto paskirtį – aukštos diagnostikos ir gydymo kokybės užtikrinimas.

Medicinos standartai – tai norminiai dokumentai, kurie reglamentuoja gydytojo veiksmus jam sprendžiant tam tikras diagnostines, klininkines, prevencijos ir pan. problemas. Medicininiai standartai užima pamatinę vietą tarp visų norminių aktų, reglamentuojančių sveikatos apsaugos veiklą. Jie nurodo, kokius veiksmus turi atlikti gydytojas, kad pasiektų pagrindinį visos sveikatos apsaugos sistemos tikslą – padėti pacientui. Visų kitų sveikatos apsaugos sistemų dalių (jos valdymo, teisinio reguliavimo, aprūpinimo ištekliais) paskirtis – maksimaliai padėti gydytojui atlikti tai, ko iš jo reikalauja medicinos standartai, sudaryti tam visas būtinas ekonomines, organizacines, teisines sąlygas.

Lietuva tik pradeda rengti savo medicininius standartus. Kelia nerimą, kad medicininiai standartai, parengti Lietuvoje, labai skiriasi nuo rengiamų pažangiausiose šalyse: JAV, Didžioji Britanija, Vokietija ir kt. Lietuviški standartai – tai nedidelės apimties (vos kelių puslapių) dokumentai, kurie labai trumpai teikia tam tikrų žinių ir nurodymų apie tam tikrą susirgimą, jo diagnozę bei pagrindinius gydymo metodus. Tuo tarpu užsienio šalyse leidžiami standartai – tai didelės apimties (iki kelių šimtų puslapių) ir sudėtingos struktūros dokumentai, kurių turinys, struktūra, pateikimo forma iš esmės skiriasi nuo lietuviškų.

Palyginami vienodos paskirties (angininių skausmų diagnostikos ir gydymo) Lietuvos ir Didžiosios Britanijos NICE (Nacionalinio sveikatos ir klinikinio meistriškumo instituto) standartai. Išaiškinti ir išnagrinėti tie jų skirtumai, kurie yra tiesiogiai susieti su diagnostinio ir terapinio darbo kokybe. Tuo būdu apibūdinti aštuoni pamatiniai reikalavimai medicinos standartui. Jų pagrindu nustatyti bendrieji medicinos standartų įvertinimo ir palyginimo kriterijai: šiuolaikinio mokslo pasiekimų panaudojimo laipsnis; algoritminė (o ne aprašomoji) rekomendacijų pateikimo tvarka; atviras (eksplicitinis) teikiamų rekomendacijų ryšio su jas pagrindžiančiais mokslo pasiekimais pateikimas; teisingo ir tikslaus santykio tarp gydytojo veiklos reglamentavimo ir jo sprendimo laisvės (nuožiūros) nustatymas; aktyvių diagnostinių ir gydymo klaidų prevencijos metodų panaudojimas; organizacinių standarto sėkmingo įgyvendinimo prielaidų apibūdinimas, atitinkamų rekomendacijų ir metodikų teikimas; veiksmingo standarto įgyvendinimo kontrolės užtikrinimas; bendradarbiavimo su pacientais ir jų paruošimo standarto įgyvendinimui užtikrinimas.

Atliktas tyrimas parodė, kad Didžiosios Britanijos medicinos standartas visais šiais atžvilgiais pranašesnis už lietuvišką ir geriau užtikrina pagrindinę paskirtį – aukštą diagnostinės ir gydymo veiklos kokybę. Tuo pagrindu daroma išvada apie būtinybę įgyvendinti mūsų šalyje šiuolaikinę

reikalavimų medicinos standartams sistemą. Parodoma, kaip perėjimas prie tokių reikalavimų prisidės sprendžiant opias mūsų sveikatos apsaugos problemas.

Pagrindinės sąvokos: *medicininiai standartai, reikalavimai medicinos standartui, sveikatos apsaugos paslaugų kokybė.*

ĮVADAS IR PROBLEMA

Medicinos standartai – tai norminiai dokumentai, kurie nukreipia (reglamentuoja) gydytojo veiksmus jam sprendžiant diagnostines, klininkines, prevencijos ir pan. problemas. Tas gydytojo veiksmų reglamentavimas vykdomas teikiant jam rekomendacijas ar privalomus nurodymus.

Be termino „medicinos standartas“ šiuolaikinėje medicinoje naudojama daug kitų terminų – „metodiniai nurodymai“, „algoritmai“, „protokolai“, „aprašai“ ir pan. Dar nesusiformavo pastovesnio visų šių terminų panaudojimo¹. Visi jie gali būti taikomi ir kaip termino „medicinos standartas“ sinonimai, pažymint bet kokį norminį dokumentą, reglamentuojantį gydytojo diagnostinę, terapinę ar kitokią veiklą, ar atskiroms tokio reglamentavimo atmainoms pažymėti. Pvz., terminas „medicininis algoritmas“ dažniausiai taikomas, kai rekomenduotini gydytojo veiksmai išdėstomi grafinių schemų pavidalu, terminas „protokolas“ dažniausiai pažymi nuoseklių, konkrečių veiksmų sąrašą ir pan. Tačiau ir vienu, ir kitu atveju terminų taikymas nėra galutinai nusistovėjęs ir literatūroje randama nemažai nukrypimų nuo šio labiausiai paplitusio panaudojimo.

Tačiau nepaisant visos taikymo įvairovės, esmė visais šiais atvejais yra ta pati – kiekvienas iš jų yra norminis dokumentas, vienaip ar kitaip nukreipiantis gydytojo veiksmus. Tai reiškia, kad esant tokiam dokumentui, gydytojui atsiranda pareiga viena ar kita forma atsižvelgti į jo turinį.

Norminiai dokumentai, kurie reglamentuoja gydytojo veiksmus, egzistavo tiek, kiek egzistuoja medicina. Garsūs „Hipokrato rinkiniai“ (*Hippocratic Corpus*), Egipto „Medicininiai papirusai“, Indijos „Atharvaveda“ ir daug kitų pagal savo formą ir turinį buvo būtent medicininiai standartai – privalomi nurodymai, kaip gydytojas turėjo elgtis tam tikrose diagnostinėse ir terapinėse situacijose².

Kaip ir šiuolaikiniai standartai, šie dokumentai kėlė tikslą užtikrinti aukštą gydymo kokybę, ir, taip pat kaip ir šiuolaikiniai, darė tai apibendrinant aukščiausius savo laikotarpio mokslo ir praktikos pasiekimus.

Tačiau yra ir esminių skirtumų. Ankstesnių laikų standartai rėmėsi tradicija ir medicinos autoritetais. Tuo tarpu šiuolaikiniai remiasi teise, jie yra teisinio reguliavimo forma. Nepagrįstas jų nesilaikymas sukelia gydytojo teisinę atsakomybę už pacientui

¹ *Guidelines: Law, Policy and Practice*. Tingle J. and Foster C. – eds. Cavendish, 2002.

² Nunn J. F. *Ancient Egyptian Medicine*. University of Oklahoma Press, 2002; Breasted J. H. *The Edwin Smith Surgical Papyrus*, University of Chicago Press, 1930; Selin H., Shapiro H. *Medicine Across Cultures: History and Practice of Medicine in Non – Western Cultures*, Springer 2003; Horstmanshoff H. F. J., Stol M., Tilburg C. *Magic and Rationality in Ancient Near Eastern and Graeco – Roman Medicine*, Brill Publishers, 2004; Stol M. *Epilepsy in Babylonia*, Brill Publishers, 1993; Zysk K. G. *Asceticism and Healing in Ancient India: Medicine in the Buddhist Monastery*, Oxford University Press, rev. ed., 1998.

atsiradusią žalą. Šios atsakomybės ribos, laipsnis, pobūdis nustatomas teisinio reguliavimo metodais.

Medicininiai standartai užima pamatinę vietą tarp visų norminių aktų, reglamentuojančių sveikatos apsaugos veiklą. Jie nurodo, kokius veiksmus turi atlikti gydytojas, kad pasiektų pagrindinį visos sveikatos apsaugos sistemos tikslą – padėti pacientui. Visos kitos sveikatos apsaugos sistemos dalys (jos valdymas, teisinis reguliavimas, ap rūpinimas ištekliais) sudaro sąlygas, kad gydytojas galėtų pasiekti šio pagrindinio tikslo. Taigi, nuo to, kokie yra medicininiai standartai, priklauso, kokios organizacinės, ekonominės ir pan. jo darbo sąlygos turi būti sudarytos jų įgyvendinimui. Savo ruožtu, nuo to, kokių sąlygų reikia, priklauso, kaip turi būti organizuota ir veikti visa sveikatos apsaugos sistema.

Pasaulio medicina turi labai didelę patirtį rengiant ir taikant medicinos standartus. Didžiausias medicinos standartų rinkinys – Tarptautinė standartų biblioteka (*International Guidelines Library*), turi virš 7 000 įvairiuose pasaulyje šalyse parengtų standartų ir kitų gydytojo veiksmus reglamentuojančių dokumentų³. Pasaulyje egzistuoja keliasdešimt nacionalinių standartų rengimo ir platinimo centrų⁴. Tarptautiniu ir nacionaliniu mastu vykdomi dideli projektai, kurių tikslas – tobulinti medicininis standartus, skatinti jų vis platesnį naudojimą. Toks yra, pavyzdžiui, didžiausias pasaulyje medicininis algoritmų rinkinys „The Medical Algorithms Project“, kuriame yra virš 13 800 medicininis algoritmų ir kuriuo naudojasi virš 110 125 registruotų naudotojų (2009 m. duomenys)⁵.

Itin svarbus Europos šalims buvo Europos Komisijos priimtose rekomendacijos dėl medicinos standartų rengimo ir taikymo⁶.

Lietuva tik pradeda rengti savo medicininis standartus. Dabartiniu metu parengta virš 20 standartų, kurie yra patvirtinti Sveikatos apsaugos ministro įsakymais ir galioja visos šalies mastu⁷. Medicininiai standartai, parengti Lietuvoje, labai skiriasi nuo rengiamų pažangiausiose šalyse: JAV, Didžioji Britanija, Vokietija ir kt.

Pirmiausiai, Lietuvos standartai – tai nedidelės apimties (vos kelių puslapių) dokumentai, kurie labai trumpai teikia tam tikras žinias ir nurodymus apie tam tikrą susirgimą, jo diagnozę bei pagrindinius gydymo metodus.

³ Guideline International network. International Guidelines Library. Žiūrėta 2011-06-11. Prieiga per internetą: <http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library->.

⁴ G-I-N. Resource Centres for guideline information. Žiūrėta 2011-06-11. Prieiga per internetą: <http://www.g-i-n.net/library/relevant-links/resources-for-guideline-information->.

⁵ Medical algorithms. The Medical Algorithms Project. Žiūrėta 2011-06-11. Prieiga per internetą: <http://www.medal.org/visitor/Homepage.aspx>.

⁶ Developing A Methodology For Drawing Up Guidelines On Best Medical Practices. Recommendation Rec (2001)13 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 10 October 2001 and explanatory memorandum. Žiūrėta 2011-06-11. Prieiga per internetą: http://book.coe.int/EN/ficheouvrage.php?PAGEID=36&lang=EN&produit_aliasid=922-.

⁷ Žr. pav., Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl artrozės, žmogaus imunodeficit viruso, *Chlamydia trachomatis* sukeltų ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikų patvirtinimo“ (2004 m. gegužės 3 d. Nr. V-313); Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, metodikų patvirtinimo“ (2002 m. rugpjūčio 14 d. Nr. 422) ir kt. Žiūrėta 2011-06-11. Prieiga per internetą: www.lrs.lt.

Tuo tarpu labiausiai pažengusiose užsienio šalyse leidžiami standartai – tai dažniausiai didelės apimties (iki kelių šimtų puslapių) ir sudėtingos struktūros dokumentai, kurių turinys, struktūra, pateikimo forma iš esmės skiriasi nuo lietuviškų. Labai skirtinga yra Lietuvos ir užsienio standartų rengimo tvarka. Lietuviški standartai rengiami, prisilaikant tos pačios tvarkos, kaip ir bet kokie kiti ministerijos lygiu leidžiami smulkūs administraciniai aktai (įsakymai, potvarkiai, nurodymai ir pan.): juos rengia tam tikras ministerijos darbuotojas kartais pasitelkdamas sudarytą darbo grupę ar jai pavaldi sveikatos apsaugos įstaiga, parengtas projektas patvirtinamas ministro įsakymu ir įgyja teisinę galią. Tuo tarpu užsienio šalių standartams rengti egzistuoja speciali, gerai išvystyta tvarka. Standartus čia rengia didelės mokslininkų grupės, arba specialios įstaigos, šią veiklą smulkiai reglamentuoja speciali teisinių aktų sistema, kuri užtikrina galimybę visiems suinteresuotiems asmenims ir organizacijoms dalyvauti rengiant ir svarstant standartą. Be to, užsienio standartai, skirtingai nuo lietuviškų, gali apimti ne tik medicininės problemas, bet ir visus kitus organizacinius, ekonominius, standarto rengimo klausimus, kurie kyla įvairiais standarto įgyvendinimo etapais.

Turint omeny tą pamatinę vietą, kurią užima medicinos standartai sveikatos apsaugos sistemoje, ryškūs skirtumai tarp Lietuvos ir užsienio šalių standartų negali nekelti susirūpinimo.

Kyla klausimai:

Ar mūsų trumpučiai standartai pajėgūs vaidinti tą svarbų, pamatinį vaidmenį, kuris jiems priklauso šiuolaikinėje sveikatos apsaugos sistemoje? Ar jie gali teisingai reglamentuoti gydytojo veiklą, užtikrinti aukštą jo diagnostinės ir terapinės veiklos kokybę?

Atsakymas į tuos klausimus susietas su bendresniais klausimais: koks apskritai turi būti medicinos standartas, kokius reikalavimus jis turi atitikti, kaip jis turi būti įgyvendinamas bei kontroliuojamas jo vykdymas?

Atsakymas į tuos klausimus svarbus dėl kelių priežasčių.

1. *Standartų kokybės įvertinimas.* Žinant, koks turi būti medicinos standartas, kokius reikalavimus jis turi atitikti, įgyjame galimybę įvertinti tiek naujus, tiek seniau parengtus standartus, išaiškinti, kurie iš jų nepilnai atitinka savo paskirtį ir turi būti tobulinami.

2. *Standartų recepcija*⁸. Medicinos standartai rengiami įvairiausiose šalyse. Kiekvieno tokio standarto parengimas reikalauja nemažai darbo, laiko, patirties. Dėl to ypač aktualiai Lietuvai yra jau parengtų standartų recepcijos (perėmimo ir adaptacijos) problema. Reikalavimų standartams sistema leistų tiksliai įvertinti užsienyje parengtus standartus ir pasirinkti, kuri iš jų tikslinga panaudoti mūsų šalyje.

3. *Standartų rengimo organizavimas.* Minėjome, kad Lietuva tik pradeda rengti savo medicininis standartus. Kol kas parengti tik pavieniai standartai. Pagrindinis darbas rengiant nacionalinę medicininį standartų sistemą dar prieš akis. Tačiau be aiškaus „standartų rengimo standarto“, tai yra tikslų ir moksliskai pagrįstų reikalavi-

⁸ **Teisės recepcija** – praeities visuomenės ar užsienio valstybės teisės normų, principų, teisinių formų perėmimas ir pritaikymas (žr. David Rand Brierly E. C., *Major Legal System in the World Today*. 1985, 3rd ed., pp. 485–515).

mų nacionaliniam medicinos standartui neįmanoma tinkamai organizuoti šių valstybės svarbos uždavinių.

4. *Organizacinių, ekonominių ir kt. problemų, susijusių su sveikatos apsaugos kokybės gerinimu sprendimas.* Minėjome pamatinį, reglamentuojantį standartų vaidmenį, išaiškinant ir sprendžiant sveikatos apsaugos tobulinimo problemas. Tačiau standartai gali atlikti šį savo svarbų vaidmenį tik tuo atveju, jeigu patys yra kokybiški: teisingai, pilnai ir tiksliai nurodo, kaip turi būti diagnozuojamas ir gydomas pacientas.

5. *Teisinių problemų, susijusių su gydytojo veikla sprendimas.* Sprendžiant bet kokį su gydytojo atsakomybę susietą klausimą (skundas prieš gydytoją, gydymo nesėkmė, nepageidaujami gydymo rezultatai) visada kyla klausimas: kaip duotoje situacijoje gydytojas turėjo elgtis, ką jis privalėjo daryti, remiantis jo veikla reglamentuojančiomis teisės normomis. Medicininiai standartai kaip tik ir duoda atsakymą į šiuos klausimus, teisiškai reglamentuojant gydytojo veiksmus sprendžiant tam tikrą diagnostinę ar terapinę problemą.

Tačiau, kad galėtų kokybiškai atlikti šią savo svarbų uždavinį, standartas turi atitikti aukštus ir aiškius kokybės reikalavimus.

Taigi, *reikalavimų medicininiam standartui sistemos* sukūrimas yra svarbi tolimesnio mūsų sveikatos apsaugos pažangos prielaida.

Aukščiau minėtų *reikalavimų medicininiam standartui sistemos* sukūrimas – didelis ir atsakingas darbas. Šio straipsnio tikslas – žengti pirmą žingsnį, kuriant tokia sistemą – pateikti *pirminį pamatinių reikalavimų medicinos standartui rinkinį*.

Pamatiniai reikalavimai. Pamatiniai reikalavimai medicinos standartui – tai tokie reikalavimai, kurių vykdymas tiesiogiai prisideda prie aukštos diagnostinio ir gydymo kokybės užtikrinimo. Pastaroji yra svarbiausia (pamatinė) medicinos standarto paskirtis.

Medicinos standartas turi atitikti daugybę įvairiausių reikalavimų. Pavyzdžiui, jis turi būti parašytas taisyklinga kalba. Tuo jis prisideda prie gimtosios kalbos puoselėjimo. Medicinos standarto turinys turi atitikti medicinos etikos ir deontologijos reikalavimus. Tuo būdu jis prisideda prie gydytojo profesinės moralės stiprinimo. Jis turi būti gerai suprantamas gydytojui ir kitiems sveikatos apsaugos darbuotojams. Tai leidžia jiems sutaupyti jėgas ir laiką, įsisavinant standartą.

Tačiau, kiek svarbūs bebūtų visi šie tikslai, pamatinis tikslas – aukštos diagnostikos ar gydymo kokybės užtikrinimas. Pamatiniai reikalavimai medicinos standartui ir yra tie, kurių vykdymas prisideda prie šio tikslo pasiekimo.

Pirminis rinkinys. Kalbant apie pirminį pamatinių reikalavimų rinkinį, turima omeny, kad šiame straipsnyje teikiamas reikalavimų medicinos standartui sąrašas nėra baigtinis. Tolimesni tyrimai leis jį papildyti. Tai bus daroma:

a) *išplečiant* mūsų išaiškintų pamatinių reikalavimų taikymą vis platesniam medicinos standartų ratu;

b) *tikslinant* šiame straipsnyje aptariamus pirminius reikalavimus;

c) *papildant* šį rinkinį naujais reikalavimais.

Antrajame straipsnio skyriuje bus aptarta atlikto lyginamojo tyrimo esmė ir metodika.

Trečiajame skyriuje „*Pagrindinių skirtumų tarp lyginamų medicinos standartų aptarimas*“ bus išdėstyti ir aptarti pagrindiniai mūsų atlikto standartų palyginimo rezultatai. Tuo pagrindu bus suformuotas pirminis reikalavimų medicinos standartui rinkinys.

Ketvirtajame skyriuje „*Išvados. Šiuolaikinių medicinos standartų perspektyvos Lietuvoje*“ bus aptartos medicinos standartų, atitinkančių šiuos reikalavimus taikymo Lietuvoje reikšmė ir galimybės.

MEDICININIŲ STANDARTŲ PALYGINIMO METODIKA

Kelias, pasirinktas šiame straipsnyje minėtam pirminiam reikalavimų rinkiniui sukurti, – tai Lietuvos ir pažangiausių užsienio standartų palyginimas. Šio kelio pasirinkimo logika labai paprasta. Iš tikrųjų, jeigu Lietuvos ir kitų šalių standartai yra daugeliu esminių požiūrių skirtingi, reikia tuos skirtumus išnagrinėti. Tai turėtų padėti atsakyti į klausimą, koks iš lyginamų standartų geriau užtikrina aukštą gydymo kokybę. Atsakymas į šį klausimą, savo ruožtu, leis atsakyti į sekantį klausimą, koks gi turi būti kokybiškas medicininis standartas: toks, kaip lietuviškas, ar toks kaip rengiamas pažangiausiuose užsienio šalyse. Tai ir leis suformuluoti reikalavimus standartui.

Lyginamų medicinos standartų pasirinkimas

Tiek Lietuvos, tiek užsienio šalyse parengti standartai nėra visiškai vienalyčiai ir turi mažesnių ar didesnių skirtumų.

Aptarsime standartų pasirinkimo palyginimui kriterijus.

Oficialumas. Tiek Lietuvoje, tiek užsienio šalyje randama nemažai įvairaus tipo gydytojui skirtų dokumentų, išleistų atskirų asmenų ar organizacijų. Įvairios rekomendacijos, algoritmai ir pan. neretai teikiami mokslinėse straipsniuose, vadovėliuose ir pan. Visa tai yra neoficialūs tekstai, jie neturi teisinės galios, nėra privalomi gydytojui. Mūsų tyrime mus domino tik oficialūs medicinos standartai.

Galiojimas visos sveikatos apsaugos sistemos mastu. Lietuvoje ir užsienyje yra nemažai lokaliųjų standartų, kuriuos įvairios institucijos išleido savo vidiniam naudojimui. Tokie yra sveikatos apsaugos įstaigos nurodymai šios įstaigos gydytojams. Tokie nurodymai yra teisės aktai ir turi teisinę galią, tačiau tik šios institucijos viduje. Tokie dokumentai šiame straipsnyje nenagrinėjami. Mūsų tyrimo dėmesio centre yra tik oficialūs, visos šalies mastu galiojantys standartai.

Identiška paskirtis. Palyginimui buvo pasirenkami identiškios paskirties standartai. Buvo siekiama lyginti tokius Lietuvos ir užsienio standartus, kurie reglamentuoja to paties susirgimo diagnostiką ir gydymą. Buvo vadovaujamosi mintimi, kad būtent lyginant tos pačios paskirties medicinos standartus susidaro geriausias prielaidos palyginimo tikslumui ir objektyvumui.

Pažangiausių užsienio standartų pasirinkimas

Užsienio šalyse parengti standartai yra skirtingi ir pagal savo lygį. Vieni yra tikslesni ir geresnės kokybės, kiti – mažiau. Nėra visiškai vienodas ir jų rengusių mokslininkų kvalifikacijos lygis ir keliami jiems reikalavimai.

Mūsų tyrimo tikslams labiausiai atitiko tokio standarto pasirinkimas, kuris:

- 1) sukurtas pasaulio mastu pripažintos specializuotos medicinos įstaigos, kurios pagrindinė paskirtis yra nacionalinių medicinos standartų rengimas;
- 2) jo kūrimo tvarka, principai ir metodai tiksliai suformuluoti šalies mastu veikiančiuose norminiuose dokumentuose;
- 3) parengtas šalyje, turinčioje vienodus su Lietuva bendrus reikalavimus medicininiam standartams.

Taigi, tai turėtų būti standartas, įkūnijantis aukščiausius šiuolaikinius standartų rengimo pasiekimus, „permatomas“ – būtų suprantami idėjos, kuriomis jo autoriai vadovavosi nustatant standarto turinį ir formą bei sukurtas šalyje, kuri kaip ir Lietuva priklausytų Europos Sąjungai ir kuriam dėl to galiojūt minėtos bendros Europos šalims rekomendacijos medicinos standartams rengti⁹.

Besivadovaujant visais šiais kriterijais buvo pasirinkti du vienodos paskirties medicinos standartai:

1. Lietuva. „Krūtinės anginos diagnostikos ir ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodika“. Patvirtinta: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. liepos 5 d. įsakymu Nr. V-506.

2. Didžioji Britanija (Nacionalinis sveikatos ir klinikinio meistriškumo institutas – NICE) – „Staigiai atsiradę krūtinės skausmai: staigiai atsiradusių krūtinės skausmų ar galimai kardiologinės kilmės negalavimų įvertinimas ir diagnozė“ („Chest pain of recent onset: Assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin“)¹⁰.

Abu standartai yra oficialūs, galioja šalies mastu, turi vienodą paskirtį: reglamentuoja angininį skausmų diagnozę ir gydymą. Britų standartas parengtas Didžiosios Britanijos nacionalinio sveikatos ir klinikinio meistriškumo instituto, kuris yra Didžiosios Britanijos nacionalinės Sveikatos apsaugos tarnybos (Didžiosios Britanijos sveikatos ministerija) įstaiga, atsakinga už diagnostikos ir gydymo standartų rengimą.

NICE yra viena iš labiausiai prestižinių medicininių standartų rengimo centrų pasaulyje. Jų parengti standartai yra plačiai pripažinti šalyje ir pasaulyje kaip „pavyzdiniai“ (žr., pvz., „Wikipedia“ straipsnis „National Institute for Health and Clinical Excellence“)¹¹. Ši įstaiga vaidina didelį vaidmenį tarptautiniu mastu, apibendrinant tarptautinę standartų rengimo patirtį ir padedant kitoms šalims rengiant šiuolaikinį mokslo lygį atitinkančius standartus.

⁹ Developing Methodology For Drawing Up Guidelines On Best Medical Practices. Recommendation Rec (2001)13 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 10 October 2001 and explanatory memorandum. Žiūrėta 2011-11. Prieiga per internetą: http://book.coe.int/EN/ficheouvrage.php?PAGEID=36&lang=EN&produit_aliasid=922.

¹⁰ NICE. Chest pain of recent onset: assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin 2010. Žiūrėta 2011-06-11. Prieiga per internetą: <http://guidance.nice.org.uk/CG95>.

¹¹ Wikipedia, the free encyclopedia. National Institute for Health and Clinical Excellence. Žiūrėta 2011-06-11. Prieiga per internetą: http://en.wikipedia.org/wiki/National_Institute_for_Health_and_Clinical_Excellence.

NICE turi didelę praktinę standartų rengimo patirtį. Viso čia parengti 726 standartai. Jie laisvai prieinami Didžiosios Britanijos ir kitų šalių gydytojams¹².

Svarbu ir tai, kad Lietuva ir Didžioji Britanija abi yra Europos Sąjungos narės, taigi abiem šalims galioja minėtos bendros Europos šalims rekomendacijos medicinos standartams rengti¹³.

Lyginant lietuvišką ir NICE standartą buvo vienas po kito peržiūrėti ir nagrinėjami įvairūs jų skirtumai, išaiškinama kiekvieno skirtumo reikšmė sveikatos apsaugos paslaugos kokybei. Taip buvo atrinkti standartų bruožai, kurie yra reikšmingi kokybei. Tuo pagrindu buvo daroma išvada, kaip turi būti formuluojamas atitinkamas reikalavimas medicininiam standartui. Tuo būdu ir buvo sudaromas pirminis reikalavimų medicinos standartui rinkinys.

PAGRINDINIŲ SKIRTUMŲ TARP LYGINAMŲ MEDICINOS STANDARTŲ APTARIMAS

Bendra lyginamųjų standartų charakteristika

Atrinktas palyginimui Lietuvos standartas parengtas sutinkamai su keliais Sveikatos apsaugos ministro įsakymais, iš kurių svarbiausias 2006 m. „Dėl diagnostikos ir gydymo metodikų rengimo ir jų taikymo priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ su jo tolimesniais pataisymais. Kaip ir kiti lietuviški standartai, jis trumpas. Jo apimtis – 6 psl. Šios apimties tekste labai trumpai aptarta daugybė angininų skausmų gydymo ir diagnostikos klausimų: diagnostikos kriterijai, gydymo aprašymas, medikamentiniai ir kiti gydymo metodai, ligos eigos vertinimo ir gydymo taktika, pasveikimo ar remisijos kriterijai ir kt.

Iš kitos pusės, NICE standartas parengtas sutinkamai su šalies oficialiu medicinos standartų rengimo standartu, kurio apimtis yra 147 psl. ir kuris aptaria ir reglamentuoja visus svarbiausius standartų rengimo aspektus¹⁴. Kiekvienam atskiram standarto rengimo ir įgyvendinimo etapui skirti dar atskiri, daug smulkesni vadovėliai. Visų šių vadovėlių nurodymai yra privalomi standartų rengėjams.

Minėjome, kad lietuviškas standartas – nedidelis (vos kelių puslapių) dokumentas. Tuo tarpu kiekvienas NICE išleistas standartas susideda iš kelių knygų, kurių bendra apimtis siekia kelis šimtus puslapių.

Tipinė NICE standarto struktūra yra tokia.

Visas standartas susideda iš šešių knygų.

Pirmoji knyga – tai „Pilnas standartas“ („Full Guideline“). Ši knyga dėsto visas standarto rekomendacijas ir apžvelgia tyrimus, kuriais kiekviena rekomendacija remiasi. Pirmos knygos apimtis – keli šimtai puslapių.

¹² NICE. *National Institute of Health and Clinical Excellence*. Žiūrėta 2011-06-11. Prieiga per internetą: <http://www.nice.org.uk/>.

¹³ Developing Methodology For Drawing Up Guidelines On Best Medical Practices. Recommendation Rec (2001)13 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 10 October 2001 and explanatory memorandum. Žiūrėta 2011-11. Prieiga per internetą: http://book.coe.int/EN/ficheouvrage.php?PAGEID=36&lang=EN&produit_aliasid=922.

¹⁴ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *The guidelines manual*. 2009. Žiūrėta 2011-06-18. Prieiga per internetą: <http://www.nice.org.uk/guidelinesmanual>.

Antroji knyga – tai „NICE standartas“ („NICE guideline“) – glaustas, su trumpais paaiškinimais, bet be mokslinio pagrindimo standarto rekomendacijų išdėstymas.

Trečioji knyga – „Trumpas žinynas“ („Quick Reference book“). Ji skiriama praktiniam operatyviam naudojimui. Jos apimtis 10–15 psl.

Ketvirtoji knyga – „Rekomendacijos dėl standarto įgyvendinimo tvarkos“ („Implementation advice“). Tai knyga, kurioje aptariamos finansinės, organizacinės, techninės problemos, su kuriomis bus susidurta įgyvendinant standartą, teikiamos standarto įgyvendinimo rekomendacijos, taip pat ir metodikos, kurios palengvina rekomendacijos įgyvendinimą, pvz., finansinė metodika (standarto įgyvendinimo kaštams ir laukiamam ekonominiam efektui įvertinti), gydytojų kvalifikacijos kėlimo metodikos, padedančios parengti gydytojus standarto įgyvendinimui ir pan.

Penktoji knyga – „Parama auditui“ („Audit support“). Joje teikiamos rekomendacijos dėl standarto įgyvendinimo stebėjimo ir kontrolės, parodoma, kaip tinkamai stebėti, kiek sėkmingai įgyvendinamas standartas, kaip laiku pastebėti ir išspęsti kylančias problemas.

Šeštoji knyga – „Paciento standartas“ („Patient guidelines“). Joje standarto turinys išaiškinamas pacientui suprantama kalba.

Tokią struktūrą turi ir mūsų aptariamas standartas.

Jo pirmos knygos „Pilnas standartas“ („Full Guideline“) apimtis yra 393 psl.

Antroji knyga „NICE standartas“ („NICE guideline“) apimtis yra 46 psl.

Operatyvus „Trumpas žinynas“ („Quick reference book“) yra dar trumpesnis (16 psl.).

Ketvirtos knygos „Rekomendacijos dėl įgyvendinimo tvarkos“ („Implementation advice“) apimtis yra 26 psl.

Penktos knygos „Parama auditui“ („Audit support“) apimtis yra 15 psl.

Šeštos knygos „Paciento standartas“ („Patient guidelines“) apimtis yra 12 psl.

Pasirūpinta ir gydytojų parengimu naudotis standartu. Teikiama mokymo medžiaga, pvz., skaidrės užsiėmimui su gydytojais, supažindinant juos su standartu, klausimynai ir pan.

Panagrinėsime svarbiausius skirtumus tarp lietuviško ir NICE standartų.

Pirmas skirtumas. Pilnas (NICE standartas) ar nepilnas (lietuviškas standartas) šiuolaikinio mokslo pasiekimų panaudojimas

Pagrindinis bet kokio medicinos standarto tikslas – apibendrinti šiuolaikinio mokslo pasiekimus ir tuo pagrindu pateikti gydytojui rekomendacijas, kaip jam veikti sprendžiant tam tikrą diagnostinę ar terapinę problemą. Tiek britų, tiek lietuviškas standartas teikia rekomendacijas, kaip diagnozuoti ir gydyti angininius skausmus ir daro tai šiuolaikinio mokslo pasiekimų pagrindu.

Tačiau abu standartai skirtingi pagal tai, ar siekiama maksimaliai panaudoti *visas* šiuolaikinio mokslo pasiekimus, kurie gali būti naudingi sprendžiant tam tikrą diagnostinę ar gydymo problemą, ir, ryšium su tuo, ar siekiama tuo pagrindu suformuoti *visas šiuolaikinio mokslo lygiu galimas rekomendacijas*. NICE standartas kaip tik ir kelia sau tokius tikslus. Maksimalus šiuolaikinio mokslo pasiekimų panaudojimas diagnozuojant ir gydant angininius skausmus užtikrinamas keliais būdais.

1. Toks tikslas *oficialiai skelbiamas* tiek pačiame standarte, tiek jo turinį ir struktūrą reglamentuojančiuose norminėse dokumentuose¹⁵.

2. Standarto sudarymo *būdas*. Svarbi standarto rengimo stadija yra visų esamų publikacijų, kurios dėsto šiuolaikinių tyrimų rezultatus, apžvalga. Šios apžvalgos pagrindiniai etapai yra:

a) *išsami informacijos paieška*. Atliekama išsami informacijos paieška šiuolaikinėse medicinos duomenų bazėse. Tai MEDLINE, kuriame šiuo metu sukaupta jau virš 20 milijonų straipsnių, COCHRANE, kuriame randama virš 4 500 apžvalgų ir kitos duomenų bazės. Paieškos būdas: jai panaudoti raktiniai žodžiai, ir rezultatai smulkiai aprašomi „Pilnoje knygoje“. Taigi, kiekvienas gali išnagrinėti paieškos būdą ir aptikus kokią nors spragą, kuri galėtų pakenkti informacijos paieškos pilnumui, nurodyti ją;

b) *metodinis įvertinimas*. Išaiškinus visus mokslinius straipsnius rengiamo standarto tema, atliekama kruopšti kiekviename išdėstyto mokslo tyrimo metodinio lygio analizė. Šios analizės tikslas – patikslinti straipsnyje išdėstyto tyrimo metodinį lygį ir tuo pačiu jo rezultatų ir išvadų patikimumą;

c) *apibendrintų išvadų formulavimas*. Išaiškintų ir metodiškai įvertintų straipsnių pagrindu formuluojamos išvados, apibendrinančios visus nagrinėjamus straipsnius. Pavyzdžiui, šio apibendrinimo eigoje išaiškinami ir įvertinami neatitikimai tarp atskirų tyrimų rezultatai, tikslinamos šių apibendrintų išvadų taikymo ribos ir pan.;

d) *rekomendacijų formulavimas*. Apibendrintų išvadų pagrindu formuluojamos rekomendacijos gydytojui – nurodoma, kaip jis turėtų atsižvelgti į minėtas išvadas praktiškai savo veikloje, kokie gydytojo veiksmai išplaukia iš šiuolaikinio mokslo pasiekimų, kurių rezultatai sukongcentruoti kiekvienoje apibendrinančioje išvadoje.

Visų šių veiksmų atlikimas smulkiai apibūdintas minėtame „standarto rengimo standarte“¹⁶.

Taigi, rengiant nagrinėjamą NICE standartą buvo imtasi visų priemonių, kad:

- nei vienas šiuolaikinio mokslo pasiekimas neliktų nepastebėtas;
- būtų išnagrinėta kiekvieno pasiekimo patikimumas;
- tuo pagrindu būtų suformuluotos visos rekomendacijos, kurias aplamai galima išskelti šiuolaikinio mokslo pagrindu.

3. Standarto rengimas yra *viešas* visais jo parengimo etapais. NICE tinklalapis smulkiai atspindi visą kiekvieno standarto rengimo eigą. Dėl to tiek specialistai, tiek kiti asmenys gali susipažinti su visa panaudojama medžiaga, priimamais sprendimais, diskusijomis ir nesutarimais. Standarto projektas iki jo patvirtinimo laisvai prieinamas Internete. Dėl to visi suinteresuoti asmenys gali išreikšti savo abejones, pateikti pastabas, pasiūlymus. Šiomis sąlygomis nėra jokių kliūčių pastebėti bet kokią rengiamo standarto neatitikimą šiuolaikiniam mokslui, nurodyti į atsitiktinai nepastebėtus ir nepanaudotus mokslo pasiekimus.

¹⁵ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The guidelines manual. 2009. Žiūrėta 2011-06-18. Prieiga per internetą: <http://www.nice.org.uk/guidelinesmanual>.

¹⁶ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The guidelines manual. 2009. Žiūrėta 2011-06-18. Prieiga per internetą: <http://www.nice.org.uk/guidelinesmanual>.

Siekimas užtikrinti, kad būtų atsižvelgta ir panaudota viskas, ką gali teikti šiuolaikinis mokslas, yra viena iš NICE standarto didelės apimties priežasčių. Dėl tos pačios priežasties jo pagrindą sudaro išpūdingas rekomendacijų skaičius – 102.

Mūsų šalyje parengtas standartas yra kitoks.

Visas standartas susideda iš 5 klasifikacijų ir 4 sąrašų. Paminėsime juos visus.

Klasifikacijos:

1. KA skausmų klinikinė klasifikacija (skausmai suskirstyti į tris klases);
2. Stabilios KA suskirstymas į sunkumo klases (skausmai suskirstyti į keturias sunkumo klases);
3. Sergančiųjų stabilią krūtinės angina suskirstymas į dvi rizikos grupes taikant neinvazinius tyrimo metodus;
4. Nestabilios KA klinikinė klasifikacija (suskirstymas į tris klases).
5. Nestabilios KA rizikos laipsnio įvertinimas (suskirstymas į dvi rizikos klases):

Sąrašai:

1. Priežastys, kurios sukelia arba pasunkina miokardo išemiją (paminėtos 27 priežastys);
2. Krūtinės ląstos skausmų diferencinė diagnostika (galimų neišeminės ir aplamai nekardiologinės kilmės krūtinės skausmų šaltinių sąrašas – paminėti 28 susirgimai);
3. Sąrašas tyrimų, kurie turi būti atlikti, diagnozuojant KA skausmų priežastis;
4. Gydomo metodų sąrašas.

Taigi, lietuviškas standartas nurodo gydytojui, kokias klasifikacijas jis turi naudoti diagnozuojant angininis skausmus ir teikia sąrašus, kokiais gydymo metodais jis turi naudotis. Nėra abejonės, kad tai svarbu ir naudinga. Be abejo, tiek teikiant minėtas klasifikacijas, tiek sudarant metodų sąrašus buvo atsižvelgta į tam tikrus šiuolaikinius mokslo pasiekimus.

Tačiau šis standartas neapima daugelio kitų (be skausmų klasifikacijų) angininis skausmų diagnozės ir gydymo klausimų ir dėl to nepanaudoja ir atitinkamų mokslo pasiekimų. Paminėsime kai kuriuos iš tų klausimų:

1. Minėjome, kad lietuviškas standartas nurodo naudotinas angininis skausmų klasifikacijas, bet jis neaptaria ir neteikia rekomendacijų apie *gydymo ypatumus priklausomai nuo klasės*, kuriai priskirtas pacientas. Pavyzdžiui, nurodomos naudotinas pacientų suskirstymas į rizikos grupes, tačiau neregamentuojama, kokių konkrečiai veiksmų turi imtis gydytojas priklausomai nuo to, kokiai KA pobūdžio ar rizikos grupei pacientas priskirtas. Skirtingai, NICE standartas smulkiai reglamentuoja šį klausimą, teikia atitinkamas rekomendacijas.

2. Neregamentuojamas gydytojo veiksmų *nuoseklumas* diagnozuojant ir gydant pacientą su angininiais skausmais. Lietuviškas standartas neteikia jokių rekomendacijų dėl to, koku nuoseklumu reikia atlikti diagnostikos ir gydymo veiksmus. Tuo tarpu NICE standartas smulkiai apibūdina gydytojo veiksmų nuoseklumą. Pavyzdžiui, teikiamos rekomendacijos, kokie neinvaziniai metodai panaudotini priklausomai nuo

kokių klinikinio tyrimo rezultatų ir toliau kokie invaziniai metodai – priklausomai nuo EKG ir kitų neinvazinių metodų duomenų.

3. Nenustatoma gydytojo *pasirinkimo* tarp alternatyvių diagnozės ir gydymo schemų ir metodų tvarka, kriterijai ir pan. Pvz., nustatant anginių skausmų šaltinius gydytojas nuolat susiduria su būtinumu pasirinkti tarp dviejų ar daugiau tyrimo alternatyvų: pasirinkti vieną ar kitą diagnostinę versiją, panaudoti vieną ar kitą tyrimo metodą jai patikrinti, pasirinkti vieną iš galimų klinikinį strategijų ir pan. Skirtingai nuo NICE standarto, kurio vienas svarbiausių tikslų yra padėti gydytojui, renkantis tarp šių alternatyvų, lietuviškas standartas nekelia šios užduoties.

Dėl to lietuviškas standartas panaudoja tik pakankamai mažą dalį šiuolaikinio mokslo pasiekimų – tik tuos, kurie yra naudingi minėtoms klasifikacijoms ir sąrašams sudaryti. Nepanaudojami gi šiuolaikinio mokslo pasiekimai visais kitais klausimais. Taigi, skyrimum nuo NICE, lietuviškas standartas faktiškai suskirsto visus šiuolaikinio mokslo pasiekimus į dvi grupes:

- a) tuos, kurie pateikti standarte (jų pagrindu pateiktos rekomendacijos);
- b) tuos, į kuriuos neatsižvelgta ir jų pagrindu rekomendacijos neteikiamos.

Aptarsime svarbiausias nepilno šiuolaikinio mokslo panaudojimo lietuviškame standarte pasekmes.

A. Teisinės nepilno šiuolaikinio mokslo pasiekimų panaudojimo pasekmės.

Paradoksalu, kad dėl dalies mokslo tyrimų nepanaudojimo lietuviški standartai faktiškai neatitinka Lietuvos teisės reikalavimus, reglamentuojančius sveikatos paslaugų kokybę. Iš tikrųjų diagnostikos ir gydymo standartų paskirtis – užtikrinti aukštą sveikatos paslaugos kokybę. Mūsų šalyje pamatinius sveikatos paslaugos kokybės kriterijus nustato du teisės šaltiniai:

- Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2001 m. Sandienės byloje suformuluotas „maksimalaus rūpestingumo“ kriterijus ir
- Lietuvos Respublikos „Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo“ įstatymo 2 straipsnio aštunta pastraipa (toliau – „Paciento įstatymas“, 2010 kovo 1 d.) nustatytas atitikimo šiuolaikinio mokslo reikalavimams reikalavimas.

Maksimalaus rūpestingumo kriterijus. Formuluodamas maksimalaus rūpestingumo kriterijų Lietuvos aukščiausiasis teismas nurodė: „Paprastai gydytojas negali garantuoti, kad bus pasiektas konkretus rezultatas, pavyzdžiui, kad ligonis bus išgydytas. Darytina išvada, kad pacientą ir gydytoją (sveikatos priežiūros įstaigą) sieja prievolė, kurios turinį sudaro gydytojo pareiga užtikrinti, kad ši prievolė būtų vykdoma dedant maksimalias pastangas, t. y. užtikrinant maksimalų atidumo, rūpestingumo, atsargumo ir kvalifikuotumo laipsnį“ (LAT, 2001, Sandienė vs. Kauno Raudonojo Kryžiaus ligoninė)¹⁷.

Taigi pagal šią nuostatą, sveikatos apsaugos teikėjas (gydytojas ir sveikatos apsaugos institucija) nėra tiesiogiai atsakingi už gydymo (diagnozės) rezultatus. Taip yra todėl, kad sėkmė tik dalinai priklauso nuo gydytojo. Dėl to gydytojo atsakomybės problema išsprendžiama kitaip:

¹⁷ Lietuvos Aukščiausiasis Teismas. *Nutartis 2001 m. lapkričio 14 d.* Byloje Nr. 3K-3-1140/2001 m.

Gydytojas nėra atsakingas už gydymo rezultatus, tačiau jis privalo padaryti viską, kad reikiamas rezultatas būtų užtikrintas.

Tai reiškia, kad jeigu gydymo rezultatas neigiamas, tai vienintelis būdas atsakyti, ar gydytojas kaltas – tai patikrinti, ar viską jis padarė, kad gydymo rezultatas būtų teigiamas.

Atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimas. „Paciento įstatymo“ antro straipsnio aštuntoji pastraipa apibrėžia, kas yra tas padarytinas „viskas“. Sutinkamai su juo, „viskas“ reiškia, kad gydytojas turi panaudoti visas šiuolaikinio mokslo galimybes padėti pacientui.

„Paciento įstatyme“ tai suformuluota tokiu būdu: „Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos – prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami.“¹⁸ Abu pamatiniai sveikatos apsaugos paslaugų kokybės kriterijai papildo vienas kitą. Maksimalaus rūpestingumo kriterijus nustato, kad gydytojas turi padaryti „viską“, o atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimas patikslina, kas yra „viskas“ – tai viskas, ką teikia šiuolaikinis medicinos ir slaugos mokslas ir gera praktika. Taigi, reikalavimai gydymo kokybei Lietuvoje gali būti suformuluotas taip: *gydytojas turi padaryti viską* (maksimalus rūpestingumas), *kas šiuolaikinio mokslo požiūriu* (atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimas) *gali būti naudinga gydymo sėkmei užtikrinti*.

NICE būtent taip ir daro. Šis standartas atitinka abu pamatinius kriterijus. Jis teikia visas rekomendacijas, kurias galimos panaudojant visus šiuolaikinio mokslo pasiekimus.

Priešingai, lietuviškas tų kriterijų neatitinka. Jis teikia tik dalį galimų rekomendacijų, ir panaudoja tik dalį šiuolaikinio mokslo pasiekimų. Taigi nors Lietuvos teisė reikalauja iš gydytojo padaryti viską, ką teikia šiuolaikinis medicinos ir slaugos mokslas, ši reikalavimą įvykdo britų, o ne lietuviškas standartas. Ta aplinkybė, kad lietuviškas standartas panaudoja tik dalį šiuolaikinio mokslo pasiekimų ir formuluoja tik dalį galimų rekomendacijų, sukuria teisės požiūriu neleistiną situaciją, būtent susidaro išpūdis, kad žemesnio rango teisinis aktas (ministro įsakymas) ženkliai susiaurina viršesnio teisės akto („Paciento įstatymo“) veikimą. Iš tikrųjų, „Paciento įstatymas“ nurodo būtinybę taikyti visus be apribojimo mokslo pasiekimus, kurie gali būti naudingi gerinant gydymo kokybę. Tuo tarpu ministro įsakymu patvirtintas standartas, įteisina kaip privalomą tik dalies iš šiuolaikinio mokslo išplaukiančių rekomendacijų dalį, tuo kvestionuojant visų kitų privalomumą ir tuo būdu susiaurinant viršesnio už save įstatymo veikimą.

B. Nepilnas šiuolaikinio mokslo pasiekimų panaudojimas lietuviškame standarte ir gydytojo informuotumo problema

Šiuolaikinis medicinos mokslas kelia labai aukštus reikalavimus gydytojo žinioms. Gydytojas įpareigojamas būti pilnai informuotas apie šiuolaikinio mokslo pasiekimus ir visus juos panaudoti visur, kur jie gali pagerinti gydymo rezultatus.

¹⁸ 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.

Lietuvoje nauja „Paciento įstatymo“ redakcija panaikino ankstesnę tvarką, kai gydytojas galėjo pats spręsti ar jam konkrečiu atveju vadovautis šiuolaikinio mokslo pasiekimais, ar pasitenkinti vien savo patirtimi ar nusistovėjusia (tai yra ankstesnio mokslo sąlygomis susiklosčiusia) praktika. Dabar jis privalo vadovautis mokslo pasiekimais. Tai reiškia, kad jeigu diagnozuojant ar gydant jis neatsižvelgė kokių nors šiuolaikinio mokslo pasiekimų atitinkamoje srityje, tai nesėkmingo gydymo atveju gali būti pripažintas atsakingu už tai. Jam bus priekaištaujama, kad nepanaudojus šio pasiekimo, jis nusižengė ir maksimalaus rūpestingumo reikalavimui (nepadarė visko, kad pasiektų reikiamą rezultatą), ir atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimui (nepanaudojo minėto šiuolaikinio mokslo pasiekimo).

Visa tai kelia labai sunkius reikalavimus gydytojui. Jis privalo:

a) „žinoti viską“, tai yra būti pilnai informuotas apie visus šiuolaikinio mokslo pasiekimus toje srityje, kurioje dirba;

b) ne tik žinoti, bet ir užtikrinti maksimalų visų šių šiuolaikinių žinių panaudojimą kiekvienu atveju, kai tas gali būti naudinga.

Pasvarstykite, kokį darbą turi atlikti gydytojas tam, kad galėtų atitikti tuos reikalavimus. Jis turėtų:

- atlikti pilną šiuolaikinės mokslinės literatūros, nagrinėjančios šią problemą informacijos paiešką, tuo būdu išaiškinant viską, kas parašyta šiuo klausimu;
- perskaityti visas išaiškintas publikacijos. Tokių publikacijų skaičius vien MEDLINE duomenų bazėse dabartiniu metu siekia 20 mln. publikacijų, kurios tiesiogiai ar netiesiogiai susietos su angininų skausmų problematika yra keletas tūkstančių;
- išnagrinėti visus teikiamose publikacijose aprašytus tyrimus metodiniu požiūriu;
- įvertinti jų rezultatų patikimumą;
- susisteminti patikimose publikacijose išdėstytų tyrimų rezultatus;
- suderinti kiekvieno atskiro tyrimo rezultatus su kitais tyrimais;
- nustatyti gydymo ar diagnostikos veiksmus, kurių būtinybė išplaukia iš visų apibendrintų tyrimų.

Tik visa tai padarius, gydytojas gali būti ramus, kad nėra nepastebėjęs, praleidęs, neatsižvelgęs kokį nors šiuolaikinio mokslo pasiekimą.

Kol jis viso to neatliko, jis gyvena nuolatiniame pavojuje, kad kažko neatsižvelgė ir bus apkaltintas, kad nusižengė maksimalaus rūpestingumo kriterijui (nepadarė kažko, ką turėjo padaryti) ir atitikimo šiuolaikiniam mokslui kriterijui (sprendžiant diagnostinę ar gydymo problemą nepasinaudojo šiuolaikinio mokslo pasiekimais šioje srityje).

Panagrinėkime, kaip NICE ir lietuviškas standartas padeda gydytojui susidoroti su šiomis sunkiomis užduotimis.

NICE standartas, visa tai padaro už gydytoją. Kaip matėme, visi paminėti veiksmai atlikti rengiant standartą ir šio darbo rezultatai pateikti „Pilnoje knygoje“. Taigi, užuot pačiam atliekant informacinę paiešką ir kitus veiksmus, gydytojui reikia tik susipažinti su šia knyga. Tai padarius, jam jau negresia pavojus, kad jis nesužinos apie kokį nors paciento gydymui ar diagnozei svarbų šiuolaikinio mokslo pasiekimą, nepanaudos jo ir dėl to jam bus uždėta atsakomybė už neigiamus gydymo rezultatus. Taigi, NICE standartas

apibrėžia gydytojui šiuolaikinį mokslo lygį, leidžia jam sudaryti vientisą šio lygio vaizdą, iš esmės atleidžia jį nuo būtinybės pačiam atlikti informacijos paiešką ir apibendrinimą.

Kitaip yra lietuviško standarto atveju. Skirtingai nuo NICE standarto, lietuviškas neužtikrina gydytojo informuotumo apie šiuolaikinio mokslo pasiekimus ir palieka jam pačiam spręsti savo paties pilno informuotumo problemas, tam atliekant visus aukščiau paminėtus veiksmus (visos esamos literatūros apžvalga, kiekvieno surinkto šaltinio metodinis įvertinimas, visų jų apibendrinimas, rekomendacijų rengimas).

Taigi esminis skirtumas tarp lyginamų standartų yra tai, kokia šiuolaikinio mokslo pasiekimų dalis panaudojama rekomendacijoms pateikti. Rengiant NICE standartą, imtasi visų priemonių tam, kad maksimaliai panaudoti visus šiuolaikinio mokslo pasiekimus, ir tuo pagrindu suformuoti visas šiuolaikinio mokslo lygiu galimas rekomendacijas. Tuo tarpu lietuviškas standartas panaudoja tik dalį šių pasiekimų ir nepilnai panaudoja šiuolaikinio mokslo pasiekimus diagnostikos ir gydymo rekomendacijoms suformuluoti¹⁹.

Tuo pačiu NICE standartas užtikrina, kad būtų panaudoti visi šiuolaikinio mokslo galimybės gydymo kokybei pagerinti. Teisiniu požiūriu NICE standartas pilnai atitinka mūsų šalyje galiojančius sveikatos paslaugos kokybės reikalavimus. Tuo tarpu lietuviškas standartas atitinka juos nepilnai.

Iš viso to toliau seka, kad tai, kokia šiuolaikinio mokslo pasiekimų dalis panaudojama rekomendacijoms pateikti, yra svarbus medicinos standarto įvertinimo kriterijus. Kuo didesnę šiuolaikinio mokslo pasiekimų dalį panaudoja tam tikras standartas, tuo aukščiau jis turi būti vertinamas. Taikant šį kriterijų lyginamiems standartams, darytina išvada – NICE standartas šiuo atžvilgiu yra neabejotinai pranašesnis.

Antras skirtumas. Rekomendacijų pateikimas: Algoritminė (NICE) ar aprašomoji (lietuviškas standartas) dėstymo tvarka

Britų ir lietuviškas standartai skirtingi ne tik tuo, kokios rekomendacijos teikiamos, bet ir tuo, kokia tvarka jos išdėstomos. NICE standarte panaudotas *algoritminis* rekomendacijų pateikimo būdas.

Algoritminio standarto *atveju rekomendacijos dėstomos ta tvarka, kuria jos vykdomos kasdieninėje gydytojo veikloje*. NICE standartas daro tai tokiu būdu:

- a) gydytojui ne tik nurodoma, ką jis turi padaryti diagnozuojant ar gydant, bet ir nustatomas šių **veiksmų nuoseklumas**, tai yra nurodoma, koks veiksmas (ar veiksmai) turi būti atliktas pirmas, koks po jo ir t. t.
- b) būtent ta tvarka dėstomos rekomendacijos. Kitaip tariant, pirma dėstoma rekomendacija, kuri turi būti įgyvendinta vykdant pirmą veiksmą, iš karto po jos seka rekomendacijos dėl sekančio veiksmo ir t. t.

¹⁹ Svarbu pažymėti ir tai, kad lietuviški standartai atnaujinami labai lėtai ir vien dėl to gali nerodyti šiuolaikinio mokslo lygio. Taip yra ir mūsų nagrinėjamo standarto atveju. Jis patvirtintas ministro įsakymu dar 2004 metais ir iki šiol neatnaujintas. Net ir priimant naują „Paciento įstatymo“ redakciją, reikalaujančią atitikimo šiuolaikiniam mokslo lygiui, šis įsakymas nebuvo panaikintas ar pakeistas, nepaisant to, kad juo įteisintas standartas neatitiko šį naują reikalavimą. Taigi, gydytojas privalo ir toliau vadovautis 2004 metų mokslo lygiu.

Šiuo atžvilgiu „algoritminis“ medžiagos dėstymas iš esmės skiriasi nuo aprašomojo, kurio prisilaikoma, pavyzdžiui, rašant medicinos vadovėlius. Vadovėlio medžiaga dėstoma ta tvarka, kuria ją lengviau *įsisavinti*. Tuo tarpu algoritminiame standarte – ta tvarka, kuria tam tikri veiksmai *atliekami*.

Lietuviškame standarte panaudotas aprašomasis rekomendacijų dėstymas. Šiuo atveju *gydytojo diagnostinių ir gydymo veiksmų nuoseklumas nenustatomas*. Jame pateikiami susirgimų aprašymai, paminimi galimi simptomai, teikiami galimų diagnostikos ir gydymo metodų sąrašai, kitokia naudinga informacija. Tačiau gydytojas turi pats pasirinkti, kokius diagnostinius ir gydymo metodus iš tų sąrašų jis pasirinks, ir kokių nuoseklumu juos vykdys. Taigi medžiagos dėstymas aprašomajame tekste labiau primena tai, kaip tai daroma vadovėliuose. Tai ir suteikia lietuviškiems standartams panašumą į vadovėlio konspektą.

Algoritminis rekomendacijų dėstymas keliais atžvilgiais pranašesnis už aprašomąjį.

1. Jis *patogesnis*. Nepalyginus patogiau ir lengviau atlikinėti rekomendacijas, kai jos išdėstomos tokia pat tvarka, kaip vykdomos. Pavyzdžiui, minėjome, kad NICE standartų apimtis gali siekti šimtus puslapių. Tačiau algoritminis rekomendacijų dėstymas leidžia lengvai susiorientuoti šioje medžiagoje. Standarto naudotojas žino knygos struktūra ir jos dalių nuoseklumą, kuris atitinka jo veiksmų nuoseklumą. Taigi, ieškoma rekomendacija yra tame knygos skyriuje, kur yra jo dominantis veiksmas.

2. Leidžia geriau *panaudoti šiuolaikinio mokslo pasiekimus*, ypač tuos, kurie nustato geriausią gydytojo veiksmų nuoseklumą. Teikiami NICE gydytojo veiksmų algoritmai remiasi šiuolaikinio mokslo rekomendacijomis dėl to nuoseklumo ir yra grafinę jų pateikimo forma.

3. Užtikrina veiksmingą teorinių žinių pavertimą *praktinių veiksmų sistema*.

Puikiausios ir plačiausios žinios, parodytos egzamino metu, nieko nevertos, jeigu jos neprisimenamos tada, kada jos labiausiai reikalingos – atliekant konkretaus paciento diagnozę ar gydymą. Dėl to jaunas, pradedantis gydytojas susiduria su nelengva užduotimi pertvarkyti savo universitetines žinias į praktinių veiksmų sistemą.

Prityręs gydytojas turi jau savo nusistovėjusią „tvarką“, kokių nuoseklumu spręsti problemą, į ką atkreipti dėmesį pirmiausiai ir į ką po to, kokius tolimesnius veiksmus atlikti priklausomai nuo ankstesnių veiksmų rezultatų. Ši sistema – tai gydytojo individualus konkrečių diagnostinių ir gydymo problemų sprendimo „algoritmas“.

Didžiausia uždavinio sukurti savo individualią praktinę veiksmų sistemą (algoritmą) dalis tenka pačiam gydytojui. Tai įvyksta jo kasdieninėje praktinėje veikloje, bendraujant su kolegomis, apmąstant ir aptariant atskirus praktikos atvejus ir pan. Dėl to tai, kokia praktinių veiksmų sistema susiformuoja, kiek pilnai ir tiksliai mokslinės žinios pavirsta praktiniais gydymo ir diagnozės įgūdžiais, priklauso nuo visų šių aplinkybių. Tam daro poveikį ir gydytojo gyvenimo ir darbo aplinkybės, aplinka, jo asmenybės ypatumai ir daugelis kitų momentų.

Kadangi šis „vadovėlinių“ veiksmų persitvarkymo į praktinių veiksmų sistemą didžiausia dalimi vyksta savaime, spontaniškai, stichiškai, nieko nuostabaus, kad nemaža gydytojo medicininių žinių gali likti nepanaudoti ar panaudoti netinkamai. Tai „prarastų žinių“ fenomenas.

Įvairiais paskaičiavimais pakeliui nuo mokslinių (pvz., universitetinių) iki „praktinių“ (tai yra panaudojamų sprendžiant realias praktines diagnostines ir gydymo problemas) prarandama iki 90 proc. gaunamų medicininių žinių²⁰.

NICE algoritminis standartas atlaisvina jauną gydytoją nuo būtinybės savarankiškai pertvarkyti „vadovėlinių“ žinias į praktinių veiksmų sistemą. Kartu jis apsaugoja jį nuo „žinių praradimo“. Standartas padeda: 1) teikiant atliktinų veiksmų nuoseklumą (gydytojui netenka formuoti jos pačiam); 2) šis nuoseklumas formuojamas visų šiuolaikinio mokslo pasiekimų pagrindu (taigi neparandamos žinios, kurios galėtų būti svarbios nustatant gydytojo veiksmų nuoseklumą).

Taigi antras esminis skirtumas tarp lyginamų standartų – tvarka, kuria išdėstomos rekomendacijos. Pranašesnis yra NICE standarte panaudojamas algoritminis rekomendacijų išdėstymas. Dėl to rekomendacijų išdėstymo būdas yra dar vienas medicinos standarto įvertinimo kriterijus.

Trečias skirtumas. Rekomendacijų ryšio su mokslo pasiekimais pateikimo būdas: ekspllicitinis (NICE standartas), implicitinis (lietuviškas standartas)

Bet koks medicininis standartas tiesiogiai ar netiesiogiai remiasi šiuolaikinio mokslo pasiekimais.

Tačiau teikiant rekomendacijas, standarto autoriai gali pasirinkti: teikti gydytojui tik savo darbo galutinį rezultatą, tai yra, tik pačias rekomendacijas arba kartu supažindinti gydytoją su tyrimais, kurių pagrindu kiekviena rekomendacija buvo pateikta.

Lietuviški standartai tradiciškai eina pirmuoju keliu. Teikiamų rekomendacijų šaltiniai, ryšys tarp tyrimų, kuriais remiasi kiekviena rekomendaciją, ir ja pačia (jos formulavimų ir pan.), lieka „šešėlyje“. Šešėlyje neretai lieka ir standartų autoriai, kurių pavardės neretai neskelbiamos (taip yra ir nagrinėjamo standarto atveju, nėra žinoma, kas jį parengė). Lygiai taip pat lieka šešėlyje ir visa standarto rengimo „virtuvė“. Gydytojas nežino, kiek ir kokie tyrimai buvo apžvelgti rengiant šį standartą, kokia kita medžiaga buvo panaudota, ar buvo vykdomas jų metodinio lygio įvertinimas, su kokiomis problemomis susidūrė standarto autoriai ir kaip jas sprendė ir pan.

Vietoje viso to, naudojantis standartą Lietuvos gydytojas žino, kad standartas yra oficialiai patvirtintas ministerijos lygyje, taip pat oficialiai paskelbtas „Valstybės žiniuose“ ir dėl to šis gydytojas turi tikėti, kad jį rengė ir patvirtino atsakingi ir atitinkamą kvalifikaciją turintys asmenys. Būtent tai yra svarbiausia priežastis, dėl kurios jis turi pasitikėti tomis rekomendacijoms.

Kartu toks „administracinis“ standartų parengimo ir pateikimo būdas rodo gydytojui, kad jo paties nuomonė apie standartą nėra svarbi. Kaip ir kiti teisės aktai, standartai skirti ne svarstyti, o vykdyti. Tai apsprendžia lietuviškų standartų „direktyvinių pobūdį“. Pagal savo stilių – tai trumpi įsakymai, kurių pagrindas nebūtinai turi būti žinomas tam, kas šiuos įsakymus vykdo. Esant tokiam direktyviniam standartų pobūdžiui, informacija apie tyrimus, kuriais remiasi jo rekomendacijos, iš tikrųjų būtų

²⁰ Smekal A. Knowledge Transfer and Human Resource Development in Medicine. Health care management. Žiūrėta 2011-04-11. Prieiga per internetą: http://www.asianhnm.com/healthcare_management/knowledge_transfer_hr_development_medicine.htm.

perteklinio pobūdžio ir tik keltų vykdytojų – gydytojų nereikalingas abejonės ir svyravimus.

NICE standartas yra ir šiuo atžvilgiu skirtingas nuo lietuviško.

Rengiant jį, buvo siekiama, iš vienos pusės, užtikrinti jo lakoniškumą, ir tuo tinkamumą praktiniam naudojimui, o, iš kitos, užtikrinti, kad gydytojui būtų maksimaliai lengva nustatyti kiekvienos rekomendacijos mokslinį pagrindimą. Tam tikslui standartas „sukonstruotas“ taip, kad gydytojas momentaliai galėtų pereiti nuo glausto („direktyvinio“) rekomendacijos išdėstymo prie platesnio (rekomendacija + paaiškinimai), o, reikalui esant ir toliau – prie jos pagrindimo (tai yra publikacijų, kuriomis ši rekomendacija remiasi, apžvalgos).

Informacijos pasiekiamumas užtikrintas NICE standarte trimis būdais.

1. *„Išsiskleidžianti“ standarto struktūra.* NICE standartas susideda iš kelių atskirų knygų, kurios „apgaubia“ viena kitą. Ta pati rekomendacija yra labai glaustai išdėstyta operatyviam taikymui skirtoje „Quick reference guide“ knygoje, plačiau „Pilnos knygos“ pradinėse skyriuose ir visiškai išsamiai tos pačios knygos apžvalginuose skyriuose.

Taigi, pagal aplinkybes gydytojas gali naudoti savo praktiniame darbe tik „trumpą“ standarto variantą, bet kilus būtinumui, momentaliai pereiti prie „didžiosios“ knygos ir rasti joje platesnius dominčio klausimo išaiškinimus, o kilus reikalui, patikslinti, kuo rekomendacija grindžiama.

2. *Elektroninis variantas.* Pagrindinė „Pilnoji knyga“ egzistuoja ir labiausiai naudojama elektroniniame variante. Gydytojui patogų turėti visas standarto knygas savo kompiuteryje, kas leidžia esant reikalui momentaliai surasti jam reikalingą informaciją.

3. *Hiper-nuorodų sistema.* „Pilnos knygos“ pradžioje labai glaustai dėstomos visos rekomendacijos. Kiekviena rekomendacijų grupė sujungta hiper-nuorodomis su tuo knygos skyriumi, kuriame dėstomi tyrimai, kuriais ji remiasi. Vienintelis pelės spragtelėjimas perkelia gydytoją prie šių tyrimų ir lygiai taip pat lengvai jis grįžta atgal prie rekomendacijos.

Dėka tokios standarto „konstrukcijos“, taikant jį, visa su kiekviena rekomendacija susieta informacija faktiškai ir psichologiškai nėra „nutolusi“ nuo gydytojo. Ji momentaliai atsiduria gydytojo žinioje, kas leidžia jam lengvai spręsti su rekomendacija ir jos taikymu susietas abejonės ir neaiškumus, tiksliai įvertinti rekomendacijos patikimumą (priklausomai nuo tyrimų, kuriais ji remiasi patikimumo), jos tinkamumą atskiru atveju, teisingai nustatyti jos taikymo ribas.

Esant tokiai standarto „konstrukcijai“, gydytojas taiko rekomendaciją ne dėl to (ar ne tik dėl to), kad ji įteisinta, bet dėl to, kad ji yra pagrįsta šiuolaikinio mokslo pasiekimais.

Tuo būdu lietuviškas ir NICE standartai numano gan skirtingą gydytojo tipą.

Lietuviškas numano pareigingą, paklusnų, kruopštų vykdytoją – pareiğuną, kuriam pagrindinis autoritetas yra teisiniai aktai (instrukcijos, nurodymai ir pan.), kuriuos jis turi tiksliai ir nenukrypstamai vykdyti. Jis neužduoda nereikalingų klausimų ir nelabai įsigilina į iš jo reikalaujamų veiksmų esmę.

Tuo tarpu britų standartas numano gydytoją – profesionalą, kuriam pagrindinis autoritetas yra jo atstovaujamas mokslas, ir kuris priima vienus ar kitus sprendimus ne

tik dėl to, kad jie įteisinti atitinkamose instrukcijose ir kitokiose norminėse dokumentuose, bet ir dėl to, kad gerai supranta jų esmę ir pagrindimą.

Eksplicitinis rekomendacijų mokslinio pagrindimo pateikimas turi ir kitus pranašumus prieš implicitinį:

1. *Sąmoningas rekomendacijų taikymas, vengiamas jos mechaniškas vykdymas.* Žinant kokių mokslinių tyrimų pagrindu rekomendacija priimta, gydytojas geriau supranta ją, suvokia tuos tikslus, kurių ji siekia, geriau įsivaizduoja jos veikimo mechanizmą, jos patikimumo laipsnį bei taikymo ribas.

2. *Tinkamas jos pritaikymas prie besikeičiančių sąlygų.* Gerai suprantant rekomendacijos esmę, gydytojas sugeba, esant reikalui, tinkamai panaudoti ją netipinėmis sąlygomis, užtikrinti jos veiksmingumą nepaisant naujų, neįprastų aplinkybių.

3. *Gydytojo kvalifikacija.* NICE tipo standartas užtikrina gydytojo nuolatinį ir tiesioginį kontaktą su šiuolaikinio mokslo pasiekimais, kurie yra svarbūs vykdant jo kasdieninį darbą, praplečia jo žinias ir leidžia šiuolaikiniu lygiu suvokti visus tuos fiziologinius ir patologinius procesus, kuriems jis siekia padaryti terapinį poveikį.

Trečias esminis skirtumas tarp lyginamų standartų yra rekomendacijų ryšio su mokslo pasiekimais pateikimo būdas. Pranašesnis yra eksplicitinis būdas (taikomas, NICE standarte), kai gydytojui užtikrinamas geras rekomendacijų paaiškinimo ir mokslinio pagrindimo pasiekiamumas. Dėl to mokslinio pagrindimo pateikimo būdas yra dar vienas medicinos standarto įvertinimo kriterijus.

Ketvirtas skirtumas. Tikslus santykio tarp gydytojo veiksmų reglamentavimo ir jo sprendimo laisvės užtikrinimo

Bet koks gydymo standartas, kaip ir aplamai bet koks teisinis aktas, daugiau ar mažiau suvaržo gydytojo laisvę. Vietoje to, kad leistų gydytojui veikti taip, kaip jis norėtų, priimti tuos sprendimus, kurie jam atrodo geriausi, jam nustatomos tam tikros taisyklės, normos ir kitokie apribojimai. Gydymo standartų aptarimo su gydytojais patirtis rodo, kad gydytojų reakcija į tokius jų sprendimų ir veiksmų laisvės suvaržymą yra prieštaringa. Iš vienos pusės, tokie suvaržymai sukelia kritinę reakciją. Pasisakoma prieš smulkmeniškus, „biurokratinius“ standartus, kurie siekia sureglamentuoti kiekvieną gydytojo žingsnį, neleidžia jam atsižvelgti atskiro atvejo ypatumus, tinkamai panaudoti savo patirtį, intuiciją. Iš kitos pusės, išreiškiami ir priešingi pageidavimai, kad diagnostiniai ir gydymo standartai būtų tikslūs ir konkretūs, konkrečiai ir aiškiai nurodytų reikalaujamus gydytojo veiksmus, nepaliktų vietos neaiškumams, neapibrėžtumams, abejonėms. Taigi, iš vienos pusės, gydytojo veiksmų sureglamentavimas sukelia nepasitenkinimą, iš kitos, tokį pat nepasitenkinimą sukelia reglamentavimo stoka. Ši dilema gali būti išspęsta tik vienu būdu – užtikrinant, kad būtų reglamentuojama tas ir tik tas, kur reglamentavimas naudingas ir reikalingas ir neturi būti reglamentuojami sprendimai, kur toks gydytojo sprendimo laisvės suvaržymas kenksmingas.

Kaip gi nustatyti takoskyrą tarp gydytojo sprendimų, kurie turi būti reglamentuojami ir tų, kuriuos reikia palikti pačiam gydytojui? Atsakymas išplaukia iš „Paciento įstatyme“ nustatyto pamatinio reikalavimo – sveikatos paslaugos atitikimo šiuolaikiniam mokslui. Iš šio reikalavimo seka, kad *visais tais atvejais, kai šiuolaikinis mokslas*

*turi moksliskai pagrįstas rekomendacijas, nurodančias kaip reikia pasielgti tam tikroje situacijoje, kad būtų pasiektas kuo geriausias gydymo efektas, gydytojas turi laikytis šių rekomendacijų*²¹.

O kaip dėl problemų, kurioms šiuolaikinis mokslas dar neleidžia suformuluoti aiškių rekomendacijų? Tai gali atsitikti dviem atvejais:

1) problema neištirta (trūksta tyrimų, kurie padėtų susiorientuoti, kaip reikia pasielgti duotuoju atveju, pavyzdžiui, kurią iš kelių alternatyvų reikia pasirinkti);

2) tyrimai yra, bet jie neduoda pagrindo teigti, kad vienas iš kelių alternatyvinių problemos sprendimų yra pranašesnis už kitus (pvz., tyrimų rezultatai yra prieštaringi).

Tokiu atveju gydytojui paliekama sprendimo laisvė. Teisėje yra speciali sąvoka – nuožiūra (diskrecija), tiksliai atskleidžianti šios sprendimo laisvės turinį²². Teisingas šios sąvokos supratimas svarbus nagrinėjant daugybę medicinos problemų²³. Sprendimo laisvė (nuožiūra) jokia būdu nereiškia gydytojo teisės priiminėti lengvabūdiškus, nepagalvotus sprendimus.

Nuožiūros atveju įstatymas dažniausiai nurodo viską, kas turi būti atsižvelgta priimanant sprendimą (pavyzdžiui, kokie tyrimai turi būti atlikti), bet palieka pačiam gydytojui spręsti, kaip ir kokį būtent sprendimą priimti šių tyrimų pagrindu.

Taigi, visais tais atvejais, kai dėl vienos ar kitos priežasties moksliskai pagrįstų rekomendacijų stokojama, gydytojas įgyja nuožiūros teisę, tai yra gali ir turi priimti sprendimą, besiremiant savo intuicija, patirtimi ir pan.

Skirtumą tarp atvejo, kai gydytojo veiksmus reikia reglamentuoti ir to, kai nereikia reglamentuoti, pailiustruosime abstrakčiu pavyzdžiu (žr. 1 pav.). Schemoje pavaizduotos dvi diagnostinės problemos. Kiekvienai tirti yra trys diagnostiniai metodai: A, B ir C. Tarp abiejų problemų yra tik vienas skirtumas.

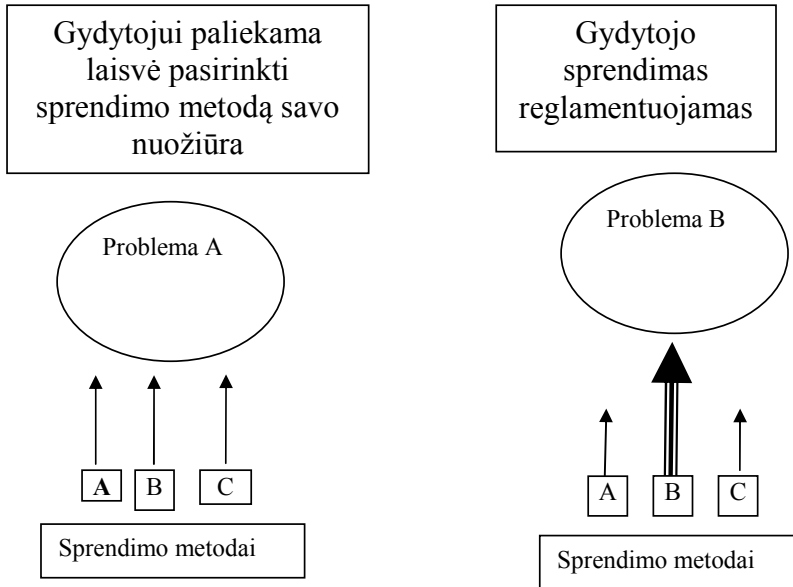
Pirmos problemos atveju, šiuolaikinis mokslas dar neteikia pagrindo teigti, kad vienas iš tų trijų metodų yra aiškiai pranašesnis už kitus. Pvz., gali būti, kad atlikti tyrimai parodė, jog visi trys diagnostiniai metodai yra vienodai informatyvūs arba jų informatyvumas paprasčiausiai dar nebuvo tinkamai ištirtas ar tyrimo išvados prieštaringos. Aišku, kad tokiu atveju negalime pasiremti šiuolaikinio mokslo rekomendacijomis pasirenkant problemos sprendimo metodą. Dėl to čia tenka palikti sprendimą gydytojo nuožiūrai. Jis gali ir turi priimti šį sprendimą savo patirties, intuicijos ir pan. pagrindu.

Kitaip yra Problemos B atveju. Čia šiuolaikinio mokslo metodais atlikti tyrimai parodė metodo B klinikinį ir ekonominį pranašumą prieš metodą A ir C. Šiuo atveju atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimas reiškia, kad gydytojas privalo pasirinkti metodą B. Jeigu jis mato būtinybę visgi pasirinkti kitą metodą, jam tenka pareiga įrodyti, kad tai buvo būtina.

²¹ Kaip ir bet kokios teisės normos atveju, ši pareiga nereiškia reikalavimo vykdyti ją akiai. Jeigu gydytojas mato, kad rekomendacija aiškiai netinka šiai situacijai ar jis neturi galimybių ją įvykdyti. Tačiau tokiais atvejais jam tenka pareiga pagrįsti tokį nesilaikymą (taip pat ir teisme), pateikti įrodymus.

²² Gumuliauskas A. Teisėjo nuožiūra skiriant bausmę. Jurisprudencija, 2004, t. 61 (53); 85–94.

²³ Wreen.M. Medical futility and physician discretion. J Med Ethics 2004; 30:275–278.



1 paveikslas. Gydytojo nuožiūros ir reglamentavimas. Metodo pasirinkimas skirtingose situacijose

Taigi tam, kad galėtumėm atskirti situacijas, kuriose gydytojas privalo vadovautis šiuolaikinio mokslo rekomendacijomis nuo situacijų, kuriose jam paliekama teisė veikti savo nuožiūra, turime turėti tikslias žinias apie šiuolaikinį mokslą, tiksliai žinoti ir sekti, kur yra aiškios šiuolaikinio mokslo pasiekimais besiremiančius rekomendacijas (toku atveju gydytojas turi vykdyti jas), o kur tokių rekomendacijų nėra (ir gydytojas turi veikti pagal savo nuožiūrą).

Kiek kiekvienas iš nagrinėjamų standartų padeda gydytojui susiorientuoti šiuo klausimu?

NICE algoritmas gerai sprendžia šią problemą. Tai padaroma dviem būdais.

Pirma. Kuriant jį, buvo siekiama suformuluoti ir aptarti visas rekomendacijas, kurias galima pateikti esant šiuolaikinio mokslo lygiui. Visos šios rekomendacijos pateiktos standartų tekste. Tai reiškia, kad jeigu tam tikru klausimu stokojama rekomendacijų, reiškia šiuolaikinis mokslas dar nedisponuoja tyrimų rezultatais, kurie leistų jas pateikti. Tai reiškia, kad turime situaciją, kai gydytojui paliekama pačiam priimti reikiamą sprendimą.

Antra. Situacijos, kuriose gydytojas turėtų elgtis savo nuožiūra tiesiogiai paminiamos NICE standarte. Pavyzdžiui, jau aptartame KA skausmų tyrimo algoritmo antros dalies trečiajame žingsnyje gydytojas turi reikalą su pacientais, kurie turėjo angininius skausmus prieš 72 valandas ir anksčiau. Tokių pacientų atžvilgiu gydytojas turi pasirinkti vieną iš dviejų alternatyvinių sprendimų:

- nedelsiant pristatyti į stacionarą neatidėliotinai pagalbai suteikti
arba

- užtikrinti, kad pacientas galėtų atvykti pas gydytoją vėliau, bet tą pačią dieną (1.2.1.9)²⁴.

Ir vienu, ir kitu atveju standartas neteikia jokių sprendimo pasirinkimo kriterijų, o vietoje to tiesiog nurodo gydytojui pačiam priimti šį sprendimą „vadovaujantis savo klinikinių suvokimu“. Taip padaryta dėl to, kad:

1) šiuolaikinis mokslas dar neturi pakankamai duomenų, kurie leistų pateikti aiškias rekomendacijas tuo klausimu;

2) gydytojų klinikiniai sprendimai šiuo klausimu yra pakankamai tikslūs.

NICE standartas remiasi gydytojų nuožiūra (jis vadina ją – „klinikinis įvertinimas“ (*clinical judgment*)) visais tais atvejais, kai nėra galimybės pasiremti mokslo tyrimų išvadomis. Tai, pvz., neretai siūloma daryti, patikslinant ir koreguojant instrumentinių tyrimų išvadas, priimant preliminarinius sprendimus (kai dar nespėta atlikti būtinų tiksliai diagnozei tyrimų) ir pan. – žr., pvz., rekomendacijas 1.2.1.9, 1.2.1.10, 1.2.3.4, 1.2.6.5, 1.3, 1.3.4.2 ir kt.²⁵.

Taigi NICE standartas užtikrina galimybę tiksliai atskirti situacijas, kuriose gydytojas turi veikti pagal nuožiūrą ir jam turi būti suteikta sprendimo laisvė, nuo tų, kur jo veiksmai turi būti reglamentuoti ir jis turi pasielgti būtent taip, kaip reikalauja šiuolaikinis mokslas.

Kitaip yra su lietuvišku standartu.

Kaip minėta, skyrium nuo britų, jis nekelia tikslo pateikti visų rekomendacijų, kurias galima pateikti besiremiant šiuolaikinio mokslo pasiekimais. Lietuviškame standarte mokslo duomenys panaudoti tik klasifikacijoms ir tyrimo bei gydymo metodų sąrašams parengti.

Dėl to nustatęs, kad lietuviškame standarte nėra rekomendacijų tam tikrų klausimų, gydytojas negali (kaip tai buvo NICE standarte) teigti, kad, esant šiuolaikinio mokslo lygiui, jų dar negalima pateikti. Taigi besinaudojantis lietuvišku standartu gydytojas negali atskirti dviejų labai svarbių atvejų: 1) rekomendacijų nėra, dėl to kad šiuolaikinis mokslas dar neleidžia jų pateikti, arba 2) rekomendacijų nėra tik dėl to, kad jos paprasčiausiai neįtrauktos į standartą.

Neturint atsakymo į šį klausimą, gydytojas nežino, ką jam daryti. Jeigu jis žinotų, kad turi reikalą su pirmuoju atveju, jis žinotų, kad šiuo atveju turi vadovautis tik savo patirtimi ir intuicija ir šiuolaikinis mokslas šiuo atveju negali jam padėti. Jeigu jis žinotų, kad turi reikalą su antruoju atveju, jo elgesys turėtų būti visiškai kitas. Jis turėtų pats surasti ir susipažinti su tais mokslo pasiekimais ir savarankiškai nuspręsti, kaip juos panaudoti duotu atveju.

Tačiau lietuviško standarto atveju gydytojas šito nežino. Dėl to jam susidaro nelengvos problemos sprendžiant, veikti savo nuožiūra ar jis turi remtis kažkokiais, jam nežinomais ir standarte neminimomis šiuolaikinio mokslo pasiekimais.

Sunkumai atskiriant šiuos du atvejus daro lietuvių gydytoją labai pažeidžiamu teisine prasme.

²⁴ NICE. Chest pain of recent onset: Assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin. Full book. p. 12. Žiūrėta 2011-06-18. Prieiga per internetą: <http://www.nice.org.uk/>.

²⁵ Ibid.

Kaip minėta, tas faktas, kad standartas neapima kažkokių šiuolaikinio mokslo pasiekimų, jokių būdu nereikia, kad gydytojas gali jų nežinoti ir netaikyti. Dėl to gydytojui pačiam uždedama jam dažnai nepakeliama našta – pačiam išaiškinti, ar egzistuoja kažkokių svarbių šiam atvejui šiuolaikinio mokslo pasiekimų, kuriuos jis būtinai turi atsižvelgti konkrečiu atveju ir kurie nepaminėti standarte.

Teisiniu požiūriu labai svarbu, kad mūsų šalyje medicinos standartų autoriams nekeltų teikiamų rekomendacijų išsamumo reikalavimo. Joks norminis aktas nenustato medicinos standartų autorių atsakomybės už tai, kad standarte būtų apžvelgti visi šiuolaikinio mokslo pasiekimai. Tai reiškia, kad gydytojas, kuris neatsižvelgė į kažkokių šiuolaikinio mokslo reikalavimus dėl to, kad jie neatsispindėjo standarte, negali perkelti savo kaltės standartų autoriams (kurie, be to, dar yra ir anonimiški). Jam vienam tenka teisinė atsakomybė už tai, kad jis neįvykdė teisės reikalavimo ir nepanaudojo visų šiuolaikinio mokslo teikiamų galimybių padėti pacientui.

Taigi darytina išvada, kad tikslaus santykio tarp gydytojo veiksmų reglamentavimo ir jo sprendimo laisvės užtikrinimas yra dar vienas esminis standarto įvertinimo kriterijus. Aukštesnio įvertinimo sulaukia standartas, kuris tiksliai ir teisingai atskiria gydytojo veiksmus, kurių atlikimo būtinybė išplaukia iš šiuolaikinio mokslo pasiekimų ir tokius, kuriuos reikia palikti gydytojo nuožiūrai. Ir šiuo atžvilgiu NICE standartas pranašesnis už lietuvišką.

Penktas skirtumas. Diagnostinių ir gydymo klaidų prevencijos būdas: aktyvus (NICE standartas) ar pasyvus (lietuviškas standartas)

Gydytojo klaidos kyla dėl įvairiausių priežasčių: nepakankamų gydytojų žinių, nuovargio, aukštų darbo tempų, nepakankamai atsakingo požiūrio į darbą ir pan. Nemaža šių klaidų dalis yra paplitusios, tai yra dažnai daromos tam tikrose situacijose²⁶.

Medicinos standartai gali skirtis priklausomai nuo to, kaip jie dalyvauja gydymo klaidų prevencijoje. *Aktyvi prevencija* tai tokia, kai standarte gydytojas tiesiogiai įspėjamas dėl galimų klaidų.

Tam tikslui teikiamos „neigiamos“ rekomendacijos, įspėjančios apie diagnostikos ir gydymo metodus, kurie yra pasenę, klaidingi, nepasiteisina ir kurių nerekomenduojama naudoti. Tai ypač svarbu, kai standartas teikia naujas rekomendacijas, prieštaraujančias nusistovėjusiai praktikai, paplitusiems klaidingiems ar pasenusiems pažiūroms, kurie tampa tiek gydymo klaidų, tiek pasipriešinimo naujoms rekomendacijoms šaltiniais. Teikiamos standarte „neigiamos“ rekomendacijos leidžia aktyviai įveikti jas, tiesiogiai parodant jų klaidingumą ir patvirtinant tai atitinkamų tyrimų duomenimis.

Pasyvi prevencija, tai tokia, kai „negatyvių“ rekomendacijų neteikiama. Šiuo atveju tikimasi, kad pakanka dėstyti tik tai, ką ir kaip reikia daryti ir tai savaime sulaukys gydytoją nuo klaidingų ir pasenusių diagnostikos / gydymo būdų.

NICE standarte panaudojamas aktyvus gydytojo klaidų prevencijos būdas. Žemiau pateikiami tokių rekomendacijų pavyzdžiai. Dalis jų aktualios ir Lietuvos sąlygomis. Tokios yra, pavyzdžiui, rekomendacijos²⁷:

²⁶ Hasson J. Why Even Good Doctors Make Mistakes. Linkoln, iUniverse, 2005.

²⁷ NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence. Žiūrėta 2011-06-18. Prieiga per internetą: <http://www.nice.org.uk/>.

„1.3.3.3. Neatmesti įtarimo dėl stabilios anginos besiremiant tik normalia 12 derivacijų EKG ramybės būklėje.

1.3.3.17. Skirti aspiriną, tik jeigu yra tikėtina, kad krūtinės skausmus sukėlė stabilioji angina ir tik tol, kol ši diagnozė bus patikslinta. Neskirk papildomo aspirino, jeigu yra žinoma, kad asmuo jau reguliariai naudoja aspiriną arba kad pacientas alergiškas jam.

1.3.6.5. Nenaudoti EKG su apkrovimu, kad patvirtinti ar atmesti stabilios anginos diagnozę“.

Kitos neigiamos rekomendacijos tikriausiai gali atspindėti Didžiosios Britanijos ar JAV specifiką.

„1.3.3.2. Nesivadovauti idėja, kad tipiniai ir netipiniai angininiai skausmai pas vyrus ir moteris pasireiškia skirtingai.

1.3.3.3. Nesivadovauti idėja, kad tipiniai ir netipiniai angininiai skausmai pasireiškia skirtingai skirtingose etninėse grupėse“.

Lietuviškas standartas naudojasi pasyvia gydymo klaidų prevencija.

Aktyvios prevencijos pranašumas nekelia abejonių. Įgyvendinant naujas rekomendacijas, pasyvios prevencijos atveju atsiranda papildomi (palyginus su aktyvia) klaidų šaltiniai.

1. Naujos rekomendacijos paprastai sukelia nepasitikėjimą, kadangi prieštarauja nusistovėjusiai tvarkai, kuriai gydytojas pripratęs pasitikėti. Šiomis sąlygomis būtinas papildomas apibūdinimas praktikos, nuo kurios reikia atsisakyti, ir paaiškinimas priežasčių, dėl kurių tai padaryti būtina. Tai labai svarbu ir pagreitina naujo standarto įgyvendinimą.

2. Diegiant naujas rekomendacijas, kurios prieštarauja nusistovėjusiai įprastai tvarkai, neretai įvyksta jos nesąmoninga „korekcija“ (iškraipymas) tikslu suderinti jas su nusistovėjusia diagnostikos / gydymo praktika. Tokios „korekcijos“ neretai panaikina naujovės esmę, atstato seną praktiką. Specialus standarto įspėjimas dėl šio reiškinio ir jo neleistinumo taip pat yra papildomas „saugiklis“, apsaugantis nuo galimų klaidų.

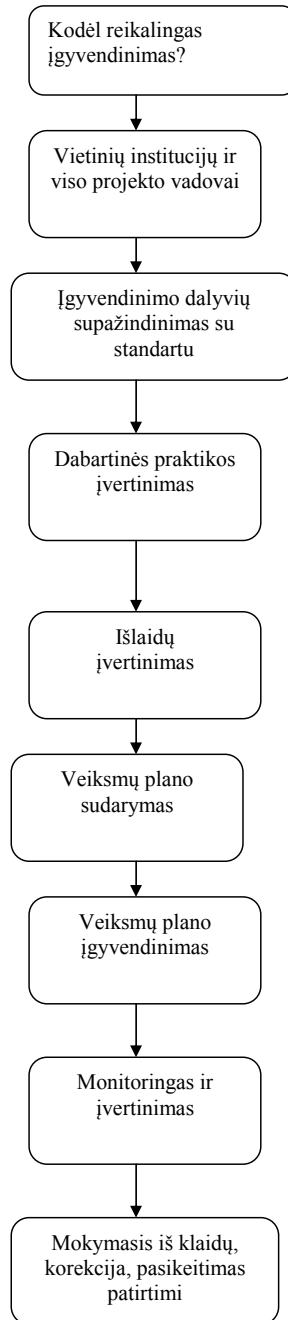
Taigi penktas skirtumas tarp lyginamų standartų yra klaidų prevencijos būdas. Aktyvus klaidų prevencijos būdas, panaudotas NICE standarte yra pranašesnis už pasyvių, panaudota lietuviškame standarte. Tuo būdu naudojamas prevencijos būdas yra dar vienas standartų įvertinimo ir palyginimo kriterijus.

Šeštasis skirtumas. Organizacinių sėkmingo standarto įgyvendinimo prielaidų apibūdinimas, rekomendacijų ir metodikų joms užtikrinti teikimas

Naujo medicinos standarto įgyvendinimas kelia nemažai organizacinių problemų. Gydytojai ir kitas personalas turi įsisavinti jo rekomendacijas, taigi, turi būti organizuotas jų apmokymas. Naujų, šiuolaikinių rekomendacijų įgyvendinimas neretai reikalauja naujos įrangos, naujų darbo sąlygų, atitinkamų finansinių resursų. Gydytojo darbas naujomis sąlygomis gali reikalauti ir vadovavimo bei bendradarbiavimo tarp gydytojų ir sveikatos apsaugos įstaigų pokyčių.

NICE standartas smulkiai aptaria organizacines problemas, kurias sukelia naujas medicinos standartas. Teikiamos rekomendacijos sėkmingam standarto įgyvendinimui. Standarte teikiamos ir įvairiausios metodinės priemonės, kurios padeda šias rekomendacijas įgyvendinti.

Rekomendacijų dėl medicinos standarto įgyvendinimo pagrindas yra svarbiausių standarto įgyvendinimo etapų schema. Tai 9 nuoseklus etapai, kiekvieno iš kurių sėkmingas vykdymas priklauso nuo ankstesnio ir sudaro prielaidą sekančiam (žr. 2 pav.).



2 paveikslas. NICE standarto įgyvendinimo tvarka

NICE standartas apibūdina veiksmus, kuriuos reikia atlikti kiekviename etape, problemas, kurias reikia išspęsti, asmenis ir institucijas, kurios turi dalyvauti ir pan. Standartas aptaria, kaip turi būti įvykdytas standarto reikalingumo išaiškinimas, bendradarbiavimas su vietinių institucijų vadovais, projekto dalyvių supažindinimas su standartu, komunikacijos tarp jų užtikrinimas, esamos padėties įvertinimas, veiksmų plano sudarymas, reikiamas išlaidas ir t. t.

Taigi, NICE standartas teikia gerai išvystytą veiksmų planą, kuris leidžia tiksliai numatyti viską, ką reikia atlikti, įgyvendinant standartą.

Skirtingai nuo NICE, lietuviškas standartas užsiima tik medicinine reikalo puse. Visų organizacinių problemų išaiškinimas ir sprendimas pilnai paliekamas sveikatos apsaugos įstaigoms, kurios turi įgyvendinti standartą. Reikia paminėti, kad dauguma kitų užsienio standartų panašūs šiuo atžvilgiu į lietuvišką ir irgi užsiima tik medicininėmis problemomis.

Galima teigti, kad šiuo atveju NICE vėl patvirtina savo „flagmano“ medicinos standartų rengimo srityje vardą. Jis pirmas pradėjo rengti standartus, kartu teikiant organizacinių problemų, kurios kils jį įgyvendinant apibūdinimo ir sprendimo rekomendacijas.

Tokių standartų privalumas išplaukia iš kelių aspektų.

1. Organizacinės problemos, kurios atsiranda įgyvendinant skirtingus standartus, yra daugeliu atžvilgiu skirtingos. Tas skirtumas daugiausiai priklauso nuo sprendžiamų problemų ir teikiamų rekomendacijų ypatumų. Dėl to svarbu, kad visi šie ypatumai būtų išaiškinti ir apibūdinti specialistų, kurie rengė standartą. Būtent jie turi daugiausiai kvalifikacijos ir galimybių iš anksto išaiškinti organizacines problemas, kurios gali kilti įgyvendinant standartą ir pasiūlyti galimus sprendimus.

2. Sudaroma galimybė įvertinti finansinės, laiko, darbo sąnaudas, reikalingas standarto įgyvendinimui ir numatyti, tiksliai įvertinti, ar dabartiniu metu jais disponuojama. Tai leidžia realiai įvertinti pačią galimybę nedelsiant pradėti įgyvendinti standartą tam tikroje sveikatos apsaugos įstaigoje.

3. Leidžia tinkamai pasiruošti standarto įgyvendinimui, numatyti detalų pasirengimo įgyvendinimui priemonių planą, užtikrinti reikiamą finansavimą, gydytojų kvalifikacijos kėlimą, imtis kitų organizacinių priemonių.

4. Teikiamos rekomendacijos ir metodikos (gydytojų paruošiamojo kvalifikacijos kėlimo, standartų įgyvendinimo ekonominio įvertinimo ir pan.) leidžia maksimaliai išvengti klaidų ir organizacinių nesklaidumų realizuojant visas šias priemones.

Tuo atveju, jeigu organizacinės standarto įgyvendinimo sąlygos nenagrinėjamos, šis įgyvendinimas vyksta direktyvine tvarka, tiesiog įpareigojant sveikatos apsaugos įstaigas pačioms išaiškinti ir išspęsti visas su standarto įgyvendinimu susietas problemas.

Tačiau be aiškaus išankstinio šių problemų vaizdo lengvai susidaro neišsprendžiamų organizacinių problemų, dėl kurių standartas neįgyvendinamas ar jo įgyvendinimas turi formalų pobūdį.

Taigi, šeštas medicinos standartų palyginimo kriterijus turėtų būti tai, ar jo rekomendacijos apima taip pat ir organizacines standarto įgyvendinimo problemas. Ir šiuo atžvilgiu NICE standartas yra pranašesnis.

Septintas skirtumas. Veiksmingos standarto įgyvendinimo kontrolės užtikrinimas

Įgyvendinant ir vykdant naujas rekomendacijas, gydytojas nuolat susiduria su naujomis problemomis, tenka įveikti senus darbo įpročius ir naujas kliūtis. Bet kokia naujovė – tai visada ir naujos problemos. Visa tai daro nuolatinį spaudimą tiek gydytojams, tiek jo vadovams, sukelia norą atsisakyti nuo naujovės, grįžti prie senos, kad ir netobulos, bet užtat įprastos tvarkos.

Nieko nuostabaus, kad naujovės turi tendenciją laikui bėgant savaime „užgęsti“, nepastebimai „dreifuojant“ atgal prie senos tvarkos. Visa tai gan būdinga ir naujų medicinos standartų įgyvendinimui mūsų šalyje. Neretai naujas standartas po tam tikro laiko pamirštamas ir tęsiama dirbti taip, kaip įprasta. Todėl pastovi naujo standarto įgyvendinimo ir vykdymo kontrolė yra būtina sėkmingo jo įsisavinimo prielaida.

NICE standartas numato specialias jo įgyvendinimo stebėjimo ir pastovios korekcijos priemones. Tam tikslui viena iš šio standartų knygų yra auditoriaus vadovas. Jame išdėstyti ir aptarti standarto įgyvendinimo rodikliai, kurių stebėjimas leidžia laiku pastebėti, kad standarto įgyvendinimas „buksuoja“, imtis korekcijos priemonių. Reikia pastebėti, kad ir šiuo atžvilgiu NICE standartai yra unikalūs pasaulyje. Tai yra inovacija. Tačiau jos būtinybė nekelia jokių abejonių.

Nesant medicinos nuolatinės standarto įgyvendinimo kontrolės, Lietuvoje įvyksta gerai žinomi standarto „ignoravimo“ reiškiniai, kai naujas standartas faktiškai neįgyvendinamas, o lieka tik formaliu, biurokratišku, ataskaitose atsispindinčiu dokumentu.

Taigi, įgyvendinimo ir vykdymo stebėjimo ir korekcijos priemonės yra svarbus standartų įvertinimo ir palyginimo kriterijus. Ir šiuo atžvilgiu turime pripažinti NICE standarto pranašumą.

Aštuntas skirtumas. Bendradarbiavimo su pacientais ir jų paruošimo standarto įgyvendinimui užtikrinimas

Gydytojo bendradarbiavimas su pacientu ir jų savitarpio supratimas yra sėkmingo gydymo ir paciento teisių užtikrinimo pamatas²⁸. Nepakankamas gydytojo veiksmų supratimas sukelia nepasitikėjimą gydytoju, tendencingą vienas kito veiksmų ir tikslų suvokimą, konfliktinius santykius, gydytojo nurodymų nevykdymą, ir, rezultate, nesėkmingą gydymą.

Bet kokie įprastos tvarkos, ypač paties gydymo, pokyčiai intensyvina visus šiuos reiškinius. Dėl to naujo standarto įgyvendinimas, kai tokių pokyčių labai daug, gali sukelti visus šiuos nepageidautinus reiškinius. Priešingai, geras savitarpio supratimas ir bendradarbiavimas leidžia įgyvendinti pokyčius greičiau ir neskausmingai.

Dėl to NICE standartas numato specialias rekomendacijas bendradarbiavimui su pacientais organizuoti. Tai daroma tokiais būdais:

1) *Pacientai aktyviai dalyvauja kuriant standartą.* Pvz., NICE standartų rengimo tvarka numato, kad vienas iš grupės, rengiančios standartą, narių turi būti pacientų atstovas. Jo dalyvavimas turi du tikslus:

- užtikrinti, kad viso standarto rengimo metu visi priimami sprendimai būtų vertinami ir pacientų požiūriu;

²⁸ European charter of patients' rights. Basis document, Rome, November 2002, Article 3, 4, 5, 8, 9, 10.

- užtikrinti standarto tikslų ir priemonių suprantamumą pacientams.

2) *Parengiama speciali standarto knyga pacientui.*

Penkta NICE standarto knyga „Paciento standartas“ skirta pacientui ir parašyta jam suprantama kalba. „Paciento standarte“ dėstoma tokia medžiaga:

- apibūdinami specialistai – gydytojai, su kuriais pacientas turės reikalą ir tikslai, kurių jie siekia, jų galimi veiksmai ir šių veiksmų tikslai;
- išaiškinimas, kas yra angininiai skausmai ir jų galimos priežastys;
- žinios apie susirgimus, sukeliančius šiuos skausmus ir juos lydinius simptomus;
- tyrimo metodai, kurie gali būti panaudoti diagnozei;
- klausimai, kuriuos gali užduoti gydytojas ir ko gydytojas siekia, užduodant kiekvieną klausimą;
- klausimai, kuriuos pacientas turi išsiaiškinti bendraudamas su gydytoju;
- kaip pacientas gali nustatyti, kad kažko nesuprato ir kad yra būtinybė užduoti atitinkamus klausimus gydytojui;
- jo šeimos ir artimųjų vaidmuo;
- medicininių terminų išaiškinimas.

Visa tai išdėstyta viso labo 16 psl. tekste, glaustai, bet aiškiai.

Rezultatas – kvalifikuotas pacientas, tai yra pacientas, kuris supranta savo susirgimo ir priemonių jam diagnozuoti ir gydyti esmę, žino, su kuo jam teks susidurti, sugeba bendrauti su gydytoju, supranta, ko pastarasis siekia.

Tuo pačiu suformuojamas terapinis santykis tarp gydytojo ir paciento, tai yra toks, kuris grindžiamas savitarpio pasitikėjimu ir savitarpio supratimu. Pacientas žino, kad bet kokius klausimus jis geriausiai gali spręsti kartu su gydytojui, kad pastarasis siekia padėti jam.

Lietuviškas standartas neturi pacientui skirtos dalies. Nenumatomas ir paciento dalyvavimas, kuriant ir įgyvendinant standartus. Mūsų šalyje medicinos standartai skiriami tik gydytojui. Pacientas dažniausiai net neįtaria, kad dokumentai, reglamentuojantys, kaip jis turi būti gydomas, aplamai egzistuoja. Lokaliniai (tai yra atskiros medicinos įstaigos) standartai aplamai pripažįstami vidiniais dokumentais ir pacientų susipažinimas su jais nėra leidžiamas. To pasekmės: pacientų nesupratimas, nepasitikėjimas, priešiškus pokyčiams, kurie susieti su standartu įgyvendinimu.

Rekomendacijų ir priemonių bendradarbiavimui su pacientu įtraukimas į standartą – svarbus NICE standarto privalumas. Kartu tai esminis kriterijus bet kokiems standartams įvertinti ir lyginti.

ŠIUOLAIKINIŲ MEDICINOS STANDARTŲ PERSPEKTYVOS LIETUVOJE

Atliktas lietuviško ir NICE standartų palyginimas parodė, kad britų standartas pranašesnis, nes:

- tik jis užtikrina sveikatos apsaugos paslaugų atitikimą šiuolaikinio mokslo reikalavimams;
- tik jis atitinka pamatinius teisinius reikalavimus, kurie keliami mūsų šalyje sveikatos apsaugos paslaugoms;

- tik jis realiai padeda gydytojui atitikti tuos reikalavimus, būti pilnai informuotam apie šiuolaikinio mokslo pasiekimus, pilnai ir tiksliai taikyti juos savo praktinėje profesinėje veikloje;
- tik jis numato visas būtinas organizacines, kvalifikacines, bendradarbiavimo su pacientu ir pan. priemones, reikalingas realiam jo reikalavimų įgyvendinimui.

Ženklius NICE standarto pranašumas keliant gydymo kokybę, užtikrinant šiuolaikinio mokslo pasiekimų panaudojimą nekelia jokių abejonių.

Kartu jo įdiegimas ir taikymas reikalauja nemažo finansavimo ir rimto organizacinio darbo. Kaip tai dažniausiai ir būna gyvenime, geresnis daiktas brangiau kainuoja.

Pinigų visada trūksta. Tačiau paprastai jie visgi atsiranda ir skiriami, jeigu tam yra tikra būtinybė, jeigu gerai suprantama, kad jų neskyrimas gresia rimtais pavojais ir dideliais nuostoliais.

Kokia yra būtinybė, nepaisant visų finansinių ir organizacinių problemų, plačiai įgyvendinti šiuolaikinius, tokius kaip NICE, medicinos standartus mūsų šalyje?

Ši būtinybė išplaukia iš to, kad tokio standarto panaudojimas vaidina lemiamą vaidmenį, sprendžiant opias mūsų sveikatos apsaugos problemas.

Šiuolaikinių medicinos standartų įgyvendinimas ir neatitikimo tarp nerealių reikalavimų mūsų sveikatos apsaugai ir jos realių galimybių problema

Pastaruoju dešimtmečiu įvyko tikra gydytojo teisinės atsakomybės revoliucija. Įsiteisėjęs dešimtmečio pradžioje „maksimalaus rūpestingumo“, o jo pabaigoje – „atitikimo šiuolaikiniam mokslui“ reikalavimai yra neprecedentinis reikalavimų gydytojui šuolis. Įteisintas perėjimas nuo vietinių, nacionalinių, daug žemesnių reikalavimų prie nepalyginus aukštesnių pasaulio. Dabar net tolimos provincijos sveikatos įstaigoje teikiamos paslaugos turi atitikti pasaulio standartus. Lygiai taip pat „maksimalaus rūpestingumo“ reikalavimas reiškė, kad gydytojas kiekvienu atveju turi imtis ne „pakankamų“, o *visų* priemonių pacientui padėti.

Šio reikalavimų „šوليو“ svarba ir pagrįstumas nekelia abejonių. Juk kiekvienas naujas šiuolaikinio mokslo pasiekimas – tai papildomi šansai pacientui atgauti jo sveikatą. Niekas neturi teisės atimti iš jo jam priklausančių išgydymo šansų, kuriuos jam suteikė šiuolaikinio mokslo pažanga.

Tačiau akivaizdu, kad didžiulis reikalavimų šuolis turėjo būti lydimas tokiu pat didžiu organizaciniu, parengiamuoju darbu. Gydytojas turėjo būti aprūpintas resursais – viskuo, kas leistų jam dirbti šiuo naujuoju, nepalyginus aukštesniu reikalavimų lygiu: reikiama papildoma technika, būtinas finansavimas, apmokymas, reikiamas laikas.

Ar tai įvyko? Ar gydytojas tikrai turi viską, kad atitektų naujus reikalavimus? Labai sunku gauti aiškų atsakymą į šiuos klausimus. Pagrindinis šio neaiškumo šaltinis – reikalavimų gydytojui (ir apamai sveikatos apsaugos paslaugos kokybei) *neapibrėžtumas*. Nors apamai paėmus teisiniai reikalavimai gydytojui („atitikimo šiuolaikiniam mokslo lygiui“, maksimalaus rūpestingumo) suprantami, neaišku, kuo jie turi pasireikšti kiekvienu atskiru atveju, sprendžiant konkrečias diagnostikos ir gydymo problemas. Mūsų sąlygomis sunku net labai apytiksliai paaiškinti, kuo šiuolaikinis mokslo lygis turi pasireikšti gydytojui – pediatrai, apžiūrinčiam kosėjantį ir karščiuojantį vaiką arba

šeimos gydytojui, tiriančiam suaugusį su angininiais skausmais. Neturint aiškaus atsakymo, kokių veiksmų reikalauja iš gydytojo šiais atvejais šiuolaikinis mokslo lygis, sunku įvertinti, kiek papildomo laiko ir finansų, kokios įrangos ir kokio apmokymo reikalauja šis lygis. Tas, savo ruožtu, neleidžia įvertinti, ar viso to pakanka.

Viso to išdava yra ir šiuolaikinis santykio tarp reikalavimų gydytojui ir jo gebėjimo jas įvykdyti neapibrėžtumas.

Būtent dėl šio neapibrėžtumo įstatymo ir visuomenės keliami šiuolaikiniai reikalavimai („atitikimo šiuolaikiniam mokslo lygiui“, maksimalaus rūpestingumo) turi savyje ženklų deklaratyvų ir ideologinį elementą (siekiama įtikinti, kad sveikatos sistema mūsų šalyje yra labai pažangi), yra labai neapibrėžti ir leidžia įvairiausių išaiškinimus ir dėl to įvairiausių, neretai sunkiai numatomus reikalavimus ir kaltinimus atskiram gydytojui, sveikatos apsaugos įstaigai, visai sistemai.

Tai turi daugybę neigiamų pasekmių sveikatos apsaugai. Aptarsime dvi svarbiausias pasekmių grupes: *teisines* ir *vadybines*.

Reikalavimų gydytojui neapibrėžtumas ir jo teisinės pasekmės

Atvykęs pas gydytoją pacientas tiki, kad gydytojas atstovauja šiuolaikiniam mokslui, informuotas apie viską, ką mokslas žino apie jo susirgimą. Pacientas tiki, kad viskas, ką gydytojas pasakys ar padarys, atitinka šį mokslą. „Paciento įstatymas“ įteisina šį lūkestį.

Dėl to į kiekvieną atvejį, kai to neįvyksta, pacientas žiūri, kaip į grynai moralinę problemą: gydytojas nesąžiningas, aplaidus, nesirūpina paciento sveikata, neatsakingai žiūri į savo kvalifikacijos kėlimą ir pan. Iš to seka ir paciento reakcija, kurios esmė – gydytojo kaltinimas. Sutinkamai su tuo, reikalaujama didinti gydytojo atsakomybę, stiprinti jo veiksmų kontrolę, griežtinti juos baudžiančius įstatymus, aktyviau išaiškinti ir griežčiau bausti jo klaidas.

Tai užsuka užburtą „nepasitikėjimo gydytojui ratą“. Kuo labiau nepasitikima, tuo aktyviau ieškoma neatitikimų, tuo daugiau jų surandama ir tai toliau didina nepasitikėjimą ir tolimesnę neatitikimų tarp to, ką gydytojas daro ir ką turėtų daryti, paiešką.

Pacientas – tai visa Lietuvos visuomenė, jos politinės partijos, rinkėjai ir vyriausybė. Dėl to atskiro paciento nepasitenkinimas labai lengvai virsta masine politine valia, pastaroji – naujais įstatymais ir toliau intensyvėjančiu gydytojo teisiniu persekiojimu.

Pastaruoju dešimtmečiu vyko nepaliaujamas teisinių reikalavimų gydytojui didinimas. Būtent šiuo dešimtmečiu įsiteisėjo pamatiniai maksimalistiniai (maksimalaus rūpestingumo ir atitikimo šiuolaikiniam mokslui) reikalavimai sveikatos apsaugos paslaugoms, išsivystė jo kontrolė, ir atsiskaitymo sistemos. Ką tik atliktos 2 440 Lietuvos gydytojų apklausos duomenimis, kas 30 buvo stojęs prieš teisną, kas penktas gydytojas (26,4 proc.) pranešė, kad bent kartą skundą prieš juos nagrinėjo valstybės auditas²⁹. Iš gydytojo pusės tai sukelia atsakomas, lygiai taip pat intensyvėjančias gynybines reakci-

²⁹ Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. „Gynybinės medicinos reiškiniai Lietuvos sveikatos apsaugoje“ (Pagrindiniai 2 440 Lietuvos gydytojų nuomonės tyrimo rezultatai). Sveikatos politika ir valdymas. 2011, Nr. 3, p. 158–169.

jas – „gynybinės medicinos“ reiškinius. Gydytojas siekia padaryti viską, kad apsisaugotų nuo atsakomybės ir galimo teisinio persekiojimo. Šis tikslas tampa svarbesnis nei paciento interesai ir jo gydymo tikslai. 2 440 gydytojų nuomonės tyrimas parodė, kad gynybinės medicinos reiškiniai dominuoja mūsų sveikatos apsaugos sistemoje, ženkliai apsunkina jos darbą ir sumažina pacientams teikiamų sveikatos apsaugos paslaugų kokybę.

Nustatyta, kad:

- 86, 3 proc. gydytojų siunčia pacientą pas kitus specialistus ne dėl to, kad to tikrai reikia (būtų patikslinta diagnozė ar gautas naudingas patarimas), bet tik tam, kad apsisaugotų nuo galimo teisinio persekiojimo;
- 60,7 proc. gydytojų tais pačiais sumetimais skiria nereikalingus papildomus tyrimus;
- 66, 6 proc. vengia „rizikingų“ pacientų, t. y. nuo turinčių sudėtingą ar pavojingą susirgimą, taip pat žinančių ir siekiančių ginanti savo teises;
- 59,9 proc. vengia atlikti reikalingas, bet „rizikingas“ procedūras;
- 40,3 proc. išrašo nereikalingus vaistus.

Tai reiškia, kad tūkstančiai papildomų pacientų perpildo ir, be to, ilgas priėmimo pas gydytoją ar tyrimo eiles. Svarbiausia, kad jie siunčiami ne dėl to, kad jiems būtų tikrai reikalingas tas gydytojas ir tas tyrimas. Jie yra šioje eilėje vien tam, kad juos nukreipęs gydytojas galėtų formaliai apsiginti nuo galimų teisinių ir kitokių priekaištų. Šio reiškinio pasėkoje dar labiau nukenčia visi kiti pacientai, kuriems konsultacija ar tyrimas yra iš tikrųjų būtinos. Papildomas, gynybos medicinos sukeltas pacientų srautas atima iš pacientų, kuriems pagalba tikrai reikalinga, galimybę gauti ją savalaikiai. Dėl gynybos medicinos poveikio jie gauna ją pavėluotai, išekvojus tam nepalyginus daugiau laiko ir pastangų. Dėl gynybinės medicinos poveikio ypač nukenčia pacientai, kurių susirgimas yra itin sunkus ar diagnozė neaiški. Jie negauna reikiamų sveikatos paslaugų vien dėl to, kad jų atveju reikia priimti drąsius, ryžtingus sprendimus. To neįvyksta gynybinės medicinos sąlygomis, kai gydytojas nenori rizikuoti ir vengia priimti tokius sprendimus, nes gerai žino, kad tai gali jam sukelti teisinį persekiojimą. Gynybinė medicina sužlugdo gydymo sėkmei itin reikalingą terapeutinį savitarpio pasitikėjimo ir savitarpio supratimo santykį tarp gydytojo ir paciento, vietoje to sukuriama įtarumo, priešiško ir vienas kito baimės santykį, konfliktų ir skundų atmosferą.

Šiuolaikinių medicinos, tokių kaip NICE, standartų įgyvendinimas kartu su sveikatos vadyba kardinaliai išsprendžia šią problemą. Reikalas tas, kad toks standartas ne tik deklaruoja atitikimą šiuolaikiniam mokslui, bet ir kiekvienu atveju atskleidžia šio atitikimo *konkrety turinį*: konkrečius veiksmus, kurie turi būti atlikti tam, kad tas reikalavimas būtų įvykdytas. Standartas tiksliai apibrėžia, ką šiuolaikinio mokslo požiūriu gydytojas turėjo ir ko neturėjo padaryti konkrečiu atveju. Ne mažiau svarbu ir tai, kad standartas leidžia atskirti gydytojo veiklos aspektus, kurie yra (ir turi būti) sureglamentuoti, nuo tų, kur gydytojui turi būti palikta sprendimo laisvė. Tai panaikina dabartinį gydytojo teisinės pozicijos pažeidžiamumą. Gydytojas išlaisvinamas nuo nuolatinio pavojaus būti netikėtai apkaltintas, kad nežinojo, neskaitė, neatsižvelgė kažkokio šiuolaikinio mokslo pasiekimo. Jis žino, kad medicininis standartas, pagal kuri jis dirba,

remiasi maksimaliai plačią informacinę paiešką, kurios metu buvo siekiama nepraleisti nei vieno panaudotino šiuolaikinio mokslo pasiekimo. Jis taip pat žino, kad standarte pateikta rekomendacijų sistema yra maksimumas to, ką gali teikti šiuolaikinis mokslas. Standartas viešas, prieinamas visai medicinos bendruomenei, jo naudojimas aktyviai aptariamasis ir bet koks jo trūkumas momentaliai pastebimas. Tuo būdu pagrindinė gydytojo pareiga – įsisavinti šias rekomendacijas ir kruopščiai ir nuosekliai juos vykdyti. Šiuo atveju gydytojas gali ramiai reaguoti į visus galimus kaltinimus. Jam pakanka tiesiog nurodyti kaltintojui atitinkamą standarto vietą.

Tuo būdu šiuolaikinis, NICE, medicininis standartas iš karto panaikina gydytojo gynybinių veiksmų reikalingumą, pakerta gynybinės medicinos šaknis.

Reikalavimo gydytojui neapibrėžtumas ir vadybinės problemos

Šiuolaikinis NICE medicininis standartas atveria galimybę realiai ir tiksliai įvertinti finansinius ir kitus resursus, kurie reikalingi tam, kad užtikrintų reikalaujamą sveikatos apsaugos paslaugų kokybę. Šis standartas konkrečiai apibrėžia veiksmus, kurie turi būti atlikti, įrangą, kuri turi būti įsigyta, gydytojo kvalifikaciją, kuri turi būti gauta, darbą, kuris turi būti atliktas. Visa tai yra konkretūs dalykai, ir dėl to jie gali būti pakankamai tiksliai įvertinti finansiniu ir kitais aspektais. Pvz., NICE standartas pateikia metodikas, kurios leidžia organizaciniu – finansiniu požiūriu įvertinti kiekvieną atliktiną veiksmą ir tuo būdu nustatyti konkrečią standarto įgyvendinimo ir taikymo „kainą“. Tuo būdu atsiranda galimybė tiksliai atsakyti į klausimą, kiek išlaidų reikalauja tam tikro standarto įgyvendinimas, kiek reikia žmonių ir jų darbo, kokius kvalifikacinius reikalavimus šie žmonės turi atitikti ir t. t.

Tas, savo ruožtu, leidžia priimti svarbiausius organizacinius sprendimus:

- a) ar dabartiniu metu turimos visos finansinės ir kitos prielaidos standartui įgyvendinti;
- b) jeigu dar jų nėra, tai kada ateityje jų galima būtų pradėti įgyvendinti ir kokių priemonių reikia imtis dabar, kad tai būtų įmanoma atlikti kuo greičiau;
- c) ar galima kol kas įgyvendinti standartą dalimis, tiek, kiek tai atitinka turimiems resursams. Kokias standarto rekomendacijas galima įgyvendinti jau dabar ir kokias vėliau.

Visa tai iš esmės pakeičia visuomenės ir sveikatos apsaugos santykį – panaikina nerealius, sveikatos apsaugos galimybėms neatitinkančius visuomenės reikalavimus.

Visiškai priešingas vaizdas yra dabartiniu metu, kai šiuolaikiniai, NICE tipo, medicininiai standartai yra nenaudojami.

Neapibrėžti, ideologizuoti pamatinių reikalavimų sveikatos apsaugos paslaugoms formulavimai sukelia paradoksalią situaciją, kai reikalavimai sveikatos apsaugai keliaimi, nekeičiant jos finansinio, materialaus ir kitokio aprūpinimo. Ryškiausiais pavyzdys yra tas pats „Paciento įstatymas“.

Minėjome, kad reikalavimų gydytojui šuolis turėjo būti lydimas tokiu pat gydytojo galimybių vykdyti šiuos reikalavimus šuoliu. Priėmus šį įstatymą turėjo būti sudarytas perėjimo prie naujo standarto priemonių planas, įvertintas būtinas darbas, įgyta reikiama papildoma technika, išskirtas būtinas finansavimas ir pagaliau nustatytas laikas,

kada pasirengimo darbas bus baigtas ir galima pradėti taikyti naują standarto. Nieko to neįvyko. Tiesiog 2010 m. kovo 1 d. naujas įstatymas įsigaliojo. Nuo tos dienos iš gydytojų pradėta reikalauti, kad jie pradėtų dirbti jau pasaulio standartų lygyje – atitiktų šiuolaikinio mokslo reikalavimus. Tai galėjo įvykti tik sveikatos apsaugos sistemoje, kurioje miglotai įsivaizduojamas konkretus sąvokos „šiuolaikinis mokslas“ turinys, darbas, kuris turi būti atliktas užtikrinant šį lygį, šio darbo konkreti „kaina“: lėšos, darbo laikas, įranga, kvalifikacija, kurie reikalingi jam. Tokie paradoksai galimi tik neturint šiuolaikinių, NICE tipo, standartų. Jų nebuvimas leidžia sveikatos apsaugos sistemai ir toliau naudotis neapibrėžtais kokybės kriterijais, toliau didinti atotrūkį tarp gražių, pažangių įstatymų reikalavimų ir realios praktikos.

Apibendrinimas ir išvados

Medicininiai standartai – tai norminiai dokumentai, kurie tiesiogiai nukreipia (reglamentuoja) gydytojo veiksmus, jam sprendžiant tam tikras diagnostines, kliniškes, prevencijas ir pan. problemas. Medicininiai standartai užima pamatinę vietą tarp visų norminių aktų, reglamentuojančių sveikatos apsaugos veiklą. Visų kitų sveikatos apsaugos sistemų dalių (jos valdymo, teisinio reguliavimo, ekonominio aprūpinimo) paskirtis – maksimaliai padėti gydytojui atlikti tai, ko iš jo reikalauja medicinos standartai, sudaryti visas tam būtinas ekonomines, organizacines teises sąlygas.

Lietuva tik pradeda rengti savo medicininius standartus. Parengta ir Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtinti tik nedidelė dalis standartų. Visi jie pagal savo formą ir turinį skiriasi nuo rengiamų pažangiausiose šalyse: JAV, Didžioji Britanija, Vokietija ir kt.

Vienodos paskirties lietuviško ir užsienio (Didžiosios Britanijos Nacionalinio sveikatos ir klinikinio meistriskumo instituto) standartų palyginimas bei skirtumų tarp jų nagrinėjimas jų reikšmės diagnostinio ir gydymo darbo kokybės požiūriu leido išaiškinti aštuonis pamatinius reikalavimus kokybiškam medicinos standartui. Jų pagrindu nustatyti medicinos standartų įvertinimo ir palyginimo kriterijai yra tokie:

1. Šiuolaikinio mokslo pasiekimų panaudojimo laipsnis;
2. Algoritminė (o ne aprašomoji) rekomendacijų pateikimo tvarka;
3. Atviras (eksplicitinis) teikiamų rekomendacijų ryšio su jas pagrindžiančiais mokslo pasiekimais pateikimas;
4. Teisingas ir tikslus santykio tarp gydytojo veiklos reglamentavimo ir jo sprendimo laisvės (nuožiūros) nustatymas;
5. Aktyvių diagnostinių ir gydymo klaidų prevencijos metodų panaudojimas;
6. Organizacinių sėkmingo standarto įgyvendinimo prielaidų apibūdinimas, rekomendacijų ir metodikų joms užtikrinti teikimas;
7. Veiksmingos standarto įgyvendinimo kontrolės užtikrinimas;
8. Bendradarbiavimo su pacientais ir jų paruošimo standarto įgyvendinimui užtikrinimas.

Atliktas lyginamasis tyrimas parodė, kad Didžiosios Britanijos medicinos standartas visais šiais atžvilgiais pranašesnis už lietuvišką, užtikrinant jo pagrindinę paskirtį – aukštos diagnostinės ir gydymo veiklos kokybę.

Iš to seka būtinybė įgyvendinti mūsų šalyje šiuolaikinę medicinos standartams sistema. Šios sistemos kūrimo pagrindas būti mūsų tyrimo išdavoje išaiškinti pamatiniai reikalavimai medicinos standartui.

Perėjimas prie kūrimo ir įgyvendinimo standartų, kurie atitinka šiuos reikalavimus galėtų prisidėti prie vienos svarbiausios mūsų sveikatos apsaugos problemos sprendimo. Tai neatitiktumas tarp gydytojui keliamų teisinių reikalavimų ir jo galimybių įvykdyti juos, kuris sukelia ydingas „gynybos medicinos“ reiškinius mūsų sveikatos apsaugos sistemoje, sukelia joje pasipriešinimą modernizacijai, mažina teikiamų medicinos paslaugų kokybę, sukelia nepasitikėjimo ir konflikto santykius tarp pacientų ir gydytojų.

Padėka

Straipsnio autoriai išreiškia savo nuoširdų dėkingumą visiems savo kolegoms, kurie susipažino su straipsniu, dalyvavo aptariant jį, pateikė pastabas ir pasiūlymus. Ypač didelį dėkingumą norėtumėm išreikšti ligoninės direktoriaus pavaduotojai Daliai Steiblienei, audito grupės vadovui Raimundui Stasiūlaičiui, vidaus audito tarnybos vyresniajam specialistui Algimantui Baliui Rutkiui, gydytojams Liucijai Saltanavičienei, Robertui Saltanavičiui, Algimantui Stašinskiui, Juliiui Janavičiui.

Literatūros sąrašas:

1. Breasted J. H. *The Edwin Smith Surgical Papyrus*, University of Chicago Press, 1930.
2. Committee of Ministers of the Council of Europe. *Developing A Methodology For Drawing Up Guidelines On Best Medical Practices*. Recommendation Rec (2001)13, adopted 10 October 2001. Žiūrėta 2011-11. Prieiga per internetą: http://book.coe.int/EN/ficheouvrage.php?PAGEID=36&lang=EN&produit_aliasid=922.
3. G-I-N. *Resource Centers for guideline information*. Žiūrėta 2011-06-11. Prieiga per internetą: <http://www.g-i-n.net/library/relevant-links/resources-for-guideline-information>.
4. Guideline International network. *International Guidelines Library*. Žiūrėta 2011-06-11. Prieiga per internetą: <http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library>.
5. *Guidelines: Law, Policy and Practice*. Tingle J. and Foster C.– eds. Cavendish, 2002.
6. Gumuliauskas A. Teisėjo nuožiūra skiriant bausmę. *Jurisprudencija*, 2004, t. 61 (53); 85–94.
7. Hasson J. *Why Even Good Doctors Make Mistakes*. Linkoln, iUniverse, 2005.
8. Horstmannshoff H. F. J., Stol M., Tilburg C. *Magic and Rationality in Ancient Near Eastern and Graeco – Roman Medicine*, Brill Publishers, 2004.
9. Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. „Gynybinės medicinos reiškiniai Lietuvos sveikatos apsaugoje“ (Pagrindiniai 2 440 Lietuvos gydytojų tyrimo rezultatai). Sveikatos politika ir valdymas. 2011 Nr. 3.
10. Lietuvos Aukščiausiasis teismas. *Nutartis 2001 m. lapkričio 14 d. Byloje Nr. 3K-3-1140/2001 m.*
11. 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.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl artrozės, žmogaus imunodeficitu viruso, *Chlamydia trachomatis* sukeltų ligų diagnostikos bei ambulatorinio gy-

- dymo, kompensuojamo iš Privalomojo draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikų patvirtinimo“ (2004 m. gegužės 3 d. Nr. V-313).
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, metodikų patvirtinimo“ (2002 m. rugpjūčio 14 d. Nr. 422) ir kt. Žiūrėta 2011-06-15. Prieiga per internetą: www.lrs.lt.
 14. Medical algorithms. *The Medical Algorithms Project*. Žiūrėta 2011-11. Prieiga per internetą: <http://www.medal.org/visitor/Homepage.aspx>.
 15. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *The guidelines manual*. 2009. Žiūrėta 2011-06-15. Prieiga per internetą: <http://www.nice.org.uk/guidelinesmanual>.
 16. NICE. Chest pain of recent onset: assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin 2010. Žiūrėta 2011-06-11. Prieiga per internetą: <http://guidance.nice.org.uk/CG95>.
 17. Nunn J. F. *Ancient Egyptian Medicine*. University of Oklahoma Press, 2002.
 18. Selin H., Shapiro H. *Medicine Across Cultures: History and Practice of Medicine in Non – Western Cultures*, Springer 2003.
 19. Smekal A. Knowledge Transfer and Human Resource Development in Medicine. *Health care management*. Žiūrėta 2011-04-11. Prieiga per internetą: http://www.asianhnm.com/healthcare_management/knowledge_transfer_hr_development_medicine.htm.
 20. Stol M. *Epilepsy in Babylonia*, Brill Publishers, 1993.
 21. Wreen M. Medical futility and physician discretion. *J Med Ethics* 2004; 30:275–290.
 22. Zysk K. G., *Asceticism and Healing in Ancient India: Medicine in the Buddhist Monastery*, Oxford University Press, rev. ed., 1998.

The basic requirements to medical standards (Comparative research of Lithuanians and British standards)

Viktoras Justickis

Mykolas Romeris university Lithuania

Tomas Saladis

Algimantas Pamerneckas

Republican Vilnius university hospital

Summary

The problem of medical standards is of pivotal importance for Lithuania. This importance arises first of all from the central role of medical standards ensuring the proper quality of health care services. This importance is even more enlarged because Lithuania only started developing its own medical standards system and the best foreign experience is highly helpful designing it.

As far, Lithuanian medical standards are very different from ones issued in the most developed countries. Typical Lithuanian standards are very short (several pages) and present only very restricted basic knowledge. It is in sharp contrast with highly developed medical standards in USA, UK, Germany, and etc.

The report aims to reveal and discuss the basic differences between Lithuanian and Great Britain medical standards. It is carried out using the comparative analysis of two selected typical Lithuanian and Great Britain (NICE) standards. Both standards are official, nation scale, having identical topic (management of angina chest pain).

Eight fundamental differences between both standards have been revealed: the scale in which the latest achievement of the scientific research are used, algorithmic (vs. descriptive) exposition of recommendations, explicit (vs. covert) relation of recommendations with their supporting research data, exact (vs. indefinite) definition of borderline between doctor's duties and his discretion, active (vs. passive) prevention of possible errors, provision of recommendations on successful implementation of the standard, provision of recommendation on the most proper ways of auditing the implementation, scale of involvement of patients into implementation of the standard.

The results of the analysis showed the prevalence of the highly developed NICE standard over Lithuanian one in accomplishing the most important aim of the medical standard- ensuring the proper quality of health care services.

These outcomes were used as the basis to propose a set of basic recommendations for Lithuanian standards. The benefits of implementation of these recommendations for the national health care are discussed. It is shown that implementation of NICE –type standards in Lithuania can contribute to solution of the most urgent problems of the national health care: inadequate public expectations, irrelevant doctor's liability system, defensive medicine.

Keywords: *medical standards, guidelines, doctor's legal liability, the quality of healthy care service.*