

TEISINIŲ REIKALAVIMŲ GYDYTOJUI ĮVYKDOMUMO ĮVERTINIMAS

Viktoras Justickis

Mykolo Romerio universitetas

Algimantas Jasulaitis

Vilniaus universitetas

Santrauka

Įvykdomumas – pamatinis reikalavimas kiekvienai imperatyvinei teisės normai. Sutinkamai su tuo, priimant tokią teisės normą, būtina užtikrinti visas sąlygas, kad vykdytojas pajėgtų įvykdyti reikalavimus (turėtų būtinus sugebėjimus, resursus ir pan.). Įvykdomumo įvertinimas ypač svarbus, kai nauja teisės norma iš esmės padidina reikalavimus jos vykdytojui: reikalauja daugiau pastangų, laiko, didesnės kvalifikacijos ir pan.

Būtent tai įvyko Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje pastarąjį dešimtmetį, padidėjus reikalavimams gydytojo teikiamų sveikatos apsaugos paslaugų kokybei, tačiau šis reikalavimų kėlimas nebuvo tinkamai susietas su atitinkamu gydytojo galimybių padidėjimu. Tai sukėlė prieštaravimą tarp greitai didėjančių reikalavimų gydytojui ir jų įvykdymo galimybių. Priešpriešos pasėkoje Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje išsivystė „įvykdomumo krizė“ – paplito ydingos „gynybinės medicinos“ reiškiniai.

Svarbiausias krizės šaltinis – trūkumas veiksmingos priimamų teisės aktų įvykdomumo kontrolės sistemos, kuri įvertintų priimamų teisės aktų įvykdomumą ir neleistų jų įgyvendinti, jeigu neužtikrintas jų įvykdomumas. Pagrindinė kliūtis tokios kontrolės sistemos sukūrimui – neturėjimas veiksmingų įvykdomumo įvertinimo metodų. Straipsnyje aptariami tokių metodų sukūrimo ir veikimo principai, jų pritaikymas, nagrinėjant gydytojo atsakomybę konkrečioje byloje.

Pagrindinės sąvokos: *įvykdomumas, sveikatos apsaugos paslaugų kokybė, gydytojo teisinė atsakomybė, gynybinė medicina.*

Įvadas

Įvykdomumas – pamatinis reikalavimas bet kokiai imperatyvinei teisės normai¹. Tokia norma iš asmens reikalauja, kad tam tikromis aplinkybėmis (normos hipotezė) ji privalo atlikti tam tikrus veiksmus (normos dispozicija)². Tačiau bet koks reikalavimas atlikti kažkokius veiksmus (arba susilaikyti nuo jų) gali būti įvykdytas, tik užtikrinant atitinkamas prielaidas šiems veiksams (realybės principas – H. Schneider)³. Dėl to įstatymo leidėjas negali pradėti taikyti naujos teisės normos, neužtikrinęs, kad jos subjektas – asmuo turi būtinus jai vykdyti sugebėjimus, resursus, priemones ir pan.⁴. Jeigu

¹ Cooter R. D. Normative Failures Theory of Law. University of California at Berkeley. *Cornell Law Review* forthcoming. [žiūrėta 2011 m. gegužės 31 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.law.berkeley.edu/faculty/cooterr/PDFpapers/96-97-2NormFail.PDF>.

² Vaišvila A. Teisės teorija. Vilnius: Justitia, 2000.

³ Schneider, H. Gesetzgebung. Ein Lehr- and Handbuch. Heideberg, 2002.

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

to nepadaryta, tai net ir geriausias įstatymas nepasieks užsibrėžto tikslo. Be to, mėginimai „išreikalauti“ jo vykdymą grasinant griežtomis sankcijomis, sukelia eilę nepageidaujamų pasekmių. Svarbiausios: pasipriešinimas naujam įstatymui, jo nevykdymas, iškreiptas vykdymas (teisės aktas vykdomas tokiu būdu ir forma, kurie prieštarauja jo paskirčiai). Ypač pavojinga šios pasipriešinimo forma – nusikaltimai⁵.

Kiekvieną kartą, kai priimant naują teisės aktą ar bekeičiant senąjį, padidinami reikalavimai jo vykdytojui, įstatymo leidėjas turi įsitikinti šio teisės akto įvykdomo galimumu. Būtent tokia situacija susiklostė pastarąjį dešimtmetį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje, kuomet vyko intensyvus reikalavimų sveikatos apsaugos paslaugoms didėjimas. Du teisiniai pokyčiai turėjo ypač svarbią reikšmę, didinant reikalavimus gydytojui. Pirmas (įsigaliojęs 2001 metais) „maksimalaus rūpestingumo kriterijus“⁶. Antras (įsigaliojęs 2010 metais) reikalavimas, kad sveikatos paslaugos atitiktų šiuolaikinį mokslo lygį. Šių teisės naujovių atsiradimas reiškė tikrą gydytojo teisinės atsakomybės revoliuciją – didžiulį reikalavimų „šuolių“ gydytojui. Visa tai sukėlė būtinybę įvertinti šių ženkliai išaugusių reikalavimų įvykdomumą: nustatyti, ar kartu įvyko atitinkamas galimybių padidėjimas, ar gydytojas realiai pajėgus susitvarkyti su naujais, aukštesniais reikalavimais. Būtent tai šiame straipsnyje ir sieksime įvertinti.

Straipsnio tikslas – aptarti teisės aktų, reglamentuojančių gydytojo diagnostinę ir terapinę veiklą įvykdomumą bei jo įvertinimo metodus.

Sekančiame skyriuje „Gydytojo teisinės atsakomybės didėjimas dabartiniu laikotarpiu“ apibūdinsime minėtus teisės aktus ir su jais susisietų reikalavimų gydytojui didėjimo tendencijas.

Trečiajame straipsnio skyriuje „Įvykdomumo tyrimo metodinės problemos“ aptarsime įvykdomumo įvertinimo metodines problemas, įvairius įvykdomumo tyrimo būdus. Daugiausiai dėmesio bus skirta perspektyviausiai įvykdomumo tyrimo strategijai, kurios pagrindas – vadinamųjų įvykdomumo „spragų“ išaiškinimas, tipiškumo nustatymas, realizuotas atskiros atvejo analize – 2004 m. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo nagrinėta byla⁷.

Ketvirtame skyriuje aptarsime ankstesniame nagrinėtą atskirą neįvykdomumo atvejį būdingą šalies sveikatos apsaugos sistemai, taip pat pastoviai veikiančio įvykdomumo kontrolės mechanizmo paskirtį ir principus.

Gydytojo teisinės atsakomybės didėjimas

Pirmajame XXI amžiaus dešimtmetyje įvyko ženklūs pokyčiai, staigiai ir iš esmės pakeitę sveikatos apsaugos paslaugų kokybės standartus ir atitinkamai teisinius reikalavimus gydytojui. Svarbiausi iš jų: maksimalaus rūpestingumo kriterijus (2001) ir atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimas (2010).

⁵ Justickis V. Kurapka E. Europos Sąjungos ir Lietuvos įstatymų kriminogeninis saugumas. *Jurisprudencija*. 2009, 3(117): 217–238.

⁶ Lietuvos Aukščiausiasis Teismas. *Nutartis 2001 m. lapkričio 14 d.* Byloje Nr. 3K-3-1140/2001 m.

⁷ Lietuvos Aukščiausiasis Teismas. *Nutartis Civilinė byla* (2004 m. spalio 4 d.) Nr. 3K-3-511/2004 m. Bylų kategorija 39.2.3; 94.2.

1. Maksimalaus rūpestingumo kriterijus

Kriterijus suformuluotas Lietuvos Aukščiausiojo Teismo (LAT) išaiškinime nutartyje vadinamoje Sandienės byloje⁸, kurioje ieškovė kaltino chirurgus dėl komplikacijos, atsiradusios po operacijos. Pasak ieškovės, chirurgai operacijos metu įnešė auksinio stafilokoko infekciją, kuri vėliau sukėlė uždegimą. Chirurgai su kaltinimu nesutiko ir nurodė daugybę kitų kelių, kuriais galėjo atsirasti minėta infekcija. Nagrinėjant šią bylą, Lietuvos Aukščiausias Teismas susidūrė su sunkia problema. Kaip dažniausiai būna medicinos bylose, nebuvo galima atskirti gydytojo veiksmų poveikio nuo nesuškaičiuojamų kitų veiksmų. Dėl to įrodyti ar paneigti, kad būtent gydytojo veiksmai sukėlė žalą, buvo neįmanoma. Teismui, svarstant šį klausimą, pripažinta, kad analogiškas sunkumas būdingas daugumai medicinos bylų, kadangi žmogaus organizmas yra sudėtingas. Kiekvieno poveikio sukėlimą be gydytojo veikia daug kitų veiksmų, kurie tarpusavyje sudėtingai susieti, todėl įprasta teisinė priežastingumo samprata čia jau netinkama. Tai privertė teismą naujai pažiūrėti į priežastingumo pobūdį medicininėse bylose. Savo nutarime LAT pirmiausia pripažino faktą, kad gydymo rezultatai (tame tarpe ir komplikacijos) priklauso ne tik nuo gydytojų veiksmų, bet ir daugybės kitų veiksmų. Teismas iš to padarė išvadą, kad tai neleidžia gydytojui tiesiogiai priskirti atsakomybės už neigiamą gydymo rezultatą.

Teismas nutarė, kad vienintelis, ko galima reikalauti – tai pastangų imtis *visų priemonių* reikiamam gydymo rezultatui pasiekti. Tai reiškia, kad gydytojo pareiga kiekvienu atveju padaryti viską, kas nuo jo priklauso, o, ar gydymas bus sėkmingas, yra jau už jo atsakomybės ribų. Taigi, jeigu tam tikru atveju paaiškėja, kad gydymas buvo nesėkmingas, ir reikia nustatyti, ar gydytojas kaltas, turime atsakyti į vieną klausimą, ar gydytojas padarė viską, kad tokio rezultato nebebūtų. Jeigu viską, tai jis nekaltas dėl nesėkmingų gydymo rezultatų. Tačiau, jeigu paaiškėja, kad jis padarė ne viską, atsakomybė už nesėkmę turi būti priskirta jam. Pateikiame teismo formuluotę. „Paprastai, – rašoma teismo sprendime, – 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. Taigi, sprendžiant dėl gydytojų kaltės, būtina atsakyti į klausimą, ar tikrai medicinos paslaugos buvo teikiamos dedant maksimalias atidumo, rūpestingumo, dėmesingumo, atsargumo pastangas.“⁹

Maksimalaus rūpestingumo reikalavimas buvo daug kartų papildomai išaiškintas LAT sprendimuose¹⁰. Visų šių išaiškinimų pagrindinė idėja lieka ta pati. Jeigu gydyto-

⁸ Lietuvos Aukščiausiasis Teismas. *Nutartis 2001 m. lapkričio 14 d.* Byloje Nr. 3K-3-1140/2001 m.

⁹ Lietuvos Aukščiausiasis Teismas. *Nutartis 2001 m. lapkričio 14 d.* Byloje Nr. 3K-3-1140/2001 m.

¹⁰ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2004 m. vasario 18 d. nutartis, priimta civilinėje byloje O. R. ir kt. v. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, bylos Nr. 3K-3-16/2004; 2005 m. kovo 30 d. nutartis, priimta civilinėje byloje J. R. ir kt. v. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, bylos Nr. 3K-3-206/2005; 2008 m. spalio 14 d. nutartis, priimta civilinėje byloje R. B. v. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, bylos Nr. 3K-3-478; ir kt.

jas savo darbą atliko rūpestingai, atidžiai ir taip, kaip yra tikimasi iš kvalifikuoto gydytojo, bet žala vis dėlto atsirado, nuo atsakomybės gydytojas turi būti atleidžiamas ir žala laikoma atsitiktine¹¹.

Pirmojo šio amžiaus dešimtmečio pradžioje atsirado *maksimalistinis* teisinis reikalavimas gydytojui, padaryti „viską“. Atsisakyta nuo ankstesnio, daug švelnesnio reikalavimo, kad būtų imtasi *pakankamų* priemonių, arba, kad būtų padaryta tai, kas *paprastai daroma* panašioje situacijoje. Vietoje šių nuosaikių „pakankamai“, „paprastai“ atsirado maksimalistinis reikalavimas – atlikti *viską*.

2. Atitikimo šiuolaikinio mokslo lygiui reikalavimas

Sekantis svarbus žingsnis, keliant gydytojui reikalavimus, atliktas 2010 m. kovo 1 d., kai įsigaliojo nauja „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo“ (toliau „Paciento įstatymas“) redakcija. Šio įstatymo antro straipsnio 8 pastraipa nustatė naujus reikalavimus teikiamų sveikatos apsaugos paslaugų kokybei: sveikatos apsaugos paslaugos turi būti teikiamos „pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami“¹².

Teikdamas sveikatos paslaugą, gydytojas turi:

1) būti informuotas apie visus šiuolaikinio mokslo pasiekimus, kurie gali būti svarbūs teikiant ją ir

2) būtinai atsižvelgti į tuos pasiekimus, kurie gali prisidėti prie gydymo sėkmės.

Tai reiškia, kad jeigu diagnozuojant ar begydant tam tikrą pacientą gydytojas dėl kažkokios priežasties nežino ar pamiršo apie kažkokį potencialiai naudingą šiuolaikinio mokslo pasiekimą, neišnagrinėjo jo panaudojimo galimybes ir gydymas buvo nesėkmingas, gydytojas gali būti pripažintas kaltas ištiesai dėl viso gydymo nesėkmės ir jam tenka visa atsakomybė už paciento sveikatai padarytą žalą. Tai tikra revoliucija Lietuvos gydytojo teisinės atsakomybės sistemoje.

Iki 2010 kovo 1 d. Lietuvos gydytojas pats galėjo spręsti, ar reikia taikyti tam tikrą mokslo tyrimais patvirtintą rekomendaciją, ar nekreipti į ją dėmesio ir vadovautis tik savo patirtimi bei profesine intuicija. Tuo tarpu nuo šio datos šiuolaikinio mokslo lygis tapo primygtiniu reikalavimu.

Dabar gydytojas negali savo nuožiūra spręsti vadovautis ar nesivadovauti šiuolaikinio mokslo pasiekimais. Jis privalo jais vadovautis. Tik tada, kai negalima pasiremti šiuolaikinio mokslo pasiekimais ir rekomendacijomis, pavyzdžiui, kur nėra atitinkamų tyrimų arba jų rezultatai prieštaringi, gydytojui paliekama nuožiūra: jis gali vadovautis savo patirtimi ir klinicine intuicija.

Šiuolaikinio mokslo lygio užtikrinimas tapo privalomu kiekvienam šalies gydytojui: tiek dirbančiam sostinės universitetinėse klinikose, tiek ir rajonų ligoninėse, nes

¹¹ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2009 m. spalio 13 d. nutartis, priimta civilinėje byloje D. B. V. Všiļ Kauno medicinos universiteto klinikos, bylos Nr. 3K-3-408/2009.

¹² 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.

negali atsisakyti užtikrinti šio šiuolaikinio mokslo lygio, nurodydamas, kad dirba provincijoje. Įstatymas nedaro jokių išlygų, priklausomai nuo darbo vietos, medicininės specialybės, amžiaus arba kitų aplinkybių. Teisiniu požiūriu reiškia, kad, jeigu gydytojas dėl vienos arba kitos priežasties nepanaudoja šiuolaikinio mokslo pasiekimo, jis turi būti pasirėngęs pateikti pagrįstus paaiškinimus (taip pat ir teisme), kodėl tai buvo neįmanoma ar netinkama. Taigi, šiuolaikinio mokslo lygio užtikrinimas tapo gydytojui teisine pareiga. Dėl to svarbu, kas gi yra šis šiuolaikinis medicinos mokslo lygis.

Šiuolaikinis medicinos mokslo lygis apima visus tuos šiuolaikinio mokslo nustatytus faktus, išvadas, rekomendacijas, kurie nustatyti pagal šiuolaikinio mokslo metodinius reikalavimus (kontrolinės grupės, *double-blind*, *multi-centre* ir kt.), paskelbti specialioje (*peer-reviewed*, cituojamoje ir pan.) mokslinėje literatūroje¹³.

Svarbiausias medicininės informacijos apie šias publikacijas šaltinis – medicininų duomenų bazėse (svarbiausias iš jų – MEDLINE, kuri apima 20 mln. publikacijų ir kt.), kurių visuma atspindi šiuolaikinio mokslo lygį, jose nustatyti šiuolaikinio mokslo faktai, išvados ir pan. Šiuolaikinį mokslo lygį taip pat atspindi keli tūkstančiai šių publikacijų apžvalgų, kurios patalpintos duomenų bazėse kaip COCHRANE, *UpToDate*, *Dynamed* ir kt.^{14, 15, 16}, specialūs sistemingai atnaujinami vadovėliai (Merck, Harrison ir kt.), besiremiantys minėtomis publikacijomis ir apibendrinantys jas. Vadovaujantys ankstesne „Paciento įstatymo“ versija visa ši informacija gydytojui galėjo nerūpėti. Pats gydytojas sprendė, koku mastu vadovautis šiuolaikinio mokslo pasiekimais. Įsigaliojus naujai „Paciento įstatymo“ redakcijai, padėtis iš esmės pasikeitė – kiekvienu konkrečiu atveju gydytojas privalo žinoti viską, kas gali būti naudinga. Jeigu gydytojas dėl nežinojimo arba kitų priežasčių neatsižvelgęs į vieną iš tų 20 mln. publikacijų paskelbtą mokslo pasiekimą, jis taps atsakingu už bet kokią gydymo nesėkmę. Pagal senąją „Paciento įstatymo“ versiją, gydytojas galėjo žinoti ir taikyti tik tai, ką manė reikalinga. Įsigaliojus naujai versijai jis turi žinoti ir sugebėti pritaikyti viską. Abu praeitam dešimtmetyje atsiradę gydytojo teisinės atsakomybės pokyčiai papildė ir „sustiprina“ vienas kitą. Maksimalaus rūpestingumo kriterijus reikalauja, kad gydytojas kiekvienu konkrečiu atveju padarytų „viską“. Tai konkretizuoja reikalavimas atitikti šiuolaikinio mokslo lygį, išnaudoti *visas* šiuolaikinio mokslo teikiamas sėkmingo gydymo galimybes. Dabar gydytojas turi imtis ne *pakankamų*, o *visų* priemonių ir jis turi būti gerai informuotas apie šiuolaikinį mokslo lygį ir taikyti šias žinias ne *kai mato reikalą*, o *visais atvejais*. Iš Lietuvos gydytojo (tame tarpe „vidutinio“, gyvenančio toli nuo centro, prieš dešimtmečius įgijusio savo pagrindines žinias) pradėta reikalauti tokios pat sveikatos paslaugų kokybės, kokią užtikrina geriausios pasaulio gydymo įstaigos, kurios savo veikloje pilnai realizuoja visas šiuolaikinio mokslo teikiamas galimybes ir dėl to atitinka šiuolaikinį mokslo lygį – nuo nacionalinių gydymo standartų pereita prie

¹³ Mark D. Decision-Making in Clinical Medicine. In A. Fauci et al. editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17th Edition, McGraw-Hill Company 2008, 16-23.

¹⁴ U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health. *PUBMED* [Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

¹⁵ *Cochrane Reviews*. [Žiūrėta 5. Juni 2011]. Prieiga per internetą: <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>.

¹⁶ *UpToDate* [Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d.]. Prieiga per internetą: <https://www.uptodate.com/login>].

nepalyginamai aukštesnių pasaulinių. Ar šie maksimalistiniai reikalavimai yra teisėti? Teigiamas atsakymas nekelia jokių abejonių.

Minėjome, kad svarbiausias šiuolaikinio mokslo rezultatas – naujos sėkmingo gydymo galimybių teikimas pacientui. Nė vienos iš tų galimybių gydytojas neturi teisės atimti iš paciento, todėl privalo būti pilnai informuotas apie kiekvieną šiuolaikinio mokslo teikiamą galimybę ir maksimaliai panaudoti ją diagnozuojant ir gydant pacientui. Ženklus reikalavimų padidėjimas gydytojui yra teisėtas ir pažangus, sudarantis teisinį pagrindą gydymo kokybės pagerinimui, esminiam gydytojų kvalifikacijos kėlimo padidėjimui, skatinantis greitą mūsų sveikatos apsaugos techninę ir organizacinę pažangą. Toks precedento neturintis gydymo standartų padidėjimas kelia ir naujus, tokius pat aukštus reikalavimus ir šio įstatymo įvykdymui. Maža nustatyti aukštus reikalavimus, reikia ir sudaryti būtinas prielaidas jų įvykdymui. Turime nustatyti, kiek iš esmės didinant gydytojui reikalavimus užtikrinamos galimybės juos vykdyti¹⁷.

Įvykdomumo tyrimo metodinės problemos

Įvairiais atvejais tam tikro teisės akto taikymo sąlygos gali būti gan skirtingos. Vienais atvejais jo įvykdymas nesukelia didesnių sunkumų (įstatymo vykdytojai turi pakankamai galimybių vykdyti įstatymo reikalavimus), kitais atvejais tokių galimybių trūksta (kalbame apie *įvykdomumo spragą*). *Įvykdomumo spraga – tai atvejai, kai yra ryškus atotrūkis tarp teisės akto reikalavimo ir vykdytojo galėjimo atlikti juos.*

Teisės normos įvykdomumo tyrimo tikslas – išaiškinti visus atvejus, kai įstatymo vykdytojas susiduria su sunkumais, vykdant teisės normos dispoziciją. Tai sukelia galimybę įvertinti neatitikimo tarp reikalavimų ir galimybių mastą, priežastis, paruošti atitinkamas priemones įvykdymui užtikrinti. Kaip geriausiai išaiškinti įvykdomumo spragas?

Išskiriamos dvi išaiškinimo strategijos:

a) pirmoji – globalinis išaiškinimas: tiriami visi atvejai, kai taikoma mus dominanti teisės norma, kiekvieną kartą tikrinant, ar jos vykdytojai buvo aprūpinti viskuo, ko reikia;

b) antroji – kryptingas išaiškinimas: tiriami tik nesėkmingo gydymo atvejai, kai gydymo sėkmę užtikrinanti teisės norma nebuvo įvykdyta ir turime pagrindą įtarti, kad tai įvyko dėl neįvykdytos teisės normos įvykdomumo problemų. Išaiškinus kiekvieną tokį atvejį, turime nustatyti to atvejo išplitimą (tipiškumą).

Antro būdo privalumas – didesnis kryptingumas, leidžiantis nuosekliai išaiškinti tam tikrą įvykdomumo spragą, jos paplitimą, reikšmę. Tuo vadovaudamiesi toliau aptarsime įvykdomumo spragų išaiškinimo metodus.

Pirmoje skyriaus dalyje pateiksime teisinį atvejį (bylą), kur įvykdomumo problemos buvo pagrindine priežastimi, dėl kurios gydymo standartas (maksimalus rūpestingumas ir atitikimas šiuolaikinio mokslo lygiui) neužtikrintas. Antroje – aptarsime

¹⁷ Smulčiau apie įvykdomumo sampratą ir struktūrą žr. Liutauras Labanauskas, Viktoras Justickis, Aistė Sivakovaitė. Įstatymo įvykdomumas. Šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija *Socialinių mokslų studijos*, 2010, Nr. 4(8).

metodą, kuris buvo panaudotas konkretaus atvejo įvykdomumui tirti. Trečioje pateikime šiuo metodu gautus rezultatus.

Nagrinėjamos bylos apibūdinimas

Byla A. Mileris ir Valė Kilipienė prieš Šiaulių rajono pirminės sveikatos priežiūros centrą. Lietuvos Aukščiausias teismas, 2004¹⁸.

Bylos esmė. Rasa Milierienė kreipėsi į šeimos gydytoją D. Miničienę. Pagrindinis nusiskundimas – nepaaiškinamas nuovargis – didelis „silpnumas“. Papildomas – „paskausdavo po širdimi“.

Gydytoja pamatavo kraujo spaudimą, paskyrė atlikti kardiogramą ir, nenustačiusi diagnozės, paskyrė jai vaistus nuo širdies ir nervų negalavimų. Nedarbingumo lapelis neišrašytas. Stacionarinis gydymas nepaskirtas. Pacientė mirė sekančią dieną. Mirties priežastis – kraujavimas iš dvylikapirštės žarnos.

Byla buvo nagrinėjama apylinkės teisme, apeliacine tvarka peržiūrėta Vilniaus apygardos teisme, kasacine tvarka – Lietuvos Aukščiausiame Teisme. Visi trys teismai pripažino gydytoją kalta dėl pacientės mirties, kadangi gydytoja laiku nesiėmė visų priemonių įtarti pavojingos komplikacijos grėsmę ir nesiėmė priemonių jos išvengti. LAT sprendimu buvo iš atsakovo – Viešosios įstaigos Šiaulių rajono pirminės sveikatos priežiūros centro priteista: Valei Kilipienei, Austėjai Milerytei ir Ernestui Mileriui po 50 000 Lt moralinės žalos atlyginimo, 7 053 Lt 86 ct Valei Kilipienei ir Arūnui Mileriui lygiomis dalimis turtinės žalos atlyginimo; periodines išmokas po 145 Lt kas mėnesį Austėjai Milerytei ir Ernestui Mileriui nuo 2003 m. vasario 11 d. iki jų pilnametystės, bei 4 338 Lt 08 ct bylinėjimosi išlaidų į valstybės biudžetą. Iš viso: apie 200 tūkst. litų.

Bylos aptarimas. Teismas pripažino gydytoją kalta dėl pacientės mirties dėl to, kad, teismo nuomone, gydytoja nesiėmė visų galimų priemonių pavojingai komplikacijai įtarti ir laiku diagnozuoti. Toks teismo sprendimas visiškai atitinka maksimalaus rūpestingumo reikalavimą, nes gydytoja nepatikrino vienos iš galimų diagnostinių versijų („neįtarė“), kad pacientės nusiskundimo priežastis gali būti mažakraujystė, kuri galėjo atsirasti dėl vidinio kraujavimo iš dvylikapirštės žarnos opos (kas yra vienas dažniausių tokio kraujavimo priežasčių)¹⁹. Neįtarus šios pagrindinės pacientės nusiskundimo priežasties, gydytoja nepatikrino šios komplikacijos požymių: jeigu visa tai būtų atlikusi, tai būtų galėjusi nustatyti požymius ir įtariusi, kad būtent vidinis kraujavimas sukėlė pacientės silpnumą, ir laiku būtų ėmusi priemonių šiam pavojui išvengti. Gydytoja negalėtų būti apkaltinta ir tuo atveju, jeigu jai tikrinant įtarimą dėl mažakraujystės paaiškėtų, kad nėra jokių šios komplikacijos simptomų, o komplikacija visgi atsirastų. Pagal maksimalaus rūpestingumo kriterijų, būtų teigiama, kad ji padarė viską, ką galėjo, kad savalaikiai išaiškintų šios komplikacijos pavojų. Tiesiog tuo momentu šių požymių dar nebuvo.

¹⁸ Lietuvos Aukščiausiasis Teismas. *Nutartis* Civilinė byla (2004 m. spalio 4 d.) Nr. 3K-3-511/2004 m. Bylų kategorija 39.2.3; 94.2.

¹⁹ Lain L. Gastrontestinal Bleeding. In A. Fauci et al. editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17th Edition, McGraw-Hill Company 2008, 257–260.

Teisinis reikalavimas gydytojui šioje byloje ir jo įvykdomumo tyrimas

Nagrinėjama atveju gydytoja turėjo padaryti viską – panaudoti visas šiuolaikinio mokslo teikiamas galimybes, kad išaiškintų pagrindinio simptomo – nepaaiškintą nuovargio (silpnumo) priežastį.

Kad nustatytų šį šaltinį gydytoja turėjo:

- a) prisiminti *visus* (maksimalaus rūpestingumo!) *šiuolaikiniam mokslui žinomas* (atitinkamo šiuolaikinio mokslo lygiui) susirgimus, galinčius prasidėti šiuo simptomu;
- b) ištirti, kurie iš jų požymiai yra stebimi pas pacientę.

Kiek *įvykdomas* yra šis reikalavimas?

Kad atsakytumėm į šį klausimą, reikia žinoti konkrečius veiksmus, kuriuos, sutinkamai su šiuolaikiniu mokslu, gydytoja turi atlikti nepaaiškintą nuovargio šaltiniui nustatyti.

Siekdami visus šiuos veiksmus patikslinti, naudojome autoritetingu šiuolaikinių tyrimų ir iš jų išplaukiančių rekomendacijų apibendrinimu. Tai 2008 m. apžvalga „Nuovargis: apžvalga“, atspausdinta pagrindiniame JAV šeimos gydytojų asociacijos žurnale „*American Family Physician*“²⁰, kurioje nuosekliai ir detalai įvardinti konkretūs šeimos gydytojo diagnostiniai veiksmai, kurie turi būti atlikti tiriant pacientą su nepaaiškintu nuovargiu.

Šie veiksmai sudaro dvi grupes. Pirmoji – paties nuovargio, dėl kuriuo kreipėsi pacientas, pobūdžio tyrimas, ekskliudavimas iš išoriškai panašių, bet kitos kilmės būklių (depresinių, mieguistumo, fiziologinio pervargimo, miopatinių ir pan.).

Antroji grupė – galimų nepaaiškintą nuovargio priežasčių paieška ir tikrinimas.

Papildoma informacija apie susirgimus, galinčius prasidėti nepaaiškintu nuovargiu, gauta iš duomenų bazės DiagnosisPRO 6. Tai speciali diferencinės analizės metodika, apibendrinanti 109 šiuolaikinių pastoviai atnaujinamų vadovėlių duomenis apie susirgimus ir jų simptomus²¹. Tikslinant atskirų straipsnyje paminėtų diagnostinių veiksmų atlikimo tvarką panaudoti vadovėlio „*Mosby's Guide to Physical Examination*“ duomenys²².

Patikslinus veiksmus, kuriuos turėjo atlikti gydytoja, buvo vertinamas jų įvykdomumas. Šiame straipsnyje dėmesio centre vienas iš labiausiai probleminių gydytojo resursų – laikas. Siekta nustatyti, ar gydytoja turėjo pakankamai laiko viską atlikti, ko iš jos reikalavo šiuolaikinis mokslas.

Šis išskirtinis dėmesys gydytojos laikui dėsningas, nes jis yra svarbiausias, vertingiausias ir labiausiai deficitinis resursas sveikatos apsaugos sistemoje. Nėra nė vieno gydytojo veiksmo, kuriam nereikėtų laiko. Laikas reikalingas, kad gydytojas galėtų atidžiai išklausti pacientą, apklaustų jį, surinktų pilną anamnezę, išstudijuotų ankstesnius įrašus paciento kortelėje, apmastytų surinktus duomenis, sukurtų diagnostines versijas, užduotų papildomus klausimus, atliktų papildomus tyrimus joms patikrinti, paaiškintų pacientui

²⁰ Rosenthal T. C., Majeronib A., Pretorius R. and Malik. K. Fatigue: An Overview// *American Family Physician*. 2008, Nov 15;78(10):1173-1179.

²¹ MedTech USA. *DiagnosisPRO 6. CD 2009* [Žiūrėta 2011-08-25]. Prieiga per internetą: http://en.diagnosispro.com/about_diagnosispro/about_us/.

²² Seidel H., Ball, J., Dains, J., Benedict, G. W. *Mosby's Guide to Physical Examination*. Mosby Elsevier, Canada, 2006.

susirgimą, paskirtų gydymą, išrašytų reikiamus nukreipimus, vaistus, smulkiai išaiškintų pacientui, kaip juos naudoti. Geriausi diagnostiniai ir gydymo metodai bejėgiai, jeigu gydytojas neturi laiko jiems taikyti, todėl nagrinėjamoje byloje tikslinome, kiek reikia laiko kiekvienam iš minėtų gydytojos veiksmų atlikti, buvo toliau tikrinamas ir sumarinis laikas, kurio reikėtų tam, kad gydytoja galėtų įtarti susirgimą.

Laikas, reikalingas kiekvienam atskiram gydytojos veiksmui buvo nustatomas pagal specialią būtino laiko nustatymo metodiką (AADT – *Analytical Assessment of the Due Time*), pasiūlytą tyrėjų grupės, kurioje dalyvavo vienas iš straipsnio autorių ir buvo panaudota pirmojo lygio pediatrų realaus ir būtino laiko įvertinimui²³.

Metodikos tikslas – nustatyti minimalų būtiną laiką diagnostikos ar gydymo veiklai tam tikram kokybės lygyje atlikti.

Ji remiasi kokybės teorijos teiginiu, kad tam tikros veiklos kokybiško atlikimo prielaida – *visų elementarių veiksmų, be kurių ši kokybė neužtikrinama* atlikimas²⁴. 1 lentelė iliustruoja šį reikalavimą: teikiami elementarūs veiksmai, iš kurių susideda vienas iš dažniausių ir svarbiausių diagnostinių veiklų – diagnostinio klausimo uždavimas. Tam, kad diagnostinis klausimas pasiektų tikslą – teiktų gydytojui reikalingą informaciją – reikia, kad įvyktų kiekvienas iš lentelėje paminėtų, klausimo kokybę užtikrinančių elementarus veiksmas. Pavyzdžiui, klausimo uždavimas nesuteiks reikiamos informacijos, jeigu pacientas nesutelks dėmesio gydytojo klausimui (1 lentelės pirmas veiksmas – akių kontakto nustatymas), arba neįsitikins, kad teisingai suprato, ko klausia gydytojas (1 lentelės trečias veiksmas – pacientas suvokia klausimą, patikrina ar teisingai suprato), neturės galimybės tinkamai nuskanuoti savo atmintį ir pan.

Metodika remiasi vienu iš pamatinių mokslinės ergonomijos teiginiu, tam, kad nustatyti labai lankstaus (nepastovaus) laiko reikiamą trukmę, reikia ją suskaldyti į mažesnio lankstumo elementus ir įvertinti būtiną kiekvieno iš jų trukmių sumą²⁵. Pavyzdžiui, labai sunku nustatyti, kiek laiko reikia vienam diagnostiniam klausimui. Nepalyginamai lengviau įvertinti laiką, reikalingą jo elementariems veiksmams, paminėtiems 1 lentelėje.

Būtent taip buvo atliktas laiko būtino vienam diagnostiniam klausimui užduoti, apskaičiavimas. Jo rezultatai pateikti 1 lentelėje.

1 lentelė. Laiko, būtino vienam diagnostiniam klausimui užduoti, apskaičiavimas („Ar pabundate naktį nuo dusulio?“)

	Gydytojo ir paciento veiksmai	Laikas sekundės
1.	Akių kontakto nustatymas („Ar galėčiau Jūsų paklausti?“)	9
2.	Užduodamas klausimas	15
3.	Pacientas suvokia klausimą, patikrina ar teisingai suprato	12

²³ Justickis V., Urbonas V., Urbonienė R., Barzdaitė J., Does pediatrician have enough time to follow recommendations in outpatient clinic? *Vaikų pulmonologija ir alergologija*, 2011, XIV, Nr. 1, 58–59.

²⁴ Carey R., Lloyd R. *Measurement Quality Improvement in Healthcare: A Guide to Statistical Process Control Applications*. Milwaukee, Quality Press, 2001.

²⁵ Ben-Gal, Irad, Wangenheim M., Shtub A. A New Standardization Model for Physician Staffing at Hospitals. *The International Journal of Production and Performance Management*, Volume 59, Issue 8, 2010, 769–791. [Žiūrėta 2011.06.03]. Prieiga per internetą: <http://www.eng.tau.ac.il/~bengal/Staffing.pdf>.

4.	Pacientas skenuoja savo atmintį, ieško informacijos, reikalingos atsakymui į klausimą	10
5.	Pacientas mintyse formuluoja atsakymą	5
6.	Paciento atsakymas	10
7.	Gydytojas suvokia ir įvertina atsakymą	12
8.	Patikslinamo klausimo paklausimas	17
9.	Pacientas suvokia jį, apmąsto, papildomai skenuoja atmintį ir atsako	15
10.	Gydytojas komentuoja atsakymą arba prašo tolimesnio patikslinimo	15
	IŠ VISO	120

Reikiamas laikas vienam diagnostiniam klausimui sudaro apie 2 minutes. Panašiais būdais įvertinamas laikas būtinas ir kitiems diagnostiniams veiksams.

Nustatant nepaaiškinamo nuovargio šaltinius, gydytoja pirmiausia turėjo atlikti bendrą šio simptomo tyrimą, įvertinti jo laipsnį. Veiksmai, kuriuos reikėjo atlikti ir jiems reikalingas laikas pateikti 2 lentelėje.

2 lentelė. Įžanginis tyrimas. Nuovargio pobūdis

	Diagnostiniai uždaviniai	Diagnostiniai veiksmai atliktini uždaviniui pasiekti	Atlikimo laikas, (min.)	Visas laikas (min.)
1.	Įžanga. Paciento nusiskundimų išklauskymas ir aptarimas	Paciento dėstomų nusiskundimų išklauskymas. Pirminiai gydytojo patikslinantys klausimai	5	5
2.	Astenijos (nuovargio) laipsnio ir pobūdžio įvertinimas	Metodika BFI (<i>Brief Fatigue Inventory</i>) – 9 kl. po 2 min.	18	23

Stebimo pacientės nuovargio ekskludavimas iš kitų išoriškai panašių, bet kitos kilmės būklių. Veiksmy reikalingas laikas pateiktas 3 lentelėje.

3 lentelė. Nepaaiškinamo nuovargio diferencijavimas iš kitų panašių, bet kitos kilmės, būklių

	Diagnostiniai uždaviniai	Diagnostiniai veiksmai	Atlikimo laikas (min.)	Visas laikas (min.)
3.	Situacinės astenijos priežastys	<i>AFP Rekomendacijos (Am Fam Physician., 2008,15;78(10):1173-1179)</i> - 14 kl. po 2 min.	28	51
4.	Astenijos diferencijavimas nuo depresinių būklių	<i>Metodika PHQ-9 (Patient Health Questionary)</i> - 10 kl. po 2 min.	20	71
5.	Astenijos diferencijavimas nuo mieguistumo	<i>Metodika PHQ (Differentiating Between Sleepness and Fatigue)</i> - 9 įvertinimai po 1 min.	9	80
6.	Astenijos (nuovargio) diferencijavimas nuo su dusuliu susietų būklių	<i>Metodika Simon et al. (Chest, 2005, 127, 1947-1951);</i> 15 įvertinimų po 1 min.	15	95

7.	Astenijos diferencijavimas nuo miopatinų būklių	<i>Merck's</i> (2010, Weakness); 7 kl. po 2 min. + 5 tyrimai po 2 min.	24	119
8.	Astenijos diferencijavimas nuo chroninio nuovargio sindromo	<i>Dynamed 2010. CHD diagnostiniai kriterijai</i> 12 diagn. kriterijų po 2 min.	24	143

Ištyrus pacientės nepaaiškintą nuovargio pobūdį ir eksliudavus jį iš išoriškai panašių, bet kitos kilmės būklių, gydytoja turėjo peržiūrėti galimų šio nuovargio priežasčių diagnostines versijas.

Pasinaudoję *DiagnosisPRO6* metodika, nustatėme, kad šiuolaikiniam mokslui yra žinoma 110 susirgimų, kurie pasireiškiančių minėtu simptomu. Ištyrėme tris teisiniu požiūriu ypač svarbias diagnostinių versijų grupes:

1. Susirgimai, pasižymintys staigiomis komplikacijomis. Tai susirgimai, kurie (panašiai kaip tai buvo nagrinėjamojoje byloje), galėjo netikėtai sukelti pacientės gyvybei pavojingas būkles (žr. 4 lentelę).

2. Susirgimai, reikalaujantys įspėti pacientą būti atsargiam vienu ar kitu požiūriu. Neįspėjus pacientas galėtų padaryti jam neleistinų veiksmų, dėl kurių patirtų vienokią ar kitokią žalą (žr. 5 lentelę).

3. Susirgimai, reikalaujantys imtis neatidėliotinų priemonių nepalankiai susirgimo eigai sustabdyti. Šių susirgimų atveju delsimas net su teisinga diagnoze sukelia nepataisomą žalą paciento sveikatai (žr. 6 lentelę).

4 lentelė. Susirgimai, kurie gali sukelti staigias komplikacijas

	Susirgimai, kurie gali prasidėti nepaaiškintu nuovargiu	Priežastys, dėl kurių šioms susirgimams išaiškinti būtina imtis priemonių jau pirminio tyrimo metu	Pavojingumas	Atliktinas darbas	Reikalingas laikas (min.)	Visas laikas (min.)
1.	Anemija	Kraujavimo sukelta anemija. Hipovoleminis šokas	Gali būti letalinis	<i>Rekomendacijos (Dynamed 2010)</i> Nukraujavimo sukeltos anemijos požymiai 1 pož. po 2 min. + 5 pož. po 1 min.); + Hipovoleminio šoko įspėjamieji požymiai – 2 pož. po 2 min.	11	154
2.	Adisono liga (Adrenalinis nepakankamumas)	Ūmus adrenalinis nepakankamumas („adrenal crisis“)	Gali būti letalinis (1)	<i>Rekomendacijos (Dynamed 2010)</i> Pirminiai AL požymiai: 7 po 2 min. + 1 po 1 + Įspėjamieji adrenalinas krizės požymiai 6 pož. po 2 min.	27	171

3.	Ūmus virusinis hepatitas	Staigi komplikacija – žaibinė virusinio hepatito forma – ūmus kepenų nepakankamumas		<i>Rekomendacijos</i> (Acute liver failure: Definition; etiology; and prognostic indicators. UpToDate 2010) Pirminiai ŪVH požymiai) 2 pož. po 2 min., 6 pož. po 1 min. + fulminantinio vystymo pavojaus įspėjamieji ženklai – 4 pož. po 2 min.	18	189
4.	Tireotoksikoze (geriatrinis hipertiroidizmas)	Hypertiroidinė krizė, hipertiroidinis šokas („thyroidic storm“).	Mirtin-gumas negy-dant – virš 60 %, anksti išaiškinus – 30 %(1).	<i>Pirminių simptomų aprašas</i> (E. Schraga, ir kt. Hyperthyroidism, Thyroid Storm, and Graves Disease, <i>eMedicine</i> 2010) – 29 pož. po 2 min. + Barch-Vartofskio įspėjamieji / diagnostiniai hipertiroidinės krizės kriterijai – Burch, Wartofsky. <i>Endocrinology and Metabolism Clinics of North America</i> 1993;22:263 – 5 kriterijai po 3 min.	73	262
5.	Miokarditas	Žaibinė miokardito forma		<i>Rekomendacijos</i> (<i>Dynamed 2010 Myocarditis</i>); 6 kl. po 2 min. ir 6 pož. po 2 min.	24	286
6.	Hipokalemija (kalis < 3,6)	Staigios dekompensacijos: ventrikulinė aritmija – staigios mirties sindromas; Ileus (dėl žarnyno raumenų paralyžiaus); kvėpavimo nepakankamumas		Įspėjamieji požymiai: rekomendacijos (West J Med 1991 Sep;155(3):256 PDF – 5 pož. po 2 min.	10	296
7.	Diabetinė ketoacidozė	Šokas. Mirtis	2 % suaug. < 65 ir 22 % suaug. > 65	<i>Požymių aprašas</i> (<i>Dynamed 2010 Diabetic ketoacidosis</i>); 9 klausimai po 2 min. + 10 požymių po 2 min.	38	334
8.	Ūmus infekcinis endokarditas	Širdies nepakankamumas. Mirtis	Mirtin-gumas 17,7 % (<i>Dynamed 2010</i>). Pagr. faktorius – savalaikis išaiškinimas	<i>Požymių aprašas</i> (<i>Dynamed 2010 Infective endocarditis</i>) – 18 požym. po 2 min.	36	370

5 lentelė. Susirgimai, reikalaujantys savalaikio paciento išpėjimo ir papildomų atsargumo priemonių laikymosi

	Susirgimai, kurie gali prasidėti nepaaiškinamu nuovargiu	Priežastys, dėl kurių šiems susirgimams išaiškinti būtina imtis priemonių jau pirminio tyrimo metu	Pavojingumas	Atliktinas darbas	Reikalingas laikas (min.)	Visas laikas (min.)
1.	Infekcinė mononukleozė	Blužnies plyšimo / nutrūkimo pavojus. Pacientas turi būti išpėtas dėl būtinybės saugotis bet kokių smūgių į pilvą	Peritonitas	<i>Simptomų aprašas (Dynamed 2010 Infectious mononucleosis) – 7 simptomai po 2 min.</i>	14	384

6 lentelė. Susirgimai, kurie padaro nepataisomą žalą laiku neišaiškinus atvejų

	Susirgimai, kurie gali prasidėti nepaaiškinamu nuovargiu	Priežastys, dėl kurių šiems susirgimams išaiškinti būtina imtis priemonių jau pirminio tyrimo metu	Pavojingumas	Atliktinas darbas	Reikalingas laikas (min.)	Visas laikas (min.)
1.	Lėtinis inkstų nepakankamumas	1. Nekoreguojama susirgimo padaryta žala 2. Staigi dekomensacija artėjant prie finalinės stadijos (Ūmus renalinis nepakankamumas – ŪRN)	Įvykus ŪRN, atsiranda didelė letalines išėities tikimybė. 17 tyrimų apžvalga parodo – žūsta 26 proc. (iki 65) ir 31 proc. virš 65	<i>ARF Rekomendacijos (Key Symptoms and Physical Findings in Patients with Acute Renal Failure and Uremia). In ARF 2000 (1) 12 simpt. po 2 min.</i>	24	408
2.	Lėtinis širdies nepakankamumas	– „ –		<i>Aprašas JAMA – Širdies nepakankamumas pas GP pacientus. (Wang ir kt. Congestive Heart Failure in „The rational Clinical Examination“ 2009, p. 195-207) ARF 2000 (1) 18 požymių po 2 min.</i>	36	444

3.	Chroninis kepenų nepakankamumas	– » –		<i>AFP. Simptomų aprašas. Common Physical Examination Findings in Patients with Cirrhosis American Family Physician. 2006, 74(5):756-762. 19 požymių po 2 min.</i>	38	482
4.	TBC	– » –	10 % mirtingumas; 90 % – imunodeficit (Merck 2010-Tuberculosis)	<i>Simptomų aprašas (Dynamed 2010-Tuberculosis) 11 požym. po 2 min.</i>	22	504
5.	Onkologiniai susirgimai (ypač piktybiniai)	Laiku nedidžius mažėja arba prarandama pagalbos galimybė	14–96 proc. pacientų skundžiasi nuovargiu	<i>NCI (National Cancer Institute) aprašas požymių, kad paciento astenija gali būti susieta su naviku. (http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/fatigue/HealthProfessional/page5) 10 požym. po 2 min.</i>	20	524

Už šio tyrimo ribų palikta gausi teisiniu požiūriu mažiau svarbesnė susirgimų grupė (96 susirgimų). Jų nesavalaikės diagnozės pasekmė, nors ir nesukelia staigių komplikacijų arba nepataisomos žalos, bet susieta su ilgesniu gydymo laiku ir teikia pacientui didesnes fizines bei dvasines kančias.

Atlikus atskirų veiksmų reikalingos trukmės įvertinimą, buvo suskaičiuota bendra reikalinga trukmė. Įvertinant reikalingą gydytojo laiką, būtina numatyti tam tikrą papildomą laiką paciento tyrimo eigos ir rezultatų apiforminimui. Mūsų tyrime vadovautasi prielaida, kad šis papildomas administracinis darbas reikalauja laiko, prilygstančio mažiausiai trečdaliui to, kurį gydytojas panaudoja dirbdamas su pacientu.

Mažiausias būtinas laikas, kurį gydytoja turėjo skirti savo pacientei nagrinėjamoje byloje, turėtų būti 524 minutes. Priminsime, kad tikras laikas, kurį gydytoja realiai galėjo skirti savo pacientei, buvo 15 minučių.

Rezultatų aptarimas

Nustatėme, kad būtinas laikas reikalingas tam, kad būtų savalaikiai nustatyta teisinga diagnozė nagrinėjamoje byloje daug kartu didesnis už realiai gydytojos skirtą pacientės apžiūrai laiko.

Kiek tipiška yra ši situacija? Ar turime pagrindą galvoti, kad gydytojas kasdien susiduria su panašiu neatitikimu tarp reikiamo ir skiriamo laiko?

Situacija, kai reikalingas laikas iš esmės viršija realiai skirtą laiką apžiūrai, dėsningai kyla kiekvieną kartą, kai gydytojui tenka diagnozuoti susirgimą, pasireiškiantį nespacificiniais simptomais, būdingais daugybei susirgimų. Nagrinėjamoje byloje tai buvo nepaaiškinamas nuovargis, kuriuo gali pasireikšti 110 susirgimų.

Būklė, kai susirgimas pasireiškia tik nespecifiniais simptomais, labiausiai būdinga pradiniam įvairiausių susirgimų etapui. Dauguma susirgimų (jų tarpe ir pavojingų, reikalaujančių neatidėliotinių veiksmų) gali prasidėti nespecifiniais simptomais. Bloga savijauta, pablogėjęs apetitas, neaiškios kilmės galvos arba pilvo skausmai, kraujo spaudimo arba temperatūros pokyčiai, kosulys, galvos svaigimas – tai simptomai, kiekvienu iš kurių, gali pasireikšti šimtai įvairiausių susirgimų. Šių susirgimų specifiniai simptomai išryškėja tik vėliau, susirgimui progresuojant.

Pavyzdžiui, 100 susirgimų gali prasidėti galvos skausmais²⁶. Dažniausiai tai susirgimai, nekeltantys didesnės grėsmės ir nereikalauja skubių veiksmų, tačiau tarp tų 100 susirgimų yra ir nemažai tokių (įvairūs infekciniai meningitai, smegenų abscesai, kraujavimas), kurių gydymo sėkmė tiesiogiai priklauso nuo ankstyvo pradėto gydymo. Pastoviu, nestipriu kosuliu gali pasireikšti daugybė susirgimų, nesukeliančių neatidėliotino pavojaus (sinusitas, lėtinė bronchų astma, lėtinis bronchitas, GERL), bet analogiškai gali prasidėti susirgimai, reikalaujantys itin skubių diagnostinių ir terapinių veiksmų, pvz., svetimkūnis kvėpavimo trakte, onkologinis susirgimas, TBC ir pan. 157 susirgimų gali pasireikšti neaiškios kilmės pilvo skausmais. Daugumai jų nebūdingos staigios, pavojingos komplikacijos, tačiau yra ir susirgimų, kurie gali jas sukelti (pilvo ertmės abscesai, įvairių organų obstrukcijos, kraujotakos sutrikimai). Jų atveju būtina ankstyva diagnozė ir neatidėliotini veiksmai dėl pavojaus gyvybei. Aukščiau paminėti dvilykapištės žarnos opos kraujavimas, adrenalinis nepakankamumas, virusinis hepatitas, hipertiroidizmas – taip pat gali prasidėti nespecifiniais simptomais.

Visais šiais ir panašiais atvejais pacientas gali atvykti pas gydytoją su susirgimu, kuris pradinėje stadijoje pasireiškia vien nespecifiniais simptomais, ir paciento bendroji būklė tikrai nesunki. Gydytojas privalo pasirinkti – siekti diagnozuoti susirgimą pagal nespecifinius simptomus ar laukti, kol išryškės specifiniai, kai nustatyti susirgimą bus lengviau.

Pirmas kelias atitinka maksimalaus rūpestingumo reikalavimus, nes gydytojas iš karto ieškos visų galimų susirgimų požymių ir maksimaliai pasirūpins savalaikie diagnoste, tačiau šis kelias reikalauja iš gydytojo didžiulio darbo ir daug laiko. Juk gydytojui šiuo atveju tenka tikrinti diagnostines versijas visų susirgimų, kurių nesavalaikis išaiškinimas gali turėti teisingas pasekmes (gali įvykti staigių komplikacijų, pacientas turi būti laiku įspėtas dėl papildomų atsargumo priemonių, nepataisoma žala sveikatai, galimybė sumažinti paciento fizines ir dvasines kančias).

Antras kelias – „delsimo“ taktika. Gydytojas „pataupo“ jėgas ir laiką vėlesniam laikotarpiui, kai diagnozuoti bus lengviau. Šis kelias „ekonomiškesnis“, reikalauja minimalaus laiko, tačiau prieštarauja maksimalaus rūpestingumo reikalavimui. Pasirinkus jį, gydytojas rizikuoja, kad diagnozė pavėluos ir kaltė už tai teks maksimalaus rūpestingumo neparodžiusiam gydytojui.

Realios gydytojo darbo sąlygos verčia pasirinkti antrą kelią, Nagrinėjamoje byloje šeimos gydytoja pacientei galėjo skirti tik 15 minučių, vietoje būtinų 524. 15 minučių – tai įprastas laikas, kurį gydytojas gali skirti savo pacientui²⁷. Dėl to jis papras-

²⁶ *DiagnosisPRO6 (CD version)* – straipsniai „Head ache“, „Cough“, „Abdominal pain“.

²⁷ Justickis V., Urbonas V., Urbonienė R., Barzdaitė J. Does pediatrics have enough time to follow recommendations in outpatient clinic? *Vaikų pulmonologija ir alergologija*, 2011, XIV, Nr. 1, 58–59.

čiausiai neturi laiko, kuris leistų jam visa ta padaryti, ko iš jo reikalauja maksimalaus rūpestingumo principas.

Tuo tarpu mūsų šalies gydytojo atsakomybės teisinis reglamentavimas vadovaujasi priešinga nuostata, kad gydytojas turi tiek laiko, kiek reikia ir dėl to maksimalaus rūpestingumo reikalavimų įgyvendinimas priklauso vien nuo gydytojo laisvos valios, jo sąžiningumo, pareigos jausmo ir pan. Gydytojo atsakomybės teisinis reglamentavimas yra „aklas“ faktui, kad maksimaliam rūpestingumui paprasčiausiai nėra laiko.

Šis „aklumas“ turi keletą šaltinių.

1. „*Prityrusio gydytojo*“ mitas. Sutinkamai su juo, prityrusiam gydytojui iš viso nereikia nei laiko, nei įvairiausių diagnostinių versijų tikrinimo. Atseit, „prityręs gydytojas“ praktiškai iš karto „įžiūri“ teisingą diagnozę, „pajunta“ ją intuityviai po trumpo įžanginio tyrimo. Svarbų vaidmenį, užtikrinant šio mito gyvybiškumą ir paplitimą, vaidina legendos apie žymius gydytojus, kurios labiausiai akcentuoja kaip tik minėtą savybę. Šis intuityvus sugebėjimas sau pačiam nesuprantamu būdu nustatyti teisingą diagnozę suvokiamas kaip tokio gydytojo aukšto meistriškumo ir talento pasireiškimas. Dažniausias pasakojimų apie tokius gydytojus turinys – istorijos apie jų „žaibiškas“, „kaubojiškas“ („vienu šūviu“) tiksliai diagnozes. Taip suvokiant gydytojo meistriškumą, bet kokie gydytojo nusiskundimai dėl laiko trūkumo liudija prieš jį. Reikalaudamas pakankamo laiko tiksliai diagnozei, gydytojas tuo pačiu prisipažįsta, kad nėra geras specialistas.

2. „*Guminės medicinos*“ tradicijos sveikatos apsaugoje. Sveikatos apsauga – išskirtinė žmogaus veiklos sfera, kur nėra įprasta suvokti vykstančią veiklą laiko kategorijomis. Gydytojo veikla laiko požiūriu suvokiama kaip neribotai elastinga. Pvz., per tą patį priėmimo laiką gydytojas gali priimti kelis arba keliasdešimt pacientų ir kiekvienu atveju priėmimo rezultatai bus identiški: surinkta paciento anamnezė, atliktas tyrimas, nustatyta diagnozė, paskirtas gydymo kursas, suteikti paaiškinimai, apiforminta reikalinga dokumentacija. Susidaro įspūdis, kad kiekvienas gydytojo veiksmas, lyg gumos gabalas, gali būti neribotai suspaudžiamas arba išplečiamas.

Vadybiniu požiūriu šis „guminis“ gydytojo veiklos pobūdis iš pirmo žvilgsnio labai patogus, nuima bet kokias su gydytojo krūviu susietas problemas. „Elastingumo“ dėka problema, kaip per 15 minučių padaryti tai, kam reikia nepalyginamai daugiau laiko, tampa „lengvai išsprendžiama“. Reikia paprasčiausiai „suspausti“, „racionalizuoti“ didesnio laiko reikalaujančią veiklą taip, kad jai reikėtų tik 15 minučių. „Guminis“ gydytojo veiklos pobūdis yra labai patogus administracinėms problemoms spręsti, nes leidžia laisvai didinti gydytojo krūvį, užkrauti jam naujus ne tik gydymo, bet įvairiausių biurokratinis darbus, nesirūpinant, kur gydytojas suras papildomo laiko jiems atlikti. „Guminės medicinos“ sąlygomis šis laikas privalo atsirasti.

3. *Gydytojo atsakomybės pobūdis* („*Iešmininko efektas*“). Pasireiškia tuo, kad gydytojui uždedama atsakomybė už nepakankamą jo darbo kokybę, nepriklausomai nuo to, ar jis iš tikrųjų kaltas dėl veiksmų, kurie ją sukėlė. Šis efektas ypatingai ryškus, nagrinėjant įvykdymo problemą.

Organizaciniu ir sveiko proto požiūriu gydytojas nėra kaltas, jeigu kažko nepadarė dėl to, kad neturėjo tam būtino laiko. Organizacinių problemų sprendimas, užtikrinant

reikiamą laiką, yra jo vadovų pareiga. Jeigu gydytojas turi nepakankamai laiko įstatymo reikalaujamai darbo kokybei užtikrinti, tai reiškia, kad visų lygių pareigūnai, kurie organizuoja jo darbą, pradedant nuo ministro ir baigiant jo įstaigos skyrių vadovais, nesugebėjo išspręsti jo krūvio reguliavimo problemos. Būtent jie organizaciniu požiūriu ir yra kalti, kad pacientui nebuvo suteiktos kokybiškos paslaugos.

Tačiau teisiniu požiūriu niekas iš jų nėra atsakingas už jų neišspręstos problemos pasekmes. Ir pati problema, ir atsakomybė už jos pasekmes yra „peradresuojamos“ gydytojui, kuris: a) mažiausiai kaltas, kad ji neišspęsta; b) gali ją spręsti tik mažinant savo darbo kokybę.

„Iešmininko efektas“ pirmiausia palengvina administracinę organizacinę darbą tuo, kad leidžia nespręsti šios sunkios problemos (ji peradresuojama gydytojui). Antra vertus, jis „užmaskuoja“ neįvykdymo problemą. Versdamas galvoti, kad visais tais atvejais, paaiškėjus, kad gydytojas nesugeba užtikrinti įstatymo reikalaujamos darbo kokybės, tai įvyksta ne dėl to, kad to 15 minučių neįmanoma padaryti to, kam reikia daug daugiau laiko, o vien dėl to, kad gydytojas neatsakingai žiūri į savo pareigas, neklauso įstatymo nurodymų ir pan. Iš to tiesiogiai seka išvada, kad išeitis – ne minėtos organizacinės laiko stygiaus problemos sprendimas, o gydytojo teisinės atsakomybės griežtinimas.

Minėjome, kad bandymai spręsti įvykdymo problemas, sustiprinant teisinį persekiojimą, grasinant griežtomis sankcijomis, sukelia pasipriešinimą naujam įstatymui, jo nevykdymą, iškreiptą vykdymą (teisės aktas vykdomas tokiu būdu ir forma, kurie prieštarauja jo paskirčiai). Visos šios neįvykdymo ir atsakomybės griežtinimo pasekmės stebimos ir sveikatos apsaugos sistemoje. Vienas iš ryškiausių čia stebimų efektų yra vadinamoji „apsigynimo medicina“, kai gydytojo dėmesio centre ne paciento sveikata, o pastangos apsiginti nuo galimo teisinio persekiojimo²⁸.

Teisinių reikalavimų gydytojui didėjimas mūsų sveikatos apsaugos sistemoje nėra susietas su atitinkamų galimybių juos vykdyti užtikrinimu. Nėra teisinio mechanizmo, kuris pastoviai ir sistemingai įvertintų priimamų teisės aktų įvykdymą ir neleistų jų įgyvendinti, jeigu neužtikrinamas jų įvykdymas.

Pagrindą tokiai kontrolės sistemai sukurti gali sudaryti teisės aktų įvykdymo įvertinimo metodai, aptarti šiame straipsnyje.

Išvados

1. Pastarąjį dešimtmetį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje iš esmės padidėjo reikalavimai gydytojo teikiamų sveikatos apsaugos paslaugų kokybei. Pagrindinį vaidmenį didinant teisinius reikalavimus gydytojui ir griežtinant jo atsakomybę už nepakankamą sveikatos apsaugos paslaugų kokybę, suvaidino du pamatiniai sprendimai – Lietuvos aukščiausiojo teismo suformuluotas maksimalaus rūpestingumo kriterijus (2001) ir reikalavimas užtikrinti sveikatos apsaugos paslaugas šiuolaikinio mokslo lygiu, nustatytas naujoje „Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo“ redakcijoje (2010).

²⁸ Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Įstatymo įvykdymas. šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. *Socialinių mokslų studijos*. 2010, 4(8): 89–107.

Buvo pereita nuo nuosaikių reikalavimų gydytojo darbo kokybei imtis „pakankamų“ priemonių pereita prie maksimalistinių – atlikti *viską*; taip pat nuo gydytojo nuožiūros, kiek jam vadovautis šiuolaikinio mokslo pasiekimais, pereita prie privalomo *visų* šio mokslo pasiekimų, kurie gali pagerinti gydymo kokybę, panaudojimo.

2. Intensyvus reikalavimų gydytojui didinimas nebuvo tinkamai susietas su atitinkamu gydytojo galimybių padidėjimu. Tai sukėlė prieštaravimą tarp greitai didėjančių reikalavimų gydytojui ir žymiai atsiliekančių jo galimybių vykdyti jas. To pasėkoje Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje išsivystė „įvykdomumo krizė“, paplito ydingos „gynybinės medicinos“ reiškiniai.

3. Sukeliant neatitikimą tarp didėjančių reikalavimų ir neadekvačių galimybių juos vykdyti svarbų vaidmenį suvaidina efektai, užmaskuojantys jį. „Prityrusio gydytojo“ mitas, „guminės medicinos“ tradicijos sveikatos apsaugoje, gydytojo atsakomybės pobūdis („iešmininko efektas“).

4. Šalinant tiek minėtą neatitikimą, tiek jį maskuojančius efektus, pagrindinė užduotis – teisinio mechanizmo pastoviai ir sistemingai vertinančio bei užtikrinančio priimamų teisės aktų įvykdomumą ir jų įgyvendinimą sukūrimas. Manytina, kad pagrindą tokiai kontrolės sistemai gali sudaryti teisės aktų įvykdomumo įvertinimo metodai, aptarti šiame straipsnyje bei atitinkamas įstaigų vadybos tobulinimas.

Literatūros sąrašas

1. Ben-Gal, Irad, Wangenheim M., Shtub A. A New Standardization Model for Physician Staffing at Hospitals. *The International Journal of Production and Performance Management*, Volume 59, Issue 8, 2010, 769-791. [Žiūrėta 2011-06-03]. Prieiga per internetą: <http://www.eng.tau.ac.il/~bengal/Staffing.pdf>.
2. Carey R., Lloyd R. *Measurement Quality Improvement in Healthcare: A Guide to Statistical Process Control Applications*. Milwaukee, Quality Press, 2001.
3. Cooter R. D. Normative Failures Theory of Law. University of California at Berkeley. *Cornell Law Review* forthcoming. [Žiūrėta 2011 m. gegužė 31 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.law.berkeley.edu/faculty/cooterr/PDFpapers/96-97-2NormFail.PDF>.
4. *DiagnosisPRO 6. CD 2009*.
5. Justickis V., Urbonas V., Urbonienė R., Barzdaitė J. Does pediatrician have enough time to follow recommendations in outpatient clinic? *Vaikų pulmonologija ir alergologija*, 2011, XIV, Nr. 1, 58–59.
6. Justickis V. Kurapka E. Europos Sąjungos ir Lietuvos įstatymų kriminogeninis saugumas. *Jurisprudencija*. 2009, 3(117): 217–238.
7. Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Įstatymo įvykdomumas. šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. *Socialinių mokslų studijos*. 2010, 4(8): 89–107.
8. Lain L. Gastrointestinal Bleeding. In A. Fauci et al. editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17th Edition, McGraw-Hill Company 2008, 257-260.
9. Lietuvos Aukščiausiasis Teismas. Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2009 m. spalio 13 d. nutartis, priimta civilinėje byloje D. B. V. VŠĮ Kauno medicinos universiteto klinikos, bylos Nr. 3K-3-408/2009.
10. Lietuvos Aukščiausiasis teismas. *Nutartis 2001 m. lapkričio 14 d.* Byloje Nr. 3K-3-1140/2001 m.
11. Lietuvos Aukščiausiasis teismas. *Nutartis Civilinė byla (2004 m. spalio 4 d.)* Nr. 3K-3-511/2004 m. Bylų kategorija 39.2.3; 94.2.

12. Lietuvos Aukščiausiasis Teismas. Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2004 m. vasario 18 d. nutartis, priimta civilinėje byloje O. R. ir kt. v. VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, bylos Nr. 3K-3-16/2004.
13. 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.
14. Mark D. Decision-Making in Clinical Medicine. In A. Fauci et al. editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17th Edition, McGraw-Hill Company 2008, 16-23.
15. Rosenthal T. C., Majeronib. A., Pretorius. R. and Malik. K. Fatigue: An Overview// *American Family Physician*. 2008, Nov 15;78(10):1173-1179.
16. Seidel H., Ball J., Dains J., Benedict G. W. *Mosby's Guide to Physical Examination*. Mosby Elsevier, Canada, 2006.
17. U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health. PUBMED. [Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
18. Cochrane Reviews. [Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>.
19. *UpToDate*. [Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d.]. Prieiga per internetą: <https://www.uptodate.com/login>.

Assesment of the Feasibility of Legal Demands for a Physician

Viktoras Justickis

Mykolas Romeris University

Algimantas Jasulaitis

Vilnius University

Summary

Feasibility is a basic requirement for any legal provision. According to this demand issuing such a provision it is obligatory to ensure all preconditions that are necessary for person to be able to follow it (necessary time, skills, information, etc.). Feasibility problems are especially important, if the new legal provision brings significant increase demands to the affected individual, for example, requires additional effort, time, skills, financial resources, etc. It is exactly what occurred in the Lithuanian health system during the first decade of the current century, especially, because of the inclusion into the medical law of two important requirements: maximal carefulness and conformity with the modern evidence based science. All these caused an unprecedented increase of the level of medical standards in this country. However, this "jump" of medical standards was not followed by related increase in recourses necessary to be able to ensure them. This caused a conflict between a rapid increase in demands to physician and its ability to complete them. This conflict has brought about a "feasibility crisis" in Lithuanian health care. One of its manifestations is an evil "defence medicine".

A solution of feasibility problem should be the development of a legal and managerial mechanism ensuring adequacy between changes in legal demands for physicians, on the one side, and actions to ensure their feasibility.

Keywords: *feasibility, health care standards, doctors' work-load, doctor's liability, defence medicine, Lithuanian health care.*