**KIỆN CÁO TRONG**

**NGÀNH CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH**

**TS. BS. PHAN QUANG TRÍ**

***Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình, TP. HCM***

**TỔNG QUAN**

Cuộc khủng hoảng sai sót trong y khoa tiếp tục gia tăng tại Hoa Kỳ. Tuy nhiên, có nhiều nghiên cứu khoa học giúp các bác sĩ (BS) có thể giảm nguy cơ sai sót. Các nghiên cứu cho rằng các lỗi kỹ thuật có liên quan rất ít với các vụ kiện tụng về sai sót. Các bệnh nhân (BN) có học thức cao và có điều kiện kinh tế thì có nhiều nguy cơ kiện tụng hơn. Cải thiện mối quan hệ giữa bệnh nhân - bác sĩ là nền móng cho bất cứ chiến lược nào giảm nguy cơ kiện tụng.

**ĐỊNH NGHĨA VÀ THUẬT NGỮ**

**Sai sót thực hành** (malpractice).

Nhìn chung, để thắng kiện tụng bệnh nhân cần phải chứng minh được 4 điều sau đây:

+ Có tồn tại sự giao tiếp giữa bác sĩ- bệnh nhân.

+ Có sự sai sót trong tiêu chuẩn chăm sóc.

+ Bệnh nhân đã phải chịu 1 tổn thương.

+ Hành động của bác sĩ là nguyên nhân gây ra tổn thương cho bệnh nhân.

**Res ipsa loquitur** là 1 thuật ngữ luật pháp có nghĩa là " hành động nói lên tất cả" **(the actions speak for itself).** Ví dụ kinh điển như bác sĩ để quên gạc trong khi phẫu thuật.

**Ghi chép quá trình giải thích cho bệnh nhân** (**written informed consent**) liên quan tới việc giảm nguy cơ bồi thường. Trong 2 trường hợp, 1 trường hợp không có tờ cam kết được ký, nhưng người bị kiện lại thắng kiện bởi vì có các ghi chép trong quá trình thảo luận thông tin đã được diễn ra. Trái ngược với trường hợp trên, trường hợp này có giấy kí cam kết, tuy nhiên, người khởi kiện lại thắng bởi vì trong hồ sơ không có ghi chép lại quá trình giải thích thông tin.

**GIAO TIẾP**

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng việc giao tiếp tốt làm giảm kiện tụng do sai sót. Một nghiên cứu có kiểm chứng thực hiện quay video lại cuộc nói chuyện giữa bác sĩ và bệnh nhân. **Levison và cs** **[8]** so sánh nhóm bị kiện và không bị kiện. Ít khả năng bị kiện nếu:

* Sử dụng câu: "*đầu tiên chúng ta nói chuyện, sau đó tôi sẽ khám cho bạn*"
* Sử dụng sự hài hước.
* Ngồi xuống nói chuyện

Hơn nữa, trong nhóm không bị kiện thời gian nói chuyện thăm hỏi bệnh nhân trung bình lâu hơn 3,5 -4 phút trong nhóm bị kiện.

Hickson và cs **[1]** nghiên cứu 127 trường hợp kiện tụng trong sản phụ khoa. 44% họ kiện bởi vì họ " cần thông tin" (need for information) . 24 % họ kiện bởi vì họ cảm thấy bị "qua mặt" (cover-up)

Beckman và cs **[2]**  nghiên cứu 45 TH kiện tụng để xác định nguyên nhân của các vụ kiện. Ông cho rằng giao tiếp kém là nguyên nhân nguyên phát chiếm 68% các vụ kiện cáo.

***Điều thú vị là 50% các vụ kiện tụng bị xúi dục bởi những người trong ngành y tế (thường là bạn hoặc họ hàng).***

**PHẨM CHẤT CỦA BÁC SĨ VÀ BỆNH NHÂN**

**Phẩm chất của bác sĩ**

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng các đạo đức của phẫu thuật viên (PTV) chỉnh hình cũng có liên quan tới việc kiện tụng.

Adamson và cs **[3]** thấy rằng các BS bỏ nhiều thời gian tiếp xúc với bệnh nhân thì hầu toà ít hơn.

Baldwin và cs **[4]** đã thực hiện bài kiểm tra các giá trị về đạo đức y khoa cho các PTV chỉnh hình thì thấy rằng những ai có điểm cao thì có tỉ lệ bị kiện thấp đi.

**Tính cách của bệnh nhân**

Các nghiên cứu đã cho thấy nhóm dân số thuộc những người đi kiện. Trái ngược với suy nghĩ thông thường, nghiên cứu đã xác định rằng không có bệnh nhân thất nghiệp nào là người kiện cáo.

Burstin và cs **[5]** nghiên cứu 281 BN chia làm 2 nhóm, trong đó bao gồm 51 người kiện và còn lại 230 người tham gia như là để kiểm chứng. Các BN có điều kiện kinh tế xã hội thấp hơn thì tỉ lệ kiện cáo ít đi 5 lần, những BN không có bảo hiểm thì giảm 10 lần.

Ries và cs **[6]** đã đánh giá sự phân bố của các vụ kiện tụng sai sót trong chỉnh hình tại Newyork về vấn đề mật độ dân số của bệnh nhân, luật sư, bác sĩ. Họ thấy rằng tỉ lệ kiện tụng có tương quan chặt chẽ với mật độ luật sư ( p<0,001). Do đó, BN sống ở những nơi có mật độ luật sư nhiều thì có nguy cơ kiện tụng cao.

**TAI BIẾN**

***Hầu hết các BN bị các biến chứng điều không có nghĩa là sẽ kiện tụng.***

*Nghiên cứu* 7000 bệnh áncó vấn đề, có 1278 bệnh áncó những tai biến thật sự (tỷ lệ 3,2% tai biến cho những ca nhập viện), 1.278 ca tai biến có 280 (28%) do sự tắc trách. Trong 280 BN được đánh giá do tắc trách của PTV, chỉ có **8** BN kiện.

***Nghiên cứu năm 2000 chứng minh rằng: Tiếp xúc kiếm giữa BN và BS là nguyên nhân thật sự của kiện cáo, chứ không phải là do sự cố.***

**XEM XÉT LẠI CÁC VỤ KIỆN**

Năm 1999, AAOS **[7]** nghiên cứu 84% các PTV chỉnh hình có ít nhất dính tới 1 vụ kiện tụng sơ xuất.

Trong 15000 vụ kiện, 30% phải bồi thường, 25,8% các trường hợp tổn thương nặng, không có sơ sót y học nào xảy ra.

Từ 1985-1998, báo cáo số tiền bồi thường tăng từ 114,000$ đến 201,000$, nhưng tổng số tiền ở các nhóm lại giảm. Nghiên cứu mẫu số lớn, AAOS có thể giúp cho các PTV dự đoán được khả năng họ phải hầu toà. Nghiên cứu thấy rằng nếu có vụ kiện xảy ra thì PTV có 72% thắng kiện.

Dựa trên những báo cáo về các vụ kiện tụng, AAOS đưa ra các khuyến cáo đến các PTV để thực hiện công việc hằng ngày của họ:

**Ký tên vào vị trí mổ**

Việc thực hành ký tên vào vị trí mổ trước khi phẫu thuật được khuyến cáo. Chi phí cho việc này thì nhỏ nhưng đem lại giá trị lớn.

**Sau sự cố**

Sau khi sự cố xảy ra, các chuyên gia luật pháp đưa ra 1 số khuyến cáo sau:

+ Nói chuyện nhẹ nhàng với bệnh nhân

+ Nói "*tôi rất tiếc sự việc đã xảy ra với bạn*", nhưng không thừa nhận lỗi và không đỗ lỗi người khác.

+ Lên kế hoạch theo dõi hợp lý.

Nếu có bị kiện, khuyến cáo các PTV đừng bàn bạc thảo luận trường hợp này với bất ai ngoại trừ luật sư của họ và vợ/chồng. Trong khi đó, hầu hết các PTV trong tình huống này thể hiện cảm xúc quá mức nhằm thổ lộ sự lo lắng của họ với đồng nghiệp hay đối tác của họ, bất cứ sự thảo luận nào với bên thứ ba là sự thừa nhận trước toà.

Các BS nên báo với nhà cung cấp bảo hiểm của họ.

Không nên có gắng thay đổi hồ sơ bệnh án. Mỗi năm có nhiều trường hợp bác sĩ bị kết tội là thay đổi bệnh án. Tình huống này rất khó để chối cãi được.

**TÓM LẠI**

Kiện tụng do sai sót có thể coi như nhiều như nhiễm trùng sau mổ. Nó có nguyên nhân rõ ràng và các yếu tố nguy cơ. Nó có thể liên quan tới lỗi kỹ thuật, nhưng ra kiện tụng thì hiếm khi chỉ ra được sai sót thật sự.

Nhiều nghiên cứu cho thấy mối quan hệ bệnh nhân và bác sĩ tốt trước và sau sự cố xảy ra là 1 chìa khoá quan trọng để giảm thiểu tối đa kiện tụng.

Các PTV nên giữ vững thái độ tự tin bởi vì đa số các vụ kiện kết thúc đều có lợi cho PTV (tại Hoa Kỳ)

**KHUYẾN CÁO AAOS**

1. Ký tên vào vị trí mổ trước khi phẫu thuật để tránh mổ sai bên.
2. Sau tai biến xảy ra bác sĩ nên nói chuyện nhẹ nhàng với bệnh nhân, nhưng không nhận lỗi hay đỗ lỗi người khác. Nếu có bị kiện, các bác sĩ đừng thảo luận với bất ai ngoại trừ luật sư và vợ/chồng.
3. Tất cả các than phiền về tiền bạc của bệnh nhân phải được kiểm tra lại nghiêm túc.
4. Không được thay đổi hồ sơ bệnh án.
5. Giải thích cho các bệnh nhân thay khớp háng toàn phần hiểu được có nguy cơ chênh lệch chiều dài chi sau mổ.
6. Biến dạng xoay ngoài sau gãy xương đùi trẻ em thường gây ra kiện cáo và bồi thường lớn
7. Cho bệnh nhân ghi cam kết gãy kín xương chày được điều trị bảo tồn có khả năng lành với biến dạng ngắn chi.
8. Tránh sai sót mổ sai tầng cột sống
9. Phải kết hợp xương gãy 2 mắt cá cả 2 bên.
10. Gãy trần chày, tổn thương dây chằng cổ chân nên được điều trị bởi bác sĩ có nhiều kinh nghiệm vì tỉ lệ biến chứng cao
11. Gãy trật xương cổ chân nên được nắn trong khi chờ đợi phẫu thuật để tránh tổn thương da.

***Tài liệu tham khảo***

1. Hickson GB, Clyton EW, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. JAMA. 1992; 267:1359-1363.

2. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM, The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intermed Med. 1994; 154:1365-1370.

3. Adamson TE, Baldwin DC Jr, sheehan TJ, Oppenberg AA. Characteristics of surgeons with high and low malpractice claims rates. West J Med.1997; 166:37-44.

4. Baldwin DC Jr, Adamson TE, Self DJ, Sheehan TJ, Oppenberg AA. Moral reasoning and malpractice. A pilot study of orthopaedic surgeos. Am J Orthop. 1996; 25:481-484.

5. Burstin HR, Johnson WG, Lipsitz SR, Brennan TA. Do the poor sue more? A case control study of malpractice claims and socioeconomic status. JAMA. 1993; 270: 1697-1701.

6. Ries MD, Bertino JS Jr, Nafziger AN, Distribution of orthopaedic surgeons, lawyers and malpractice claims in New York. Clin Orthop, 1997; 337: 256-260.

7. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Managing Orthopaedic Malpratice Risk. 2nd ed. Rosemont, III: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2000.

8. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeos. JAMA. 1997;277: 553-559.