

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ И ГЕМАТОЛОГИИ

Н.Н. Антоненкова

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕАЛИЗАЦИИ
ПРИНЦИПА ИНФОРМИРОВАННОГО
ДОБРОВОЛЬНОГО
СОГЛАСИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2018

УДК 616–006:614.253.83(075.9)

ББК 55.6я73

А 73

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 4 от 21.05. 2018

Автор:

профессор кафедры детской онкологии и гематологии, д.м.н. *Антоненкова Н.Н.*

Рецензенты:

Яськевич Л.С., д.м.н., профессор кафедры онкологии БелМАПО

Луд Н.Г. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии Витебского
Ордена дружбы народов государственного медицинского университета

Антоненкова Н.Н.

А73.....Практические рекомендации по реализации принципа информированного добровольного согласия в онкологии: учеб.-метод. пособие /Н.Н. Антоненкова. – Минск.: БелМАПО, 2018. – 43с.

ISBN 978-985-584-255-3

В учебно-методическом пособии представлены современные теоретические и практические аспекты реализации принципа информированного добровольного согласия в онкологической практике. Освещены правовые принципы охраны здоровья населения Республики Беларусь, отражены особенности информированного согласия в онкологии, обсуждены основные правила работы с пациентами, имеющими онкологическую патологию, даны современные представления о том, как сообщать плохие новости. Подробно изложены вопросы формы и структуры информированного согласия.

Предназначено для врачей-специалистов, научных сотрудников, работающих в области онкологии, врачей амбулаторно-поликлинических, клинических больничных организаций здравоохранения, преподавателей кафедр онкологии и смежных дисциплин, организаторов здравоохранения, врачей-терапевтов, занимающихся оказанием паллиативной медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений, слушателей курсов повышения квалификации.

ISBN 978-985-584-255-3

© Антоненкова Н.Н., 2018

© Оформление БелМАПО, 2018

Список сокращений

ФИДС –	форма информированного добровольного согласия
ИДС –	информированное добровольное согласие
МАИР –	Международное агентство по исследованию рака
ASCO –	Американское общество клинической онкологии
ESMO –	Европейское общество терапевтов-онкологов
ЛПУ –	лечебно-профилактическое учреждение

ВВЕДЕНИЕ

Настоящее пособие посвящено одной из важных и значимых проблем в клинической медицине – реализации принципа информированного добровольного согласия (ИДС) в онкологической практике. Среди причин смертности населения злокачественные новообразования занимают одно из ведущих мест, что отражается на средней продолжительности жизни и размерах невосполнимых потерь населения, а также наносит значительный экономический ущерб государству. Согласно данным Международного агентства по исследованию рака (МАИР) рак остается важнейшей проблемой здравоохранения в европейском регионе. Как ни в какой другой отрасли медицины информирование пациентов об имеющихся у них заболеваниях, выборе правильной тактики лечения, от которой зависит прогноз жизни, в онкологической практике приобретает первостепенное значение. Сегодня в отечественном здравоохранении при решении вопросов информирования пациентов во многих случаях требование законодательства о необходимости правдивого информирования пациента об имеющемся у него онкологическом заболевании расходится с применяемыми этическими нормами. В основе успешного решения этической проблемы ведущая роль принадлежит врачу-онкологу, его личности, профессиональной осведомленности. Настоящее учебное пособие и посвящено разрешению имеющихся противоречий. Особое внимание уделено подходам в умении сообщения пациентам «плохих новостей», различным аспектам получения ИДС у сложной категории пациентов с диагнозом злокачественного новообразования. В процессе изложения материала объединен многолетний собственный клинический и педагогический опыт и систематизирован литературный материал по проблеме ИДС в онкологии. Надеемся, что информация, предложенная в виде учебно-методического пособия «Практические рекомендации по реализации принципа информированного добровольного согласия в клинической онкологии» будет полезна для врачей различных специальностей.

Доктор медицинских наук, доцент Антоненкова Нат. Н.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В соответствии с рекомендациями Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации медицинской помощи пациентам с онкологической патологией заложены следующие принципы: соблюдение прав человека и прав пациента, человеческое достоинство, социальное единство, солидарность, равноправие, свобода участия при принятии решений и выбора.

Положениями консенсуса Американского общества клинической онкологии (ASCO) и Европейского общества терапевтов-онкологов (ESMO) по качеству оказания медицинской помощи пациентам с онкологической патологией предусмотрены следующие принципы:

- возможность получения пациентом полной информации о диагнозе,
- сохранение прав личности, уважение чувства собственного достоинства пациента, конфиденциальность,
- доступ к медицинской документации,
- отсутствие дискриминации,
- согласие на лечение и возможность выбора лечения,
- мультидисциплинарный и инновационный подходы к оказанию медицинской помощи,
- планирование мероприятий, направленных на повышение выживаемости,
- купирование болевого синдрома, поддерживающая и паллиативная помощь.

Международным пактом документов об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. (п.1., ст.12) провозглашено право каждого человека на высший достижимый уровень физического и психического здоровья. Тем самым декларировано право человека на здоровье и на

соответствующий уровень этого блага. Человек — единственный носитель этого права.

Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации (1964 г.) гласит, что предназначение врача состоит в том, чтобы охранять здоровье людей, а его знания и опыт должны служить этой цели. Всемирная медицинская ассоциация следующим образом определяет обязанности врача: «здоровье пациента будет предметом моей главной заботы». Международный кодекс медицинской этики гласит: «врач должен действовать только в интересах пациента».

ПРАВОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Законодательство Республики Беларусь об охране здоровья граждан основано на Конституции Республики Беларусь. Оно включает: Закон о здравоохранении и иные акты законодательства Республики Беларусь.

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Республики Беларусь и иными законодательными актами, указами Президента и постановлениями Правительства Республики Беларусь, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Республики Беларусь.

Охрана здоровья граждан — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медико-социальной помощи в случае утраты здоровья.

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18.06.1993 г. № 2435-ХІІ (в редакции Закона от 11.01.2002 г. № 91-3) (далее – Закон) при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала,
- выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования,
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям,
- проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов,
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами,
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении,
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство,
- отказ от медицинского вмешательства,
- получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья,
- получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования,

- возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи,
- допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав,
- допуск к нему священнослужителя, а в организации здравоохранения на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок организации здравоохранения,
- непосредственное знакомство с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов,
- обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу ЛПУ, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд в случаях нарушения его прав.

Любое принуждение к укреплению или восстановлению здоровья, мотивированное объективными интересами его обладателя или интересами общества и государства, является посягательством на право индивида. То есть каждый имеет право (свободу) не прибегать к медицинской помощи по факту болезни и не принимать медицинскую помощь против своей воли или при несогласии с ней.

В соответствии со статьей 44 Закона (Согласие на оказание медицинской помощи) необходимым условием оказания медицинской помощи пациенту является наличие предварительного согласия совершеннолетнего пациента, если иное не предусмотрено настоящей статьей, или лиц, указанных в части второй статьи 18 настоящего Закона, ознакомленных с целью медицинского вмешательства, прогнозируемыми результатами и возможными рисками.

Согласие на простое медицинское вмешательство дается устно пациентом или лицами, указанными в части второй статьи 18 настоящего Закона. Отметка о согласии на простое медицинское вмешательство делается медицинским работником в медицинских документах.

Несовершеннолетние в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет имеют право самостоятельно давать согласие на простое медицинское вмешательство.

Отзыв согласия на простое медицинское вмешательство осуществляется лицами, давшими его. Отметка об отзыве согласия на простое медицинское вмешательство делается медицинским работником в медицинских документах.

Обязательным условием проведения сложного медицинского вмешательства является наличие предварительного письменного согласия совершеннолетнего пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 настоящего Закона.

Согласие пациента на сложное медицинское вмешательство вносится в медицинские документы и подписывается пациентом либо лицами, указанными в части второй статьи 18 настоящего Закона, и лечащим врачом.

В случае, если сложное медицинское вмешательство должно быть выполнено срочно (неотложно), а лица, указанные в части второй статьи 18 настоящего Закона, отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение принимается врачебным консилиумом, а при невозможности его проведения – лечащим врачом с оформлением записи в медицинских документах.

Лечащий врач (врачебный консилиум), принявший решение и осуществивший неотложное сложное медицинское вмешательство, при первой возможности должен уведомить об этом руководителя организации здравоохранения, а также лиц, указанных в части второй статьи 18 настоящего Закона.

Согласие на сложное медицинское вмешательство может быть отозвано пациентом либо лицами, указанными в части второй статьи 18 настоящего Закона, за исключением случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни или здоровья пациента.

Отзыв согласия на сложное медицинское вмешательство и информация о невозможности удовлетворения отзыва с указанием причин оформляются записью в медицинских документах и подписываются пациентом либо лицами, указанными в части второй статьи 18 настоящего Закона, и лечащим врачом.

Согласие на оказание психиатрической помощи дается и оформляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь об оказании психиатрической помощи.

Перечень простых медицинских вмешательств определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

В существующей медицинской практике большинство диагностических, лечебных и профилактических манипуляций связано с определенным риском. При лечении пациента врач имеет право свободно выбирать новые диагностические и терапевтические средства, если, с его точки зрения, они дают надежду на спасение жизни пациента, восстановление здоровья, облегчение страданий, а также обязан информировать пациента обо всех своих действиях в отношении его здоровья.

ПРОБЛЕМА ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Проблема информирования пациентов с онкологической патологией о состоянии их здоровья, диагнозе, прогнозе, различных аспектах лечения

была и остается одной из самых трудных этических проблем медицины. Это связано со следующими обстоятельствами:

- преобладанием пациентов пожилого возраста,
- выполнением травматичных комбинированных и расширенных (органосуносящих) операций,
- психологической травмой.

В онкологической практике требуется согласие пациента на:

- научные исследования,
- клинические испытания,
- медицинские вмешательства.

В 1970-е годы в клинической медицине все шире стал применяться принцип информированного согласия, который требует правдивого, честного информирования пациентов. В 1973 г. Ассоциация американских онкологических клиник приняла «Декларацию прав пациента», согласно которой пациент имеет право получать полную информацию о:

- диагнозе,
- лечении,
- прогнозе.

В советское время в литературе по медицинской деонтологии онкология была едва ли не единственной специальностью, где проблема информирования пациента вообще активно обсуждалась. Особенно важное значение для решения этой проблемы в отечественной онкологии и по сей день имеет работа академика Н.Н. Петрова «Вопросы хирургической деонтологии» (5-е изд. 1956 г.), в которой автор четко излагает патерналистскую позицию в общении с пациентами с онкологической

патологией: термины «рак», «саркома» почти всегда должны заменяться на более «мягкие» – «опухоль», «язва», и т.д. Почти того же мнения придерживается в своей книге «Деонтология в онкологии», вышедшей в 1977 г., и академик Н. Н. Блохин.

В США СМИ успешно пропагандируют профилактику онкологических заболеваний. Известные политики, бизнесмены, кинозвезды заявляют перед кино- и телекамерами во всеуслышание о своем излечении от рака. Тысячи излеченных пациентов, родственники которых бескорыстно работают в онкологических клиниках и хосписах, организуют сбор благотворительных пожертвований на борьбу с раком. Американцы не боятся диагноза «рак», т.к. в Америке:

- гарантировано получение высококачественной медицинской помощи,
- целенаправленно борются не только с раком, но и с канцерофобией.

В современной Беларуси в настоящее время негласные деонтологические запреты постепенно сдают позиции. Согласно действующему законодательству пациент имеет право на информацию о своем заболевании, и, таким образом, информация о диагнозе онкологического заболевания может оказаться доступной пациенту. Правдивый диагноз онкологического заболевания сообщается сегодня чаще, чем, например, 10 лет тому назад. При этом в отечественной онкологии в настоящее время существуют деонтологические установки, свидетельствующие о том, что нежелательно открывать пациенту с онкологической патологией его диагноз.

Врач пользуется формулировками типа: «если сейчас не удалить у вас опухоль (кисту, полип и т.п.), она может переродиться в рак». При этом большинство практикующих онкологов убеждены в том, что использование подобных формулировок

- вызывает у пациента вполне адекватную реакцию,
- позволяет в большинстве случаев получить согласие на предполагаемое лечение,

в то время как сообщение подлинного диагноза

- выбивает у пациента почву из-под ног, ибо в массовом сознании слово «рак» – синоним неотвратимой мучительной смерти, спасти от которой не могут никакие врачебные манипуляции.

О неблагоприятном прогнозе – прежде всего, информируются члены семьи пациента, а в общении с самим пациентом приоритетной целью является поддержание надежды на выздоровление (т.е. врачи и медсестры по-прежнему прибегают или к умалчиванию, утаиванию правды или, к прямой неправде).

В США пациенту сообщают полную информацию о его диагнозе и прогнозе даже в самом неутешительном случае, так как американские врачи убеждены, что скрывать правду от человека – значит нарушать его право принимать самостоятельные решения. Если ради поддержания надежды на выздоровление пациента сознательно жертвуем честностью, правдивостью в общении с ним, то тем самым усугубляем в обществе атмосферу канцерофобии. Пациенты непременно узнают о тысячах случаев смерти от рака, но одновременно они не могут знать о тысячах случаев излечения от рака. В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад приводят результаты опросов, проведенных в США, которые показали, что 74% умирающих пациентов с онкологической патологией, не информированных врачом о диагнозе, убеждены, имеют сильное подозрение или хотя бы предчувствуют злокачественность и неизлечимость своего заболевания.

Приходится констатировать, что сегодня в отечественном здравоохранении в решении вопросов информирования пациентов в определенном числе случаев требование закона несколько расходится с применяемыми этическими нормами. В последние годы многосторонние усилия клиницистов в области онкологии изменяются в направлении все более открытого сопровождения пациентов с хроническими неизлечимыми заболеваниями. Такой подход соответствует положению современного варианта

- кодекса Американской медицинской ассоциации,
- предложениям Европейской ассоциации врачей,

направленным на обеспечение прав пациента. В этих документах оговаривается право пациента на полную, исчерпывающую информацию о характере и прогнозе своего заболевания, особенностях предлагаемого лечения, его возможных опасностях, осложнениях. Оправданность позиции открытости в отношении диагноза состоит в следующем:

- пациент имеет право знать, насколько серьезно и опасно для жизни его заболевание,
- насколько рискованно предлагаемое лечение,
- сколько ему осталось жить.

В значительной мере открытая беседа о характере заболевания и диагнозе может внести ясность и определенность

- в отношении пациента и врача,
- в отношении пациента к болезни,
- в отношении к социальному окружению и к жизни в целом.

Поведение пациента становится более нацеленным на реалистическое отношение к повседневным заботам, решение задач сегодняшнего дня и самого ближайшего будущего, осознание риска и т. д.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Одним из наиболее важных для онкологических учреждений нашей страны является положение об обязательном получении от пациента ИДС на медицинское вмешательство.

Узнав о диагнозе «рак», пациент переживает несколько стадий психологического состояния:

- стадия шока после получения информации о заболевании,
- стадия отрицания, вытеснения информации,
- стадия агрессии, поиска причины болезни,
- стадия депрессии, неверия в лечение и помощь окружающих,
- стадия попытки сговора с судьбой (обращение к нетрадиционным методам лечения, к религии, диета, голодание, гимнастика),
- стадия принятия болезни, переосмысления жизни, возникновения новых ценностей.

По мере прогрессирования заболевания начинают преобладать:

- замкнутость,
- депрессивный фон настроения,

появляются идеи:

- малоценности и бесцельности прожитой жизни,
- одиночества и покинутости,

нарастает тревога, возможны дисфорические расстройства с элементами

- обвинений,
- упреков,
- агрессивным отношением к врачу или близким.

Онкологическое заболевание является мощным стрессом для самого пациента и его семьи, следствием которого бывает психическая травма, не всегда связанная с физическим самочувствием заболевшего. Пациент с онкологической патологией оказывается в сложной жизненной ситуации: лечение требует мобилизации физических и душевных сил, в то время как болезнь, лечение и связанные с ними переживания приводят к значительным психологическим, физическим и биохимическим изменениям, которые истощают организм пациента. Психологическая помощь такому пациенту, включая психотерапию, оказываемая во время лечения в стационаре и после выписки из него, способствует лучшему приспособлению к болезни и преодолению последствий, вызванных лечением.

К вопросу *рационального информирования* пациента об истинном диагнозе следует подходить индивидуально.

КАК СООБЩАТЬ ПЛОХИЕ НОВОСТИ

Сообщение истинного диагноза – задача только для очень опытных врачей, хорошо разбирающихся в людях, способных следить за их реакцией и находить такие выражения, которые несут за собой минимальную эмоциональную нагрузку, не ранят пациента. Главным в сообщении правдивого диагноза является стремление врача поддержать в пациенте надежду. В каждом конкретном случае врач выбирает единственно правильную линию поведения. Это определяется характером и стадией заболевания, психологическими особенностями пациента, его возрастом, профессией, отношением к предлагаемым методам исследования и лечения, социальным окружением и социокультурной принадлежностью пациента, страной и сложившимися в ней нормами, традициями и установками лечебного учреждения, а также уровнем профессиональных знаний врача. Во

время сообщения пациентам «плохих новостей» следует придерживаться некоторых правил:

- каждый пациент имеет право знать правду, но если он не хочет ее слышать, говорить ее прямо сейчас не обязательно,
- пациент всегда догадывается о плохом диагнозе, но бывает, что он еще не готов услышать правду,
- врач приходит на беседу, а пациент, ссылаясь на головную боль, сонливость, что угодно, откладывает разговор. В таких случаях необходимо подождать,
- сообщение о болезни – это не просто информирование, это беседа, которая должна проходить при определенных обстоятельствах,
- необходимо, чтобы пациент в такой сложный и ответственный момент был не один, а в присутствии близких людей, чувствовал их поддержку,
- происходить все должно не мельком, в коридоре, а в спокойной и комфортной для пациента обстановке.

Во время сообщения травмирующей информации необходимо постоянно спрашивать пациента, как он себя чувствует, что еще хочет узнать о болезни. Слово врача, пользующегося у пациента авторитетом, имеет очень большое значение. В то же время, высказанное в присутствии пациента

- сомнение,
- неуверенность интонации,
- растерянность

могут нанести ущерб его взаимоотношениям с лечащим врачом.

Задействованность в возникновении и развитии заболевания психики не только пациента, но и его близких требует особого внимания психологов и психотерапевтов, не говоря о поведении персонала.

Задача врача:

- успокоить пациента,
- психологически подготовить к предстоящему лечению, внушив веру в излечимость заболевания.

Для умения добиться нужного контакта с пациентом необходимы:

- определенный опыт,
- личные качества врача.

К вопросу рационального информирования пациента об истинном диагнозе следует подходить индивидуально.

При беседе с пациентом следует выполнять *следующие рекомендации*:

- выберите спокойное и уединенное место,
- присядьте,
- научитесь справляться с собственной реакцией,
- сочувствуйте.

Выбор слов:

- подготовьте правильные слова («Мне очень жаль...»),
- не сообщайте об этом родственникам и друзьям, прежде чем получите согласие от пациента,
- подумайте о том, как пациент может отреагировать на плохую новость,

- наметните пациенту на то, что случилась неприятность, прежде чем переходить к сути дела. («Мне очень сложно говорить об этом, но ...»),
- будьте готовы к тому, что пациент может ответить вам молчанием,
- решите, что делать дальше,
- предложите альтернативы,
- беседуйте о прогнозе болезни.

Перспектива излечения выстраивается, исходя из:

- *результатов научных исследований,*
- *примеров благополучных исходов* такого же заболевания у конкретных, известных пациенту людей.

Диагноз можно сообщить только тогда, когда пациент к этому подготовлен, когда существует реальная возможность его исцеления или существенного продления жизни.

Какой бы точки зрения ни придерживался врач, главным является его стремление поддерживать в пациенте надежду на выздоровление, насколько это возможно.

Для пациентов с онкологической патологией очень важным оказывается телесный контакт:

- доброе рукопожатие,
- одобрительное похлопывание по плечу,
- просто прикосновение к руке.

Чтобы утешить ушедшего в себя, подавленного пациента, как-то достучаться до него, используется *терапевтическое прикосновение*. Иногда это – единственная связь с миром, остающаяся у тяжелобольного пациента.

Такие приемы могут не только сообщать о моральной и личной поддержке, но и физически стимулировать или успокаивать пациента.

Начало общения с пациентом:

- установление доверительных отношений,
- проведение внушающего и убеждающего воздействия.

Пациенты с онкологической патологией немногословны, т.к. озабочены:

- своим будущим,
- переработкой полученной информации,
- переоценкой жизненных ценностей.

В отличие от других категорий пациентов, пациенты с онкологической патологией очень ценят доброе отношение, ибо часто им уделяют меньше внимания как безнадежным или «неперспективным».

При беседе с пациентом следует:

- говорить на понятном ему языке,
- по возможности избегать медицинских терминов,
- объяснения врача не должны быть категоричными,
- говорить лучше именно о том, что хочет обсудить пациент.

Основным механизмом общения должна стать эмпатия: очень важно научиться *слушать* и *слышать* пациента. Подходящий к пациенту врач должен быть полностью сосредоточен на восприятии пациента и его проблем. Подсознательная мысль об обреченности, прогнозирование жизни пациента и иные представления должны быть полностью отброшены».

Клинический опыт убеждает, что врач, информируя о заболевании, должен одновременно формулировать и задачи, решение которых потребует

больших *совместных усилий* со стороны как врача, так и пациента. Важно убедить, что на трудном пути развития болезни врач непременно всегда будет вместе с пациентом, помогая ему всеми силами и средствами.

Включение семьи в эмоциональную поддержку пациента

Психологическая помощь врача должна заключаться в правильной организации эмоциональной поддержки пациента с помощью *семьи*. В случае госпитализации пациента такую роль иногда могут выполнять *оптимистично настроенные пациенты, завершающие курс лечения* (или лечившиеся с ним ранее, но сохранившие дружеские связи), своим примером и добрым словом нейтрализующие часть страхов пациента. Надлежащая эмоциональная поддержка позволяет надеяться на положительный исход психотравмирующей ситуации.

При работе с пациентом рекомендуется выполнять некоторые условия:

Помощь на стадии шока:

- необходимо присутствовать рядом с пациентом, не оставлять его одного, заботиться о нем,
- выражать свою заботу и внимание лучше через *прикосновения*,
- именно таким образом люди выражают свое участие, когда слова им неподвластны,
- даже простое пожатие руки лучше, чем холодная изоляция,
- страдающий пациент всегда вправе не принять руку, так же как и другое участие, но предлагать помощь необходимо.

Помощь на стадии восстановления:

- надо *помогать заново включиться в жизнь*, планировать будущее, поскольку пациент может неоднократно возвращаться к переживаниям острого периода,

- полезными в этот период могут быть и какие-либо просьбы о *помощи со стороны друзей, близких*, выполнение которых поможет горющему «встряхнуться»; иногда эффективны даже упреки в безразличии, невнимании к близким, напоминания об обязанностях (*занятия любимым делом*),
- помощь профессионала прежде всего необходима человеку, горе которого приобрело патологический характер либо велик риск того, что оно может стать таковым.

В этом случае используется весь комплекс методов, пригодных для кризисной помощи, терапии психологических травм и посттравматического стресса. *Психологическая помощь может потребоваться и через годы*, прошедшие после психологической травмы, в тех случаях, когда «работа горя» не была завершена.

Забота о семье и близких пациента

Забота о родных и близких друзьях пациента – это ключевой признак высококачественной медицинской помощи. Хорошая забота о пациенте помогает родным справиться с проблемами, но у них есть собственные потребности и тревоги, в которых им необходима поддержка. Это могут быть проблемы, связанные с болезнью и уходом за пациентом, их собственными чувствами и заботами, взаимоотношениями с обществом, в котором они живут.

Основные вопросы, беспокоящие родных и близких неизлечимых пациентов.

Связанные с болезнью и уходом за пациентом:

- что именно происходит с пациентом,

- зачем он получает то или иное лечение,
- заразно ли его заболевание и передается ли оно по наследству,
- смогут ли они ухаживать за пациентом дома,
- как долго они смогут ухаживать за пациентом в домашних условиях,
- позволит ли им собственное здоровье ухаживать за пациентом,
- смогут ли они ответить пациенту, если он спросит их о смерти, особенно если они скрывают от него правду;
- смогут ли они справиться с возможными неотложными ситуациями,
- когда следует вызывать врача или обращаться за советом,
- как давать лекарства,
- как правильно кормить и поить пациента,
- когда посещать его в больнице,
- как говорить с детьми и друзьями о болезни близкого.

Связанные с собственными чувствами и заботами:

- неуместность обсуждения проблем с собственным здоровьем,
- напряжение в семье, и как его снять,
- нерешенные проблемы взаимоотношений,
- переживаемое горе недавней утраты,
- как жить после смерти близкого, где и на какие средства, кто будет заботиться о них.

Связанные с обществом, в котором они живут:

- есть ли у них право держать пациента дома,
- что другие думают об их уходе за пациентом,
- насколько их поведение соответствует религиозной вере,

- следует ли им принимать добровольную помощь друзей и соседей,
- кого приглашать на похороны,
- как себя вести после смерти близкого,
- все ли они делают «правильно».

Для решения этих проблем врачи и/или медсестры объясняют родственникам все, что они желают знать о болезни, лечении и уходе за пациентом, разъясняют упущенные детали, дают информацию о том, какие районные службы и учреждения могут помочь им в уходе за пациентом. Родственники могут выразить свои опасения о настоящем, ближайшем и отдаленном будущем, могут обсудить свое собственное здоровье и другие нужды, выразить свое недовольство, обиды и огорчения на других родственников и ухаживающих лиц. Родные должны сознавать, что эти встречи организуются специально для них и предназначены для решения их проблем.

Если в семье велико напряжение или нет согласия, проводятся семейные встречи, когда врач в присутствии медсестры и социального работника всей семье рассказывает о болезни, проведенных исследованиях, лечении и прогнозе. Каждому присутствующему предлагают выразить свое мнение, включая недовольство ситуацией. Затем врач поясняет, что недовольство и разногласия не только не помогают им самим справиться с ситуацией, но и отягощают последние дни дорогого им человека. Наконец, родным предлагают на время отказаться от отстаивания своих принципов, отнестись друг к другу терпимо и определить, кто из членов семьи будет контактировать с врачами и медсестрами.

На каждом этапе такой помощи специалисты должны проявлять заботу о близких пациента, уделять им достаточно внимания и времени.

Духовные и культурные проблемы.

Каждый человек, верит он в Бога или нет, имеет внутреннюю духовную жизнь. Духовность определяет цель и смысл жизни человека. Духовность определяет восприятие и отношение человека к другим людям, живым существам и событиям. Духовная жизнь каждого человека уникальна. Она основана на культурных, религиозных и семейных традициях, изменяется по мере накопления жизненного опыта. Является основой человеческих суждений, веры, системы ценностей и действий, духовность обычно взаимосвязана с религиозными убеждениями.

Вопросы, касающиеся духовной или философской сферы, могут возникнуть у человека в результате разных жизненных обстоятельств, но при смертельном заболевании они возникают наиболее часто (если не всегда). Духовные и экзистенциальные переживания являются серьезным источником клинических проблем: они могут вызвать или усилить боль и психологические проблемы; они могут быть источником страданий. Распознавание и успешное решение духовных и экзистенциальных проблем является важной частью оказания помощи таким пациентам.

Духовные и экзистенциальные проблемы пациентов с онкологической патологией.

Относящиеся к прошлому:

- смысл и значение жизни человека,
- ценность взаимоотношений,
- ценность прошлых заслуг,
- болезненные воспоминания и стыд,
- вина за ошибки и невыполненные обещания.

Относящиеся к настоящему:

- разрушение собственного организма,
- физические, психологические и социальные изменения,
- возрастающая зависимость от других людей,
- значение человеческой жизни; смысл страданий.

Относящиеся к будущему:

- надвигающаяся разлука,
- безнадежность,
- бессмысленность существования,
- мысли о смерти.

Относящиеся к религии:

- сила веры,
- существование после смерти.

Чаще всего духовные и экзистенциальные переживания выливаются в физические и психологические проблемы. Боль и другие симптомы, не купируемые адекватной терапией, должны указать клиницисту на вероятность скрытых духовных или экзистенциальных проблем. Пациенты сильно различаются в готовности обсуждать вопросы духовного и философского характера. Некоторые уклоняются от разговоров; другим просто необходимо присутствие человека, который будет их слушать.

Духовная поддержка ориентирована на личность и начинается с самовосприятия пациента. Некоторым людям помогает сознание того, что волнующие их вопросы и сомнения беспокоят многих других.

Религиозность – это отношение человека к Богу, вера и почитание, желание угодить Богу. Для людей, открыто признающих веру, духовность тесно связана с религией. Для глубоко верующих людей, чьи религиозные потребности удовлетворены, вероятность нерешенных духовных проблем невелика. Религиозная вера пациента, сильная или слабая, влияет на все аспекты его жизни и подвержена влиянию со стороны всего жизненного опыта по мере приближения смерти. В большинстве религий говорится, что смерть – это не окончание жизни. Верующие люди убеждены, что после смерти существование продолжится; их ошибки будут прощены, а хорошие дела зачтутся. Если близкие разделяют веру пациента, то это помогает им лучше ухаживать за умирающим; это служит источником дополнительных сил для пациента, убежденного, что вера поможет остающимся жить. У глубоко верующих пациентов часто, по мере приближения смерти, вера крепнет еще больше, для менее религиозных людей надвигающаяся смерть может быть серьезным испытанием веры в Бога. Религиозность не делает жизнь или смерть проще, хотя может наполнить смыслом и то и другое. Религия не дает ответы на все встающие перед человеком вопросы.

Люди, у которых завышены связанные с религией ожидания, обычно испытывают разочарование: некоторые ожидают чуда; другие ожидают ответов на все нерешенные вопросы; третьи рассчитывают на немедленные и благоприятные последствия своих молитв. Когда этого не происходит, они могут обвинять религию и даже самого Бога; направить свой гнев и разочарование на профессиональный медицинский персонал – медицинских работников.

Религиозная вера и убеждения пациента заслуживают безусловного уважения. У пациента или его близких необходимо выяснить религиозные вопросы, например, о молитвах, приеме пищи, обычаях личной гигиены. Почитаются и поощряются все религиозные обряды и обычаи, включая

молитвы, причастия, помазания, курение ладана, посты и периоды самоотречения, специальные диеты, крещение и многое другое. При оказании психологической помощи следует уважать любые проявления религиозной веры пациента. Религиозные запросы оцениваются для каждого пациента индивидуально. Нет двух христиан, у которых религиозные потребности были бы абсолютно схожими, то же касается и любой другой веры. Следует организовывать встречу пациентов с их духовными наставниками и священнослужителями; поддерживать веру в пациенте, когда она приходит в противоречие с его жизненным опытом.

ФОРМА И СТРУКТУРА ИДС

При получении ИДС действия врача должны отвечать следующим условиям:

- информация должна доводиться до пациента в доступной и понятной форме,
- устная информация и письменные материалы должны содержать минимальное количество специальных терминов,
- должны отсутствовать формулировки, прямо вынуждающие пациента или его представителя отказаться от своих законных прав,
- должны отсутствовать заявления, ограничивающие ответственность врача, учреждения здравоохранения и (или) его представителей,
- должна присутствовать информация о возможных расходах пациента в ходе обследования и лечения,
- врач должен до получения информированного согласия дать пациенту или его представителю достаточно времени для принятия решения и предоставить возможность получить подробную информацию,
- до начала обследования или лечения пациент или его представитель подписывают и датируют форму письменного согласия,

- пациент или его представитель должны быть проинформированы по вопросам, предусмотренным законодательством, которые должны быть отражены в ходе разъяснительной беседы, в форме письменного согласия и других предоставляемых пациенту материалах (памятка пациенту, находящемуся в стационаре, на амбулаторном обследовании или лечении и др.),
- конфиденциальность информации о состоянии здоровья пациента,
- если по состоянию здоровья пациент не может выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении решает консилиум или лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц ЛПУ,
- согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших 15-летнего возраста и граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных ст. 44 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении». При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц ЛПУ и законных представителей.

Информация, предоставляемая в ИДС, должна быть рассчитана на «усредненного гражданина» со среднестатистическими познаниями в медицине и должна способствовать принятию им обоснованного решения, касающегося согласия или несогласия на медицинское вмешательство.

Основные элементы получения ИДС:

- предоставление информации,
- получение согласия.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента о:

- характере и целях проводимого лечения,
- связанном с ним существенном риске,
- возможных альтернативах данному лечению.

Типовой образец информирования должен состоять из двух блоков: общего и частного.

Общая часть должна содержать информацию о сути патологии, общепринятых в настоящее время вариантах диагностики, принципах лечения, осложнениях самого заболевания и его терапии. Данная часть идентична для всех пациентов с одинаковой патологией.

Частный блок должен отражать индивидуальный подход к конкретному пациенту. Его содержание зависит от возраста пациента, пола, наследственности, наличия других заболеваний и прочей, необходимой для данного случая, информации.

Учитывая определенную формальность общего блока, предусматривающего наличие заранее подготовленных бланков (стандартов), и трудоемкость составления второго, он не должен быть значительным по объему.

В разработке типового образца ИДС должны принимать участие не менее трех специалистов:

- врач, имеющий клинический опыт общения с пациентами,
- администратор клиники, имеющий клинический опыт и отвечающий за взаимоотношения с официальными инстанциями,
- юрист, имеющий опыт и знания в области медицинского права.

ИДС должно составляться в соответствии с:

- законодательными и иными нормативными правовыми актами Республики Беларусь, принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации,
- с учетом сложившихся традиций, особенностей менталитета, национальных и религиозных ограничений и содержать следующие разделы:

I. Общая часть

В этом разделе отражается следующая информация:

- краткие сведения о заболевании,
- цель, характер, способ вмешательств, связанных с данным заболеванием,
- диагностические процедуры, которые предстоит пройти пациенту с объяснением, в чем они заключаются, и подготовки к их выполнению,
- виды лечения, обоснование конкретного вида лечения у данного пациента,
- наличие альтернативных видов лечения, доступных пациенту, их преимущества и недостатки,
- сроки проведения диагностики и лечения,
- возможный риск развития побочных явлений и осложнений при обследовании и лечении,
- ожидаемые результаты и польза для здоровья пациента (или ее отсутствие),
- правила, которые обязан выполнять пациент при прохождении обследования и лечения,

- имена и телефоны контактных лиц, к которым пациент может обратиться по вопросам, связанным с его заболеванием,
- объяснение последствий отказа пациента от обследования и лечения.

II. Частный блок

В этом разделе отражается следующая информация:

- течение основного заболевания в зависимости от пола, наследственности, возраста, сопутствующих заболеваний пациента и др.,
- информация для пациента и его семьи по уходу, особенностям питания, режима, приема медикаментов.

Документом, в котором фиксируется подписями и датой факт согласия пациента на медицинское вмешательство является форма информированного добровольного согласия (ФИДС).

ФИДС должна отвечать следующим условиям:

- единый для данного вида медицинского вмешательства образец документа,
- печатная форма в виде приложения к истории болезни (амбулаторной карте).

Примерная форма ИДС на проведение научных исследований приведена на рис.1.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Уважаемый гр-н (ка) _____

Среди ваших кровных родственников выявлены случаи онкозаболеваний. Для установления возможной связи их онкозаболеваний с Вашей наследственностью применяются молекулярно-генетические методы исследования образцов крови. Пробы крови для исследования получают из вены в объеме 10 мм³. Исследование образцов будет проводиться в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова. Образцы крови будут закодированы при сохранении полной конфиденциальности. Проведение этих анализов позволит определить наличие или отсутствие у Вас и Ваших родственников наследственной предрасположенности к онкологическим заболеваниям. Лица, у которых она будет выявлена, подлежат медицинскому наблюдению с целью осуществления профилактических мероприятий и (или), возможно, раннего выявления заболевания для своевременного лечения.

Ваше согласие на получение и исследование образцов крови является абсолютно добровольным.

Пожалуйста, прочитайте нижеследующее и обведите кружком «Да» или «Нет».

«Моя проба крови, клиническая и личная информация могут использоваться в исследованиях по изучению связи онкологических заболеваний с наследственностью».

Да

Нет

Пожалуйста, поставьте вашу подпись здесь после того, как отметите свой ответ.

Подпись пациента _____ дата _____

Подпись генетика _____ дата _____

Подпись медсестры _____ дата _____

Рисунок 1 – Примерная форма ИДС на проведение научных исследований

Предлагаемая ФИДС является условной, носит рекомендательный характер и лишь схематично отражает примерный объем сведений, которые могут быть предоставлены пациенту в медицинском учреждении, оказавшем ему медицинскую помощь. ФИДС может быть доработана, более унифицирована и конкретизирована с учетом особенностей работы профильного клинического подразделения, диагностического кабинета или

лаборатории. Так, при разработке ФИДС необходимо учесть особенности оказания медицинской помощи при новообразованиях различных локализаций и их распространенности, что позволит в доступной форме, без излишних деталей изложить предлагаемые методы диагностики и лечения, а также возможные их осложнения. Поэтому целесообразно адаптировать предлагаемые ФИДС к работе конкретных подразделений. Эта организационно-методическая работа должна проводиться с участием наиболее квалифицированных специалистов подразделения, отвечающих за проведение лечебно-диагностического процесса, и, в первую очередь, по тем направлениям, где возможны претензии пациентов по результатам лечения. Адаптированные ФИДС помогут не только пациентам лучше ориентироваться в предоставляемой врачом информации, но и позволят врачам затрачивать меньше времени на оформление этих ответственных документов. Прилагаемые усилия будут компенсированы в последующем большей правовой защищенностью врача при необоснованных претензиях пациента. В ФИДС должны быть кратко перечислены все аспекты медицинской информации, доведенной медицинским персоналом до сведения пациента. Поскольку пациент обращается в организацию здравоохранения, как правило, не имея точного диагноза, а только с определенными жалобами, то и ФИДС необходимо оформлять не однократно, а, по крайней мере, дважды: первый раз на обследование (будь то амбулаторное или стационарное), а второй — при госпитализации в стационар на лечение или при реализации его в амбулаторных условиях. ФИДС должна составляться в 2 экземплярах (один экземпляр остается в истории болезни/амбулаторной карте, другой — у пациента).

ИДС пациента получают до совершения любого действия, которое влияет или может повлиять на здоровье или благополучие пациента. Процесс получения врачом ИДС — это не просто подписание ФИДС, это обмен

информацией, которая включает в себя документы, устные инструкции, вопросы и ответы, а также меры, помогающие пациенту лучше понять происходящее.

Ни письменная, ни устная информация не должны быть изложены таким образом, чтобы у пациента создалось впечатление, что врачи, учреждение здравоохранения не несут ответственности за него и за последствия его обследования и лечения. *Другими словами, медицинская ответственность за пациента не может быть переложена на самого пациента.* Пациент должен иметь достаточно времени для принятия решения. Он имеет право взять домой ИДС, а также ФИДС, чтобы посоветоваться с родственниками. Он должен иметь возможность задать врачу все интересующие его вопросы, получить на них ответы и какое-то время обдумать их. В процессе принятия решения о согласии пациент вправе обратиться за консультацией к любому специалисту по своему выбору. Необходимо избегать ситуаций, когда пациент может сказать, что его торопили и поставили в безвыходное положение. Согласие, данное пациентом, может быть им отозвано до начала медицинского вмешательства. Каждая последующая госпитализация пациента в стационар, так же как и перевод его из одного отделения в другое той же самой организации здравоохранения для проведения обследования или лечения, оформляется врачом данного подразделения с обязательным получением вновь ИДС пациента и подписанием последним ФИДС.

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ИДС

Вред, причиненный жизни или здоровью гражданина вследствие каких-либо недостатков медицинской услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о ней, подлежит возмещению лицом, оказавшим услугу (исполнителем), независимо от его вины и от того, состоял

потерпевший с ним в договорных отношениях или нет. Также независимо от вины возмещается вред, причиненный новыми лекарственными средствами или медицинскими технологиями при проведении медицинских экспериментов, поскольку они являются источниками повышенной опасности. Возможность доказать документально тот факт, что пациент был проинформирован обо всем, является достаточной гарантией защиты от любых необоснованных претензий пациента на удовлетворение любого ущерба (в том числе морального), а обоснованные претензии не приводят к неоправданным денежным потерям. Незнание администрацией и персоналом организации здравоохранения, как на практике использовать отдельные положения законодательства, приводит к совершению ряда немедицинских (организационных) ошибок до, во время и после оказания медицинской услуги. Эти ошибки в последующем являются для пациентов основанием для обращения в суд с исковым заявлением, в том числе на возмещение как физического, так и морального вреда, причиненного ненадлежащим лечением. В большинстве случаев пациент, имеющий претензии к организации здравоохранения, отрицает факт информированности и факт согласия на медицинское вмешательство, если таковые были высказаны устно. В результате против его слова есть только устные заверения сотрудников организации о том, что все предусмотренные законодательством требования были соблюдены. Главный формальный принцип оказания медицинской услуги — письменно документировать все принципиальные моменты (в том числе до начала лечения). Особое внимание следует уделять критериям качества или исходу лечения. Не следует обещать полное восстановление здоровья, если этого невозможно гарантировать. Пациент должен быть проинформирован о том, что в результате лечения наступит одно из состояний, изложенных выше в классификаторе исходов заболевания. Оценку критериев качества (исхода лечения) можно

производить с использованием любой другой терминологии, в том числе медицинской, но в доступной для пациента форме.

Письменно зафиксированы информированность и согласие пациента, но не конкретизированы.

Зачастую это связано с ситуацией, когда письменное согласие пациента на медицинское вмешательство невозможно привязать к конкретным медицинским манипуляциям. Это происходит в том случае, когда подпись пациента под фразами «с диагнозом ознакомлен и с планом лечения согласен», «с уточненным диагнозом ознакомлен и с изменением плана лечения согласен» находится на отдельном листе или в документе, который не содержит описания диагноза и плана лечения (уточненного диагноза, изменения плана лечения, назначения дополнительного лечения, отказ от лечения и т.д.). Такое согласие пациента в большинстве случаев невозможно привязать к конкретному виду лечения, медицинским манипуляциям.

Неправильное понимание и толкование понятия «ИДС на медицинское вмешательство или на отказ от него»

В соответствии с ч. 2 ст. 44 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является ИДС гражданина. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц ЛПУ. Согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних дает один из родителей, усыновителей, опекунов, попечителей (законные представители); в отношении лиц,

признанных в установленном порядке недееспособными, – опекуны; в отношении лиц, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, согласие предоставляют супруга (супруг) или один из близких родственников (родителей, совершеннолетних детей, родных братьев (сестер), внуков, дед (бабка)). *Согласно ч. 3 ст. 44 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», несовершеннолетние в возрасте от 16 до 18 лет имеют право самостоятельно давать согласие на простое медицинское вмешательство.* Эти положения законодательства большинство медицинских работников и руководителей организаций здравоохранения понимают следующим образом: организация здравоохранения и медицинский работник освобождаются от ответственности за причинение вреда жизни, здоровью пациента, если пациент дал свое согласие на медицинское вмешательство, причем в тех случаях, когда оно влечет за собой причинение вреда. При этом руководители организаций здравоохранения и медицинские работники считают, что уведомление пациента о возможном или неизбежном вреде его жизни, здоровью служит надежной гарантией их правовой защищенности от возможных притязаний пациента, поскольку он знает о последствиях и отвечает за свои действия. Данная позиция не соответствует отечественному законодательству и влечет наступление гражданско-правовой ответственности в случае причинения вреда здоровью пациента.

Оформление медицинской документации о добровольном отказе пациента от медицинского вмешательства

Фиксирование отказа пациента от медицинского вмешательства является не только правом медицинского учреждения и его специалистов, оказывающих гражданам медицинскую помощь, но и обязанностью, закрепленной в ст. 45 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении». Соблюдение такого положения для каждой организации здравоохранения и

медицинского работника, оказывающего медицинскую помощь, является гарантией от незаконных и неправомерных притязаний пациента. Кроме того, при оформлении отказа от медицинского вмешательства необходимо привлекать лиц, которые в случае возникновения судебного спора между организацией здравоохранения и пациентом смогут засвидетельствовать факт отказа последнего от медицинского вмешательства и разъяснения лечащим врачом пациенту последствий совершаемых действий. В случае, если пациентом является гражданин, не достигший 15 лет или признанный в установленном порядке недееспособным, отказ от медицинского вмешательства должен быть получен у законных представителей таких граждан.

Дата информирования пациента и получения его согласия на медицинское вмешательство

Не всегда возможно установить дату такого согласия по тем документам, которые есть в организации здравоохранения, так как при заполнении формы информированного добровольного согласия пациента отдельным документом на нем не всегда ставится дата. Иногда на таком документе ставится более поздняя дата, чем на документах, фиксирующих начало оказания медицинской услуги. Этим дается возможность пациенту отрицать, что он был проинформирован до начала оказания услуги и требовать удовлетворения морального вреда, поскольку был несвоевременно информирован. Он также может отрицать факт своего согласия на оказание медицинской услуги до начала ее оказания, что является дополнительным обоснованием нанесенного морального ущерба.

Таким образом,

в решении вопроса, говорить ли пациенту с онкологической патологией правду, простых ответов «да» или «нет» недостаточно. Нужны специальные исследования с тщательным наблюдением и анализом того, как повлияет большая правдивость на психическое, моральное состояние пациентов, в

частности, уменьшит ли это их негативизм в отношении предлагаемых диагностических и лечебных вмешательств.

- Далеко не все пациенты готовы услышать правду не только о прогнозе заболевания, длительности и тяжести лечения, но и о самом диагнозе злокачественного новообразования.
- Принцип информированного согласия, означающий свободу ответственного выбора самого пациента, приобретает все большее значение в клинической практике, хотя во многих случаях полную правдивую медицинскую информацию врачи по-прежнему сообщают родственникам пациента. В связи с этим необходимо особо подчеркнуть: недопустимо, чтобы родственники решали за него – лечиться ему или нет.
- Несоблюдение медицинским персоналом установленного законодательством Республики Беларусь о здравоохранении порядка составления и ведения медицинской документации, в том числе информированного добровольного согласия пациента, значительно усложняет его позиции по отстаиванию своих интересов и делает практически беззащитным перед претензиями пациента.
- Указанное обстоятельство требует разработки и принятия управленческих решений руководителем организации здравоохранения, направленных на организацию работы в рамках действующих нормативных правовых актов Республики Беларусь, что позволит, соблюдая права пациента, предусмотренные законодательством, одновременно избежать его необоснованных претензий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Globocan [Электронный ресурс]. – 2008. – Режим доступа: <http://Globocan.Iarc/fr>. – Дата доступа: 14.12.2016.
2. IARC Cancer Base №5. Version 2.0. – Lyon: IARC Press, 2004. – 85 p.
3. Boyle. P. Cancer Incidence and Mortality in Europe / P. Boyle. J. Ferlay // Ann. Oncol. – 2005. – Vol.16. – P. 481-488.
4. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care // Eur. J. Palliative Care. – 2010. – Vol. 17, No 1. – P. 22-33.
5. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18.06.1993 г. №2435-ХП (в ред. Закона от 11.01.2002 г. №91-3).
6. Бажанов, Н. Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство: возрастные аспекты / Н. Бажанов, Н.Иваненко // Врач. – 2011. - № 10. – С. 73-78.
7. Бажанов, Н. О. Медико-правовые аспекты информированного добровольного согласия / Н.О. Бажанов, Н.С. Иваненко // Здравоохранение РФ. – 2012. – № 6. – с. 8 –15.
8. Дягтерев, Ю. Г. Информированное согласие на медицинское вмешательство: история вопроса, перспективы / Ю. Г. Дягтерев // Медицинский журнал. – 2015. – № 4. – С. 14 – 21.
9. Организация онкологической службы в России (методические рекомендации, пособия для врачей). Ч.2 / Под ред. В.И.Чиссова, В.В.Старинского. – М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена, 2007. – С. 591–608.
10. Клипинина, Н.В. Проблема информирования о заболевании и лечении пациентов и их родителей (семей в детской онкологии/гематологии) / Н.В. Клипинина, А.Е. Хаин, А.Р. Кудрявицкий // Консультативная психология и психотерапия – 2014. – № 1. – С. 127-155.

11. Погодина, Т.Г. К вопросу о добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство как неотъемлемое право пациента // Юридическая наука и практика: Вестн. – с. 28 – 31.
12. Нижегородской академии МВД России. – 2015. – Т. 30, № 2.
13. Старовойтова, И.М. Этика и психология в онкологии // Материалы X Российского онкологического конгр. – М.: ГОУДПО РМАПО Росздрава, – 2012. – с. 19–26.
14. Филиппов, Ю.Н. История становления информированного добровольного согласия пациента в России / Ю.Н. Филиппов, О.П. Абаева, А.Ю. Филиппов // Мед. альманах. – 2013. – Т. 25, № 1. – с. 95 – 111.
15. Федоров, В.Д. Как говорить больному раком правду о его заболевании // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2012. –№ 2. – С.111-114.
16. Руководство по онкологии. Т. 1 /Под ред. О.Г. Суконко; РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н.Н. Александрова. – Минск: Беларус. Энцыклап. імя П. Броўкі, 2015.– 680 с. :ил.
17. Принципы сопровождения основных симптомов у пациентов с онкологической патологией, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи: Учеб. пособие для мед. вузов / Н.Н. Антоненкова [и др.]. – Минск: Вышэйшая школа, 2014. – 104 с.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение	4
Международные принципы охраны здоровья населения	5
Правовые принципы охраны здоровья населения в Республике Беларусь	6
Проблема информирования пациентов с онкологической патологией	10
Особенности психологического состояния пациентов с онкологической патологией	15
Как сообщать плохие новости	16
Форма и структура ИДС	28
Наиболее типичные ошибки при оформлении ИДС	35
Литература	41

Учебное издание

Антоненкова Наталья Николаевна

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНЦИПА
ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО
СОГЛАСИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ**

Учебно – методическое пособие

Ответственная за выпуск Н. Н. Антоненкова

Подписано в печать 21. 05. 2018. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Усл. печ. л. 2,75. Уч. – изд. л. 2,10. Тираж 30 экз. Заказ 131.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.

