ГОУ ВПО

«Красноярский государственный

медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета.

РЕФЕРАТ

на тему:

**«Информированное согласие: от процедуры к доктрине»**

Выполнила: Кострыкина Е.А.

Проверила: Крутикова Л.Ю.

Красноярск,

2009

Введение

Концепция информированного согласия родилась в борьбе с патернализмом в отношениях врача и пациента, когда считалось, что врач - это всезнающий, мудрый, строгий отец, а пациент - несмышленое дитя, которое должно беспрекословно подчиняться мнению старших. Ее появление связано с двумя глобальными процессами: с развитием общих прав человека, когда с ростом образовательного и культурного уровня населения каждый человек как личность осознал свою неповторимость и ценность, и распространением рыночных отношений на сферу медицинского обслуживания, когда врач становится в позицию лица, продающего медицинскую услугу, а пациент - лица ее покупающего.

При этом стороны торга в правовом отношении равны. В этих условиях продавец-врач должен и сам себе доказать, что сделанный выбор для пациента лучший из имеющихся и уметь убедить покупателя, донести до него свою логику. И в такой форме, чтобы последний понял и поверил, что его действия намерены вылечить или помочь не заболеть, а не просто вытягивать деньги. Он должен понять, что и он и врач рискуют. Врач - своей репутацией и профессиональной ответственностью, пациент - своим здоровьем, а порой и жизнью.

Есть и еще один довод против патернализма. В последние годы появилось много информации о том, что командное патерналистическое отношение к пациенту снижает эффект лечебных мер, что открытость и сотрудничество врача и пациента в принятии решений по лечению повышает шансы пациентов выжить даже при самых страшных диагнозах, включая рак. Газета «АИФ Здоровье» № 41, октябрь 1996 г. опубликовало статью о руководителях Далласского онкологического центра супругах Саймонтон, добившихся очевидных успехов в излечении злокачественных опухолей методами выработки у больных психологических установок и веры в возможность излечения плюс неспецифической физио- и трудотерапии. Практикуя с 1971 года, авторам метода удалось из числа 159 приговоренных официальной медициной максимум к одному году умирания у 63 человек снять раковый стресс полностью (живы до сих пор), а остальным, по крайней мере, удвоить срок жизни, доведя его до 24,4 мес. против 12 в контрольной группе, лечившихся стандартными методами. Это, так сказать, полярный случай высокой эффективности сотрудничества врачей и пациентов.

Информационное согласие и общие права человека

Итак, как было отмечено выше, концепция информационного согласия вытекает из концепции общих прав личности, сформулированной ещё в начале века. В частности, в ней говорится о праве свободного гражданина (первое и превосходящее другие права) на неприкосновенность своей личности, праве на самого себя, признаваемом беспрекословно всеми другими; это право запрещает врачу нарушать без обязательного на то позволения пациента его телесную целостность в целях малой и большой операции.

Сегодня это положение звучит как «право на неприкосновенность целостности личности, могущее отменяться только свободно выраженным согласием таковой». Говоря проще, люди имеют право на категорический отказ от какого-либо проникновения в свое тело, вызывающего нарушение интересов целостности последнего или самооценки. Под этим понимается, что пациент есть лицо, которое после такого проникновения будет продолжать жить со всеми последствиями произведенного воздействия. И нет никакого законного обязательства пациента, принимать предлагаемое лечение, кроме того, нигде не сказано, что пациента можно подвергать каким-либо лечебным воздействиям без его информированного согласия. Например, советские законы делали много исключений из этих основных прав, допуская насилие над личностью в ряде случаев. Так, много писалось о насилиях в политических целях в психиатрии, насилие над индивидуальными пациентами допускалось при защите интересов коллектива, которому право отдавало приоритет. Хотя и в хваленой демократии «прибегают к насилию» при медицинских процедурах, но при этом право требует соблюдать специальные правила ритуала.

Без соблюдения последних, лица, применившие насилие даже во благо пациенту, могут привлекаться к судебной ответственности и могут быть строго наказаны. Иногда эта приверженность ритуалу может повредить пациенту, что ведет к обострению ситуации. Но закон есть закон. Работать врачу в условиях правовой защиты личности безусловно сложнее, но и отсутствие такой защиты не благо. Например, мусульманин-фундаменталист умрет от одной вести о том, что ему перелили чужую кровь, когда он был в тяжелой коме, а родственники расценят это как смертоносное святотатство.

Методология информированного согласия

Таким образом, доктрина информированного согласия состоит в том, что прежде чем врач попросит дать пациента согласие, но проведение курса лечения или отдельной процедуры, которые связаны с риском, имеют альтернативные варианты, особенно там, где шансы достичь успеха невысоки, пациенту необходимо предоставить следующую информацию:

- в чем будет состоять предлагаемое лечение (процедура);

- охарактеризовать риски и выгоды рекомендуемых мер, специально подчеркнув степень опасности самых неблагоприятных исходов (гибели или тяжелой инвалидности);

- указать на альтернативные методы лечения (процедуры), также охарактеризовав риски, опасность неблагоприятных исходов;

- что будет, если не начинать или отложить лечение;

- охарактеризовать вероятность успешного исхода и в чем конкретно врач видит этот успех;

- разъяснить вероятные трудности и длительность периода реабилитации и возврата пациента к нормальному для него объему деятельности;

- предоставить прочие сопутствующие сведения в форме ответов на вопросы или излагая аналогичные случаи из своего опыта, опыта бригады и т.п.

Естественно, информация должна быть предоставлена в доступной для пациента форме, на понятном для него языке.

В приведенной методологии беседы нет ничего необычного, хотя многие врачи считают излишним акцентировать проблемы рисков в деталях. Суды США настаивают, чтобы пациенту были указаны те серьезные риски, которые повышают его ответственность в выборе согласия на лечение, на альтернативное лечение или в сторону полного отказа от него. Например, вероятность смерти 1:10 000 следует сказать, а вероятность послеоперационных, не опасных для будущего осложнений, можно не упоминать.

С правовой точки зрения эта доктрина увеличивает степень самостоятельного участия пациента в принятии решения и при этом повышается его обоснованность. К рыночным отношениям «продавец-покупатель» добавляется специфический компонент личного доверия пациента к врачу. Первый верит, что доктор дал ему полный объем нужной для успеха лечения информации. При этом отношения могут приобретать характер знакомого нам патернализма: больной вверяет свою судьбу врачу на уровне, котором дети вверяют себя уходу и заботе родителей. Но это уже не тот командный патернализм, который был характерен для прошлого или для бездушных административных систем управления.

Много дискуссий вызывает вопрос, как часто нужно спрашивать пациента согласия. Суды считают, что во всех случаях, чреватых сколько-нибудь серьезными осложнениями, инфицированием, изменениями внешнего вида и т.п. Например, беременная женщина лечилась у дерматолога по поводу пятен на лице. Врач применил традиционные средства, не учтя беременности, и пятна стали от лечения более яркими. Суд признал врача виновным, так как не усмотрел вообще серьезного повода для лечения, подвергшего беременную ненужному риску. Суды, прежде всего, спрашивают своих экспертов, насколько лечение было необходимо и не влекло ли оно побочных рисков большего значения, чем ожидаемый успех.

Правоведы также во всех случаях выясняют, является ли полученное согласие пациента компетентным, добровольным, основанным на понятной для него информации. Проблема компетентности касается обеих сторон. Врач не должен в своих разъяснениях выходить за пределы своей компетенции. Например, риск при сложном наркозе должен объяснить анестезиолог. Но и каждый взрослый пациент также должен априори считаться юридически компетентным слушателем, если он не имеет ограничений дееспособности и не находится под острым воздействием алкоголя, наркотиков и т.п. Вопрос о компетентности решения часто встает при заведомой неправоспособности пациента (дети, лица, признанные недееспособными в силу психических нарушений, дебильности, старческого слабоумия и т.д.). Здесь принятие решения делаются по тем же схемам с участием опекунов или попечителей.

Относительно бездомных принимают решения социальные работники, специально на то уполномоченные. Если в семье или в органах опеки нет единства мнений, то вопрос об единственном опекуне решает суд. Добровольность заключается в том, что при принятии решения, особенно при подписании письменных согласий или отказов, на пациента не оказывалось никакого внешнего давления (угрозы, подкуп, кабальные финансовые условия). Понимание доведенной информации бывает трудно доказать, это в судебной практике известно как пример «отказа от ранее дававшихся показаний».

Жалобщикам помогает заполнение следующей анкеты:

- Каково ваше сегодняшнее состояние?

- Какое лечение Вам было рекомендовано?

- Что Вы ожидали от лечения? Что Ваш доктор ожидал и о чем предупреждал?

- Говорили ли Вам, что будет в случае отказа от лечения?

- Говорили ли Вам об альтернативных методах, почему Вы их не выбрали?

Часто пациент, работая над ответами, вспоминает, что выбор был сделан им добровольно. Но если врач вначале не сумел примирить ожидания пациента от лечения с возможностями современного лечения, решать такие конфликты бывает достаточно сложно.

Имеются 4 основных случая, когда доктрина информированного согласия может не применяться:

1. При оказании неотложной помощи, когда любое промедление угрожает жизни или сохранности здоровья пациента.

2. Если риски пренебрежимо малы и хорошо известны всем гражданам. Например, риск при взятии крови.

3. Если пациент сознательно отказывается выслушивать данные о вероятности гибели или тяжелой инвалидизации (желательно такой отказ запротоколировать).

4. Если врач считает, что пациент может психологически не вынести информационной травмы от сообщения ему обнаруженной болезни или состояния. В этом случае врач должен спросить пациента, кому он доверяет обсудить с врачом проблемы его здоровья и лечения. В современных условиях к этому случаю прибегают редко.

- Означает ли принятие доктрины информированного согласия рост бумаготворчества и как отнесутся к этому больные?

Конечно, протоколировать беседу врача с каждым пациентом и брать несколько согласий на лечение с подписями сторон, отдельно операцию и на процедуры (например, коронарографию) сложно и не нужно. С другой стороны, не должна приветствоваться форма в виде: «Я, доверяю штатным врачам данной больницы применять ко мне лечение, полагающееся при моей болезни, включая операцию и наркоз, который хирург и анестезиолог сочтут нужным... Дата и подпись». Подобные штампы судом приниматься не будут. В США такая практика осуждена. Было бы неверным знакомить пациента с лечением, давая ему читать специальную литературу. Такое чтение вызовет «эффект Марк-Твена», который, читая Британскую энциклопедию, обнаружил, что болен всеми болезнями, кроме родильной горячки. Да и язык специальной литературы для среднего пациента сложен. Он только затруднит понимание им того, что ему предстоит перенести и каких результатов ждать и когда?

Вместе с тем в больницах и амбулаториях есть внутренняя профилизация, и на каждого врача, особенно специалиста, приходится небольшой набор примерно стандартизованных технологий и процедур. Описать эти технологии в рамках принятых схем лечения языком, понятным для среднего компетентного грамотного пациента, не составит большого труда. Именно в этих буклетах внутреннего пользования пациент найдет и риски и альтернативы и последствия отказа от лечения. К примеру, такие буклеты могут быть на темы:

1. Предоперационное обследование;

2. Подготовка и проведение операции и варианты наркоза;

4. Особенности послеоперационного режима предупреждение осложнений и реабилитация.

5. Домашний режим реабилитации и дальней шее поддерживающее лечение и тренировки.

Грамотным больным дают самим читать буклеты, с другими проводят собеседования медсестры. Тогда заключительный документ о согласии не лечение мог бы иметь примерно такой текст:

"Я, такой-то, поступивший тогда-то на лечение в... с диагнозом....ознакомился с описания ми технологий и этапов лечения, принятых в данной больнице, с возможностями альтернативных методов и последствиями отказа от лечения вообще. Походу ознакомления, я получил требуемые мною разъяснения у медперсонала и специалистов. В заключительной беседе с ведущим меня врачом я получил исчерпывающие ответы на возникшие у меня вопросы по всем этапам лечения. О процедуре информирования и принятом мною решении ведущий врач доложил руководителю отделения (ведущему хирургу или др.), в чьем присутствии я добровольно и с пониманием ответственности врачей и моей лично за успешность конечных результатов подписываю своё согласие на проведение лечения в предусмотренном объеме. Признаю особые обстоятельства, осложняющие работу врачей (указать сопутствующие заболевания, общего и возрастного характера, вредные привычки), выражая надежду на их профессиональные умения лечить подобные осложненные случаи. Понимая серьезность постигшей меня болезни, я уповаю на провидение и высокую квалификацию персонала лечебного учреждения, которому я вверил свою жизнь. Обязуюсь сотрудничать с врачами и персоналом, соблюдать все их предписания и режимы на всех этапах лечения. Да поможет нам Бог!"

Заключение

Естественно приведенный образец относится к случаю, когда всё необходимое для обычных методов лечения (вторичного уровня) есть. Или все расходы покрываются страховкой. Но жизнь не устранила дефициты. Наоборот, неудачный старт страховой медицины лишь усугубил их. И как говорить о полных технологиях лечения, когда-то того, то другого нет. А если лечение платное сверх возможностей жидких и разворованных фондов поддержки? Не получится ли, что пациент дает свое согласие на то, что он будет платить, а не на то, что он согласен, чтобы его лечили. Конечно, будет и так. Пока мы бедны и беспорядочны, как сегодня в период многобюджетного многовластия. Но, тем не менее, концепцию информированного согласия внедрять надо. Она должна возвысить и врачей и пациентов в их собственных глазах, помочь им оторваться от повседневной рутины и увидеть себя со стороны. Хотя врачей у нас миллион и пациентов в сто раз больше, представьте себе, сколько неписанных договоров о спасении человеческих жизней ежедневно заключается! А деньги и средства - они придут, если и врачи и пациенты, наши рядовые граждане России будут относиться к здоровью, как к высочайшей ценности праздника жизни, на который так немногим, по словам папы римского, удается попасть. Доктрина информированного согласия - это самая современная форма союза медицины с народом, отражение наиболее гуманного приобщения медицины на благо живущего, постоянно обновляющегося человечества.

Список использованной литературы

Введение в биоэтику.М.1999.

Гусейнов А.А. Введение в этику. М.1995

Силуянова И.В. Этика врачевания. М., 2001.

http://www.startbiz.ru/stomatology/st1/003.php

http://www.philosophy.ru/library/vopros/06.html