

4. При составлении и утверждении учебных планов подготовки интернов и ординаторов по основным клиническим дисциплинам предусмотреть обязательный цикл по онкологии на базе кафедр онкологии не менее 4 недель.
5. При прохождении врачами общей практики аттестационно-сертификационных циклов обязательно предусмотреть в программе отдельно выделенные часы обучения по онкологии на базе профильной кафедры, сроком не менее двух недель.
6. Ввести в состав сертификационных комиссий по присвоению квалификационной категории врачам всех специальностей представителей профессорско-преподавательского состава кафедр онкологии.
7. Ввести в программу подготовки студентов и врачей любых специальностей вопросы экстренной и паллиативной помощи онкобольным.

I.1.21

К ВОПРОСУ О ДЕОНТОЛОГИИ ПРИ РАБОТЕ С ИНКУРАБЕЛЬНЫМИ БОЛЬНЫМИ

*Ф.Ш. Ахметзянов, Д.М. Рувинский, М.В. Федоренко
КГМУ, Городской онкодиспансер, Казань, Россия*

Приближение нашего общества к правовому государству требует новых подходов к проблемам информирования больных о диагнозе, лечении и прогнозах излечения. Особое место данная деонтологическая проблема имеет, когда речь идет о пациенте, получающем лишь паллиативное лечение. С одной стороны, каждый больной имеет право получить полную информацию и в противном случае может подать на врача в суд, а с другой стороны – осознание печального исхода заболевания может привести к ухудшению и без того тягостных страданий, создать ряд проблем и, как крайность, привести к суицидальной попытке.

Что сказать больному – это главный вопрос онкологической деонтологии. Из опыта работы психолога с такой категорией больных установлено, что почти все инкурабельные больные рассчитывали на психологическую помощь в улаживании семейных ситуаций, успокоении и никогда не настаивали на полной информации о возможном исходе заболевания, не стремились смириться со смертью и подготовиться к ней. Лишь небольшая группа больных настаивает на получении точного диагноза и прогноза заболевания, мотивируя это тем, что необходимо произвести коррекцию жизненных планов на оставшуюся жизнь (оформить наследство, закончить начатые дела и т.д.). При этом пессимистичная информация, полученная от врача в подавляющем числе случаев, убивает всякую возможность завершения каких-либо дел, отравляет последние дни существования больного, вызывает страх перед возможными страданиями.

При нынешнем социальном положении нашего общества, низком жизненном уровне, отсутствии положительной информации и конкретных примеров об излечении рака, прямое информирование о диагнозе и прогнозе всем онкологическим больным без их настояния мы считаем преждевременным.

I.1.22

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ В ХОСПИСЕ

*Т.А. Левина
Городская клиническая больница № 2, Астрахань, Россия*

Хосписное движение в России в 2000 г. отметило свое десятилетие. За эти годы финансирование хосписов осуществлялось за счет разных источников, но, в основном, за счет бюджета, либо путем пожертвований. В то же время большинство учреждений здравоохранения перешли в систему работы с ТФОМС. Так онкологи поликлиник областной онкологической

Нами разработаны и внедрены экспертной медицинской помощи, разработан перечень лекарственных препаратов, ежемесячно чтение, питание и содержание отделения. ных типографическим способом «Методики работы хосписа» (Астрахань 2000 г.).

Таким образом, отделение хоспис, работа в условиях страховой медицины. Финансирование отделения хоспис, в страховой медицину. Для недопущения компаний целесообразно увеличить стандарт обследования и лечения больными стоимостью услуги.

I.1.23

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СЛУЖБЫ

*Т.А. Левина
Городская клиническая больница № 2,*

Пятилетний опыт работы службы помощи с коллегами на различных конференциях помощи в онкологии (Москва 1998 г., 2000 г.) позволяет внести следующие предложения по работе службы хоспис.

1. Продолжить активную пропаганду работникам знаний о хосписе, его целях.

2. Предложить Главным хосписам (г. Санкт-Петербург) или Национальному совету издавать печатный орган «Вестник хосписам России».

3. Разработать унифицированные формы для больных со злокачественными новообразованиями.

4. Ввести в номенклатуру врачей паллиативной помощи.

5. Разработать учебные программы для усовершенствования врачей, обучающихся в медицинских колледжах.

6. Подготовить и провести сертификацию.

7. Поддерживать контакты между партнерами, развивать партнерские отношения с партнерами.

8. Развивать волонтерское движение среди учащихся средних и высших медицинских учреждений.

9. Совершенствовать формы работы с персоналом хосписов.

10. Ввести обязательное страхование медицинских специалистов (врачей) работающих в системе хосписа.

11. Предложить МЗ РФ внести изменения в нормативах на врача в хосписе, социального работника, юриста, психолога.

12. Используя разработанные методики работы хосписа (городской больницы), подготовить пакет документов.

13. С целью совершенствования терминальной стадии продолжить работу в хосписе, отделений медико-социальной службы.

14. Расширить показания для паллиативной помощи.