

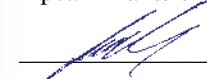
НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО
«ОБЪЕДИНЕНИЕ ДЕТСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ» РОССИИ
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ
«ДЕТСКИЙ ПАЛЛИАТИВ»

**ОРГАНИЗАЦИЯ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ РЕБЕНКА
С РОДИТЕЛЯМИ (ЗАКОННЫМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ)
В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ
И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (ОРИТ)**

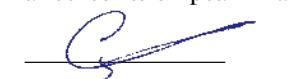
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Москва, 2016

Согласовано
Президент НП «Объединение
детских анестезиологов
и реаниматологов» России


В. В. ЛАЗАРЕВ

Согласовано
Главный внештатный
специалист детский
анестезиолог-реаниматолог МЗ РФ


С. М. СТЕПАНЕНКО

**ОРГАНИЗАЦИЯ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ РЕБЕНКА
С РОДИТЕЛЯМИ (ЗАКОННЫМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ)
В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ
И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (ОРИТ)**

Клинические рекомендации

Под редакцией В. В. Лазарева

**Москва
2016**

УДК 614.2
ББК 55.6
О641

Организация совместного пребывания ребенка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Клинические рекомендации. — М., 2016. — 40 с.

ISBN 978-5-9907629-4-7

В настоящих клинических рекомендациях представлены положения по организации совместного пребывания пациентов (детей) и их родителей (законных представителей), когда пациенты получают лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Клинические рекомендации предназначены для применения медицинскими учреждениями федеральных, территориальных и муниципальных органов управления здравоохранением, системами обязательного и добровольного медицинского страхования, медицинскими организациями различных организационно-правовых форм деятельности, направленной на оказание медицинской помощи.

- © НП «Объединение детских анестезиологов и реаниматологов» России, 2016.
© Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», 2016.

Состав рабочей группы:

Айзенберг В. Л. — д. м. н., профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ;

Афуков И. И. — к. м. н., доцент кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, руководитель службы анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова ДЗМ;

Бологов А. А. — к. м. н., доцент, заместитель главного врача по медицинской части ФГБУ РДКБ МЗ РФ;

Брюсов Г. П. — ассистент кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии ФГБУ РДКБ МЗ РФ;

Быков М. В. — к. м. н., доцент кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ;

Вартанова К. А. — к. ф. н., директор Благотворительного фонда развития паллиативной помощи «Детский паллиатив»;

Гребенников В. А. — д. м. н., профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ;

Диордиев А. В. — д. м. н., профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ;

Жиркова Ю. В. — д. м. н., профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ;

Карачунский А. И. — д. м. н., профессор, заместитель генерального директора ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» МЗ РФ;

Карелин А. Ф. — заместитель генерального директора ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» МЗ РФ;

Константинов К. В. — к. м. н., главный врач ФГБУ РДКБ МЗ РФ;

Лазарев В. В. — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ;

Линькова Т. В. — к. м. н., доцент кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ;

Литвинов Д. В. — к. м. н., главный врач ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» МЗ РФ;

Лоайса Левано У. К. — ассистент кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ;

Масчан А. А. — д. м. н., профессор, заместитель генерального директора ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» МЗ РФ;

Масчан М. А. — д. м. н., профессор, заместитель генерального директора ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» МЗ РФ;

Матинян Н. В. — д. м. н., профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ;

Николаев В. В. — д. м. н., профессор, заместитель главного врача по хирургии ФГБУ РДКБ МЗ РФ;

Новичкова Г. А. — д. м. н., профессор, заместитель генерального директора ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» МЗ РФ;

Румянцев А. Г. — д. м. н., профессор, академик РАН, генеральный директор ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» МЗ РФ;

Спиридонова Е. А. — д. м. н., профессор, ученый секретарь ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» МЗ РФ;

Степаненко С. М. — д. м. н., профессор кафедры детской хирургии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, главный внештатный специалист детский анестезиолог-реаниматолог МЗ РФ;

Хамин И. Г. — к. м. н., доцент кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» МЗ РФ;

Цытин Л. Е. — д. м. н., профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ;

Шукин В. В. — к. м. н., доцент кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, заведующий отделением анестезиологии-реанимации ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» МЗ РФ.

СОДЕРЖАНИЕ

Цель разработки и внедрения рекомендаций	6
Задачи разработки и внедрения рекомендаций	6
Концепция рекомендаций	6
Методология. Уровни доказательности.	8
Модель пациента	11
Основные дефиниции.	14
Мифы и факты совместного пребывания ребенка и родителей в ОРИТ	14
Семейно-ориентированный подход в оказании помощи пациенту	15
Принципы семейно-ориентированного лечения и ухода за пациентами.	19
Политика и внутренние правила лечебного учреждения в организации совместного пребывания родителей (законных представителей) с детьми в ОРИТ.	20
Рекомендации для медицинского персонала по общению с родителями (законными представителями) пациента при организации их совместного пребывания в ОРИТ	27
Рекомендации для семьи (законных представителей) пациента при их совместном пребывании в ОРИТ.	28
Список литературы	30
Приложение 1. Памятка для семьи (законных представителей) по совместному пребыванию с ребенком в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)	33

ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Развитие и распространение в медицинских организациях в структуре лечебного процесса нормы совместного пребывания пациента (ребенка) с его родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

ЗАДАЧИ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

1. Представить современные унифицированные подходы к организации совместного пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии ребенка и его родителей (законных представителей).
2. Обеспечить безопасность и соблюдение прав пациентов при выполнении реанимационных мероприятий и интенсивной терапии в совместном пребывании с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии.
3. Повысить уровень доверия населения к медицинскому сообществу в рамках взаимодействия при оказании медицинской помощи через расширение открытости и информационной доступности со стороны медицинских работников.
4. Оптимизировать и упростить экспертизу качества медицинской помощи.
5. Повысить экономическую эффективность предоставления медицинских услуг.

КОНЦЕПЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

В настоящих клинических рекомендациях представлены положения по организации совместного пребывания пациентов (детей) и их родителей (законных представителей), когда пациенты получают лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Применение настоящих рекомендаций призвано одновременно способствовать разработке локальных нормативных положений в лечебных учреждениях по обеспечению совместного пребывания пациентов (детей) и их родителей (законных представителей), когда пациенты получают лечение в отделении реанима-

ции и интенсивной терапии. Разработка и внедрение в практику данных положений позволит в значительной мере повысить уровень доверия между медицинским персоналом, пациентами и их законными представителями, обеспечить высокий уровень ухода за больными и их лечения, снизить количество конфликтных ситуаций.

Настоящие рекомендации предназначены для применения медицинскими учреждениями федеральных, территориальных и муниципальных органов управления здравоохранением, системами обязательного и добровольного медицинского страхования, медицинскими организациями различных организационно-правовых форм деятельности, направленной на оказание медицинской помощи.

Нормативные ссылки. В настоящем стандарте использована ссылка на следующий стандарт: ГОСТ Р 56034—2014 Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения.

Издание официальное.

Примечание. При пользовании настоящим стандартом целесообразно проверить действие ссылочных стандартов в информационной системе общего пользования — на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет или по ежегодному информационному указателю «Национальные стандарты», который опубликован по состоянию на 1 января текущего года, и по выпускам ежемесячного информационного указателя «Национальные стандарты» за текущий год. Если заменен ссылочный стандарт, на который дана недатированная ссылка, то рекомендуется использовать действующую версию этого стандарта с учетом всех внесенных в данную версию изменений. Если заменен ссылочный стандарт, на который дана датированная ссылка, то рекомендуется использовать версию этого стандарта с указанным выше годом утверждения (принятия). Если после утверждения настоящего стандарта в ссылочный стандарт, на который дана датированная ссылка, внесено изменение, затрагивающее положение, на которое дана ссылка, то это положение рекомендуется применять без учета данного изменения. Если ссылочный стандарт отменен без замены, то положение, в котором дана ссылка на него, рекомендуется применять в части, не затрагивающей эту ссылку.

МЕТОДОЛОГИЯ. УРОВНИ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:
Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

Доказательной базой для рекомендаций по организации совместного пребывания ребенка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии являются законы, нормативные акты федеральных и региональных ведомственных министерств и органов управления здравоохранением, локальные нормативные акты и рекомендации отечественных и зарубежных медицинских клиник, публикации базы данных PubMed, Medline, Cochrane Collaboration. Глубина поиска составляла 45 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов;
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой;
- класс и уровень доказательности соответствуют ПВ — «выгода \geq риска» — выполнение рекомендаций может быть рассмотрено согласно критериям Американской кардиологической ассоциации (табл. 1).

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных мета-анализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств;
- консенсус экспертов.

Описание методов, использованных для анализа доказательств.

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации,

Таблица 1

Уровни доказательности

Класс/Уровень доказательности	Уровень А (LOEA) Мультицентровые рандомизированные клинические исследования или мета-анализы	Уровень В (LOEB) Данные единичных рандомизированных или нерандомизированных исследований	Уровень С (LOEC) Согласительные консенсусы экспертов, анализы отдельных случаев, стандарты терапии
Класс I Выгода \gg риска Рекомендации должны быть обязательно выполнены	1. Рекомендации полезны и эффективны.	1. Рекомендации полезны и эффективны.	1. Рекомендации полезны и эффективны.
Класс IIA Выгода \gg риска Выполнение рекомендаций целесообразно	1. Рекомендации по терапии могут быть полезны и эффективны. 2. Имеются некоторые противоречия в данных мультицентровых рандомизированных клинических исследований или мета-анализов.	1. Рекомендации могут быть полезны и эффективны. 2. Имеются незначительные противоречия в данных единичных рандомизированных или нерандомизированных исследованиях.	1. Рекомендации могут быть полезны и эффективны. 2. Эффективность обоснована мнениями экспертов, анализом отдельных случаев или опытом использования в стандартах терапии.
Класс IIB Выгода \geq риска Выполнение рекомендаций может быть рассмотрено	1. Эффективность и безопасность рекомендаций не является общепризнанной. 2. Имеются значительные противоречия в данных мультицентровых рандомизированных клинических исследований или мета-анализов.	1. Эффективность и безопасность рекомендаций не является общепризнанной. 2. Имеются значительные противоречия в данных единичных рандомизированных или нерандомизированных исследований.	1. Эффективность и безопасность рекомендаций не является общепризнанной. 2. Эффективность обоснована мнениями экспертов, анализом отдельных случаев или использованием в стандартах терапии.

что в свою очередь влияет на силу рекомендаций. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо. Любые различия в оценках обсуждались всей группой авторов в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств.

Таблицы доказательств заполнялись авторами клинических рекомендаций.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций.

Консенсус экспертов.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points — GPPs).

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте авторов разработанных рекомендаций.

Экономический анализ.

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций.

1. Внешняя экспертная оценка.
2. Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций.

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых, прежде всего, попросили прокомментировать, насколько доступна для понимания интерпретация доказательств, лежащая в основе рекомендаций. Все комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы (авторами рекомендаций). Каждый пункт обсуждался в отдельности.

Рабочая группа.

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации.

Сила рекомендаций (1-2) на основании соответствующих уровней доказательств (A-C) и индикаторы доброкачественной практики (табл. 1) — Good Practice Points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл. 1).

МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Ситуационная модель пациента — пациент детского возраста от 0 до 18 лет, совместно пребывающий с родителями (законными представителями) во время проведения ему диагностических и лечебных мероприятий в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Обязательная составляющая модели	Описание составляющей
Клиническая ситуация	пациент находится в отделении реанимации и интенсивной терапии
Группа заболеваний	согласно МКБ-10
Профиль подразделения, медицинской организации	стационарный
Функциональное назначение подразделения, медицинской организации	лечебное

Описание методов, использованных для анализа доказательств.

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат

изучения влияет на уровень доказательности, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на «силу» вытекающих из нее рекомендаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, то есть по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

Таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Для оценки уровня доказательности использовались критерии Американской кардиологической ассоциации (см. выше).

Индикаторы надлежащей практики (Good Practice Points — GPPs)

Рекомендуемая надлежащая практика базируется на клиническом опыте членов экспертной группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

1. Внешняя экспертная оценка.
2. Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили

прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны анестезиологов-реаниматологов, педиатров, неонатологов и детских хирургов в отношении доходчивости изложения рекомендаций, как рабочего инструмента в повседневной практике.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев с точки зрения доступности изложенных рекомендаций с позиций населения.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, а изменения, вносимые в рекомендации в результате этого обсуждения, регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии 6–8 октября 2016 года на 6-й Межрегиональной научно-практической конференции «Безопасность в анестезиологии и интенсивной терапии у детей: актуальные вопросы и перспективные направления», организованной и проведенной НП «ОДАР» России.

Предварительная версия настоящих рекомендаций была выставлена на сайте НП «ОДАР» для их публичного профессионального обсуждения и совершенствования.

Проект рекомендаций также был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы,

которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

ОСНОВНЫЕ ДЕФИНИЦИИ

Семья (законные представители, родственники, близкие, помощники по уходу) — группа лиц, имеющая постоянные правовые отношения, родственные и/или эмоциональные связи с пациентом. В данном случае термин «семья» понимается в широком аспекте, как группа близких пациенту людей, которые ему приятны в общении и от которых он хотел бы получать поддержку и помощь. Каждый конкретный пациент сам решает, кто является членом его семьи.

Лечащая бригада в рамках семейно-ориентированного подхода — это совокупность лиц, включающая медицинских работников, оказывающих помощь больному, самого пациента, его семью и других его помощников, от которых во многом зависит качество лечения и безопасность пациента.

Посетители — это лица, навещающие пациента и/или его семью, но не принимающие участие в уходе за пациентом и решении вопросов его пребывания в лечебном учреждении, и в частности в ОРИТ. В некоторых случаях из категории посетителей лица, навещающие пациента, могут переходить в категорию семьи, и наоборот. Посетителями могут быть и родственники.

МИФЫ И ФАКТЫ О СОВМЕСТНОМ ПРЕБЫВАНИИ ПАЦИЕНТА И ЕГО РОДСТВЕННИКОВ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) В ОРИТ

Изоляция пациентов от близких в тот момент, когда они наиболее уязвимы, значительно повышает риск врачебной ошибки, причинения эмоционального ущерба больному и его близким, непоследовательных действий медицинского персонала и нецелесообразного увеличения медицинских расходов [1, 2]. В ходе госпитализации члены семьи и другие помощники пациента могут оказать бесценную помощь, так как они наиболее тонко чувствуют любые изменения в состоянии пациента, в отличие от медицинского персонала [4].

Посещение пациентов в интенсивной терапии не связано с увеличением распространения инфекционных заболеваний [11]. При этом в ряде случаев отмечали снижение общего уровня инфекций, после того как родным было разрешено находиться рядом с пациентом [12]. В тех случаях, когда пациент сам определял частоту и продолжительность посещений, в отделениях интенсивной терапии не было выявлено увеличения септических осложнений, а у пациентов с ограничением времени посещения в два раза возросли риски серьезных сердечно-сосудистых осложнений [13]. В значительной мере при совместном нахождении с пациентом его близких сокращалось число случайных травм [14]. В проведенном исследовании [15] показано, что присутствие членов семьи на процедуре сердечно-легочной реанимации не создавало дополнительного стресса для медицинского персонала и не увеличивало продолжительность процедуры. Их присутствие не сказалось на числе успешных процедур реанимации. Семьи ни в одном из случаев не подали иски в суд. В то же время у членов семей, не присутствовавших на процедуре сердечно-легочной реанимации, вероятность появления симптомов посттравматического стрессового расстройства возрастает на 60%. Они также больше подвержены тревожности и депрессии.

Опрос младших медработников позволил прийти к выводу, что те из них, кто приглашал членов семьи присутствовать при реанимации, ощутили больший положительный эффект и снижение рисков [16].

СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ

Новое направление в организации системы оказания медицинской помощи выстраивается на принципах семейно-ориентированного подхода, направленного на планирование, реализацию и оценку услуг здравоохранения, на базе взаимовыгодного партнерства между медицинским сообществом, пациентами и семьями пациентов.

Ключевая роль при семейно-ориентированном подходе в обеспечении здоровья и благополучия младенцев, детей, подростков и членов семьи любого возраста при их нахождении в лечебном учреждении отводится семье. При этом эмоциональная и социальная поддержка пациента, помощь в лечебном процессе, в уходе за больным являются составными частями заботы о здоровье. Они способствуют здоровью и благополучию каждой личности индивидуально и семьи в целом, сохраняя за ними право на достоинство и контроль ситуации.

Здравоохранение, ориентированное на пациента и семью, — это подход, который определяет политики, программы, дизайн учреждений и характер повседневного взаимодействия персонала с больными. Он ведет к достижению лучших результатов с точки зрения охраны здоровья, более рациональному использованию имеющихся ресурсов и большей удовлетворенности пациента и семьи.

В идеологии семейно-ориентированного подхода незыблемо право дееспособного пациента лично принимать решения по поводу своего лечения, общения с родственниками и иными лицами, заинтересованными в его судьбе. В педиатрии, особенно по отношению к младенцам и маленьким детям, члены семьи (лица, принимающие участие в судьбе ребенка) определяются родителями или опекунами пациента (законными представителями).

В силу глубокого влияния на здоровье и благополучие пациентов семьи следует рассматривать в качестве союзников в деле улучшения качества и повышения безопасности оказания медицинской помощи. Большинство пациентов имеют тесные отношения с семьей и/или иными членами общества, социальными сетями, оказывающими им поддержку, что, несомненно, должно в рамках системы здравоохранения постоянно поддерживаться.

Нередко пациенты становятся в значительной мере зависимы от стационарного лечения и от системы здравоохранения в целом, при этом возрастает их привязанность к семье и другим источникам поддержки. Особенно это относится к категории детей периода новорожденности, младенчества, дошкольного и младшего школьного возраста, пациентам с хроническими заболеваниями.

При этом подход, ориентированный на пациента и семью, позволяет исключить важный фактор риска — социальную изоляцию.

Больницы, клиники и другие учреждения здравоохранения, которые придерживаются подхода, ориентированного на пациента и семью, разрабатывают политики, программы и практические методы в сотрудничестве с пациентами и семьями, что способствует усилению присутствия и участия семей.

В настоящее время семейно-ориентированный подход в оказании медицинской помощи пациентам предусматривает не только выстраивание партнерских отношений между пациентами, семьями и медицинским сообществом, но и вовлечение пациента и семьи в качестве консультантов и экспертов по вопросам качества и безопасности на уровне разработки программ и политик.

Ориентированный на пациента и семью подход, безусловно, требует затрат времени для выстраивания отношений, приобретения необходимых знаний и навыков, которые впоследствии будут возмещены с избытком. Когда администраторы, клиницисты, пациенты и представители пациентов (их семьи/опекуны) имеют общее представление о том, что каждый из них может привнести в процесс лечения, и уважают вклад каждой стороны, то основа для продуктивного сотрудничества готова. С общими приоритетами и целями не будет необходимости тратить время впустую на повторяющиеся, неэффективные или контрпродуктивные действия. Кроме того, значительно снизится вероятность недоразумений, неудовлетворенности и медицинских ошибок.

Семейно-ориентированный подход в оказании медицинской помощи пациенту не является материально затратным, поскольку он в основном требует просто изменений в установках и подходах ведения пациентов, посредством улучшения качества и эффективности коммуникаций между сторонами лечебного процесса. Как результат, устраняются многие проблемы, а с теми, что возникают, удастся справиться до того, как они выйдут из-под контроля. Незначительные расходы на обучение персонала коммуникативным

навыкам с лихвой окупаются предупреждением в дальнейшем неудачных результатов общения, потери доверия, которые могут приводить к ухудшению морального и физического здоровья пациента, потраченным впустую ресурсам, злоупотреблению служебным положением. Затраты, связанные с необходимостью создания условий для присутствия семьи и обеспечения права пациента и его семьи на частное пространство, быстро окупаются за счет снижения инфицирования, повышения степени удовлетворенности пациентов и персонала, повышения рейтингов лечебного учреждения. Благоприятная для семей среда оказывает поддерживающее влияние и на персонал, тем самым повышая степень его удовлетворенности и привязанности к работе.

В основе семейно-ориентированного подхода к лечению и уходу за ребенком лежит убежденность в том, что только совместные усилия медицинских работников и семьи могут удовлетворить все его потребности. Наилучших терапевтических результатов можно достичь только тогда, когда родственники пациента и врачи работают сообща и раз за разом полагаются на опыт и знания друг друга. Семейно-ориентированное лечение предполагает неизменное стремление учесть потребности и предпочтения каждой семьи.

Лечебное учреждение, где семья пациента воспринимается не как простые посетители, а неотъемлемая часть команды по уходу за пациентом, заведомо имеет преференции по управлению рисками, предупреждению ошибок, снижению количества неудач в получаемых исходах медицинской помощи пациентам [17]. Признание важной роли членов семьи в уходе за пациентом, активное вовлечение их в это участие [18, 19], предоставление пациенту права выбирать человека, которого будут без каких-либо ограничений допускать к нему для оказания поддержки [5], положительно сказываются на пациенте и на результатах лечения. Результаты иллюстрируют положительный эффект с точки зрения степени удовлетворенности персонала, поддержки связи с семьями, их привлечения к согласованию назначения и введения лекарств, планированию выписки и ухода после выписки [20, 21].

Пациенты и их семьи могут играть ключевую роль в предупреждении врачебных ошибок и сокращении нанесения непреднамеренного ущерба здоровью как при непосредственном общении с медицинским персоналом в процессе нахождения в лечебном учреждении, так и через систему комитетов по обеспечению качества и безопасности лечения [22]. Среди прочего признается, что сотрудничество с пациентами и их семьями представляет собой разумную бизнес-стратегию [23].

ПРИНЦИПЫ СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ

- **Взаимодействие** — приглашение пациентов и их родственников к разработке правил и программ и их оценке совместно с медицинским персоналом.
- **Достоинство и уважение** — выслушивание и признание значимости мнений и решений пациента и его семьи, а также планирование и осуществление медицинской помощи с учетом семейных ценностей, знаний и культурных традиций пациента и его родственников.
- **Обмен информацией** — эффективная коммуникация с пациентами и их семьями, а также предоставление им полной и объективной информации. Пациенты и их семьи получают достоверные и исчерпывающие сведения и, таким образом, имеют возможность участвовать в процессе лечения и принятия решений.
- **Вовлеченность** — поощрение участия пациентов и их семей в лечебном процессе и принятии решений на выбранном ими уровне.

Для корректирования курса лечения, внедрения и совершенствования лучших практик и методов лечения требуется обсуждать с пациентами и их родственниками все стороны складывающейся ситуации — как положительные, так и отрицательные. В этом случае общение между медицинским персоналом, пациентами и их семьями становится открытым и честным, что помогает пациенту и его семье накопить необходимый медицинский опыт и в дальнейшем более терпимо и адекватно воспринимать любую информацию в отношении состояния здоровья больного.

Пациент и его семья, воспринимаемые системой здравоохранения как союзники в деле сохранения жизни и здоровья пациента, несомненно, будут выступать движущей силой в повышении качества и безопасности медицинской помощи. Значимость такого союза, сила этой системы — взаимодействие в обмене информацией, знаниями между семьями и медицинскими работниками, что позволяет принимать более взвешенные и обоснованные решения при назначении и выполнении диагностических и лечебных мероприятий.

При взаимном понимании происходящего родственники ребенка и сам ребенок будут активнее и согласованнее участвовать в лечебном процессе, осознавая возможности и исходы этих возможностей.

ПОЛИТИКА И ВНУТРЕННИЕ ПРАВИЛА ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) С ДЕТЬМИ В ОРИТ

В отделении реанимации и интенсивной терапии при семейно-ориентированном подходе политика в отношении родителей ребенка выстраивается с признания в родителях своих полноправных коллег. Присутствие родителей у постели ребенка во время медицинских процедур/интенсивной терапии должно поддерживаться медицинским персоналом во всех ситуациях, когда это возможно.

Политика

Нижеследующие положения могут меняться в зависимости от индивидуальных потребностей и предпочтений каждого пациента, а также от непредвиденных или особых обстоятельств, и нацелены на обеспечение безопасности пациентов, семей и сотрудников больницы.

1. Представители семьи (помощники по уходу) могут посещать больницу круглосуточно в зависимости от предпочтений пациента.

2. Перед началом амбулаторного или стационарного лечения, а также при нахождении в реанимационном отделении каждый пациент или его представитель:
 - a. Должен быть проинформирован о правилах посещения пациента, а именно: о праве принимать представителей его семьи, которых он пригласил, а также о праве отказать в посещении в любое время; об ограничениях в посещении (одновременно с информированием о праве на посещения). Эта информация должна быть предоставлена в письменной форме, по возможности перед началом лечения.
 - b. Обязан предоставить информацию о назначенном представителе пациента на основе письменного или устного заявления, либо согласно имеющимся документам, юридически определяющим право представлять интересы пациента.
3. Сотрудники больницы вместе с семьей и пациентом определяют лицо/лица, которые могут присутствовать во время врачебных обходов, пересмены врачей и отчета о состоянии пациента, осмотров, процедур, получать информацию о пациенте.
 - a. Пациенты могут в любое время изменять предпочтения относительно посещения.
4. В случае, если пациент не может говорить и представлять свои интересы или по другим причинам не в состоянии определить свою семью, или в случае отсутствия близкого человека, сотрудники больницы самостоятельно принимают соответствующие решения в зависимости от обстоятельств. Принимая во внимание широкое толкование понятия «семья»/«помощник по уходу», сотрудники больницы могут принимать любых лиц, прибывших вместе с пациентом и представляющих его интересы в рамках существующих норм и правил и в соответствии с семейно-ориентированным подходом. Решения о присутствии семьи/помощников по уходу, принятые в неотложных ситуациях, затем могут быть пересмотрены.
5. Участие и поддержка со стороны семьи/помощников по уходу за пациентом поощряется всеми сотрудниками и врачами больницы. Признается важная роль семьи в обеспечении безопасности, комфорта, физического и психологического благо-

получия пациента, а также в содействии процессу выздоровления.

6. Медсестры и другие участники лечашей бригады предоставляют консультации пациентам и семьям/помощникам по уходу по следующим вопросам:
 - а. Как совместными усилиями обеспечить безопасность и проследить за качеством лечения.
 - б. Как участвовать в лечении, планировании лечения, принятии решений, как оказывать поддержку пациенту во время стационарного лечения, транспортировки домой и в центр по уходу за пациентами.
 - в. Как обеспечить уединение и уважение нужд других больных и их семей, которые находятся рядом или в одной палате с пациентом.
7. Пациенты, семьи, медсестры и другие участники лечашей бригады вправе предложить пересмотреть или изменить порядок присутствия и вовлеченности семей пациентов.
8. Количество человек, одновременно посещающих пациента в его палате, определяется вместе с пациентом и его семьей. В случае совместного пребывания пациентов в одной палате, в обсуждении принимает участие второй пациент, его семья/помощники по уходу. В целях безопасности при обсуждении допустимого количества посетителей следует учитывать размеры палаты пациентов.
9. Посещение пациентов детьми:
 - а. Дети до 14 лет могут посещать пациента в сопровождении взрослого, при этом сам пациент таким сопровождающим лицом быть не может. Ограничений по возрасту для детей не имеется.
 - б. Дети должны быть соответствующим образом подготовлены к больничной атмосфере и болезни пациента.
 - в. При посещении пациента ребенком за последним следует наблюдать для обеспечения безопасности и комфорта пациента и приобретения соответствующего возрасту ребенка положительного опыта общения с пациентом.

10. Семьи могут назначить своего представителя для налаживания эффективной коммуникации между многочисленными членами семьи и сотрудниками больницы.
11. Агрессивное поведение и несоблюдение техники безопасности членами семьи или посетителями неприемлемы; в случае возникновения таких ситуаций незамедлительно предпринимаются меры по их предупреждению и устранению. Членам семьи или посетителям пациента в таких случаях предлагается покинуть помещение, где находится больной, либо даже территорию больницы в случае, если их поведение агрессивно и/или мешает лечению или комфорту других пациентов, посетителей или сотрудников. В случае нарушения общественного порядка должна быть задействована служба внутренней безопасности и/или привлечены государственные структуры правопорядка (полиция).
12. Семья/помощники и любой посетитель пациента не должны иметь инфекционных заболеваний и должны соблюдать санитарно-эпидемиологический режим больницы.
13. От посетителей и членов семей пациентов в целях обеспечения безопасности и защиты пациентов требуется соблюдение правил личной гигиены: до и после посещения палаты необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим средством на спиртовой основе.
14. Если в связи со вспышкой инфекционного заболевания требуется ввести ограничения в целях защиты здоровья людей, сотрудники больницы должны обсудить это с пациентом и его семьей и обеспечить по возможности некоторым членам семьи посещение пациента для обеспечения его безопасности и моральной поддержки.
15. Члены семей, которые плохо себя чувствуют, страдают инфекционными заболеваниями, демонстрируют симптомы респираторного заболевания или гриппа, должны воздержаться от посещения больницы. В этом случае связь членов семьи с пациентом обеспечивается при помощи доступных технических средств (например, телефон, интернет и др.).

16. Присутствие в палате нетрадиционных посетителей (например, домашних питомцев или животных, используемых в рамках зоотерапии) должно быть заблаговременно согласовано с медицинским персоналом.
17. Случаи возможного ограничения права на посещение пациента во время процедур:
 - Желание пациента побыть в одиночестве во время процедур.
 - Вероятность того, что посетителю будут детально видны все манипуляции и процедуры, проводимые для лечения пациента, чего не желает пациент.
 - Малые габариты палаты пациента.
 - Требования к соблюдению стерильных условий, в которых посторонние лица могут вызвать риск распространения инфекции.
 - Любое постановление суда, ограничивающее контакт с посетителем.
 - Поведение, представляющее непосредственный риск или угрозу для пациента, сотрудников больницы или иных лиц в ближайшем окружении.
 - Обоснованные ограничения в количестве одновременно присутствующих посетителей.
 - Риск заражения инфекцией от посетителя.
 - Меры предосторожности при возникновении экстренных ситуаций, таких как пандемия или эпидемия.
 - Протокол лечения пациента от алкогольной или наркотической зависимости, предусматривающий ограничение посещений пациента.
 - Необходимость в уединении или отдыхе другого лица, находящегося в одной палате с пациентом.
 - Необходимость пациента в уединении или отдыхе.
18. Этический комитет лечебного учреждения с привлечением пациентов, членов их семей и представителей соответствующих отделений обеспечивает выполнение и мониторинг настоящих положений, а также дает им оценку.

Внутренние правила

1. Принципы и порядок посещения пациентов, включая необходимые и разумные с клинической точки зрения ограничения в порядке посещения, фиксируются в письменной форме.
2. Каждый пациент или его представитель должен быть проинформирован о правилах посещения пациентов — иметь право принимать члена семьи и посетителей, которых он пригласил, а также право отказать им в посещении в любое время. В дополнение к этому администрация больницы должна сообщать пациенту об ограничениях в посещении. Уведомление об ограничении в посещении пациентов должно быть составлено в письменной форме и передано пациенту по возможности перед началом лечения.
3. Не допускается отказ или ограничения в праве на посещение на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национальности, религиозной принадлежности, пола, гендерной принадлежности, сексуальной ориентации, недееспособности.
4. Все представители семьи пациента и близкие ему люди имеют полное право посетить его в соответствии с его предпочтениями.
5. Ограничения в посещении больницы должны быть разумно обоснованными или клинически необходимыми в соответствующих медицинских условиях, принимая во внимание все аспекты состояния здоровья и безопасности пациентов, включая любые отрицательные воздействия, которые пациенты, посетители и сотрудники могут оказать на других пациентов больницы, или ситуации, в которых поведение посетителей несет непосредственный риск или составляет угрозу пациентам, семьям, сотрудникам или ближайшему окружению, или наносит ущерб нормальному функционированию палаты пациента.
6. Посетителей следует ознакомить с внутренними правилами лечебного учреждения.

Критерии допуска родителей к присутствию при медицинском вмешательстве/интенсивной терапии, от которых зависит жизнь ребенка в условиях ОРИТ:

Врач, медсестра и другой медицинский персонал должны, применяя профессиональный подход, прийти к единому мнению о том, что присутствие родителей у постели ребенка не повлияет на ход или исход предстоящей медицинской процедуры. Если в любой момент будет решено, что присутствие родителей может негативно повлиять на исход медицинского вмешательства/интенсивной терапии, проводимой врачом и/или медицинской сестрой, родителям следует предложить покинуть помещение.

Если лечащий персонал полагает, что семье необходим личный помощник (медицинский работник), то руководитель структурного подразделения (старшая медсестра, заведующий отделением) может назначить кого-либо из медицинского персонала для оказания помощи родителям во время медицинского вмешательства и после него.

Присутствие одного или обоих родителей в ходе медицинского вмешательства/интенсивной терапии, проводимых врачом и/или медицинской сестрой, возможно, если они выразили такое желание, при условии, что были соблюдены указанные выше критерии 1 и 2.

Если при соблюдении вышеуказанных критериев один или оба родителя при медицинском вмешательстве/интенсивной терапии не смогли справиться с эмоциями и/или стали мешать работе медицинского персонала, то медицинский работник (их личный помощник) или кто-то из медицинского персонала должны проводить их за пределы помещения, где выполняется интенсивная терапия. В дальнейшем родителей постоянно информируют медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь их пациенту.

Рекомендации для медицинского персонала по общению с родителями (законными представителями) пациента при организации их совместного пребывания в ОРИТ

- **Представьте** пациенту, членам семьи и друзьям, указанным в качестве помощников. Объясните, что будете работать **ВМЕСТЕ**, одной **КОМАНДОЙ**, и что участие и мнение каждого из вас имеют особое значение.
- **При первой возможности** выясните у пациента и его помощника, каким образом они хотят принимать участие в уходе и принятии решений. Обсудите наилучшие способы такого участия.
- **Убедите** помощников в ценности их знаний о пациенте, так как именно они знают его лучше всех. Сообщите, что персоналу поможет информация о состоянии пациента, и подскажите, когда, где и как можно поделиться этими наблюдениями. Такая информация повышает качество медицинского ухода и безопасность пациента.
- **Не сомневайтесь** в том, что вы и помощники разделяете одни и те же цели — обеспечить наилучший уход за пациентом и его комфорт.
- **Поддерживайте** отношения с пациентом и помощниками. Регулярно общайтесь на тему вашей **СОВМЕСТНОЙ** работы.
- **Поощряйте** участие пациента и помощников в общей работе, особенно при необходимости принять решение о переводе в другое отделение, выписке домой или в социальное учреждение.
- **Обсудите** и согласуйте вопросы ухода и планы после выписки с учетом предпочтений, ценностей и задач пациента и помощников.
- **Поддерживайте** помощников в их роли членов **КОМАНДЫ**. Предоставьте им рекомендации по их совместному пребыванию с пациентом в ОРИТ.

Рекомендации для семьи (законных представителей) пациента при их совместном пребывании в ОРИТ

Как член семьи или друг, которого пациент обозначает как помощника по уходу, вы являетесь неотъемлемым членом лечащей БРИГАДЫ вместе с пациентом, врачами, медсестрами и другим персоналом. Ваше участие будет способствовать улучшению качества ухода, безопасности и результатов лечения. Вы играете важную роль, являясь представителем, защитником интересов пациента и его сторонником, особенно если ваш любимый человек или друг, оказавшись в больнице, слишком болен или подавлен, чтобы заявлять о своих интересах.

Доверяйте своим знаниям и интуиции, когда речь идет о ценностях, быте и истории болезни ваших близких. Ваше участие будет зависеть от пожеланий и потребностей пациента, и ваша роль будет меняться в зависимости от ситуации.

В работе ВМЕСТЕ с лечащей бригадой руководствуйтесь следующими принципами:

- **Обсуждайте** свою роль с близким человеком. Представьтесь сотрудникам и расскажите, кем вы приходите пациенту и как вы хотели бы участвовать в уходе за ним.
- **Наблюдайте** за изменениями (физическими, поведенческими, эмоциональными) у пациента и сообщайте о них медицинским работникам.
- **Спрашивайте** медицинских работников о том, какие результаты наблюдений они хотели бы регулярно от вас получать.
- **Собирайте** полезную информацию (лекарства, которые принимает больной, историю болезни, лечение в других медицинских учреждениях, а также страхование) и предоставляйте все сведения в больницу.
- **Присутствуйте**, по возможности, на встречах, где будет обсуждаться новая информация и необходимо принимать решение. Старайтесь подкорректировать свой график с учетом визитов в больницу. Пусть сотрудники знают, как с вами связаться,

и убедитесь, что вы знаете, к кому обратиться за информацией, когда вы не находитесь возле пациента.

- **Сообщайте** персоналу, если у вас есть какие-либо опасения по поводу состояния или безопасности больного, или если вы чувствуете себя неуютно, потому что «просто ощущаете что-то не то».
- **Помогайте** принимать решения об уходе и лечении. Будьте «запасными глазами и ушами» для пациента. Задавайте вопросы и записывайте информацию. Помогайте вашему близкому человеку участвовать в принятии решений в той степени, в какой он посчитает нужным.
- **Заручитесь** помощью сотрудников, с которыми вам комфортно, чтобы они могли поддержать вас и вашего близкого, когда вы участвуете в уходе и принятии решений.
- **Подготовьтесь** к переходу к домашнему или совместному уходу. Прежде чем покинуть больницу, убедитесь в том, что вы получили ответы на свои вопросы и вопросы пациента. Выясните, что будет необходимо делать по возвращении домой (лекарства, лечение, оборудование, последующие встречи) и о каких изменениях в состоянии пациента необходимо сообщать медицинским работникам.

Список литературы

1. Cacioppo J. T., Hawkley L. C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), S39-S52.
2. Clark P. A., Drain M., & Malone M. P. (2003). Addressing patients' emotional and spiritual needs. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(12), 659-70.
3. Ehlenbach W. J., Hough C. L., Crane P. K., Haneuse S. J., Carson S. S., Curtis J. R., & Larson E. B. (2010). Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *JAMA*, 303(8), 763-770.
4. Liu V., Read J. L., Scruth E., & Cheng E. (2013). Visitation policies and practices in US ICUs. *Critical Care*, 17(2), R71.
5. American Association of Critical-Care Nurses (2011). AACN practice alert: Family presence: Visitation in the adult ICU. Retrieved from <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/family-visitation-adult-icu-practicealert.pdf>.
6. New Yorkers for Patient & Family Empowerment and the New York Public Interest Research Group (2012, August). Sick, scared and separated from loved ones. A report on NYS hospital visiting policies and how patient centered approaches can promote wellness and safer healthcare. New York: New Yorkers for Patient & Family Empowerment, New York Public Interest Research Group. Retrieved from <http://www.nypirg.org/patientandfamily/default.html>.
7. Health Research & Educational Trust (2013). Patient and Family Engagement Survey. Unpublished raw data.
8. U. S. Department of Health and Human Services (2014). New HHS data shows major strides made in patient safety. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://innovation.cms.gov/Files/reports/patient-safety-results.pdf>.
9. Williams M. A. (2005). The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: A naturalistic inquiry. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 6-14.
10. McAdam J. L., Arai S., & Puntillo K. A. (2008). Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 34(6), 1097-1101.
11. Adams S., Herrera A., Miller L., & Soto R. (2011). Visitation in the intensive care unit: Impact on infection prevention and control. *Critical Care Nursing Quarterly*, 34(1), 3-10.
12. Bishop S. M., Walker M. D., & Spivak I. M. (2013). Family presence in the adult burn intensive care during dressing changes. *Critical Care Nurse*, 33(1), 14-23. 6917 Arlington Road • Suite 309 • Bethesda, MD 20814 • 301-652-0281 • www.ipfcc.org
13. Fumagalli S., Boncinelli L., Lo Nostro A., Valoti P., Baldereschi G., Di Bari M., Marchionni N. (2006). Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: Results from a pilot, randomized trial. *Circulation*, 113, 946-952.
14. DuPree E., Fritz-Campiz A., & Musheno D. (2014). A new approach to preventing falls with injuries. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(2), 99-102.
15. Jabre P., Belpomme V., Azoulay E., Jacob L., Bertrand L., Lapostolle F., ... Adnet F. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *New England Journal of Medicine*, 368, 1008-1018.
16. Twibell R. S., Siela D., Riwitis C., Wheatley J., Riegle T., Bousman D., Neal A. (2008). Nurses' perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 17(2), 101-112.
17. Mitchell J. L., President, American Society for Healthcare Risk Management, Personal communication, June 5, 2014.
18. Davidson J. E., Powers K., Hedayat K. M., Tieszen M., Kon A. A., Shepard E., Armstrong D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622.
19. American Institutes for Research (2012, May). Guide to patient and family engagement: Environmental scan report. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/ptfamilyscan/index.html>.
20. The Joint Commission (2010). Advancing effective communication, cultural competence, and patient family-centered care: A roadmap for hospitals. Retrieved from http://www.jointcommission.org/Advancing_Effective_Communication.
21. Levine C., Halper D. E., Rutberg J., L., & Gould D. A. (2013). Engaging family caregivers as partners in transitions: TC—QuIC: A quality improvement collaborative. New York: United Hospital Fund.
22. The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute (2014). Safety is personal: Partnering with patients and families for the safest care.

- Report of the Roundtable on Consumer Engagement in Patient Safety. Boston, MA: National Patient Safety Foundation.
23. Johnson B. H., & Abraham M. R. (2012). Partnering with patients, residents, and families: A resource for leaders of hospitals, ambulatory care settings, and long-term care communities. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care.
 24. American Academy of Family Physicians (2009). Definition of family (policy statement). Leawood, KS: Author. Retrieved from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/familydefinitionof.html>.
 25. Institute for Patient- and Family-Centered Care (2011). Changing Hospital "Visiting" Policies and Practices: Supporting Family Presence and Participation. Bethesda, MD: Author.
 26. Johnson B., Abraham M., Conway J., Simmons L., Edgman-Levitan S., Sodomka P., Schlucter J., & Ford D. (2008). Partnering with patients and families to design a patient- and family-centered health care system: Recommendations and promising practices. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care.
 27. Leape L., Berwick D., Clancy C., Conway J., Gluck P., Guest J. et al. (2009). Transforming healthcare: A safety imperative. *Quality and Safety in Health Care*, 18, 424-428.
 28. Smith L., Medves J., Harrison M., Tranmer J., & Waytuck B. (2008). The impact of hospital visiting hour policies on pediatric and adult patients and their visitors. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 7(2), 38-79.
 29. http://www.dukechildrens.org/patient_and_visitor/visiting_a_patient.
 30. <http://www.ipfcc.org/advance/topics/Kingston-Family-Presence-Policy.pdf>.
 31. <http://www.ipfcc.org/advance/topics/Bakersfield-Hospital-Visitation-Rights-of-Patients.pdf>.
 32. «Памятка для родителей/опекунов». Разработана в Федеральном научно-клиническом центре детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева.
 33. <http://www.ipfcc.org/faq.html>.
 34. Институт пациент-ориентированного и семейно-ориентированного подхода в здравоохранении http://www.ipfcc.org/advance/topics/IPFCC_Better_Together_Staff_Pocket_Screen.pdf.

Приложение 1

Памятка для семьи (законных представителей) по совместному пребыванию с ребенком в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)

Уважаемые родители/опекуны,

ваш ребенок поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии для лечения и наблюдения. Наше отделение следует политике семейно-ориентированного подхода к организации совместного пребывания пациентов и их родителей/опекунов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Мы понимаем, сколь важна роль посещения родными и близкими больного ребенка в его выздоровлении и восстановлении. Сотрудники больницы постараются обеспечить комфортные условия и поддержку вашему ребенку и его семье (родителям, друзьям) в период госпитализации, а также просим вас проводить как можно больше времени с вашим ребенком, когда он находится в больнице.

Семья, родители, друзья, близкие могут посещать ребенка, получающего лечение, в дни и часы, установленные внутренним распорядком нашего учреждения и конкретным отделением, где в данный момент находится ваш ребенок.

Пребывание родителей/опекунов в ОРИТ, ввиду специфики проводимого лечения, не должно мешать или затруднять работу персонала.

Просим вас обращаться к дежурным медсестре/медбрата или врачу всегда, как только у вас будут вопросы в отношении вашего ребенка, находящегося в отделении. Однако мы призываем вас задавать их таким образом и тогда, когда это не будет мешать проведению лечебных мероприятий и уходу персонала за пациентами нашего отделения.

Чтобы наше общение и взаимодействие носило продуктивный характер, предлагаем вам ознакомиться с политикой отделения по семейно-ориентированному подходу в оказании медицинской помощи пациентам нашего отделения, с правилами и обязанностями пациента и его семьи (родителей/опекунов/близких).

Права пациента и его семьи

- Выбрать родственника или представителя по своему усмотрению, а также лечащего врача пациента, решив этот вопрос с руководителем лечебного учреждения.
- Получать медицинскую помощь с вниманием и уважением независимо от национальности, религиозной принадлежности, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентификации, культурной принадлежности, экономического статуса, образования или вида заболевания пациента и/или его родственников.
- Знать имена врачей и медсестер вашего ребенка и роль, которую они играют в уходе за вашим ребенком.
- Получать от лечащего врача понятными для вас словами информацию о заболевании вашего ребенка, лечении и перспективах выздоровления.
- Получать информацию в достаточном для вас объеме для того, чтобы дать или не дать согласие на любое предлагаемое лечение.
- Активно участвовать в принятии решений о медицинской помощи для вашего ребенка, в том числе в планировании и оказании помощи, включающей в себя обезболивание в соответствующих случаях.
- Принимать обоснованное решение об оказании помощи, в том числе в пределах, разрешенных законом, отказаться от оказания помощи.
- На неприкосновенность частной жизни при оказании медицинской помощи и лечении; это включает в себя право быть информированным, почему люди, непосредственно не участвующие в уходе за вашим ребенком, присутствуют, когда проводится лечение или обсуждается заболевание вашего ребенка, и на неприкосновенность частной жизни в целом.
- Получать помощь в безопасной обстановке, свободной от любых форм жестокого обращения или притеснений.
- На соблюдение конфиденциальности любой информации и документов, касающихся лечения, которые были получены в лечебном учреждении; иметь доступ к информации, содержащейся в медицинских записях, в установленное для этого

время в соответствии с правилами и внутренним распорядком в лечебном учреждении.

- Быть осведомленным в случае, если лечебное учреждение считает, что для обеспечения лечения для вашего ребенка необходимо обратиться в суд.
- Получать четкие объяснения результатов любого лечения или процедур, когда результаты значительно отличаются от ожидаемых.
- Рассчитывать на ответ на любую разумную просьбу о помощи в удовлетворении потребностей.
- Забрать ребенка из больницы, даже если врачи советуют вам этого не делать, если это не противоречит закону; при этом вам будет необходимо подписать форму, которая снимает с лечебного учреждения ответственность за здоровье ребенка.
- Знать о любых контактах лечебного учреждения с другими учреждениями в той мере, в которой это касается лечения вашего ребенка.
- Согласиться или отказаться от участия вашего ребенка в каком-либо научно-исследовательском проекте.
- Знать о дальнейших потребностях вашего ребенка в оказании медицинской помощи после перевода из ОРИТ в другое отделение или лечебное учреждение.

Правила пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии**Обеспечение безопасности**

- В контроле состояния и в лечении вашего ребенка используются различные технические устройства, приборы, принадлежности, функционирование которых может вызывать у вас тревогу и беспокойство. Однако вам ни в коем случае не следует вмешиваться в работу этих устройств, чтобы не навредить вашему ребенку, лучше обратитесь к медицинскому персоналу за разъяснениями.
- В общении со своим ребенком вы можете разговаривать с ним, прикасаться к нему (за исключением тех случаев, о которых вас предупредит врач), но не мешать ему спать. Периоды отдыха очень важны для восстановления и лечения.

- Если вы отходите от кровати ребенка, не забудьте установить кроватные бортики-ограничители.
- Использование личных электроприборов регламентируется внутренними правилами лечебного учреждения в рамках технической и пожарной безопасности (уточните это в отделении, где находится ваш ребенок).
- Любые вещи, продукты и иные предметы, которые вы хотели бы и предполагаете принести в отделение, должны быть согласованы с медицинским персоналом (заведующий отделением, старшая медсестра, дежурный врач или дежурная медсестра).
- Для предупреждения инфицирования детей, находящихся в отделении, вам следует соблюдать нормы инфекционной безопасности, о которых расскажут сотрудники отделения.
- Прежде чем идти к вашему ребенку, тщательно мойте и дезинфицируйте руки: при входе и выходе из палаты, перед едой, после использования туалета, после кашля или чихания, при видимом загрязнении; ювелирные изделия на руках предпочтительнее снять. Не рекомендуется использование накладных ногтей.
 - Для очистки рук намочите их чистой, проточной водой, тщательно намыльте, в том числе между пальцами и под ногтями, потрите в течение 15–20 секунд. Затем промойте и высушите чистым полотенцем. Если мыло и вода недоступны, используйте дезинфицирующие салфетки для рук на спиртовой основе, пену или гель, которые вы можете найти в больнице во многих местах. Дезинфицирующие средства для рук могут быстро уменьшить количество микробов на руках в некоторых случаях, но они не устраняют все виды микробов. Они менее эффективны, когда руки сильно испачканы грязью или жиром.
 - При дезинфекции рук нанесите средство на ладонь одной руки (прочитайте этикетку, чтобы узнать нужное количество) и затем, охватывая всю поверхность рук и пальцев обеих рук, растирайте это средство до полного его высыхания.

- Напоминайте всем, кто приходит в палату вашего ребенка, чтобы они так же очищали и дезинфицировали руки, прежде чем проводить какие-либо манипуляции с вашим ребенком. Вы имеете право также напомнить об этом врачам и медсестрам.
- Если у вас простуда или другие инфекции, обязательно сообщите об этом врачу. В большинстве случаев это может быть опасно как для вашего ребенка, так и для находящихся рядом в отделении детей.
- Не садитесь на кровать ребенка, пользуйтесь стульями. Это позволит уменьшить риск инфицирования вашего ребенка.
- Категорически запрещается проводить какие-либо манипуляции в отделении с другими пациентами (давать еду, игрушки, книги и т. п.) без ведома медицинского персонала.
- Места для приема вами пищи, местонахождение санитарных комнат (туалет) для посетителей, для родителей/опекунов вы можете узнать у медицинского персонала отделения.
- Курить в ОРИТ и иных помещениях больницы согласно действующему законодательству запрещено.
- Запрещено проносить алкогольные напитки и незаконные наркотические средства в больницу и на прилегающую к ней территорию. При наличии алкогольной или наркотической зависимости у пациентов, их родителей или любых других посетителей, они могут обратиться за профессиональной медицинской помощью к медсестрам, врачам или социальным работникам.
- Запрещено проносить на территорию больницы оружие, в том числе огнестрельное и холодное.

Посещение ребенка

- Время посещения вашего ребенка и продолжительность нахождения уточните у сотрудников отделения.
- Вы должны быть готовы, что в наше отделение регулярно поступают и переводятся из него дети, транспортируются на различные исследования, а также получают разнообразные терапевтические процедуры. В связи с этим вы не всегда сможете находиться рядом со своим ребенком.

- Находясь в отделении, вам следует неукоснительно и незамедлительно выполнять указания медицинского персонала, связанные с их профессиональной деятельностью и безопасностью пациентов. Персонал отделения по вашей просьбе будет объяснять необходимость своих требований и их обоснованность, однако у него не всегда есть возможность сделать это сразу.
- Если обстоятельства сложатся так, что вы не сможете какое-то время находиться вместе с вашим ребенком, мы дадим вам знать по телефону, когда возможно возобновить посещения.
- Использование мобильных телефонов на территории отделения не разрешается.
- Вашу верхнюю одежду и одежду ребенка оставляйте в специально отведенных местах, о которых можно узнать у медицинского персонала отделения. После перевода ребенка из отделения реанимации вы сможете ее получить.
- Ценные вещи и документы храните у себя.
- Количество посетителей ограничено до одного человека на одного пациента одновременно. Вы можете меняться и посещать своего ребенка по очереди с другими членами семьи.
- Посещение пациента детьми в возрасте до 14 лет возможно только в сопровождении взрослого члена семьи после консультации с заведующим отделением.
- Если вы больны простудой или любым другим инфекционным заболеванием, оставайтесь дома до полного выздоровления. Это важно в целях безопасности вашего ребенка.
- Ваша поддержка ребенку важна, в каком бы состоянии он ни находился. Будьте вместе с ним как можно больше, общайтесь с ним (почитайте ему вслух книжку или что-то расскажите, разговаривайте с ним). Пожалуйста, не забывайте о себе, не забывайте питаться, не отказывайтесь от поддержки близких. Вам тоже необходимы силы.
- Чтобы ваш ребенок чувствовал себя в отделении более комфортно, после согласования с медперсоналом можно принести его любимые вещи (игрушки, книги, фотографии и т. п.). Возможно также принести плеер, радио с наушниками или

планшет, если ваш ребенок захочет послушать музыку, аудиокниги или посмотреть мультфильмы, фильмы.

- Мы просим вас не забывать об уважительном отношении к другим пациентам отделения, а также к нашим сотрудникам. *При нарушениях правил* пребывания в отделении, влекущих угрозу жизни пациентов отделения интенсивной терапии и реанимации, персонал отделения оставляет за собой *право временно отказать родителю в посещении отделения.*

Получение информации по телефону

- Вы можете уточнять состояние вашего ребенка по телефону у дежурных врачей.
- Если врач не сразу сможет вам ответить, это не означает, что будут плохие новости, пожалуйста, будьте терпеливы.
- Оставьте свой номер телефона, по которому мы сможем с вами связаться.

Психологическая помощь

- В нашем учреждении большое внимание уделяется психологическому состоянию пациентов и членов их семей. В помощь вам на протяжении всего периода лечения работает психологическая служба. Если вы и ваш ребенок еще не знакомы с психологом, вы можете договориться о встрече через любого из докторов или заведующего отделением.

Претензии и жалобы

Если вас что-то беспокоит и/или у вас есть жалобы, обратитесь, пожалуйста, непосредственно или по телефону:

к заведующему отделением тел. _____
 к заместителю руководителя учреждением
 по медицинской части тел. _____
 к руководителю учреждением тел. _____
 в орган управления здравоохранением,
 которому подведомственно учреждение тел. _____

С уважением,
 персонал отделения реанимации и интенсивной терапии

**Организация совместного пребывания ребенка
с родителями (законными представителями) в отделении
реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)**

Клинические рекомендации

Под редакцией В. В. Лазарева

Подписано в печать 24.10.2016.

Формат 60x90 1/16. Печать цифровая.

Бумага 90 г матовая мелованная. Усл. печ. л. 2,5.

Тираж 1000 экз.

Некоммерческое партнерство

«Объединение детских анестезиологов и реаниматологов» России

Адрес: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 1

Телефоны: +7 (495) 936 91 15, +7 (495) 936 90 65

Сайт: www.babyanesthesia.ru

E-mail: info@babyanesthesia.ru

Федеральное государственное бюджетное учреждение

Российская Детская Клиническая Больница

Министерства Здравоохранения России

Адрес: 119571, г. Москва, Ленинский проспект, д. 117

Телефоны: +7 (495) 936-90-45, +7 (495) 936-93-45

Сайт: www.rdkb.ru

E-mail: clinika@rdkb.ru

Благотворительный фонд развития

паллиативной помощи «Детский паллиатив»

Адрес: 127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 2/3.

Телефон: +7 (499) 704 37 35.

Сайт: www.rcpcf.ru

E-mail: info@rcpcf.ru

Благотворительный фонд развития паллиативной помощи

«Детский паллиатив» является членом:

Международной сети паллиативной помощи детям

International Children's Palliative Care Network (ICPCN)

Европейской ассоциации паллиативной помощи

European Association of Palliative Care (EAPC)

Российской ассоциации паллиативной медицины

Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи



Читайте и скачивайте бесплатно другие публикации БФ «Детский паллиатив» на сайте в разделе «Библиотека» <http://rcpcf.ru/biblioteka/>

1. Основы коммуникативных навыков для специалистов паллиативной помощи детям. *Новинка*
2. Вместе — можно. Сборник материалов по организации совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. *Новинка*
3. Реабилитация для пациентов с нарушениями дыхания и глотания.
4. Хартия прав умирающего ребенка (Триестская хартия).
5. Основы организации питания педиатрических паллиативных пациентов (пособие для врачей).
6. Вместе с мамой. Что делать, когда твой ребенок в реанимации?
7. Психологическая поддержка и игротерапия в детской паллиативной помощи.
8. Алгоритмы оценки и лечения боли у детей.
9. Как избежать осложнений неизлечимой болезни у ребенка.
10. Паллиативная помощь детям в России. Потребность, состояние, концепция развития.
11. Гастростома в паллиативной педиатрии: 20 вопросов и ответов по уходу и лечению осложнений.
12. Фармакотерапия персистирующей боли у детей и подростков и ее нормативно-правовое регулирование при оказании паллиативной помощи.
13. Паллиативная помощь детям в конце жизни.
14. Спинальная мышечная атрофия.
15. Горе и горевание в паллиативной помощи детям.
16. Справочник детских паллиативных служб России 2014.
17. Вместе или врозь? Совместное пребывание детей, нуждающихся в паллиативной помощи, и их родителей в отделениях реанимации и интенсивной терапии.
18. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП.
19. Как дальше быть, или Краткое пособие по уходу за стомами в помощь родителям особенных малышей и младшему и среднему медицинскому персоналу.
20. Паллиативная помощь детям — комплексный подход. Организационная модель мобильной службы паллиативной помощи детям.
21. Клинические рекомендации по паллиативной помощи детям.
22. Коммуникации с детьми и решение эмоциональных проблем в паллиативной помощи.
23. Основы организации питания педиатрических паллиативных пациентов.
24. Оценка и ведение болевого синдрома у детей.
25. Формуляр лекарственных средств в паллиативной педиатрии 2012.

Также вы можете ознакомиться с нашими вебинарами на канале фонда в YouTube: <https://www.youtube.com/user/DetPalliativ/videos> и курсом дистанционного образования «Основы паллиативной помощи детям» <http://rcpcf.ru/biblioteka/>

