

НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ РОССИИ»

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ  
«ДЕТСКИЙ ПАЛЛИАТИВ»

# ВМЕСТЕ – ЛУЧШЕ

**Рекомендации по организации работы персонала  
отделений реанимации и интенсивной терапии  
в обеспечении совместного пребывания детей  
с родителями**

*Учебно-методическое пособие*

---

Москва  
2018

НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ РОССИИ»  
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ  
«ДЕТСКИЙ ПАЛЛИАТИВ»

## **ВМЕСТЕ — ЛУЧШЕ**

**Рекомендации по организации работы персонала  
отделений реанимации и интенсивной терапии  
в обеспечении совместного пребывания детей  
с родителями**

***Учебно-методическое пособие***

**Москва  
2018**

УДК 616-08-039.75

ББК 53.5

В59

**Авторы-составители:**

*Вартанова К. А.* — канд. филолог. наук, директор Благотворительного фонда «Детский паллиатив»;

*Савва Н. Н.* — канд. мед. наук, доцент, главный врач БМЧУ «Детский хоспис Дом с маяком», доцент ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ, внештатный специалист по паллиативной помощи детям Департамента здравоохранения г. Москвы, директор по научно-методической работе Благотворительного фонда «Детский паллиатив»;

*Лазарев В. В.* — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ;

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

*Александрович Ю. С.* — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «СПГПМУ» МЗ РФ, президент НКО «Ассоциации детских анестезиологов-реаниматологов» России.

**В59    Вместе — лучше. Рекомендации по организации работы персонала отделений реанимации и интенсивной терапии в обеспечении совместного пребывания детей с родителями: Учебно-методическое пособие.** — М.: Издательство «Проспект», 2018. — 84 с.

ISBN 978-5-98597-360-0

В пособии содержатся рекомендации по подготовке персонала отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) к внедрению семейно-ориентированного подхода и организации совместного пребывания ребенка с родителями в ОРИТ. Пособие будет полезно организаторам здравоохранения, руководящему звену и администраторам лечебных учреждений, заведующим отделениями реанимации и интенсивной терапии.

*Учебно-методическое пособие разработано с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов*

УДК 616-08-039.75  
ББК 53.5

ISBN 978-5-98597-360-0

© Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», 2018  
© Коллектив авторов, 2018  
© НКО «АДАР», 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Введение .....                                                                                                                                                                                                        | 4  |
| <b>Открытая реанимация</b>                                                                                                                                                                                            |    |
| <b>Этапы внедрения организационных изменений</b>                                                                                                                                                                      |    |
| I. Принятие решения .....                                                                                                                                                                                             | 7  |
| II. Формирование инициативной группы .....                                                                                                                                                                            | 9  |
| III. Проведение оценки ситуации .....                                                                                                                                                                                 | 9  |
| IV. Изучение существующей методической литературы .....                                                                                                                                                               | 12 |
| V. Разработка плана действий .....                                                                                                                                                                                    | 14 |
| VI. Внедрение. Работа с персоналом.                                                                                                                                                                                   |    |
| Информирование и обучение .....                                                                                                                                                                                       | 17 |
| VII. Мониторинг и оценка .....                                                                                                                                                                                        | 22 |
| <b>Портфель организатора</b>                                                                                                                                                                                          |    |
| Приложение 1. Краткий обзор нормативно-правового регулирования совместного нахождения родителя/законного представителя с ребенком .....                                                                               | 23 |
| Приложение 2. Краткий обзор зарубежного опыта совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии .....                                                                           | 27 |
| Приложение 3. Семейно-ориентированный подход .....                                                                                                                                                                    | 36 |
| Приложение 4. Анкета организационной самооценки .....                                                                                                                                                                 | 44 |
| Приложение 5. Анкета для оценки индивидуального отношения специалистов к совместному пребыванию родителей с детьми в ОРИТ ..                                                                                          | 47 |
| Приложение 6. Примерное положение о внутренней политике медицинской организации по совместному пребыванию ребенка с членами семьи (законными представителями) в ОРИТ на основе семейно-ориентированного подхода ..... | 50 |
| Приложение 7. Правила нахождения (пребывания) родителей (законных представителей) с детьми в ОРИТ .....                                                                                                               | 55 |
| Приложение 8. Памятка для членов семьи (законных представителей) по совместному пребыванию с ребенком в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) .....                                                       | 63 |
| Приложение 9. Возможные темы для обсуждения с персоналом ОРИТ .....                                                                                                                                                   | 73 |
| Приложение 10. Виды и причины сопротивления изменениям .....                                                                                                                                                          | 78 |
| Список рекомендуемой литературы .....                                                                                                                                                                                 | 81 |



## ВВЕДЕНИЕ

В период формирования медицины как системы, основанной на эмпирических и научных фактах оказания помощи, уход за больным в основном осуществлялся его близкими и родными. Впрочем, и до сих пор во многих случаях люди предпочитают «болеть» дома, в родных стенах, не обращаясь без особой необходимости в больницы, и ухаживают за ними во время болезни члены их семей. Достаточно часто послеоперационное восстановление тоже происходит не в стационарах, а дома. В домашних условиях находятся больные с тяжелыми хроническими заболеваниями, а также те, чье состояние напрямую зависит от помощи медицинского оборудования, разумеется, если они не одиноки и их родные готовы о них заботиться. Благодаря появлению паллиативных и хосписных выездных служб помощь на дому может оказываться даже в самый тяжелый период, в конце жизни. Во всех этих ситуациях члены семьи выступают как активные участники процесса лечения и ухода за больными.

Однако при госпитализации в стационар, будь то взрослый, нуждающийся в медицинской помощи, или ребенок с хроническим или острым состоянием, члены его семьи нередко из категории активных участников процесса становятся его сторонними свидетелями, переходят в категорию «посетители». При этом, учитывая традиционно существующие в больницах ограничения и запретительные практики, им приходится приложить немало усилий для того, чтобы получить разрешение включиться в процесс принятия решений и участия в лечении и уходе за своим близким человеком.

В соответствии с российским законодательством родители могут находиться в отделениях реанимации и интенсивной терапии вместе со своими детьми. Однако еще в значительном числе детских стационаров укоренившаяся традиция запрета на доступ в реанимацию считается чуть ли не нормой, несмотря на то, что многие ведущие учреждения страны уже давно пересмотрели свой подход в данном вопросе, приведя его в соответствие с действующими нормативными актами и подтверждая тем свою приверженность передовым взглядам в развитии здравоохранения.

В мировой современной медицине совместное пребывание родителей и детей в ОРИТ стало стандартом работы. Проводимые исследования не только доказывают нравственную состоятельность этой идеи, но и свидетельствуют о позитивном терапевтическом влиянии присутствия родителей на процесс выздоровления ребенка. Кроме того, обеспечение возможности совместного нахождения пациента (ребенка) и его родителей в ОРИТ непосредственно связано с переориентацией учреждений здравоохранения на семейно-ориентированный подход, что способствует большей открытости учреждений здравоохранения и повышению качества оказания медицинской помощи.

В России совместными усилиями некоммерческих организаций, профессиональных медицинских сообществ и правительства в настоящее время осуществляется проект по продвижению практики «открытых» реанимаций в детских стационарных лечебных учреждениях. В 2016 г. Ассоциация детских анестезиологов и реаниматологов России однозначно сформулировала свою позицию: родители должны иметь возможность находиться рядом со своими больными детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии<sup>1</sup>. Во многих российских ОРИТ уже есть опыт успешного внедрения практики совместного пребывания родителей с детьми. В то же время продолжается обсуждение самых разных аспектов, связанных с доступом в ОРИТ, свидетельствующее о недостаточной проработанности конкретных практических вопросов — как организационных, так и этических.

Происходящие изменения относятся к категории системных, требующих трансформации сложившейся организационной культуры, перехода от доминирующей в нынешнем здравоохранении патерналистской модели взаимоотношений между системой и человеком к отношениям партнерства. Подобные перемены не могут основываться только на спущенных сверху распоряжениях, и, как любые системные изменения, они происходят постепенно. Центральный вектор этого процесса — формирование приверженности

<sup>1</sup> Организация совместного пребывания ребенка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ): Клинические рекомендации. М., 2016.

медицинских работников, основанное на знакомстве с нормативно-методической базой и на повышении уровня знаний и навыков, необходимых для внедрения семейно-ориентированного подхода в ОРИТ. Информирование, просвещение, обучение, планомерная и регулярная работа с персоналом отделений реанимации и интенсивной терапии позволят сформировать конструктивное отношение к вопросу совместного пребывания, а соответственно — готовность специалистов осознанно участвовать в реализации на практике совместного нахождения (пребывания) ребенка с родителями (законными представителями) в ОРИТ.

В данном пособии содержатся рекомендации по подготовке персонала отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) к внедрению семейно-ориентированного подхода и организации совместного пребывания ребенка с родителями в ОРИТ. Пособие будет полезно организаторам здравоохранения, руководящему звену и администраторам лечебных учреждений, заведующим отделениями реанимации и интенсивной терапии.

## **ОТКРЫТАЯ РЕАНИМАЦИЯ ЭТАПЫ ВНЕДРЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ**

Необходимость изменения существующих подходов и повсеместного внедрения практики совместного пребывания ребенка и родителя в отделениях реанимации и интенсивной терапии диктуется многими внешними факторами — от требований законодательства, позиции правительства и профессионального сообщества до ярко выраженного социального запроса. Право родителей находиться рядом с ребенком в реанимации, закрепленное федеральным законом, должно стать новым стандартом работы для всех учреждений здравоохранения.

### **I. Принятие решения**

Решение о системном внедрении семейно-ориентированного подхода в уходе за пациентами в лечебных учреждениях, об изменении ситуации с доступом родителей и членов семей больных детей в отделения реанимации и интенсивной терапии может быть принято на разных уровнях. Это может быть решение региональных/муниципальных органов здравоохранения о внедрении подхода «Открытая реанимация» во всех лечебных учреждениях подведомственной территории. Это может быть решение руководства конкретного лечебного учреждения либо инициатива заведующего ОРИТ, которая, безусловно, должна быть согласована с руководством учреждения.

Вне зависимости от того, на каком уровне принимается подобное решение, следует помнить о том, что переход к новой практике не может произойти мгновенно, это процесс, который потребует времени и усилий, направленных на изменение организационной культуры, что включает пересмотр традиционных подходов, «ломку» сложившихся стереотипов, ревизию основополагающих ценностей и принципов. Наконец, потребуется время и на то, чтобы определить цель преобразований и продумать план действий, которые приведут к желаемым результатам.



Главное, чего следует опасаться, — это принятия «псевдорешений», которые не так редко встречаются в управленческой среде, особенно когда нужно вовремя отреагировать на некие внешние требования к организации или на распоряжения вышестоящих инстанций. «Принять меры», «обратить внимание», «усилить контроль» и прочие неконкретные, чрезмерно общие указания не могут быть исполнены и не исполняются именно в силу того, что они не обеспечены реальным содержанием, а соответственно позволяют исполнителям так же формально отчитываться о том, что «меры приняты» (какие?), «контроль усилен» (за чем?).

Перемены в организациях зачастую обусловлены внешними факторами (новое законодательство, необходимость исполнения приказов и распоряжений вышестоящих органов управления, общественное давление), однако степень их эффективности напрямую зависит от уровня осведомленности и вовлеченности в процесс изменений непосредственных исполнителей, персонала, то есть тех людей, которых эти перемены касаются. В тех случаях, когда речь идет об изменениях в организационной культуре, необходимость участия сотрудников в процессе перемен становится особенно острой: люди должны иметь полную информацию о том, что происходит, понимать цели и преимущества нововведений, наконец, участвовать в разработке практических способов достижения цели.

Итак, успешность любых инноваций зависит как от позиции руководителей, так и от готовности исполнителей. При этом важно предусмотреть, чтобы необходимостью и ключевыми идеями запланированных изменений прониклись руководители всех уровней. Неосведомленность, инертность, невнимание, а то и прямое сопротивление «среднего звена» могут поставить под угрозу реализацию намеченного, серьезно демотивировать и снизить активность рядовых сотрудников. В работах по управлению переменами отмечается «эффект водопада», когда идеи и модели, начинаясь с высшего руководства, распространяются, подобно водопаду, на каждый последующий уровень, «смыывая с него старые, вредные навыки и привычки, прежде чем распространиться на очередной, более низкий уровень руководителей или работников»<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> <https://studopedia.info/4-100741.html>

## **II. Формирование инициативной группы**

Важным шагом, который следует предпринять после того, как принято решение о внедрении семейно-ориентированного подхода и организации совместного пребывания в отделении (отделениях) реанимации и интенсивной терапии лечебного учреждения, является формирование инициативной группы. Количество членов этой группы определяется в зависимости от предполагаемого объема деятельности и особенностей конкретного ОРИТ. В нее могут входить заведующие отделениями, старшие медицинские сестры, врачи, психологи, администраторы. Состав группы определяется на основании предварительных переговоров и консультаций, позволяющих выявить сотрудников, которые являются сторонниками идеи совместного пребывания и к мнению которых прислушиваются коллеги. Если есть возможность, то целесообразно включить в состав инициативной группы кого-то из активных и заинтересованных членов семей пациентов. Инициативная группа принимает на себя ответственность за проведение процесса организационных изменений, включая такие функции, как проведение текущей оценки ситуации, планирование необходимых действий, информационно-методическая работа с персоналом, оказание консультативной поддержки, осуществление мониторинга и оценки происходящих перемен.

## **III. Проведение оценки ситуации**

Для того чтобы получить исходные данные о текущих практиках, принятых в лечебном учреждении, на основании которых можно будет определить, какие именно шаги следует предпринять, чтобы изменить/улучшить эту ситуацию, проводится оценка ситуации. В ходе такой оценки анализируется готовность и способность организации к предстоящим изменениям, выявляются слабые места существующих организационных решений, степень эффективности традиционных методов взаимодействия (коммуникации) между сотрудниками и пациентами и их родственниками.

Первый уровень оценки — это организационная самооценка. Проведение организационной самооценки — важный шаг в ини-

цировании процесса перемен, направленных на обеспечение возможности совместного пребывания родителей с детьми в лечебном учреждении. Сведения, полученные в результате оценки применяемых в учреждении форм и методов взаимодействия с членами семей и родственниками пациентов, инфраструктурных и кадровых аспектов, имеющих отношение к возможности доступа членов семей в ОРИТ, являются основой для разработки плана действий, необходимых для осуществления организационных перемен.

В разделе «Портфель организатора» вы найдете шаблон анкеты (Приложение 4), который можно использовать для проведения организационной самооценки. Вы можете изменить предложенный шаблон в соответствии со спецификой конкретного отделения реанимации и интенсивной терапии, добавить то, что, по вашему мнению, обязательно следует учесть для получения максимально полной информации о текущем положении дел. Организационная самооценка проводится членами инициативной группы.

Данный инструмент, кроме того, может быть использован впоследствии для проведения текущего мониторинга и промежуточной оценки внедрения практики совместного пребывания.

Второй уровень оценки — проведение индивидуального анкетирования персонала ОРИТ. Как уже отмечалось, успешность внедрения инноваций, особенно тех, которые касаются организационной культуры, в значительной степени зависит от готовности исполнителей, от их приверженности самой идее совместного пребывания родителей с детьми в условиях ОРИТ. Кроме того, вовлечение сотрудников в осмысление проблемы, уважение к их взглядам и мнениям, даже если эти взгляды и мнения резко негативны, позволяют снизить потенциальное сопротивление переменам.

В разделе «Портфель организатора» вы найдете шаблон анкеты (Приложение 5), который можно использовать для проведения индивидуального анкетирования сотрудников. Проводить его могут либо непосредственно члены инициативной группы, либо другие члены коллектива, уполномоченные инициативной группой.

Наконец, третий и крайне полезный элемент оценки ситуации с организацией совместного пребывания родителей с детьми в отделении (отделениях) реанимации и интенсивной терапии — при-

влечение представителей членов семей пациентов для того, чтобы посмотреть на происходящее глазами тех, кого это непосредственно касается. «Давайте посмотрим вместе» — это оценка ситуации глазами членов семей пациентов, и речь идет именно о том, чтобы **посмотреть**, — пройти от входа в больницу до отделения реанимации, а затем пройти по самому отделению вместе с членами семей, выслушать их мнения, суждения, предложения, обсудить и зафиксировать те моменты, которые представляются им важными.

Подобная форма получения обратной связи, как свидетельствуют многие источники, намного эффективнее традиционных опросов, касающихся степени удовлетворенности качеством оказываемой медицинской помощи, поскольку в отличие от достаточно формальных ответов, которые обычно дает анкетирование, специалисты, участвующие в такой «экскурсии», могут получить непосредственные, живые отклики членов семей пациентов, узнать об их пожеланиях и потребностях, выяснить, что именно, с их точки зрения, мешает или препятствует реализации политики «открытой реанимации».

Кого можно пригласить к участию в такой оценке? В большинстве детских ОРИТ есть долго болеющие пациенты, рядом с которыми находятся ухаживающие за ними члены их семей. Именно этой категории родственников можно предложить принять участие в «обходе территории» вместе с представителями инициативной группы. Вот некоторые моменты, на которые имеет смысл обратить внимание:

- Наличие на входе в больницу указателей, объявлений и других ориентиров, позволяющих легко найти нужное отделение.
- Наличие информации о правилах посещения ОРИТ (на информационных досках или в печатном виде в свободном доступе).
- Степень доброжелательности персонала, готовность подсказать, посоветовать, сориентировать представителей семьи в непривычной обстановке.
- Наличие возможности оставить ненужные вещи, переодеться до того, как войти в ОРИТ.

- Наличие помещений для отдыха членов семей пациентов.
- В случае отсутствия помещений для отдыха — наличие информации о том, где расположены санитарные комнаты, места для приема пищи и т.п.

Во время проведения совместной оценки ситуации важно внимательно наблюдать за реакциями, выслушивать и фиксировать замечания и предложения членов семей, чтобы позже проанализировать полученную информацию и использовать ее для разработки конкретных планов действий.

Завершающая стадия этапа проведения оценки — это анализ данных как о формализуемых (внешние условия, наличие/отсутствие чего-либо и т.п.), так и о неформализуемых (этические принципы, ценностные установки, индивидуальные особенности сотрудников) составляющих ситуации, собранных на всех уровнях проведения оценки. На этой стадии важно позаботиться о том, чтобы полученные сведения были четко структурированы по категориям, каждая из которых на стадии разработки планов действий ляжет в основу принимаемых решений. В качестве варианта можно предложить деление имеющейся информации на две категории: материально-технические (инфраструктурные) условия и отношение (знания, навыки, личные установки) персонала к вопросу совместного пребывания родителей с детьми в ОРИТ. Кроме того, необходимо выстроить полученные данные в соответствии со степенью их приоритетности для организации, выделить ключевые проблемы, которые должны быть решены в первую очередь.

#### **IV. Изучение существующей методической литературы**

Еще несколько лет назад отмечался серьезный дефицит методической литературы по вопросам организации совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии и семейно-ориентированному подходу в здравоохранении. По сути, единственным источником информации на эту тему были зарубежные исследования, обзоры и руководства. Отсутствие русскоязычных публикаций значительно сужало круг специалистов, обладающих не только пониманием важности этого подхода,



но и конкретными знаниями по данному вопросу. К настоящему времени уже разработан российский пакет методических материалов, включающий свод рекомендаций, правил и алгоритмов, которые необходимы организаторам здравоохранения и персоналу ОРИТ для создания условий, позволяющих обеспечить не только законодательно установленное право родителей находиться рядом с больным ребенком, но и возможность полноценного функционирования отделений реанимации, решающих крайне важные для спасения жизни ребенка задачи<sup>3</sup>.

Планируя последовательность своих действий, члены инициативной группы должны предусмотреть необходимость изучения существующей информационно-методической литературы по вопросу совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Это важный этап работы, позволяющий глубже познакомиться с темой, а также найти алгоритмы, примеры и образцы политик, положений и правил, которые могут быть использованы либо адаптированы в соответствии с потребностями конкретного учреждения (отделения). И в России, и в зарубежных странах есть достаточно успешный опыт внедрения семейно-ориентированного подхода. Знакомство с этим опытом, понимание того, что и как делают другие лечебные учреждения, могут сэкономить время и энергию сотрудников, избавив их от необходимости заново «изобретать велосипед». Кроме того, кого-то из ключевых сотрудников можно направить в командировку в те места, где уже практикуется совместное пребывание, для более детального знакомства с тем, как это организовано.

<sup>3</sup> См.: Организация совместного пребывания ребенка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Клинические рекомендации. М., 2016; Совместное пребывание ребенка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии — важнейшая составляющая положительного терапевтического эффекта: Методическое пособие. М., 2016; Актуальные вопросы методологии «Открытая реанимация» (совместное пребывание ребенка с родителями в отделениях реанимации и интенсивной терапии): Методические рекомендации. М., 2018; Разрешить нельзя запретить. Совместное пребывание родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. 20 вопросов и ответов для медицинских сестер. М., 2018; Вместе — можно. Сборник материалов по организации совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. М., 2016.

## V. Разработка плана действий

При разработке плана действий за основу берется информация, полученная в ходе оценки (организационная самооценка, оценка индивидуального отношения специалистов и оценка с участием представителей семей пациентов), а также обзора и анализа методической литературы. Чем более полной и всесторонней является эта информация, тем выше вероятность разработки и внедрения именно тех мероприятий, которые приведут к достижению цели. Классический план действий предполагает выбор конкретного состава действий, продуманную последовательность их реализации, определение сроков и исполнителей, ответственных за осуществление каждого из пунктов плана.

Процессу планирования могут помочь следующие простые вопросы:

- К чему мы рассчитываем прийти (состояние Б)?
- Где мы находимся сейчас (состояние А)?
- Что нужно сделать, чтобы перейти из состояния А в состояние Б?

Кроме того, приступая к процессу разработки конкретных мероприятий, члены инициативной группы должны иметь ясную и согласованную позицию по таким вопросам, как:

1. Каким образом будет происходить информирование персонала о внедрении семейно-ориентированного подхода в ОРИТ?
2. Каким образом информация о новых правилах будет доноситься до родственников и членов семей пациентов?
3. Каким образом должно измениться оформление (информационные доски, вывески, указатели), чтобы члены семей пациентов узнали о переменах?
4. Будут ли подготовлены печатные материалы для членов семей пациентов (брошюры, плакаты и т.п.)?
5. Будет ли размещена информация о внедрении нововведения на сайте больницы, в социальных сетях?
6. Кто и каким образом будет консультировать и поддерживать персонал в процессе реализации нового подхода?

7. Возможно ли организовать проведение коммуникационных тренингов и семинаров для персонала ОРИТ силами имеющихся в штате психологов или привлеченных специалистов?
8. Будет ли рассматриваться следование принципам семейно-ориентированного подхода как одна из профессиональных компетенций медицинского персонала?
9. Как будет проводиться оценка результативности нововведений?

Едва ли возможно предложить некий универсальный план действий, тот шаблон, который могло бы использовать любое отделение реанимации и интенсивной терапии. Российские детские ОРИТ очень сильно отличаются друг от друга по множеству параметров (специализация, материально-техническая база, обеспеченность персоналом и т.д.), и разработка алгоритма действий должна учитывать реальную ситуацию и специфику как лечебного учреждения в целом, так и каждого конкретного отделения в частности. Рекомендованные ниже мероприятия не исчерпывают всего спектра тех действий, которые могут быть предприняты для внедрения семейно-ориентированного подхода и организации совместного пребывания родителей с детьми, могут быть видоизменены, адаптированы и применяться в любой, обусловленной нуждами учреждения последовательности.

1. Разработка, утверждение и ознакомление персонала с внутренней политикой лечебного учреждения по совместному пребыванию ребенка с членами его семьи (законными представителями) в ОРИТ на основе семейно-ориентированного подхода<sup>4</sup>.
2. Разработка, утверждение и ознакомление персонала с нормами и правилами совместного пребывания в ОРИТ<sup>5</sup>.
3. Разработка и утверждение информационных материалов для родителей<sup>6</sup>. Важно продумать, каким образом родители и члены семей будут получать информацию о правилах пребывания в ОРИТ. Возможные варианты:

<sup>4</sup> Образец внутренней политики учреждения см. в Портфеле организатора. Приложение 6.

<sup>5</sup> Образец норм и правил для персонала см. в Портфеле организатора. Приложение 7.

<sup>6</sup> Образец памятки и правил для родителей см. в Портфеле организатора. Приложение 8.

- а. Распечатать памятку и правила и давать родителям поступающих в отделение детей, для того чтобы они с ними ознакомились и поставили свою подпись.
  - б. Разместить информационные материалы на стендах при входе в отделение.
  - с. Сообщать родителям устно о существующих требованиях к совместному пребыванию (наименее эффективная форма).
4. Организация в ОРИТ бытовых условий для круглосуточного пребывания ребенка с родителями (законными представителями).

Минимально необходимые бытовые условия для организации совместного пребывания ребенка с членами его семьи в ОРИТ:

1. Ширма медицинская переносная (для изоляции каждого пациента) (по количеству коек в ОРИТ).
2. Стул (кресло) медицинский для родителя(ей) (посетителя(ей)) (с учетом количества коек в ОРИТ). Возможно использование раскладных стульев.
3. Одноразовые халат, шапочка, бахилы, маски для родителей (законных представителей, посетителей).
4. Дезсредство для рук с дозатором.

Если есть возможность предоставления отдельной комнаты для родителей (в пределах или за пределами ОРИТ), то важно предусмотреть следующее оснащение:

1. Умывальник.
2. Душ и туалет — санитарная комната (если нет такой возможности — определить санитарную комнату для членов семьи вне помещения).
3. Шкафчик с запирающимися ячейками (по количеству коек в ОРИТ) для ценных и иных вещей родителей (посетителей), которые нельзя проносить в ОРИТ.
4. Кресла с откидывающейся спинкой (по количеству коек в ОРИТ) или диваны.
5. Микроволновая печь и другие разрешенные приборы для подогрева еды.
6. Холодильник.

7. Питьевая вода (по возможности).
8. Доступ к Wi-Fi (по возможности), розетки для подзарядки персонального компьютера или мобильного телефона (пользование мобильным телефоном и компьютером без разрешения медперсонала возможно только в родительской комнате).
9. Мыло и дезсредство для рук с дозатором.
10. Сушилка для рук или одноразовые полотенца.
11. Ширма медицинская переносная для создания зоны переодевания родителей (посетителей).
12. Место для размещения верхней одежды родителей.
5. Организация непрерывного информирования и обучения персонала.
6. Мониторинг и оценка процесса внедрения семейно-ориентированного подхода и организации совместного пребывания ребенка с родителями в ОРИТ.

## **VI. Внедрение. Работа с персоналом. Информирование и обучение**

«Требования к изменениям поступают как изнутри компании в виде потребностей и ожиданий работников, так и извне в виде усиливающейся конкуренции, технологических инноваций, нового законодательства, давления социальных факторов. Одни организации проводят изменения после того, как эти требования окажут на них давление, другие стремятся предусмотреть появление подобного давления и провести изменения в превентивном порядке»<sup>7</sup>.

Успешность организационных перемен, касающихся обеспечения совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии, во многом зависит от того, насколько активно вовлечены в процесс и правильно проинформированы ключевые специалисты, имеющие отношение к реализации этих перемен: руководящее звено лечебного учреждения и непосредственно персонал ОРИТ (врачи, медицинские сестры, младший медицинский персонал). Достаточно общей является ситуация, ког-

---

<sup>7</sup> <https://studopedia.info/4-100738.html>

да специалисты, традиционно работающие в определенной системе координат, не приветствуют новый алгоритм действий и даже сопротивляются нововведениям.

Существует много способов осуществления организационных изменений. «По тактическому замыслу изменения подразделяются на **вводимые со стороны, вводимые изнутри и вводимые в результате совместного труда** исполнителей и руководителей. В первых двух случаях большая часть усилий уходит на борьбу, на преодоление противостояния тех, с кем и за счет кого изменения вводятся»<sup>8</sup>.

Изменения могут относиться к категории навязанных, то есть вводиться руководством без какого-либо обсуждения и согласования с сотрудниками. Нельзя сказать, что это однозначно неэффективный подход, в отдельных ситуациях это может быть единственным способом действий. Однако другой тип изменений, предполагающий активное участие самих исполнителей в осмыслении и анализе имеющейся ситуации и планировании действий по ее трансформации, является более предпочтительным, особенно в тех случаях, когда речь идет об изменениях, касающихся организационной культуры учреждения. **Информирование и обучение сотрудников, консультации с ними, вовлечение персонала в планирование и осуществление практических действий снижают потенциальное сопротивление переменам и обеспечивают устойчивость нововведений.**

Информирование и обучение должны быть направлены на:

- руководящее звено лечебного учреждения (главный врач, заместители главного врача, организационно-методический отдел, заведующие отделениями и т.д.). Задача инициативной группы — предоставить руководству полную и достоверную информацию, данные и аргументы, на основании которых необходимость внедрения практики совместного пребывания родителей с детьми в ОРИТ может рассматриваться в качестве одного из приоритетов лечебного учреждения;

- врачей, средний и младший медицинский персонал отделений реанимации и интенсивной терапии, сотрудников немедицинских специальностей, если они есть. Задача инициативной группы — обосновать необходимость отказа от практики ограниченного доступа

<sup>8</sup> <https://studopedia.info/4-100738.html>



в пользу открытости, мотивировать персонал ОРИТ на улучшение взаимодействия с членами семьи/родственниками пациентов, предоставить возможность улучшения коммуникационных навыков.

Цель мероприятий, направленных на информирование и обучение:

— способствовать углублению понимания необходимости отказа от запретительных подходов и осознанию того, что члены семьи — это не просто посетители, а участники процесса лечения и ухода за больным ребенком;

— способствовать формированию индивидуальной приверженности специалистов ОРИТ идее совместного пребывания;

— способствовать повышению уровня знаний и приобретению практических навыков взаимодействия с членами семьи/родственниками пациентов.

Собрания, рабочие встречи, мини-семинары и любые другие формы информационных и обучающих мероприятий могут одновременно служить постоянно действующей площадкой для обсуждения проблем, возникающих в ходе внедрения методологии «Открытая реанимация», спорных вопросов, сложных ситуаций. Членам инициативной группы, которые будут вести эти мероприятия в качестве модераторов, важно избегать оценочности и директивного тона, помнить, что наиболее продуктивна атмосфера свободной дискуссии, позволяющей озвучивать и обсуждать самые противоречивые взгляды и мнения. Периодичность проведения информационных и обучающих мероприятий должна быть определена каждым лечебным учреждением в соответствии с его потребностями. Как правило, в начале процесса организационных изменений такие мероприятия проводятся чаще, например еженедельно, а по мере того, как изменения становятся рутинной практикой, могут проводиться реже, по мере необходимости.

Обучение<sup>9</sup> должно быть направлено на:

- приобретение знаний,
- развитие определенных навыков,
- развитие междисциплинарного мышления и формирование конструктивного отношения,

<sup>9</sup> На основании рекомендаций ЕАПП по организации обучения. Дж. Доунинг с соавторами, 2009; Liben и соавт., 2008, Papadatou с соавт., 2009.

- формирование подхода, основанного на ценности высокого качества жизни,
- приобретение способности к самоанализу и рефлексивной практике.

Базовые разделы обучения:

1. Общие аспекты семейно-ориентированного подхода и методологии «Открытая реанимация» и их практическое применение.
2. Права ребенка и его семьи на совместное пребывание: международные и отечественные декларирующие документы, существующие практики за рубежом и в России, нормативная база, методические и клинические рекомендации.
3. Психосоциальные и духовные аспекты, эмоциональные потребности пациентов, поддержка семьи.
4. Принятие решений — клинические и этические аспекты.
5. Психосоциальная и духовная помощь умирающим и находящимся в кризисных ситуациях или нуждающимся в паллиативной помощи.
6. Междисциплинарное и межпрофессиональное сотрудничество, работа в команде.
7. Вовлечение членов семьи ребенка в работу в команде, в планирование и оказание помощи, в оценку ее качества.
8. Контакт и коммуникации с ребенком и его семьей, «трудные» разговоры.
9. Поддержка семьи в переживании утраты в случае смерти ребенка в ОРИТ.
10. Рефлексия, самоанализ и самопомощь.
11. Просветительская работа.
12. Информирование, оценка и повышение качества услуг.

Основные компетенции, приобретаемые в процессе обучения:

1. Демонстрировать и реализовывать основные компоненты семейно-ориентированного подхода везде, где находится пациент и его семья, включая ОРИТ.
2. Демонстрировать полный объем знаний о семейно-ориентированном подходе, паллиативной помощи, правах пациента

- и семьи на совместное пребывание, основополагающих документах, существующих практиках.
3. Обеспечивать ребенку максимальный физический комфорт на всех этапах болезни, в том числе в конце жизни.
  4. Определять и удовлетворять психосоциальные и духовные потребности ребенка, находящегося в ОРИТ.
  5. Учитывать и откликаться на потребности членов семьи, осуществляющих уход за больным ребенком.
  6. Уметь принимать сложные клинические и этические решения.
  7. Содействовать налаживанию контактов и принимать решения в кризисной ситуации и при уходе за умирающим ребенком.
  8. Координировать процесс оказания комплексной помощи силами междисциплинарной бригады везде, где предоставляется помощь.
  9. Уметь налаживать личные отношения и общаться с детьми, подростками, членами семьи, сообщать «тяжелые» новости и обучать родителей методам ухода за тяжело больным ребенком.
  10. Уметь разбираться в индивидуальных особенностях переживания утраты членами семьи в случае смерти ребенка в ОРИТ, правильно реагировать на их различные потребности, оказывать им соответствующую поддержку.
  11. Проводить самоанализ, рефлекссию и осваивать методы самопомощи.
  12. Информировать общественность о преимуществах семейно-ориентированного подхода и совместного нахождения ребенка с родителями в ОРИТ.

В Портфеле организатора (Приложение 9) содержатся возможные варианты проведения информационных и обучающих мероприятий с персоналом. Кроме того, чрезвычайно эффективным инструментом в процессе внедрения практики совместного пребывания родителей с детьми в ОРИТ является проведение коммуникационных тренингов (или тренингов по навыкам клинического взаимодействия) для всех категорий специалистов ОРИТ.

Планируя внедрение новой практики, руководители и члены инициативной группы должны помнить, что в процессе изменений они неизбежно столкнутся с сопротивлением в той или иной его форме. Подробнее про работу с сопротивлением персонала можно почитать в Портфеле организатора (Приложение 10).

## VII. Мониторинг и оценка

Мониторинг и оценка хода внедрения практики совместного пребывания родителей с детьми в ОРИТ и качества реализации поставленных задач проводятся ежеквартально:

- по результатам опросов пациентов и/или их законных представителей (рассчитывается доля пациентов или их законных представителей, удовлетворенных качеством и доступностью медицинской помощи в учреждении, %);
- на основании анализа жалоб пациентов или их законных представителей и сведений о принятых по ним мерах (рассчитывается доля обоснованных жалоб пациентов или их законных представителей, %).

Медицинская организация должна обеспечить:

- наличие и доступность обратной связи с пациентом и представителями его семьи (законными представителями) на официальном сайте;
- прием, регистрацию и рассмотрение письменных обращений граждан, подготовку своевременного ответа согласно действующему законодательству;
- проведение опроса пациентов и/или их законных представителей не реже одного раза в год;
- дополнительный сбор информации от пациентов и представителей их семей (законных представителей) путем установки в организации накопителя для сбора отзывов и предложений, который просматривается еженедельно.

#### **Краткий обзор нормативно-правового регулирования совместного нахождения родителя/законного представителя с ребенком**

Концептуальной основой права ребенка на совместное пребывание с родителями во время болезни является статья 9 Конвенции о правах ребенка, гласящая: «Государства-участники обеспечивают, чтобы ребенок не разлучался со своими родителями вопреки их желанию». Важность обеспечения этого права подчеркивается в ряде международных документов, таких, например, как Лейденская хартия прав детей, находящихся в больнице, принятая Европейской ассоциацией по защите прав детей, находящихся в больнице (EACH), и Руководство Европейского реанимационного совета.

В Декларации о правах пациентов в России, разработанной на основе Конституции Российской Федерации, законов Российской Федерации, Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (принята Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994), а также ряда других документов, имеющих отношение к теории и практике охраны здоровья, медицинской помощи и защиты прав пациентов в России, и принятой на Первом Всероссийском конгрессе пациентов 28 мая 2010 года в Москве, также подчеркивается необходимость соблюдения этого права.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Закон об охране здоровья) специально устанавливает право родителя/законного представителя на совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему помощи в стационарных условиях. Согласно ч. 3 ст. 51 Закона об охране здоровья «одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации

при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста — при наличии медицинских показаний плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается».

Следует специально отметить, что право на совместное нахождение обусловлено лишь оказанием медицинской помощи ребенку в стационарных условиях. Иными словами, по закону это право не зависит от вида оказываемой медицинской помощи (первичная медико-санитарная, специализированная, скорая или паллиативная); от состояния больного или от нахождения больного в том или ином структурном подразделении медицинской организации<sup>10</sup>. Это означает, что:

- родитель/законный представитель ребенка, которому оказывается паллиативная помощь в стационарных условиях, имеет право находиться совместно с ребенком на основании общей нормы, содержащейся в ч. 3 ст. 51 Закона об охране здоровья;
- право родителя/законного представителя на совместное нахождение с ребенком в стационарных условиях распространяется и на случаи нахождения ребенка в ОРИТ, поскольку ОРИТ является структурным подразделением медицинской организации<sup>11</sup>.

В поддержку реализации права родителя/законного представителя на совместное нахождение с ребенком в медицинской организации ч. 5 ст. 7 Закона об охране здоровья предусматривает, что органы государственной власти Российской Федерации и органы государственной власти субъектов Российской Федерации долж-

<sup>10</sup> См. Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология» (Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 909н). Из этого Порядка следует, что отделения анестезиологии-реанимации (так же как и центры анестезиологии-реанимации) являются частью структуры медицинской организации (см. Приложения к данному Порядку).

<sup>11</sup> Комментарий юриста.

ны создавать и развивать медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, с учетом возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи<sup>12</sup>.

Несмотря на то что вышеуказанные положения Закона об охране здоровья однозначно устанавливают право родителя/законного представителя на совместное нахождение с ребенком в медицинской организации (включая ОРИТ) при оказании помощи в стационарных условиях, признание этого права на практике и его реализация связаны с существенными трудностями. По этому поводу Минздравом РФ были выпущены три письма. В первом говорится, что Минздрав РФ проводит мониторинг обращений граждан в отношении неисполнения нормы Закона об охране здоровья, устанавливающей право на совместное нахождение, и что необходимо обеспечить неукоснительное исполнение указанного закона<sup>13</sup>. Во втором письме<sup>14</sup> проблема более конкретизирована: здесь говорится об обращениях граждан в связи с отказами администрации в посещениях детей, находящихся в отделениях анестезиологии-реанимации. Здесь также приводится норма Закона о праве на совместное нахождение, но говорится лишь о необходимости принять меры для организации посещений детей (в том числе тех, кто находится в ОРИТ) родственниками, а не для организации совместного нахождения. Наконец, 30 мая 2016 г. во исполнение поручений Президента РФ Министерством здравоохранения РФ было направлено в регионы информационно-методическое письмо «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и палатах интенсивной терапии» (№15/1/10/1-2853)<sup>15</sup>.

До недавнего времени одним из основных препятствий, сдерживающих внедрение практики совместного пребывания, являлось отсутствие нормативно-методического обеспечения. Однако

<sup>12</sup> Более подробно познакомиться с тем, как совместное пребывание регулируется законодательством РФ, можно в издании: Вместе или врозь? Совместное пребывание детей, нуждающихся в паллиативной помощи, и их родителей в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Отчет об исследовании. М., 2014.

<sup>13</sup> См.: Информационное письмо Минздрава РФ от 21 июня 2013 г. № 15-1/10/1-2884.

<sup>14</sup> См.: Письмо Минздрава РФ от 9 июля 2014 г. № 15-01/2603-07.

<sup>15</sup> См.: Информационно-методическое письмо Минздрава РФ от 31 мая 2016 г. «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии (реанимации)». Форма памятки для родителей.



к настоящему моменту разработан пакет методических материалов, включающий свод рекомендаций, правил и алгоритмов, которые необходимы организаторам здравоохранения и персоналу ОРИТ для создания условий, позволяющих обеспечить не только законодательно установленное право родителей находиться рядом с больным ребенком, но и возможность полноценного функционирования отделений реанимации, решающих крайне важные для спасения жизни ребенка задачи<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> См.: Организация совместного пребывания ребенка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ): Клинические рекомендации. М., 2016; Совместное пребывание ребенка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии — важная составляющая положительного терапевтического эффекта: Методическое пособие. М., 2016; Актуальные вопросы методологии «Открытая реанимация» (совместное пребывание ребенка с родителями в отделениях реанимации интенсивной терапии): Методические рекомендации. М., 2018; Разрешить нельзя запретить. Совместное пребывание родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. 20 вопросов и ответов для медицинских сестер. М., 2018; Вместе — можно. Сборник материалов по организации совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. М., 2016.

**Краткий обзор зарубежного опыта совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии<sup>17</sup>**

**Эволюция подхода к совместному пребыванию в ОРИТ детей и их родителей**

Еще в 60-е годы прошлого века родители расставались со своими детьми на пороге медицинского учреждения и вопрос о совместном пребывании не стоял (Giannini & Miccinesi, 2010). Это относилось не только к ОРИТ, но и к стационарам в целом. К концу прошлого века ситуация стала меняться, поскольку появились серьезная доказательная база и соответствующие теории, свидетельствующие о позитивном эффекте присутствия родителей в ОРИТ как для самого больного ребенка, так и для его семьи. Однако это далеко не сразу привело к изменению существовавшей на тот момент практики. Например, исследование случайным образом выбранных 125 больниц на юго-востоке США, проведенное в 1994 году, показало, что в 57% больниц на тот момент существовали ограничения на посещение детей в ОРИТ родителями (Giganti, 1998).

За прошедшие с тех пор годы ситуация изменилась. Ведущие профессиональные организации в разных странах, руководствуясь результатами клинических исследований и опросов родителей, однозначно высказались за то, чтобы родители имели возможность присутствовать в ОРИТ вместе со своими детьми без каких-либо ограничений.

Вот несколько примеров:

- Британское общество интенсивной педиатрической помощи в четвертом издании «Стандартов оказания помощи детям, находящимся в критическом состоянии» (Paediatric Intensive Care Society, 2010), исходит из того, что родители должны иметь возможность постоянно находиться вместе со своим ребенком в ОРИТ.

---

<sup>17</sup> Обзор подготовлен по материалам исследования, проведенного Благотворительным фондом «Детский паллиатив» и компанией «Процесс консалтинг».

- Национальный комитет по биоэтике при правительстве Италии опубликовал документ, озаглавленный «Отделение интенсивной терапии, открытое для семейных визитов» (National Committee on Bioethics, 2013). Документ декларирует постепенный переход ОРИТ на новые принципы работы, предполагающие возможность присутствия родителей вместе с детьми без ограничений.
- Американская академия педиатрии (American Academy of Pediatrics, 2012) разработала политику, согласно которой желание членов семей госпитализированных детей постоянно быть вместе с ребенком должно всячески поощряться и поддерживаться.

В свое время ограничения возможностей для родителей находиться с детьми в ОРИТ связывались с:

- риском распространения инфекций;
- вторжением в частную жизнь и нарушением конфиденциальности по отношению к другим пациентам;
- возможностью получения эмоциональной травмы пациентами, родителями и членами семей пациентов;
- ограниченностью имеющегося физического пространства для размещения членов семей пациентов в ОРИТ;
- нехваткой персонала для работы с родителями и членами семей пациентов (K.L. Meert, Clark & Eggly, 2013);
- нехваткой времени у медицинского персонала для работы с родителями и членами семей пациентов (Frazier, Frazier & Warren, 2010);
- дополнительным стрессом, которому подвергается средний медицинский персонал (стресс может вызываться в том числе тем, что средний медицинский персонал может не знать ответов на все вопросы, возникающие у родителей и членов семей пациентов) (Frazier et al., 2010).

Главным аргументом в пользу присутствия родителей в больницах вместе с детьми стали исследования психологической травмы, которую получает ребенок в результате отделения от родителей в период госпитализации. Первые публикации такого рода появились уже в 50-е годы прошлого века (Bowlby, 1951; Bowlby & Fry, 1953;

Robertson, 1959). В них было показано, что отделение больного ребенка от родителей в период пребывания в больнице наносит вред как самому ребенку, так и его отношениям с родителями.

Исследования потребностей семей, дети которых находятся в ОРИТ, многократно и последовательно подтвердили, что семьи нуждаются в информации, в поддержке со стороны медицинского персонала и близости к тем, кого они любят (K.L. Meert, Schim & Briller, 2011; Scott, 1998). Забота о детях — естественная роль родителей. Когда ребенок находится в критическом состоянии, значительная часть заботы о нем передается профессионалам-медикам в силу сложности требующейся ребенку помощи. Такая деформация родительской роли оказалась главным источником стресса для родителей, дети которых находятся в ОРИТ (K.L. Meert et al., 2013).

Не случайно исследования, связанные с пребыванием родителей в ОРИТ, ориентированы именно на родителей. Дети, находящиеся в ОРИТ, чаще всего не в состоянии говорить о своих потребностях или впечатлениях (Latour, van Goudoever & Hazelzet, 2008). Когда стали понятны потребности родителей и тот вред, который может нанести отлучение ребенка от родителей в период его пребывания в ОРИТ, многие педиатрические отделения реанимации и интенсивной терапии стали разрешать круглосуточное пребывание родителей.

## **Современные принципы оказания помощи детям в ОРИТ**

Современные принципы оказания помощи детям в ОРИТ основаны на большом практическом опыте и результатах исследований. Стандартной теоретической основой для анализа этических ситуаций в медицине в зарубежной литературе принято считать четыре принципа, предложенных Бьючамп и Чайлдресс более 30 лет назад (Beauchamp & Childress, 2013). Эти принципы имеют своего рода канонический статус, несмотря на дискуссии, связанные с их толкованием:

1. Принцип автономии — право индивида на самостоятельный выбор. Соблюдение этого принципа предполагает не только уважение этого права, но и содействие в его реализации — принятии хорошо обоснованных решений на основании надежной информации.

2. Принцип благодеяния — осуществление деятельности с максимальным учетом интересов другого человека. Необходимо сохранять баланс между выгодами от лечения и связанными с лечением рисками и затратами.
3. Принцип непричинения вреда — в соответствии с клятвой Гиппократата. Здесь имеется в виду в том числе что если причинение какого-то вреда неизбежно, то оно должно перекрываться положительными результатами лечения.
4. Принцип справедливости — честность и равенство в отношениях между индивидами, в том числе справедливое распределение выгод, рисков и затрат; пациенты, находящиеся в сходных ситуациях, должны получать одинаковое лечение.

### **Принципы семейно-ориентированной медицинской помощи в ОРИТ**

За рубежом широко признаны преимущества так называемого семейно-ориентированного подхода к работе с детьми в педиатрических отделениях реанимации и интенсивной терапии, предполагающего активное взаимодействие с родителями и их постоянное присутствие в ОРИТ.

По результатам углубленного анализа специальной литературы (Latour et al., 2008) были сформулированы следующие шесть принципов семейно-ориентированного подхода к организации работы педиатрических ОРИТ:

- Уважение.
- Информирование и обучение.
- Координация помощи и заботы о пациенте.
- Физическая поддержка.
- Эмоциональная поддержка.
- Вовлечение родителей.

В 2012 г. Американская академия педиатрии (American Academy of Pediatrics, 2012) предложила следующие принципы семейно-центрированной педиатрической помощи:

- Слушать и уважать каждого ребенка и его семью. Принимать во внимание расовые, этнические, культурные и социально-экономические характеристики семей и пациентов,

их жизненный опыт. Включать пациентов и их семьи, в соответствии с их предпочтениями, в планирование и оказание медицинской помощи.

- Обеспечивать гибкость организационных политик, процедур и практик. Приводить услуги в соответствие с потребностями, убеждениями и ценностями каждого ребенка и каждой семьи, обеспечивать возможность участия каждого ребенка и каждой семьи в принятии решений об уместности тех или иных подходов к оказанию медицинской помощи.
- Постоянно делиться полной, честной и непредвзятой информацией с родителями и членами семей в такой форме, которая максимально устраивает пациентов и их родителей и позволяет им участвовать в принятии решений и оказании помощи в той мере, которую они считают оптимальной для себя. Информация должна предоставляться с учетом осведомленности пациентов и членов их семей в вопросах здравоохранения. В больницах, где проводятся консилиумы в палатах, присутствие и участие семей в принятии решений должно поощряться.
- Обеспечивать формальную и неформальную поддержку ребенка и его семьи (медицинское страхование, налоговая отчетность, этические и юридические вопросы).
- Сотрудничать с пациентами и их семьями на всех уровнях оказания медицинской помощи, включая оптимизацию работы учреждений здравоохранения, повышение качества услуг, повышение безопасности пациентов, осуществление программ взаимоподдержки. Пациенты и члены их семей должны активно вовлекаться в планирование исследований, в определение формы и степени их участия в исследованиях, а также в принятие решений о том, в какой форме результаты исследований должны быть доведены до пациентов и членов их семей.
- Выявлять и признавать сильные стороны конкретных детей и семей и строить работу с учетом этих сильных сторон, поощряя укрепление уверенности пациентов и членов их семей в собственных силах и в способности участвовать в оказании помощи.

«В отделении реанимации, несмотря на особые условия, эти принципы (принципы семейно-ориентированного подхода. — *Авт.*) так же важны, как и в других местах оказания помощи»<sup>18</sup>. Семье больного требуется разносторонняя поддержка, ведь часто родители встревожены и напуганы, физически и психологически истощены и, возможно, им приходится преодолевать длительный путь из дома в стационар, совмещая посещения с работой и ухаживая за другими детьми. Им предстоит понять, что происходит сейчас, что может случиться впоследствии и какие планы уже составлены. Родители нуждаются в поддержке и своих здоровых детей, в помощи и уходе за ними, в совете о том, что им сказать во время посещения больного брата или сестры в стационаре. Если прогноз неблагоприятный, необходима поддержка при изменении целей медицинской помощи, принятии сложных решений и подготовке к возможной или неотвратимой смерти»<sup>19</sup>.

**Факторы, способствующие совершенствованию семейно-ориентированной помощи<sup>20</sup>:**

Близость родителей к ребенку в отделении реанимации:

- частые и свободные посещения, присутствие членов семьи на обходах, наличие комнаты ожидания.

Поддержка родителей во время нахождения ребенка в отделении реанимации:

- предоставление рекомендаций о том, как помогать ухаживать за ребенком («что делать возле кровати больного»);
- посещения поддерживающего персонала (группы духовной помощи, психолог, социальный работник).

Доступные и обновляемые сведения, сообщаемые спокойно и понятно:

- регулярное общение с врачами.

<sup>18</sup> Redshaw M.E., Hamilton K.E.; POPPY Project Research Team. Family centered care? Facilities, information and support for parents in UK neonatal units. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2010; 95:F365-8.

<sup>19</sup> Паллиативная помощь детям / Под ред. Э.Голдман, Р.Хейна и С.Либена: Пер. с англ. М.: Практика, 2017. С. 526.

<sup>20</sup> Sturdivant L., Warren N. Perceived met and unmet needs of family members of patients in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Nurse Q* 2009; 32:149-58.



Уверенность в том, что ребенку оказывается полноценная медицинская помощь и родителям сообщается об изменениях его состояния:

- честные ответы на вопросы родителей;
- понятные объяснения об изменениях состояния ребенка и о предоставляемом ему лечении и уходе;
- уверенность родителей в том, что сотрудники отделения заботятся об их ребенке.

Создание удобной и уютной обстановки для ребенка и его родственников:

- внимание к качеству пищи, к месту ожидания, к расположению туалетных комнат, к удобной мебели; создание условий для конфиденциального общения, когда это необходимо; родители должны чувствовать, что их уважают сотрудники отделения.

В настоящее время необходимость совместного пребывания детей и родителей в ОРИТ в большинстве зарубежных стран перестало быть спорным вопросом в принципе, тем более что накоплена солидная доказательная база в виде большого количества исследований, подтверждающих многочисленные позитивные эффекты подобной практики.

## Литература

1. American Academy of Pediatrics. (2012). Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. Policy Statement. PEDIATRICS Volume 129(2).
2. American Association of Critical Care Nurses. (2010). Family presence during resuscitation and invasive procedures. Retrieved from <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/family%20presence%2004-2010%20final.pdf>
3. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). Principles of biomedical ethics (7th ed.). New York: Oxford University Press.
4. Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. Geneva: World Health Organization.
5. Bowlby, J., & Fry, M. (1953). Child care and the growth of love. Melbourne: Penguin Books.

6. Chambers, L., Dodd, W., McCulloch, R., McNamara-Goodger, K., Thompson, A., & Widdas, D. (2009). A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services (Third Edition) Retrieved from <http://www.rcpcf.ru/Files/pdf/ACT.%20A%20Guide%20to%20the%20Development%20%20of%20Children's%20Palliative%20Care%20Services.pdf>
7. Coetzee, M. (2005). Are children really different from adults in critical care settings? *Southern African Journal of Critical Care*, 21(2), 70–76.
8. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. (2000). Palliative Care for Children. *PEDIATRICS*, 106(2), 351–357.
9. Committee on Quality Health Care in America Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press.
10. Curley, M. A. Q., & Moloney-Harmon, P. (2001). Critical care nursing of infants and children (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
11. Emergency Nurses Association. (2012). Clinical Practice Guideline: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation Retrieved from <https://www.ena.org/practice-research/research/CPG/Documents/FamilyPresenceCPG.pdf>
12. Frazier, A., Frazier, H., & Warren, N. A. (2010). A Discussion of Family-Centered Care Within the Pediatric Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(1), 82–86.
13. Giannini, A., & Miccinesi, G. (2010). Parental presence and visiting policies in Italian pediatric intensive care units: A national survey. *Pediatric Critical Care Medicine*. Retrieved from <http://ospedaleaperto.com/wp-content/uploads/2009/11/giannini-Pediatr-Crit-Care-Med-2010.pdf>
14. Giganti, A. W. (1998). Families in pediatric critical care: the best option. *Pediatr Nurs.*, 24(3), 261–265. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9987428>
15. Haines, C., & Childs, H. (2005). Parental satisfaction with paediatric intensive care. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(7), 37–41.
16. Latour, J. M., van Goudoever, J. B., & Hazelzet, J. A. (2008). Parent Satisfaction in the Pediatric ICU. *Pediatric Clinics of North America*, 55, 779–790.

17. Meert, K. L., Briller, S. H., & Schim, S. M., et.al. (2008). Exploring parents' environmental needs at the time of a child's death in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 9, 623-628.
18. Meert, K. L., Clark, J., & Eggly, S. (2013). Family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatric Clinics of North America*, 60(3), 761–772.
19. Meert, K. L., Schim, S. M., & Briller, S. H. (2011). Parental bereavement needs in the pediatric intensive care unit: review of available measures. . *Journal of Palliative Medicine*, 14, 951-964.
20. Michelson, K., Siegel, L., & Morgan, C. (2012). Palliative Care in the Pediatric Intensive Care Unit. Retrieved from <http://www.sccm.org/Communications/Critical-Connections/Archives/Pages/Palliative-Care-in-the-Pediatric-Intensive-Care-Unit.aspx>
21. National Committee on Bioethics. (2013). Intensive care unit “open” to family visits. Retrieved from [http://www.governo.it/bioetica/eng/opinions/abstract\\_Intensive\\_Care\\_Unit\\_open\\_family\\_visits.pdf](http://www.governo.it/bioetica/eng/opinions/abstract_Intensive_Care_Unit_open_family_visits.pdf)
22. Paediatric Intensive Care Society. (2010). Standards for the Care of Critically Ill Children. Retrieved from [http://www.ukpics.org.uk/documents/PICS\\_standards.pdf](http://www.ukpics.org.uk/documents/PICS_standards.pdf)
23. Robertson, J. (1959). *Young children in hospitals*. New York,: Basic Books.
24. Scott, L. D. (1998). Perceived needs of parents of critically ill children. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 3(1), 4-12.
25. Shelton, T. L., & Stepanek, J. S. (1994). Family-centered care for children needing specialized health and developmental services Association for the Care of Children's Health.

## Семейно-ориентированный подход

Материалы IPFCC — Институт пациент-ориентированного и семейно-ориентированного подхода в здравоохранении<sup>21</sup>.

### Часто задаваемые вопросы<sup>22</sup>

**Что такое здравоохранение, ориентированное на пациента и его семью?**

Здравоохранение, ориентированное на пациента и его семью, представляет собой подход к планированию, реализации и оценке услуг здравоохранения, который основан на взаимовыгодном партнерстве между теми, кто предоставляет медицинские услуги, пациентами и их семьями. Этот подход по-новому определяет систему отношений в здравоохранении.

Специалисты, ориентированные на пациента и семью, признают ключевую роль, которую играет семья в обеспечении здоровья и благополучия младенцев, детей, подростков и членов семьи любого возраста. Они признают, что эмоциональная и социальная поддержка, а также помощь в развитии являются составными частями заботы о здоровье. Они способствуют здоровью и благополучию отдельных личностей и семей, 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

---

<sup>21</sup> IPFCC — Институт пациент-ориентированного и семейно-ориентированного подхода в здравоохранении (The Institute for Patient- and Family-Centered Care) — это некоммерческая организация, основанная в 1992 г. и занимающаяся внедрением пациент-ориентированного и семейно-ориентированного подхода в здравоохранении. Продвигая идею важности сотрудничества между пациентами, семьями и медицинским персоналом, IPFCC способствует принципиальному изменению модели отношений между пациентом и здравоохранением. В 2009 г. на встрече Международного общества качества услуг здравоохранения в Дублине IPFCC получил приз Пикера за выдающиеся заслуги в области пациент-ориентированного здравоохранения. <http://www.ipfcc.org/about/index.html>

<sup>22</sup> <http://www.ipfcc.org/faq.html>

охраны здоровья, к более рациональному использованию имеющихся ресурсов и к большей удовлетворенности пациента и его семьи.

### **Каковы основные принципы здравоохранения, ориентированного на пациента и его семью?**

Уважение и достоинство. Специалисты здравоохранения прислушиваются к мнению и уважают представления и предпочтения пациента и его семьи. Знания, ценности, верования и культурные особенности учитываются в планировании и предоставлении помощи.

Предоставление информации. Специалисты здравоохранения предоставляют пациенту и его семье полную и объективную информацию таким образом, чтобы она была убедительной и полезной. Пациенты и их семьи получают своевременную, полную и точную информацию, для того чтобы эффективно участвовать в процессе оказания помощи и принятия решений.

Участие. Поддерживается участие пациентов и их семей в процессе оказания помощи и принятия решений на том уровне, который они выбирают.

Сотрудничество. Пациенты и их семьи включены в повседневную деятельность всего учреждения. Организаторы здравоохранения сотрудничают с пациентами и их семьями в разработке, реализации и оценке политик и программ; в определении дизайна медицинского учреждения; в профессиональном образовании, а также в предоставлении услуг охраны здоровья.

### **Что означает слово «семья»?**

Слово «семья» означает, что двое (или более) людей связаны тем или иным образом — биологически, юридически или эмоционально. Пациенты и их семьи определяют, кто для них является семьей. Согласно подходу, ориентированному на пациента и его семью, состав семьи, так же как и степень вовлеченности семьи в процесс лечения, определяется пациентом, при условии, что он или она являются достаточно зрелыми и компетентными, чтобы это сделать. Термин «ориентированный на семью» никоим образом не исключает осуществление контроля самим пациентом, способным принимать решения по поводу собственного лечения. В педиатрии, осо-

бенно по отношению к младенцам и маленьким детям, члены семьи определяются родителями или опекунами пациента.

**Какой термин точнее: «подход, ориентированный на семью», «подход, ориентированный на пациента» или «подход, ориентированный на пациента и его семью»?**

В начале 1990-х годов работа института была в первую очередь сосредоточена на ориентированном на семью подходе в педиатрии. Однако в рамках этого подхода всегда давались рекомендации о том, что по мере взросления пациентов они должны поощряться к участию в принятии решений о своем лечении. По мере того как институт в последние 8–10 лет стал более активно заниматься охраной здоровья взрослых и гериатрией, мы осознали важность отдельного признания роли пациентов. Таким образом, в настоящее время мы чаще используем термин «подход, ориентированный на пациента и семью».

Мы полагаем, что в силу нескольких причин термин «пациент-ориентированный» не может достаточно адекватно описать этот подход к лечению. Оригинальное определение пациент-ориентированной помощи, как следует из литературы конца 1980-х — начала 1990-х годов, не включало концепцию пациентов и их семей как консультантов и важных партнеров в улучшении качества медицинской помощи.

Вторая причина — это то, что большинство пациентов имеют тесные отношения с семьей или с сетями поддержки, и для системы здравоохранения важно поддерживать постоянную связь с этой естественной поддержкой. В силу глубокого влияния, которое семьи оказывают на здоровье и благополучие пациентов, их следует рассматривать в качестве союзников в деле улучшения качества и повышения безопасности здравоохранения.

Третья причина использования термина «подход, ориентированный на пациента и его семью» заключается в том, что социальная изоляция в современном обществе является фактором риска. Индивидуумы, которые в наибольшей степени зависят от больничного лечения и от системы здравоохранения в целом, часто являются крайне зависимыми от семей и от других сетей поддержки: очень юные пациенты, очень пожилые пациенты и пациенты с хроническими состояниями.

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

### **Отражает ли современная литература описанный здесь подход, ориентированный на пациента и его семью?**

За два прошедших десятилетия существенно увеличилось количество литературы, посвященной ориентированному на пациента и его семью подходу в здравоохранении. Основное внимание уделялось партнерским отношениям между пациентами, их семьями и поставщиками услуг на клиническом уровне. Намного меньше внимания обращалось на воздействие пациента и его семьи в качестве консультантов и лидеров по вопросам качества и безопасности на уровне разработки программ и политики. Однако по мере расширения числа медицинских учреждений, вовлекающих пациентов и их семьи как консультантов и лидеров, наблюдается увеличение количества попыток оценить эти совместные усилия.

В других областях, таких как образование и психическое здоровье, где ориентированный на семью подход существует более продолжительное время, в литературе освещается воздействие вовлечения семьи как на уровне реализации, так и на уровне разработки программ и политик.

### **Существует ли разница между подходом, ориентированным на семью, и подходом, сфокусированным на семье?**

Хотя оба подхода признают, что вовлечение семьи является базовым элементом здравоохранения, в них есть существенные различия. В случае подхода, сфокусированного на семье, профессионалы часто предоставляют медицинскую помощь с экспертных позиций — оценивая состояние пациента и семьи, рекомендуя лечение или другое вмешательство, разрабатывая план, которому семья должна следовать. Они выполняют определенную работу для и вместо пациента и семьи, рассматривая семью как «единицу вмешательства». В отличие от этого подход, ориентированный на семью, характеризуется

сотрудничеством в предоставлении помощи и принятии решений. Каждая из сторон уважает знания, навыки и опыт другой стороны. Семья и команда медицинских сотрудников совместно оценивают необходимые элементы в разработке плана лечения.

### **Имеет ли подход, ориентированный на семью, какое-либо отношение к семейной медицине?**

Семейная медицина — это медицинская специальность. Хотя принципы подхода, ориентированного на семью, особенно подходят для практики семейной медицины, они выходят за ее границы и охватывают другие медицинские специальности. Подход, ориентированный на семью, могут использовать профессионалы всех медицинских дисциплин.

### **Требуется ли подход, ориентированный на пациента и его семью, больше времени?**

Применение подхода, ориентированного на пациента и его семью, действительно требует определенных начальных вложений времени в выстраивание отношений. У персонала должна быть возможность оценить обычный способ взаимодействия с пациентами и их семьями, обсудить это, поразмышлять о преимуществах методов сотрудничества и получить новые знания и навыки. Для того чтобы ориентированный на семью подход мог быть эффективно реализован в любом медицинском учреждении, персонал должен честно оценить обычную практику обращения с пациентами и определить, как это должно измениться. Уже сам факт проведения честной оценки текущей практики является очень полезным для учреждения.

Пациенты и их семьи, которые больше привыкли к тому, чтобы быть пассивными получателями помощи, тоже потребуют времени и обучения новым навыкам и стратегиям, чтобы стать активными участниками процесса оказания помощи и принятия решений. Те пациенты и члены их семей, которые будут играть ключевые роли в больничных комитетах или в рабочих группах, будут нуждаться в обучении и менторской поддержке.

Время, которое потребуется, чтобы выстроить эти отношения и приобрести необходимые знания и навыки, постепенно будет воз-



мещено с избытком. Когда администраторы, клиницисты, пациенты и семьи имеют общее представление о том, что каждый из них может привнести в процесс лечения, и уважают вклад каждой стороны, — почва для взаимовыгодных отношений готова. С общими приоритетами и целями не будет необходимости тратить время впустую на повторяющиеся, неэффективные или контрпродуктивные действия. Кроме того, значительно снизится вероятность недоразумения, неудовлетворенности и даже медицинской ошибки.

### **Стоит ли дороже подход, ориентированный на пациента и его семью?**

Многие аспекты подхода, ориентированного на пациента и его семью, не требуют много денег: они просто требуют изменений в установках и подходе. Подход, ориентированный на пациента и его семью, улучшает качество и эффективность коммуникаций. Он скорее проактивен, чем реактивен. Как результат предотвращаются многие проблемы, а с остальными можно справиться еще до того, как они выйдут из-под контроля.

Введение подхода, ориентированного на пациента и его семью, в начале требует небольших расходов на обучение, но стоимость неудачных коммуникаций, потери доверия, часто определяемые количественно с точки зрения плохого состояния пациента, потраченных впустую ресурсов и злоупотребления служебным положением, намного выше.

Создание среды, поддерживающей присутствие и участие семей и обеспечивающей право пациентов и их семей на частное пространство, может потребовать больше средств. Но эти первоначальные расходы быстро окупятся, часто в измеримых терминах, например, за счет снижения уровня инфекций, повышения степени удовлетворенности пациентов и персонала, повышения рейтингов. Благоприятная для семей среда оказывает поддерживающее влияние и на персонал, тем самым повышая степень его удовлетворенности и привязанности к работе.

### **Что такое семейно-ориентированный подход к лечению?<sup>23</sup>**

Это инициативы в области семейно-ориентированного лечения и ухода.

<sup>23</sup> <http://www.ipfcc.org/faq.html>

В основе семейно-ориентированного подхода к лечению и уходу за ребенком лежит убежденность в том, что только совместные усилия медицинских работников и семьи пациента 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.

### **Основные принципы семейно-ориентированного лечения и ухода**

- 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 в принятии решений на выбранном ими уровне.
- Взаимодействие — приглашение пациентов и их родственников к разработке правил и программ и их оценке совместно с медицинским персоналом.
- На первый план в семейно-ориентированном подходе выдвигаются следующие аспекты:
  - признание уникальности каждого ребенка и его семьи. Характер человека, его жизненный и культурный опыт, ценности, убеждения, образование и вероисповедание разнятся от семьи к семье. Стандарт ухода должен быть единым для всех пациентов, но при этом обладать гибкостью, необходимой для учета потребностей и предпочтений каждой семьи;

- открытое и честное общение между медицинским персоналом, пациентами и их семьями. Для корректирования курса лечения, внедрения и совершенствования лучших практик и методов лечения необходима возможность обсуждать с пациентами и их родственниками не только положительные, но и отрицательные аспекты ситуации. Кроме того, такое открытое взаимодействие помогает пациенту и его семье накопить необходимый медицинский опыт;
- предоставление родственникам ребенка права участия в процессе лечения. Пациент и его родители будут активнее участвовать в процессе лечения, если они будут четко представлять себе, какие у них есть варианты;
- признание того, что семьи пациентов — это союзники системы здравоохранения в деле повышения качества и безопасности медицинских услуг. Сила этой системы — во взаимодействии и обмене знаниями между семьями и медицинскими работниками, которые позволяют поддерживать качество медицинских услуг на самом высоком уровне.

**Анкета организационной самооценки**

1. Признается ли в отделении (отделениях) реанимации и интенсивной терапии нашей больницы важность участия членов семей/родственников в процессе лечения и выхаживания пациентов?
  - a. Наличие формализованных (письменных) политик и правил — Да/Нет.
  - b. Наличие политик и правил на веб-сайте больницы — Да/Нет.
  - c. Отношение и практики персонала — Да/Нет.
2. При наличии документально оформленных политик и правил: члены семьи/родственники пациента рассматриваются как «посетители» или как участники лечебного процесса?
  - a. Как посетители — Да/Нет.
  - b. Как участники лечебного процесса — Да/Нет.
3. При наличии документально оформленных политик и правил: учитывалось ли при разработке политик и правил мнение членов семей пациентов? Да/Нет.
4. Делается ли в нашем учреждении различие между членами семей/родственниками пациентов и прочими посетителями (друзьями, дальними родственниками и т.п.)? — Да/Нет.
5. Существует ли в нашем учреждении процедура, позволяющая определить, кто именно может рассматриваться как член семьи?
  - a. Наличие формализованной процедуры — Да/Нет.
  - b. Обычная практика персонала — Да/Нет.
6. Каким образом в нашем учреждении обеспечивается возможность пребывания членов семей/родственников пациентов?
  - a. Круглосуточно — Да/Нет.
  - b. На короткие промежутки времени — Да/Нет.
  - c. Пребывание не разрешается — Да/Нет.
7. Разрешено ли присутствие членов семьи?
  - a. Во время поступления пациента в отделение — Да/Нет.
  - b. Во время обходов — Да/Нет.
  - c. Во время проведения реанимационных манипуляций — Да/Нет.

- d. Во время проведения инвазивных манипуляций — Да/Нет.
  - e. До введения наркоза — Да/Нет.
  - f. После пробуждения от наркоза — Да/Нет.
8. Получают ли члены семей/родственники пациентов информацию о возможности пребывания с пациентами и правилах поведения в ОРИТ? — Да/Нет.
- a. Информация и правила размещены на сайте больницы — Да/Нет.
  - b. Информация и правила доступны на информационных стендах — Да/Нет.
  - c. Информация и правила распечатаны в виде памяток и должны быть подписаны членами семей пациентов после ознакомления — Да/Нет.
  - d. Члены семьи информируются персоналом ОРИТ в устной форме — Да/Нет.
9. Существует ли в нашем учреждении система получения обратной связи от членов семей/родственников пациентов? Да/Нет.
- a. В ОРИТ размещены специальные ящики для сбора отзывов — Да/Нет.
  - b. В ОРИТ есть специальный журнал для отзывов — Да/Нет.
  - c. Проводится периодическое анкетирование о степени удовлетворенности пациентов и членов их семей — Да/Нет.
  - d. Другое.
10. Проводятся ли в нашем учреждении специальные мероприятия для персонала для обсуждения всех вопросов, связанных с организацией совместного пребывания? Да/Нет.
- a. Обсуждение на собраниях персонала — Да/Нет.
  - b. Проведение психологических тренингов — Да/Нет.
  - c. Проведение коммуникативных тренингов — Да/Нет.
  - d. Другое.
11. Учитываются ли интересы членов семей/родственников пациентов в оформлении и планировке нашего отделения? Да/Нет.
- a. Размещены ли перед входом в отделение информация и объявления, адресованные членам семей/родственникам пациентов? Да/Нет.

- b. Тексты для членов семей пациентов звучат доброжелательно и уважительно? Да/Нет.
  - c. Тексты для членов семей пациентов написаны понятным языком? Да/Нет.
12. Предусматривает ли планировка помещений возможность присутствия членов семьи? Да/Нет.
- a. Достаточно ли места в палатах для нахождения членов семьи? Да/Нет.
  - b. Достаточно ли места в палатах для перемещений персонала? Да/Нет.
  - c. В палатах есть раскладные стулья? Да/Нет.
  - d. В палатах есть ширмы? Да/Нет.
  - e. В отделении есть помещение, где члены семьи пациента могут переодеться и оставить свои вещи? Да/Нет.
  - f. В отделении есть отдельное помещение, где члены семьи пациента могут отдохнуть? Да/Нет.
  - g. В отделении (или за его пределами) предусмотрено помещение для принятия пищи членами семей? Да/Нет.
13. Рассматривается ли в нашем учреждении необходимость взаимодействия с членами семей пациентов в качестве одной из составляющих должностного функционала персонала? Да/Нет.
14. Есть ли в нашем учреждении Этический комитет, который рассматривает сложные (конфликтные) ситуации, связанные со взаимодействием с семьями пациентов, и оказывает поддержку в их разрешении? Да/Нет.
15. Есть ли в нашем учреждении система обучения членов семьи ухода за пациентом? Да/Нет.
16. Имеется ли в учреждении служба психологической поддержки для медперсонала, пациентов и их родственников, действующая в рамках семейно-ориентированного подхода? Да/Нет.

**Анкета для оценки индивидуального отношения специалистов  
к совместному пребыванию родителей с детьми в ОРИТ**

1. Вы считаете, что проблема совместного пребывания родственников и пациента в ОРИТ:
  - a. Надуманная.
  - b. Имеет место.
  - c. Чрезвычайно актуальна.
  - d. Требуется постоянного рассмотрения.
  - e. Имеет место, но не столь важна.
2. Знаете ли Вы о том, что согласно ФЗ 323 родственники имеют право на совместное пребывание с пациентами в отделениях реанимации и интенсивной терапии?
  - a. Да, хорошо знаю.
  - b. Нет, не слышал об этом.
3. Знаете ли Вы о том, что Минздрав России в июне 2016 года разработал правила посещения родственников в отделениях реанимации и интенсивной терапии?
  - a. Да, хорошо знаю.
  - b. Да, слышал, что правила существуют, но их содержания не знаю.
  - c. Впервые слышу.
4. Ваше отношение к возможности совместного пребывания родственников и пациента в ОРИТ:
  - a. Поддерживаю, это необходимо пациенту.
  - b. Возражаю, это невозможно.
5. Вы считаете, что совместное пребывание родственников и пациента в ОРИТ сопровождается для пациента:
  - a. Позитивным терапевтическим эффектом.
  - b. Негативным терапевтическим эффектом.
  - c. Никак не влияет на пациента в целом.
6. С какими из нижеперечисленных суждений о круглосуточном режиме доступа к больным детям в реанимации Вы согласны?

- а. Близкие родственники ребенка должны всегда иметь круглосуточный доступ в ОРИТ.
  - б. Круглосуточный доступ в ОРИТ должен предоставляться близким родственникам в зависимости от обстоятельств.
  - с. Необходимости в предоставлении круглосуточного доступа для близких родственников нет.
  - д. Затрудняюсь ответить.
7. Как влияет возможность совместного пребывания родственников и пациента в ОРИТ на работу медицинского персонала:
- а. Больше позитивных факторов.
  - б. Больше негативных факторов.
  - с. Никак не влияет на работу медицинского персонала.
8. Вы считаете, что совместное пребывание родственников и пациента в ОРИТ:
- а. Создаст в обществе больше взаимопонимания с медицинским сообществом.
  - б. Создаст в обществе больше недопонимания и претензий к медикам.
  - с. Никак не повлияет на отношение общества к медикам.
9. Вы считаете, что родственники пациента при выполнении агрессивных лечебных манипуляций (СЛР, катетеризация центральных сосудов, наложение трахеостомы и т.п.) в отношении пациента в ОРИТ:
- а. Не могут при них присутствовать никогда.
  - б. Могут при них присутствовать всегда.
  - с. Могут при них присутствовать по своему усмотрению.
  - д. Могут при них присутствовать по усмотрению медперсонала.
10. Какие преимущества дает совместное пребывание родителей с детьми в ОРИТ? \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



11. Какие негативные последствия, по Вашему мнению, может дать совместное пребывание родителей с детьми в ОРИТ?\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Примерное положение о внутренней политике медицинской организации по совместному пребыванию ребенка с членами семьи (законными представителями) в ОРИТ на основе семейно-ориентированного подхода**

\_\_\_\_\_  
название медицинской организации

|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;"><b>СОГЛАСОВАНО</b><br/>Председатель<br/>Этического комитета<sup>24</sup></p> <p>_____<br/>название медицинской организации</p> <p style="text-align: center;">Подпись, ФИО</p> <p>« ____ » _____<br/>дата</p> | <p style="text-align: center;"><b>УТВЕРЖДАЮ</b><br/>Директор</p> <p>_____<br/>название медицинской организации</p> <p style="text-align: center;">Подпись, ФИО</p> <p>« ____ » _____<br/>дата</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Положение  
о внутренней политике лечебного учреждения  
по совместному пребыванию  
ребенка с родителями (законными представителями) в ОРИТ  
на основе семейно-ориентированного подхода  
(«Открытая реанимация»)**

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. Данное Положение о внутренней политике лечебного учреждения по совместному пребыванию ребенка с родителями (законными представителями) в ОРИТ на основе семейно-ориентированного подхода (далее — Положение) основывается на следующих

<sup>24</sup> Положение может быть согласовано любым управляющим органом лечебного учреждения, уполномоченным защищать интересы пациентов.

положениях и нормах: Конституции Российской Федерации; Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Декларации о правах пациентов в России, принятой на Первом Всероссийском конгрессе пациентов 28 мая 2010 года в Москве; Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (принята Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994); Международной конвенции о правах ребенка; Лейденской хартии прав детей и иных документов, имеющих отношение к теории и практике охраны здоровья, медицинской помощи и защиты прав пациентов в России, в которых подчеркивается необходимость соблюдения права пациента на совместное нахождение с ним его представителей (семьи) в отделении реанимации и интенсивной терапии.

1.2. Настоящее Положение устанавливает политику в отношении организации совместного пребывания ребенка с членами семьи (законными представителями) в ОРИТ на основе семейно-ориентированного подхода.

1.3. Совместное пребывание ребенка с членами семьи (законными представителями) в ОРИТ декларируется международными и отечественными нормами как неотъемлемая часть прав ребенка, находящегося в кризисной ситуации, на дружелюбную и комфортную среду.

1.4. Право на круглосуточное нахождение с одним из членов семьи (законных представителей) распространяется на всех детей в возрасте до 18 лет, имеющих и не имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе на особые категории: дети-инвалиды; дети, нуждающиеся в паллиативной помощи; умирающие дети; дети из групп риска, включая детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также дети, находящиеся в социально опасном положении.

1.5. Ключевым моментом «Открытой реанимации» является признание пациента личностью, имеющей значимые для нее отношения с другими людьми, которые нельзя разорвать насильно, тем самым усугубляя его и без того тяжелое физическое состояние, вызванное болезнью, чувством страха и одиночества.

1.6. В основе «Открытой реанимации» лежит как нравственная составляющая, так и доказанный позитивный терапевтический эффект присутствия родителей на процесс выздоровления ребенка (снижение длительности лечения и затрат на лечение, повышение уровня выживаемости, повышение качества жизни и качества оказываемых услуг).

1.7. Реализация политики семейно-ориентированного подхода благоприятно сказывается не только на состоянии ребенка и семьи, но и на прогрессе медицинской службы, улучшении качества работы, повышении уважения и доверия к системе здравоохранения в целом.

## 2. ОСНОВНЫЕ ДЕФИНИЦИИ

2.1. Семья (законные представители, родственники, близкие, помощники по уходу) — группа лиц, имеющая постоянные правовые отношения, родственные и/или эмоциональные связи с пациентом. В соответствии с действующим семейным законодательством личные неимущественные и (или) имущественные права и обязанности могут существовать между следующими членами семьи: супругами, бывшими супругами, родителями и детьми, усыновителями и усыновленными, родными братьями и сестрами, бабушкой (бабушкой) и внуками, воспитанниками и фактическими воспитателями, отчимом (мачехой) и пасынками (падчерицами), опекунами (попечителями) и подопечными, приемными родителями и приемными детьми. В педиатрии, особенно по отношению к младенцам и маленьким детям, члены семьи определяются родителями или опекунами пациента.

2.2. Посетители — это лица, навещающие пациента, но не принимающие участия в уходе за пациентом и в решении вопросов его пребывания в лечебном учреждении, 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.

2.3. Лечащая бригада в рамках семейно-ориентированного подхода — это совокупность лиц, включающая медицинский и немедицинский персонал, оказывающий помощь больному, а также само-

го пациента, его семью и других помощников, от которых во многом зависит качество лечения и безопасность пациента.

### 3. ЦЕЛЬ, БАЗОВЫЕ ЦЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ

3.1. Цель семейно-ориентированного подхода — защита прав и законных интересов детей.

3.2. Базовые ценности:

- Признание факта, что родители хотят защитить своих детей и заботиться о них.
- Содействие обязательному вовлечению членов семьи в совместную деятельность в кризисных ситуациях.
- Уважение к семье и признание ее права на самоопределение.
- Учет в процессе работы сильных сторон и особенностей членов семьи.

3.3. Основные принципы семейно-ориентированного подхода при организации лечебного процесса в ОРИТ:

- Достоинство и уважение: 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 в принятии решений на выбранном ими уровне.

3.4. На первый план в семейно-ориентированном подходе выдвигаются следующие аспекты:

- Признание уникальности каждого ребенка и его семьи. Характер человека, его жизненный и культурный опыт, ценности, убеждения, образование и вероисповедание разнятся от семьи к семье. Стандарт лечения и ухода должен быть

единым для всех пациентов, но при этом обладать гибкостью, необходимой для учета потребностей и предпочтений каждой семьи.

- Открытое и честное общение между медицинским персоналом, пациентами и их семьями. Для корректирования курса лечения, внедрения и совершенствования лучших практик и методов лечения необходима возможность обсуждать с пациентами и их родственниками не только положительные, но и отрицательные аспекты ситуации.
- Предоставление родственникам ребенка права участия в процессе лечения. Пациент и его родители будут активнее участвовать в процессе лечения, если они будут четко представлять себе, какие у них есть варианты.
- Признание того, что семьи пациентов — это союзники системы здравоохранения в деле повышения качества и безопасности медицинских услуг. Сила этой системы — во взаимодействии и обмене знаниями между семьями и медицинскими работниками, которые позволяют поддерживать качество медицинских услуг на самом высоком уровне.

### 3.5. Персонал ОРИТ и медицинской организации в целом:

- стремится обеспечить семейно-ориентированный подход;
- признает важную роль семьи в обеспечении безопасности, комфорта, физического и психологического благополучия пациента, а также в содействии процессу выздоровления;
- признает в родителях своих полноправных коллег;
- поддерживает родителей (законных представителей) в их стремлении проводить как можно больше времени с попавшим в ОРИТ ребенком;
- организует коммуникации и совместное нахождение ребенка с родителями (законными представителями) в ОРИТ согласно установленным внутренним правилам;
- поощряет посильное участие членов семьи в уходе за пациентом;
- обучает родителей (законных представителей) ребенка навыкам ухода при необходимости.

## Правила нахождения (пребывания) родителей (законных представителей) с детьми в ОРИТ

\_\_\_\_\_  
название медицинской организации

|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>СОГЛАСОВАНО</b><br/>Председатель<br/>Этического комитета<sup>25</sup></p> <p>_____<br/>название медицинской организации</p> <p>_____<br/>Подпись, ФИО</p> <p>« ____ » _____<br/>дата</p> | <p><b>УТВЕРЖДАЮ</b><br/>Директор</p> <p>_____<br/>название медицинской организации</p> <p>_____<br/>Подпись, ФИО</p> <p>« ____ » _____<br/>дата</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Правила нахождения родителей (законных представителей) с детьми в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) на основе семейно-ориентированного подхода («Открытая реанимация»)

### 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1.1. Находиться с родителями в любом отделении больницы (в том числе в ОРИТ) является правом ребенка и семьи, закрепленным нормативно в Федеральном законе № 323 от 2011 года, а также неотъемлемой составляющей семейно-ориентированного подхода.

1.2. Семейно-ориентированный подход в ОРИТ, позволяющий реализовать право ребенка на дружелюбную и комфортную среду в кризисной ситуации, лежит в основе «Открытой реанимации», имеет не только высокую нравственную составляющую, но и дока-

<sup>25</sup> Правила могут быть согласованы любым управляющим органом лечебного учреждения, уполномоченным защищать интересы пациентов.

занный позитивный терапевтический эффект присутствия родителей на процесс выздоровления ребенка (снижение длительности лечения и затрат на лечение, повышение уровня выживаемости, повышение качества жизни и качества оказываемых услуг).

1.3. «Открытая реанимация» не подразумевает, что в отделении реанимации и интенсивной терапии отсутствуют какие бы то ни было правила и регламенты. Внутренние правила, составленные на основе политики семейно-ориентированного подхода и соблюдаемые всеми участниками лечебного процесса, позволяют создать среду, благоприятно сказывающуюся на состоянии ребенка и семьи, а также на прогрессе службы, улучшении качества работы, повышении уважения и доверия к системе здравоохранения в целом.

1.4. Правила включают определенные ограничения и нацелены на обеспечение эффективного взаимодействия между персоналом ОРИТ и членами семей пациентов, утверждаются директором (главным врачом) и фиксируются в письменной форме.

## 2. ПРИНЦИПЫ НАХОЖДЕНИЯ (ПРЕБЫВАНИЯ) С РЕБЕНКОМ В ОРИТ

2.1. Члены семьи (законные представители) должны быть проинформированы о возможности (праве) и Правилах нахождения с ребенком в ОРИТ (далее — Правила).

2.2. Эта информация должна быть предоставлена в устной и письменной форме в приемном покое или сразу при поступлении в отделение.

2.3. После прочтения Правил и уточнения неясных вопросов родитель (законный представитель) подписывает информированное согласие о соблюдении правил нахождения с ребенком в ОРИТ.

2.4. Помимо Правил, родителям выдается на руки распечатанная Памятка для родителей.

2.5. Члены семьи (законные представители)<sup>26</sup> ребенка могут находиться с ним круглосуточно, приходить в любое время.

---

<sup>26</sup> Количество членов семьи, которые могут одновременно находиться рядом с ребенком, определяется руководством каждого конкретного отделения реанимации и интенсивной терапии.



2.6. Сотрудники отделения вместе с родителями (законными представителями) ребенка письменно по заявлению родителей определяют третье лицо (лица), которое может находиться с ребенком или посещать его в ОРИТ, а также определяют, что еще разрешено третьим лицам: присутствовать во время врачебных обходов, осмотров, процедур, получать информацию о пациенте, налаживать эффективную коммуникацию между членами семьи и сотрудниками больницы и др.

2.7. Если родители (законные представители) ребенка хотят назначить представителя семьи, они должны предоставить информацию о нем на основании письменного заявления и документов, юридически определяющих право представлять интересы пациента.

2.8. В случае отсутствия у ребенка родителей (законных представителей) сотрудники отделения самостоятельно принимают соответствующие решения в зависимости от обстоятельств.

2.9. Другие родственники (друзья, знакомые) могут приходить с \_\_ до \_\_ ежедневно<sup>27</sup>, включая выходные и праздничные дни<sup>28</sup>.

2.10. Посещение пациентов детьми:

- Дети в возрасте до 14 лет могут посещать пациента только в сопровождении взрослого, при этом сам пациент таким сопровождающим лицом быть не может. Ограничений по возрасту для детей не имеется.
- Дети-посетители должны быть соответствующим образом подготовлены к больничной атмосфере и к болезни пациента. Медицинский персонал отделения должен предупредить о возможном эмоциональном стрессе для ребенка-посетителя в результате посещения. Ответственность за эмоциональное состояние детей целиком лежит на родителях (законных представителях).
- Дети-посетители не должны иметь острых инфекционных заболеваний.
- При посещении пациента ребенком сопровождающий взрослый и/или сотрудник отделения несут ответственность

<sup>27</sup> Время посещений определяется руководством каждого конкретного отделения реанимации и интенсивной терапии.

<sup>28</sup> Количество посетителей, которые могут одновременно находиться рядом с ребенком, определяется руководством каждого конкретного отделения реанимации и интенсивной терапии.

за безопасность и комфорт пациента и способствуют приобретению соответствующего возрасту ребенка положительного опыта общения с пациентом.

2.11. Персонал ОРИТ должен постоянно предоставлять полную, честную и непредвзятую информацию родителям (законным представителям) ребенка в форме, которая их максимально устраивает и позволяет им участвовать в принятии решений и оказании помощи в той мере, которую они считают оптимальной для себя. Информация должна предоставляться с учетом осведомленности пациентов и членов их семей в медицинских вопросах.

2.12. Администрация медицинской организации организует и проводит контроль соблюдения прав ребенка на совместное нахождение с родителями (в т.ч. путем анкетирования сотрудников, родителей (законных представителей)).

### 3. ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ ПЕРСОНАЛА С ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ

При совместном нахождении родители (законные представители) ребенка обеспечивают комфорт и оказывают помощь в уходе и предоставлении информации о пациенте, могут помочь персоналу в принятии решений.

Соблюдение следующих правил поведения с членами семьи поможет всем участникам лечебного процесса стать командой:

3.1. Представьтесь пациенту и членам его семьи (законным представителям).

3.2. Объясните, что будете работать вместе, одной командой, и что участие и мнение каждого из них имеют важное значение.

3.3. При первой возможности выясните, каким образом они хотят принимать участие в уходе и принятии решений. Обсудите наилучшие способы такого участия и возможности обучения.

3.4. Сообщите родителям (законным представителям), что персоналу поможет информирование об изменении состояния пациента. Расскажите, когда, где и как можно поделиться этими наблюдениями. Такая информация повышает качество медицинского ухода и безопасность пациента.

3.5. Не сомневайтесь в том, что вы и родители (законные представители) ребенка разделяете одни и те же цели — обеспечить наилучший уход за пациентом и его комфорт.

3.6. Поддерживайте дружелюбные конструктивные отношения с пациентом и родителями (законными представителями).

3.7. Регулярно общайтесь на тему вашей совместной работы, поощряйте участие пациента и родителей (законных представителей) в общей работе, особенно при необходимости принятия решений, переводе в другое отделение, выписке домой или в социальное учреждение.

3.8. Обсудите и согласуйте вопросы ухода и планы после выписки (перевода) из ОРИТ с учетом предпочтений, ценностей и задач пациента и родителей (законных представителей).

3.9. Поддерживайте помощников в их роли членов команды.

#### 4. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ИЛИ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРЕБЫВАНИЯ

Ограничения не должны ущемлять право ребенка на совместное пребывание с одним из родителей (законных представителей) и должны применяться в интересах ребенка. Запреты и ограничения должны быть разумно обоснованными или клинически необходимыми, должны приниматься 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.

4.1. Пациенты, родители (законные представители), медицинские работники и другие участники лечащей бригады в любое время вправе предложить пересмотреть или изменить порядок присутствия и вовлеченности членов семей.

4.2. Агрессивное поведение и несоблюдение техники безопасности членами семьи или посетителями неприемлемы; в случае возникновения таких ситуаций незамедлительно принимаются 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).

4.3. Все лица, посещающие ребенка в ОРИТ или претендующие на нахождение с ним, не должны иметь инфекционных заболеваний и должны соблюдать санитарно-эпидемиологический режим больницы.

4.4. Все лица, которые плохо себя чувствуют, страдают инфекционными заболеваниями, демонстрируют симптомы простуды, 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.) с разрешения персонала.

4.5. От лиц, находящихся с ребенком в ОРИТ, в целях обеспечения безопасности и защиты пациентов требуется соблюдение правил личной гигиены: до и после посещения ОРИТ необходимо вымыть руки с мылом и обработать их антисептическим средством на спиртовой основе; перед входом в ОРИТ надеть одноразовый халат, шапочку, маску (при необходимости), бахилы.

4.6. 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.

4.7. Не допускается приходить в алкогольном и другом виде опьянения, а также без разрешения персонала приносить в отделение ОРИТ аудио- и видеотехнику (в том числе мобильные телефоны, фотоаппараты, видеокамеры, компьютеры и др.), приносить игрушки и предметы, которые нельзя подвергнуть санобработке.

4.8. Случаи возможного ограничения права на посещение или нахождение с пациентом:

- Любое постановление суда, ограничивающее контакт с посетителем.
- Обоснованные ограничения в количестве одновременно присутствующих посетителей.
- Поведение, представляющее непосредственный риск или угрозу для пациента, сотрудников и пациентов больницы, иных лиц, находящихся в больнице.
- Нарушение санитарно-гигиенических требований и норм.
- Нарушение настоящих правил.
- 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 самого пациента в уединении или отдыхе.

## 5. ПРИСУТСТВИЕ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) НА ПРОЦЕДУРЕ РЕАНИМАЦИИ И ПРИ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Персонал ОРИТ придерживается семейно-ориентированного подхода и стремится признавать в родителях своих полноправных помощников. Поэтому право родителей (законных представителей) присутствовать у постели ребенка во время медицинских процедур/интенсивной терапии/реанимации признается медицинским персоналом во всех ситуациях, когда это возможно.

Для того чтобы решить, могут ли родители присутствовать при проведении экстренных мероприятий, от которых зависит жизнь ребенка, используются следующие критерии:

- 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 присут-

ствие родителей может повлиять на исход медицинского вмешательства/интенсивной терапии, проводимой врачом и/или медицинской сестрой, родителям предложат покинуть помещение.

- Если при соблюдении отобранных критериев родители (законные представители) приняли решение присутствовать при медицинском вмешательстве/интенсивной терапии/реанимации, проводимых врачом и/или медицинской сестрой, но не смогли справиться с эмоциями или стали мешать, кто-то из персонала ОРИТ проводит их из отделения.

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

Уважаемые родители/опекуны!

Если ваш ребенок перенес хирургическую операцию, получил серьезную травму или тяжело заболел, ему может потребоваться лечение и наблюдение в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Наше отделение следует политике семейно-ориентированного подхода к организации совместного пребывания пациентов и их родителей (законных представителей) в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Это означает, что мы понимаем, насколько важно присутствие родных и близких рядом с больным ребенком для его выздоровления и восстановления. Мы хотим заверить вас, что наша главная цель — обеспечить нашим пациентам самое эффективное лечение и уход. С вашим ребенком будут работать врачи, медсестры и другие опытные сотрудники. Конечно, мы сделаем все от нас зависящее для скорейшего выздоровления и восстановления вашего ребенка, но мы не можем заменить ребенку родителей. А вы, родители, нужны своему ребенку, но не можете заменить медперсонал. Поэтому мы просим вас чувствовать себя членом нашей команды и не только проводить как можно больше времени с вашим ребенком, но и делать все, что в ваших силах, чтобы помочь ребенку поскорее выздороветь.

Чтобы наше общение и взаимодействие носило продуктивный характер, предлагаем вам познакомиться с вашими правами и обязанностями, а также с правилами совместного пребывания родителей с детьми, которые приняты в нашем отделении.

**1. Права пациента и его семьи**

- Ознакомиться со своими правами и правилами по совместному пребыванию с ребенком в ОРИТ при поступлении в устной и письменной форме.

- Выбрать по своему усмотрению члена семьи, родственника или представителя семьи, который будет находиться рядом с пациентом, согласовав этот вопрос с заведующим отделением или руководителем лечебного учреждения и оформив документы в установленном порядке.
- Знать имена врачей и медсестер, работающих с ребенком, а также функции, которые они выполняют в процессе лечения и ухода за вашим ребенком.
- Получать от медицинского персонала информацию о заболевании, лечении и состоянии вашего ребенка, переданную в доступной форме.
- Получать достаточный объем понятной вам информации, для того чтобы дать или не дать согласие на любое предлагаемое лечение.
- Получать четкие объяснения результатов любого лечения, обследования или процедур.
- Участвовать в принятии решений о конкретных формах медицинской помощи для вашего ребенка.
- В пределах, разрешенных законом, принимать обоснованное решение об отказе от оказания помощи.
- Право на соблюдение конфиденциальности по поводу любой информации и документов, касающихся лечения вашего ребенка.
- Право на доступ к информации, содержащейся в медицинских записях, в установленное для этого время и в соответствии с правилами и внутренним распорядком в лечебном учреждении.
- Получать информацию о любых контактах лечебного учреждения с другими лечебными 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.



## **2. Обязанности родителей (законных представителей)**

- Предоставлять, в меру своих знаний, точную и полную информацию обо всех вопросах, касающихся здоровья ребенка.
- Быть внимательным к другим пациентам и персоналу и предупреждать о необходимости быть внимательными посетителей вашего ребенка.
- Следовать плану лечения, предложенному лечащим врачом.
- Следовать внутренним правилам совместного нахождения (пребывания) с ребенком в ОРИТ \_\_\_\_\_ (название учреждения), касающимся поведения и ухода за пациентами, выполнять рекомендации персонала отделения.
- Не создавать ситуаций, затрудняющих работу персонала отделения или создающих дискомфорт для других пациентов или посетителей отделения.

## **3. Общее пожелание для родителей**

Возьмите себя в руки. Как бы ни было вам страшно и тяжело, помните, что главное сейчас — здоровье вашего ребенка. Поэтому постарайтесь вести себя сдержанно. Тем самым вы облегчите работу врачам: им не придется отвлекаться от лечения вашего ребенка и утешать вас.

Не превращайте пребывание ребенка в больнице в трагедию. Не «накручивайте» ни себя, ни ребенка, ни родственников. Ваши переживания не помогут лечению, а только усугубят ситуацию: ребенок, напуганный вашей реакцией, куда менее уверенно почувствует себя в больнице.

## **4. Правила пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии \_\_\_\_\_ (название учреждения)**

Дорогие родители/опекуны!

Ваш ребенок поступил в отделение интенсивной терапии и реанимации для лечения и наблюдения. Наше отделение открыто для семьи пациента и предполагает возможность нахождения ро-

дителя/опекуна вместе с ребенком в отведенное для этого время. В этот непростой период вы, безусловно, беспокоитесь и у вас есть много вопросов. В этой короткой памятке мы постарались ответить на некоторые из них, а также сформулировали те правила, которые вам необходимо соблюдать, находясь в отделении. Пребывание родителей/опекунов в нашем отделении, ввиду специфики проводимого лечения, не должно мешать или затруднять работу персонала. Безусловно, данная памятка не может заменить личной беседы с врачом. Просим вас каждый раз обращаться к дежурной медсестре, медбрату или врачу с вопросами. Мы будем очень признательны, если вы будете задавать вопросы таким образом и тогда, когда это не будет препятствовать проведению лечебных мероприятий и уходу персонала за пациентами нашего отделения.

#### 4.1. Прием посетителей

- Родители (законные представители) могут навещать больного ребенка в любое время круглосуточно (не больше одного посетителя одновременно<sup>29</sup>). Вы можете меняться и посещать своего ребенка по очереди с другими членами семьи. Не забудьте сообщить дежурной медсестре имена ваших близких, которые имеют право от имени семьи находиться с ребенком<sup>\*30</sup>.
- Рядом с койкой ребенка есть табурет (стул), которым вы можете воспользоваться. Для комфорта других пациентов мы отгородим вас от них ширмой. К сожалению, ночью у вас не получится спать рядом с ребенком, поскольку нам необходимо свободно перемещаться вокруг его койки. Но вы можете оставаться в отделении, сидя на стуле, или пойти отдохнуть в комнату для родителей (к сожалению, спальные места там тоже не предусмотрены). Если вы хотите, вы можете уйти домой, чтобы поспать и набраться сил для завтрашнего дня.
- Другие родственники и друзья могут приходить в установленные правилами для посещения часы и дни ежедневно, вклю-

<sup>29</sup> Количество посетителей, которые могут находиться рядом с ребенком, регламентируется каждым отделением.

<sup>30</sup> Звездочками отмечены возможные и приемлемые для конкретного ОРИТ варианты правил.

чая выходные и праздничные дни<sup>31</sup>. Пожалуйста, помните, что в этом случае вы (родители или законные представители ребенка) должны предоставить письменное разрешение на посещение ребенка.

- Иногда нам приходится ограничивать количество посетителей только родителями (законными представителями). Такие ограничения вступают в силу, когда ребенок не лежит в изолированной палате или когда в больнице находится множество пациентов с инфекционными заболеваниями.
- 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 и вас попросят выйти из отделения на определенное время. Если обстоятельства сложатся так, что вы не сможете какое-то время находиться вместе с вашим ребенком, мы дадим вам знать по телефону, когда возможно вернуться в отделение. Пожалуйста, оставьте свой номер телефона, по которому мы сможем с вами связаться.
- Посещение пациента детьми в возрасте до 14 лет возможно только в сопровождении взрослого члена семьи после консультации с заведующим отделением согласно внутренним правилам нашей больницы.
- Категорически запрещается посещение больных детей лицами в состоянии алкогольного и наркотического опьянения.
- Вашему ребенку очень важна ваша непосредственная поддержка, даже если он находится в тяжелом состоянии. Вы можете просто посидеть на табурете (стуле) рядом с вашим ребенком, почитать ему вслух книжку или что-то рассказать, поговорить с ним. Однако помните, что не всегда есть необходимость находиться рядом с ребенком все время, отведенное для круглосуточного пребывания. Пожалуйста, не забывайте о себе, не забывайте принимать пищу и воду, не отказывайтесь от поддержки близких. Вам тоже необходимы отдых и силы.

<sup>31</sup> Время посещений определяется каждым отделением.

#### 4.2. Обеспечение безопасности

- Реанимационное отделение отличается от других. Поскольку ребенку требуется особый уход, например помощь при дыхании и кормлении, а также прием специальных лекарств, рядом с койкой может находиться много аппаратов и другого оборудования.
- Работа и звуки техники, которая оказывает помощь ребенку, могут вызывать у вас тревогу. Мы можем объяснить вам функцию некоторых устройств. Обратите внимание на то, что границы тревог, выставленные на технике и периодически срабатывающие при изменении различных показателей организма, как правило, не опасны, а направлены на то, чтобы мы заранее обратили внимание на состояние пациента и его реакцию на проводимое лечение.
- Медицинскими приборами могут пользоваться только средний медперсонал и врачи отделения! Вы не можете ни в коем случае вмешиваться в работу этих устройств, чтобы не навредить вашему ребенку, всегда лучше обратиться к медицинскому персоналу за разъяснениями.
- Когда вы находитесь рядом с 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).
- Категорически запрещается проводить какие-либо манипуляции в отделении с другими пациентами (давать еду, игрушки, книги и т. п.) без ведома медицинского персонала.

- Мы просим вас оставлять верхнюю одежду в специально отведенных местах. Одежду ребенка также следует хранить в специально отведенных местах; после перевода ребенка из отделения реанимации вы сможете ее получить.
- Ценные вещи и документы лучше хранить у себя или оставить в специальной запирающейся ячейке в родительской комнате.
- Чтобы ваш ребенок чувствовал себя в отделении более комфортно, после согласования с врачами можно принести знакомые игрушки и фотографии, которые очень важны для ребенка. Возможно также принести плеер или радио с наушниками, если ваш ребенок захочет послушать музыку или аудиокниги, но только с разрешения медицинского персонала отделения, так как в некоторых случаях аудио- и видеотехника может мешать работе медицинских приборов.
- В отделении реанимации и интенсивной терапии не разрешается без предварительного согласования с медицинским персоналом пользование мобильными телефонами, фотоаппаратами, видеокамерами и ноутбуками. Если вам нужно поговорить по телефону, воспользоваться данными устройствами, пожалуйста, выйдите за пределы отделения.
- Вы, конечно, знаете о полном запрете на курение в ОРИТ и в иных помещениях больницы (согласно действующему законодательству). Мы благодарны вам за то, что вы соблюдаете этот запрет и тем самым заботитесь о здоровье пациентов и персонала. Курение допустимо только в специально отведенных местах.
- Алкогольные напитки и наркотические и психотропные вещества в больницу и на прилегающую к ней территорию приносить категорически запрещено.
- Запрещено проносить на территорию больницы оружие, в том числе огнестрельное и холодное, а также газовые баллончики.

#### 4.3. Инфекционная безопасность

- Вы, наверное, слышали, что 80 процентов микробов передается через руки? Гигиена рук является одним из наиболее

важных способов защиты вашего ребенка и предотвращения распространения инфекций. Пожалуйста, помогайте нам остановить распространение микробов, обеззараживая руки:

- при входе и выходе из палаты;
- перед едой;
- после использования туалета;
- после кашля и чихания;
- при видимом загрязнении.
- Прежде чем идти к вашему ребенку, тщательно мойте с мылом и дезинфицируйте руки; 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 вы больны простудой или любым другим инфекционным заболеванием, оставайтесь дома до полного выздоровления. Это важно в целях безопасности как вашего ребенка, так и находящихся рядом в отделении детей.

- Не садитесь на кровать ребенка, пользуйтесь стульями. Это позволит уменьшить риск инфицирования вашего ребенка.
- О местах для приема вами пищи, о местонахождении санитарных комнат (туалетов) для посетителей вы можете узнать у медицинского персонала отделения.
- Из-за большого количества оборудования в реанимации достаточно жарко, поэтому носите легкую, свободную одежду. Скорее всего вам предложат надеть одноразовый халат, шапочку, бахилы.

#### 4.4. Получение информации

1. Вы можете уточнять состояние вашего ребенка по телефону или лично у дежурных врачей.
2. Если врач не сразу сможет вам ответить, это не означает, что будут плохие новости, пожалуйста, будьте терпеливы. Сотрудники отделения сильно загружены, поэтому у них не получается немедленно принимать звонки по телефону. Если вам не ответили сразу, не переживайте. Это не значит, что с ребенком что-то случилось.
3. Оставьте один или два номера телефона, по которым мы сможем с вами связаться.
4. Мы понимаем, что ваш ребенок — самое главное для вас, и вам важно все понимать, все видеть, все знать, но поверьте, врачи и медсестры отделений реанимации ничуть не меньше вас стремятся к тому, чтобы помочь вашему ребенку, и не надо им мешать выполнять свои профессиональные обязанности.
5. Пока ребенок находится в реанимации, у вас будут появляться разные вопросы, связанные с ходом лечения, поставленным диагнозом, степенью опасности заболевания, возможными последствиями, результатами анализов. Задавать такие вопросы следует лечащему врачу, и лучше это делать в то время, которое отведено на беседы с родителями, или спросите у врача, когда лучше к нему подойти с вопросами сегодня.
6. Пожалуйста, не забывайте, что, когда вы находитесь в отделении, вам следует неукоснительно и незамедлительно выполнять указания медицинского персонала, связанные с их профессиональной деятельностью и безопасностью пациентов.

**Мы очень 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.**

### **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



### Возможные темы для обсуждения с персоналом ОРИТ

1. Семейно-ориентированный подход.
2. Члены семьи — посетители или партнеры?
3. Пребывание или посещение?
4. Что нам мешает организовать совместное пребывание? Препятствия — реальные и надуманные.
5. Преимущества введения новых правил. Что нам даст новая политика?

### Семейно-ориентированный подход

Основная идея, которую ведущему следует донести до участников встречи, — это необходимость **интегрировать в процесс лечения выстраивание взаимоотношений с пациентом (ребенком) и членами его семьи.**

Ключевые моменты для обсуждения:

- Признание факта, что родители хотят защитить своих детей и заботиться о них.
- Содействие обязательному вовлечению членов семьи пациента в совместную деятельность в кризисных ситуациях.
- Учет в процессе работы сильных сторон и особенностей членов семьи.
- Семья, принимающая участие в планировании и оказании помощи, будет скорее помощником, нежели оппонентом команды специалистов, оказывающих помощь ребенку.
- Коммуникативная компетентность персонала ОРИТ: эмпатия, сердечность и искренность позволяют расположить членов семьи пациента и помочь решать сложные проблемы в момент кризисной ситуации. Наоборот, формализм, высокомерие, дистанцирование, неискренность, недомолвки, чопорная вежливость расцениваются семьей как невнимательность и незаинтересованность в ребенке; мешают вовлечению семьи в совместную планомерную работу; способствуют тому, что семья занимает защитную позицию; являются основой конфликтов и жалоб.

## Посетители или партнеры?

Основная идея, которую ведущему следует донести до участников встречи, — это то, что **члены семьи/родственники пациентов, попадающих в отделение реанимации и интенсивной терапии, не могут рассматриваться как «посетители»**. Все они — партнеры, союзники медицинского персонала в процессе лечения и ухода за больным ребенком.

Ключевые моменты для обсуждения:

- Ребенок, поступающий в ОРИТ, остается ребенком, имеющим семью, а не становится просто объектом лечебных манипуляций. Семейные связи не должны разрываться вне зависимости от состояния ребенка.
- Доступ к больному ребенку должен быть обеспечен в любое время. Все ситуации, когда членов семьи просят на время покинуть отделение, должны быть оговорены в правилах (например, во время обходов, проведения реанимационных и инвазивных процедур ребенку или другим пациентам и т.п.).
- Члены семьи знают своего ребенка гораздо лучше, чем медицинские работники. Они могут и должны восприниматься как источник ценной информации об особенностях здоровья их ребенка, возможных реакциях на те или иные препараты и т.п.
- Как выражается поддержка персоналом практики совместного пребывания: манера общения, интонации, готовность делиться информацией, привлекать членов семьи к уходу за пациентом.
- Присутствие членов семьи не требует специального переоборудования пространства. Конечно, идеальным является пребывание ребенка с членами семьи в отдельном боксе/палате. Но, как правило, достаточно ширмы для зонирования и стула для родителя. 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.

### Пребывание или посещение?

Основная идея, которую ведущему следует донести до участников встречи: подходы к организации совместного пребывания ребенка с членами его семьи (законными представителями) в медицинских организациях не стандартизированы и различаются, при этом в большинстве случаев не соблюдаются принципы семейной ориентированности. Понятие «нахождение с ребенком» часто подменяется понятием «посещение».

Ключевые моменты для обсуждения: принципиальные различия понятий «посещение» и «пребывание».

|                                                                            | Посещение                                                                         | Пребывание                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время                                                                      | Устанавливается администрацией лечебного учреждения, временные рамки лимитированы | В обязательном порядке учитывается мнение пациента и членов его семьи, временные рамки не лимитированы (круглосуточно) |
| Пожелания родителей и законных представителей                              | Не учитываются                                                                    | Родители сами определяют время нахождения с ребенком в согласовании с медицинским персоналом                           |
| Желание ребенка, находящегося в ОРИТ                                       | Не учитывается                                                                    | В обязательном порядке учитывается                                                                                     |
| Присутствие родителей на проведении медицинских манипуляций своему ребенку | Не разрешено                                                                      | Разрешено, на основании согласованного решения медицинского персонала и родителей                                      |
| Осуществление ухода за ребенком                                            | Не разрешено                                                                      | Поощряется и активно реализуется                                                                                       |

### Преимущества введения новых правил. Что нам даст новая политика?

Ключевые моменты для обсуждения:

- Члены семьи могут оказать бесценную помощь по уходу и психологическому сопровождению пациента, так как они наиболее тонко чувствуют любые изменения в его физиче-

ском и психологическом состоянии, в отличие от медицинского персонала.

- Нахождение мамы или папы с ребенком не приводит к увеличению распространения инфекционных заболеваний. При этом в ряде исследований отмечали даже снижение общего уровня инфекций после того, как родным было разрешено находиться рядом с пациентом.
- При совместном нахождении ребенка с родителями (законными представителями) в значительной мере сокращается число случайных травм.
- Присутствие членов семьи на процедуре сердечно-легочной реанимации не снижает ее успешности, не создает дополнительного стресса для обученного медицинского персонала, не увеличивает продолжительности процедуры. Семьи ни в одном из случаев не подали иски в суд.
- Значительно снижается вероятность ошибок в лечении, недоразумений и неудовлетворенности как со стороны пациента и его семьи, так и со стороны медицинского персонала.
- 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.
- Благоприятная для семей среда оказывает поддерживающее влияние и на персонал, тем самым повышая степень его удовлетворенности и привязанности к работе.

При обсуждении преимуществ организации совместного пребывания можно использовать раздел из руководства Европейского совета по реанимации<sup>32</sup>, посвященный вопросу обеспечения возможности нахождения родителей в ОРИТ. В нем подчеркиваются следующие моменты:

- Большинство родителей выражают желание быть рядом со своими детьми в отделении реанимации, считая, что это принесет детям очевидную пользу.

<sup>32</sup> <http://www.cprguidelines.eu/>

- Медицинский персонал не испытывает давления или дискомфорта в связи с присутствием родителей.
- Присутствие родителей в реанимации имеет следующие положительные психологические аспекты:
  1. Родители могут сами оценить (увидеть) тяжесть состояния их ребенка.
  2. Родители сами видят, что все возможное для ребенка делается, что снимает потенциальное чувство вины за то, что что-то еще не сделано.
  3. Снижается уровень тревоги и дистресса (так как наибольшим стрессом является неизвестность и непонимание).
  4. Родители имеют возможность попрощаться с ребенком. У них есть ощущение, что их присутствие важно для ребенка, что они его не бросили в самый тяжелый момент.
  5. Легче происходит признание и принятие смерти ребенка.
  6. Процесс горевания проходит более гладко.
  7. Происходит более быстрая адаптация к потере.
  8. Присутствие родителей помогает медицинскому персоналу отнестись к тяжелобольному как к человеку, члену чьей-то семьи, а не просто как к абстрактному умирающему пациенту.

*Т.Н. Лобанова, сертифицированный  
консультант по управлению (СМС), канд. пед. наук<sup>33</sup>*

### **Виды и причины сопротивления изменениям**

О причинах сопротивления персонала изменениям написано много. Отметим несколько важных, ключевых позиций.

1. Сопротивление переменам неизбежно. Бессмысленно возмущаться и призывать «к корпоративной совести».
2. Формы сопротивления переменам существенно отличаются друг от друга и зависят от того, воспринимаются ли они негативно или позитивно.
3. Сопротивление может принимать явную или скрытую форму. Скрытое сопротивление является более опасным, так как его нельзя выявить.
4. То, что люди говорят, часто не совпадает с тем, что они на самом деле думают. Сотрудники редко ощущают себя комфортно, открыто выражая свои эмоции по поводу идей руководства относительно предстоящих изменений.

В литературе встречаются следующие виды сопротивления изменениям:

- логические, рациональные возражения;
- психологические, эмоциональные установки;
- открытое сопротивление;
- скрытое сопротивление;
- немедленное сопротивление;
- отложенное сопротивление;
- индивидуальное сопротивление;
- организационное сопротивление.

Главная причина сопротивления персонала — страх: страх потери и страх перед неизвестным и непонятным.

Это может быть боязнь потерять рабочее место, лишиться определенного статуса или привычной дружеской атмосферы на рабочем месте, расстаться с любимыми коллегами, не суметь приспособить-

<sup>33</sup> [http://www.reglament.net/bank/mng/2010\\_1\\_article.htm](http://www.reglament.net/bank/mng/2010_1_article.htm)

ся к новым требованиям... и все это ради громких целей, необходимость которых совершенно неочевидна для рядовых сотрудников.

Не получая необходимой информации «сверху», работники обращаются к коллегам — в результате ложные пессимистичные представления о протекающих процессах растут как снежный ком.

### **Тактики устранения сопротивлений**

Основные принципы преодоления сопротивления персонала организационным изменениям — максимально открытое и честное общение руководства с подчиненными всех уровней, максимум информации о происходящем, дополнительное обучение сотрудников и вовлечение их в процесс принятия решений.

Дж. Коттер к общетактическим методам преодоления и устранения сопротивления изменений относит следующие<sup>34</sup>:

1. Обучение персонала и общение с ним. Устранение дефицита информации.
2. Участие сотрудников в переменах и вовлечение их в процессы принятия решений.
3. Помощь и поддержка в выполнении новых процессов и процедур.
4. Переговоры с людьми и согласие по большинству пунктов.
5. Манипуляция, маневрирование.
6. Явное и неявное принуждение.

Среди основных практических задач, которые должны быть решены для обеспечения успешной реализации изменений, — проведение информационной кампании (обеспечивающей в том числе и эмоциональную поддержку персонала), построение единой команды и дополнительное обучение сотрудников.

Основную пользу в устранении сопротивления изменениям приносит информационная кампания.

Информационная кампания должна быть всеохватывающей, подробной и использовать все возможные способы коммуникации. При этом информация должна содержать весомые и разумные объ-

<sup>34</sup> Cotter John P., Schlesinger Leonard A. Choosing Strategies for Change // Harvard Business Review. 1979. Vol. 57. № 2.

яснения происходящего и акцентировать внимание на положительных сторонах изменений для каждого сотрудника организации.

Специалисты отмечают, что сопротивление сотрудников уменьшается, если в курсе текущих преобразований и стратегических целей организации их держит не только высшее, но и линейное руководство. Это связано с тем, что работники привыкли к стилю общения и поведения своего непосредственного начальства и трактовка его невербального языка не вызывает у них сомнений.

Человеческое понимание и сопереживание оказывают серьезное положительное влияние на персонал. Полезно организовать специальное «вентилирующее» собрание, на котором сотрудникам предоставляется возможность выплеснуть свои эмоции и недовольство. Помимо снятия стресса за счет «вентиляции» эмоций такая встреча, проводимая внешними специалистами, способствует сплочению группы благодаря эффекту группового переживания.



## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные вопросы методологии «Открытая реанимация» (совместное пребывание ребенка с родителями в отделениях реанимации и интенсивной терапии). — М., 2018. — 52 с.
2. Вместе — можно: Сборник материалов по организации совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. — М., 2016. — 182 с.
3. Вместе или врозь? Совместное пребывание детей, нуждающихся в паллиативной помощи, и их родителей в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Отчет об исследовании. — М., 2014. — 95 с.
4. *Гильфантинова Д.* Основы коммуникативных навыков для специалистов паллиативной помощи детям. — М., 2016. — 40 с.
5. Организация совместного пребывания ребенка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ): Клинические рекомендации / Под ред. В. В. Лазарева. — М., 2016. — 40 с.
6. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение: Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. — М.: Р.Валент, 2014. — 180 с.
7. *Пащенко Н., Логунова Ю., Германенко О.* Вместе с мамой. Что делать, когда твой ребенок в реанимации? Советы родителям. — М., 2015. — 52 с., ил.
8. По-настоящему дельное руководство по паллиативной помощи детям для врачей и медсестер во всем мире / Пер. с англ. Т. Бабанова; Ред. перевода канд. мед. наук Н. Савва. — М.: Издательство «Проспект», 2017. — 464 с.
9. Психологическая поддержка и игротерапия в детской паллиативной помощи. Харьковская О. А., Савва Н. Н., Лаврова К. С. — М., 2015. — 96 с., ил.
10. Разрешить нельзя запретить. Совместное пребывание родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. 20 вопросов и ответов для медицинских сестер. — М., 2018. — 44 с.

11. Совместное пребывание ребенка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии — важнейшая составляющая положительного терапевтического эффекта: Методическое пособие для специалистов отделений реанимации и интенсивной терапии и организаторов здравоохранения / Под ред. В. В. Лазарева. — М.: ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, 2016. — 40 с.
12. Хартия прав умирающего ребенка (Триестская хартия). — М.: 2016. — 92 с.

Рекомендуемую литературу можно бесплатно скачать на сайте Благотворительного фонда развития паллиативной помощи «Детский паллиатив» (раздел «Библиотека») <http://www.rcpcf.ru>



## **ВМЕСТЕ — ЛУЧШЕ**

### **Рекомендации по организации работы персонала отделений реанимации и интенсивной терапии в обеспечении совместного пребывания детей с родителями**

*Учебно-методическое пособие*

Подписано в печать 20.03.2018.

Печать офсетная. Бумага офсетная 80 г/м<sup>2</sup>. Гарнитура Newton.  
Формат 60х90 1/16. Объем 5,25 усл. п. л. Тираж 2000 экз. Заказ № 261П

Отпечатано в ООО «Издательство «Перспектив»  
119606, г. Москва, пр-т Вернадского, 84

