

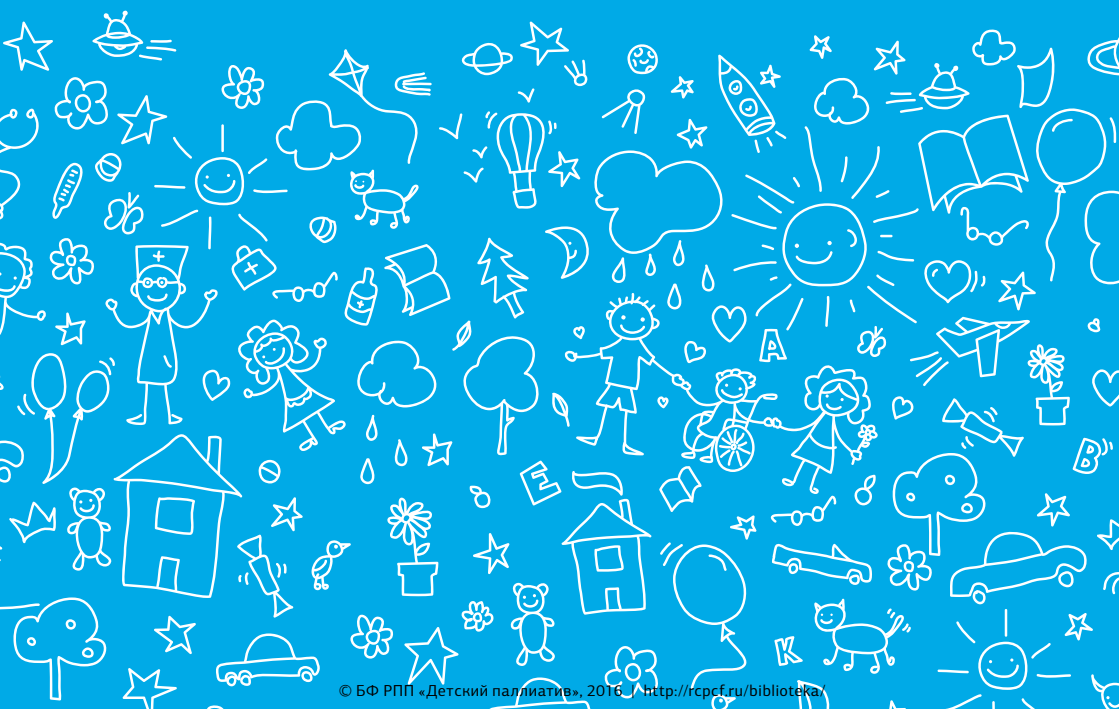


**ДЕТСКИЙ
ПАЛЛИАТИВ**

благотворительный фонд
развития паллиативной помощи

ВМЕСТЕ — МОЖНО

**Сборник материалов по организации
совместного пребывания родителей с детьми
в отделениях реанимации
и интенсивной терапии**



ВМЕСТЕ — МОЖНО

**Сборник материалов по организации
совместного пребывания родителей с детьми
в отделениях реанимации
и интенсивной терапии**

**Москва
2016**

УДК 614.2
ББК 55.6
В592

Вместе — можно. Сборник материалов по организации совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии. — М., 2016. — 182 с.

ISBN 978-5-9907629-2-3

В сборнике «Вместе — можно» содержатся материалы, касающиеся различных аспектов организации совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии, включая конкретные примеры зарубежного и российского опыта, политик и правил, рассказы организаторов здравоохранения, советы по преодолению существующих барьеров, публикации в СМИ.

Сборник предназначен для организаторов здравоохранения и специалистов отделений реанимации и интенсивной терапии.

Составитель — Вартанова К. А., к. ф. н., директор Благотворительного фонда «Детский паллиатив».

Переводы с английского: Благотворительный фонд «Настоящее будущее».

© Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», 2016.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
Введение	6
Краткий обзор российского нормативно-правового регулирования совместного нахождения родителя/законного представителя с ребенком	10
Обзор ситуации за рубежом	15
Эволюция подхода к совместному пребыванию в ОРИТ детей и их родителей	15
Современные принципы оказания помощи детям в ОРИТ	21
Четыре принципа биомедицинской этики	21
Принципы семейно-ориентированной медицинской помощи в ОРИТ	22
Библиография.	27
Семейно-ориентированный подход	29
Вместе — лучше: Партнерство с семьями	37
Библиография.	42
Примеры внутренних правил и политик детских больниц по совместному пребыванию родителей с детьми в ОРИТ	45
Отделение неонатальной интенсивной терапии SJMHS, США	45
Вместе — лучше: Партнерство с семьей Карманный справочник «Вместе — лучше» для персонала	47
Вместе — лучше: Партнерство с семьей Карманный справочник «Вместе — лучше» для семей	49
Больница Бейкерсфилд Мемориал, США.	51
Бирмингемская детская больница, Великобритания	58
Детская больница Восточного Онтарио, Канада	61
Детская больница Цинциннати, США.	63
Кингстонская больница общего профиля, Канада	73

Детская больница при медицинском центре Университета Дьюка, США	76
Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева	79
ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»	84
Что делать, если близкий человек в реанимации?	93
Вместе — можно: интервью с организаторами совместного пребывания родителей с детьми в ОРИТ	97
Нам нечего скрывать	97
Качество — это дорога, не имеющая конца	105
Это не риски, это — работа	117
Сведения, полученные из российских детских стационаров, практикующих совместное пребывание родителей с детьми в ОРИТ	124
Публикации в СМИ	130
Родители и реанимация: пускать или не пускать?	130
Охрана vs забота: допускать ли родных пациента в реанимацию	132
Посторонним вход воспрещен	139
Как устроена детская реанимация в Англии	142
Пускать или не пускать? Врачи спорят о пользе присутствия родных в реанимации	151
Болезненный вопрос	161
Что делать, если ваш родственник попал в реанимацию	164

ПРЕДИСЛОВИЕ

Ограничения и запреты на совместное пребывание родителей с их тяжелобольными детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии детских стационаров продолжают оставаться серьезной проблемой российского здравоохранения. Несмотря на законодательно установленное право родителей находиться вместе с ребенком в любом отделении медицинского стационарного учреждения¹, единой политики в этом вопросе в детских ОРИТ России нет. Используются разные, часто диаметрально противоположные, подходы к пребыванию родителей, которые, как свидетельствуют исследования², связаны, в первую очередь, с различиями в этических позициях и личных установках медицинских специалистов, а не с внешними факторами.

В современной медицине совместное пребывание родителей и детей в ОРИТ постепенно становится стандартом работы. Проведены и продолжают проводиться исследования, которые не только доказывают нравственную состоятельность этой идеи, но свидетельствуют о позитивном терапевтическом эффекте присутствия родителей на процесс выздоровления ребенка. В отдельных российских ОРИТ уже есть опыт успешного внедрения практики совместного пребывания родителей и детей, подтверждающий давно известное утверждение: кто хочет, тот ищет возможности, кто не хочет — ищет причины.

Предлагаемый сборник содержит материалы для тех, кто ищет возможности, пути и способы изменить существующую ситуацию, кто хочет сделать так, чтобы идея совместного пребывания стала повседневной реальностью и готов двигаться от вопроса «*что* надо делать» к вопросу «*как* надо делать».

Карина Варганова
Директор БФ «Детский паллиатив»

¹ Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает право родителя/законного представителя на совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему помощи в стационарных условиях (ч. 3 ст. 51).

² Вместе или врозь? Совместное пребывание детей, нуждающихся в паллиативной помощи, и их родителей в отделениях реанимации и интенсивной терапии. — М., 2014.

ВВЕДЕНИЕ

Концептуальной основой права ребенка на совместное пребывание с родителями во время болезни является статья 9 Конвенции о правах ребенка, гласящая, что: «Государства-участники обеспечивают, чтобы ребенок не разлучался со своими родителями вопреки их желанию»¹.

Огромное значение, которое придается возможности присутствия родителей рядом с болеющим ребенком, отражено в Лейденской хартии прав детей, находящихся в больнице, принятой Европейской ассоциацией по защите прав детей, находящихся в больнице (ЕАСН), в 1988 г. и дополненной комментариями в 2001 г., в Брюсселе, на 7-й конференции ЕАСН². Согласно статье 2 Лейденской хартии, дети, находящиеся в больнице, имеют право на то, чтобы их родители или лица, их замещающие, были рядом с ними все время.

В комментариях к статье подчеркивается, что данное право больного ребенка должно являться составной частью всей системы охраны здоровья детей. В том случае, если у родителей нет возможности или готовности находиться рядом с ребенком, это могут быть другие лица, заменяющие родителей. В качестве примера ситуаций, в которых должно быть обеспечено совместное пребывание, называются следующие:

- в ночное время, независимо от того, спит ребенок или бодрствует;
- во время проведения обследований или манипуляций, требующих местного обезболивания;
- во время проведения общей анестезии и непосредственно при выходе ребенка из наркоза;
- в период комы или бессознательного состояния ребенка.

Стоит обратить внимание еще на две статьи Лейденской хартии:

Статья 3: Всем родителям должна быть предложена возможность размещения, а также помощь и поддержка в их желании на-

¹ http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml

² <https://www.each-for-sick-children.org/each-charter.html>

ходиться рядом с ребенком. Родители не должны нести дополнительные расходы или страдать от материальных потерь. Для того, чтобы качественно участвовать в уходе за ребенком, родители должны постоянно получать информацию о текущем положении, а также привлекаться к участию в уходе.

Статья 6: Не должно быть ограничений по возрасту для тех, кто посещает детей в больницах.

На 12-й Европейской конференции ЕАСН, которая состоялась в Праге в сентябре 2014 г., была принята специальная резолюция «Присутствие родителей всегда и везде»¹. Резолюция, подписанная представителями 13 стран (Австрия, Чешская Республика, Великобритания, Финляндия, Германия, Исландия, Ирландия, Италия, Япония, Нидерланды, Швеция, Швейцария, Словения), призывает все государства и учреждения системы здравоохранения признать, что:

- дети и подростки, находящиеся в больницах и любых других учреждениях здравоохранения, должны иметь право на присутствие родителей или лиц, их заменяющих, везде, в любое время, в любом месте, круглосуточно, независимо от возраста ребенка или подростка;
- настоящее положение применимо во всех случаях, независимо от того, проходят ли дети и подростки курс лечения или обследования, с или без применения местной анестезии или седации, до или после общей анестезии. Помимо этого, настоящее применимо в случаях нахождения детей в неонатальных педиатрических отделениях и отделениях интенсивной терапии, во время доставки в больницу службой скорой помощи или МЧС, в изоляторах, рентгенографических кабинетах, послеоперационных палатах, в учреждениях охраны материнства и всех прочих учреждениях здравоохранения.

В руководстве Европейского совета по реанимации² содержится специальный раздел, посвященный вопросу обеспечения воз-

¹ <https://www.each-for-sick-children.org/each-conferences/12th-conference-prague-2014/resolution-on-parental-presence.html>

² <http://www.cprguidelines.eu/>

возможности нахождения родителей в ОРИТ. В частности, подчеркиваются следующие моменты:

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

В Декларации о правах пациентов в России¹, 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 г.), 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 говорится:

¹ <http://www.patients.ru/en/patients/rights-declarations>

1.15. Права членов семьи пациента

Члены семьи и законные представители пациента вправе находиться рядом с ним в любой медицинской организации в любое время, если это не мешает другим пациентам, и если пациент не запретил им находиться рядом.

КРАТКИЙ ОБЗОР РОССИЙСКОГО НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СОВМЕСТНОГО НАХОЖДЕНИЯ РОДИТЕЛЯ/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ С РЕБЕНКОМ

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 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); состояния больного; нахождения больного в том или ином структурном подразделении медицинской организации. Это означает, что:

- родитель/законный представитель ребенка, которому оказывается медицинская 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, которому оказывается медицинская

помощь в стационарных условиях, распространяется и на случаи нахождения ребенка в ОРИТ, поскольку ОРИТ является структурным подразделением медицинской организации.

В поддержку реализации права родителя/законного представителя на совместное нахождение с ребенком в медицинской организации, ч. 5 статьи 7 Закона об охране здоровья предусматривает, что органы государственной власти Российской Федерации и органы государственной власти субъектов Российской Федерации должны создавать и развивать медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, среди прочего с учетом возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи.

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 и его реализация на практике связаны с существенными трудностями. По этому поводу Минздравом РФ были выпущены два письма. В одном из них 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. В другом письме 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. Остается неясным, почему в письме Минздрава РФ право на совместное нахождение, предусмотренное законом, подменяется правом на посещение.

Весьма вероятно, что трудности с реализацией права родителя/законного представителя на совместное нахождение с ребенком связаны с тем, что не существует ведомственного подзаконно-

го акта, который бы регламентировал организацию совместного нахождения с ребенком в стационарных условиях (особенно при нахождении ребенка в ОРИТ). В то же время Минздрав РФ выпустил порядки оказания медицинской помощи детям по разным профилям, которые содержат правила организации такой помощи в стационарных условиях, перечни рекомендуемых помещений и стандарты оснащения, но при этом даже не упоминают о том, что медицинская помощь детям должна организовываться с учетом предусмотренного Законом об охране здоровья права родителя/законного представителя на совместное нахождение с ребенком (за исключением рекомендации предусматривать комнату для отдыха родителей). Более того, некоторые правила в порядках оказания медицинской помощи сформулированы таким образом, как будто не обязательно создавать условия для совместного нахождения родителя/законного представителя с ребенком. Ниже приводятся несколько примеров:

1. Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология» устанавливает Правила организации деятельности отделения анестезиологии-реанимации, где перечисляются различные помещения, которые рекомендуется организовывать в отделении, но нет никакого упоминания о том, что помещения должны организовываться таким образом, чтобы обеспечивать совместное нахождение родителя/законного представителя с ребенком. Аналогично сформулированы Правила организации деятельности центра анестезиологии-реанимации.
2. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» устанавливает Правила организации деятельности отделения новорожденных, где рекомендуется организовывать палаты интенсивной терапии новорожденного, палаты для новорожденных с прозрачными перегородками между ними и палаты совместного пребывания матери с ребенком. Разделение палат на такие категории само по себе предполагает, что не при всяких обстоятельствах должно обеспечиваться совместное нахождение родителя/законного представителя с ребенком, что, по сути, приводит к нарушению права на сов-

местное нахождение с ребенком. В Правилах организации деятельности ОРИТ новорожденных перечисляются различные помещения, которые рекомендуется организовывать в отделении, в том числе палаты для реанимации и интенсивной терапии новорожденных с прозрачными перегородками между ними. Но нет никакого упоминания о том, что помещения должны организовываться таким образом, чтобы обеспечивать совместное нахождение родителя/законного представителя с ребенком.

Ситуация, при которой существуют порядки оказания медицинской помощи детям, не обеспечивающие совместного нахождения родителей/законных представителей с детьми, и не существует иного нормативного акта, который бы регламентировал организацию совместного нахождения, приводит к тому, что существующие порядки могут восприниматься как устанавливающие ограничения на совместное нахождение, несмотря на положения федерального закона.

Следует отдельно отметить, что некоторые положения СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (далее — «СанПиН 2.1.3.2630-10») устанавливают правила, прямо подразумевающие раздельное пребывание детей и их родителей. Например, п. 10.7.1 части I (Общие требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность) описывает организацию «детских палат (без матерей)», а п. 10.7.3 части I предусматривает палаты для круглосуточного совместного пребывания матерей только для детей до 3 лет и в отделениях второго этапа выхаживания. Пункты 2.2.1, 3.3 и 3.4 части IV (Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях)) предусматривают совместное и раздельное пребывание матерей и детей. Эти положения могут служить основанием для нарушения права на совместное нахождение с ребенком, предусмотренного Законом об охране здоровья. Пункт 3.7.10 части IV подразумевает возможность разделения детей и матерей при пребывании ребенка в отделении новорожденных и недоношенных детей, а в отношении новорожденных детей, находящихся в ОРИТ, пря-

мо запрещает пребывание матерей. Последнее правило является нарушением предусмотренного Законом об охране здоровья права на совместное нахождение с ребенком и должно быть отменено.

Совершенно очевидно, что *Закон об охране здоровья имеет большую юридическую силу по сравнению с подзаконными нормативными актами*, включая вышеупомянутые порядки оказания медицинской помощи и СанПиН 2.1.3.2630-10. Поэтому положения, содержащиеся в таких актах и не соответствующие в той или иной степени предусмотренному законом праву родителя/законного представителя на совместное нахождение с ребенком, не умаляют этого права. Если у должностных лиц и прочих сотрудников медицинских организаций отсутствует понимание главенства нормы Закона об охране здоровья над ведомственными подзаконными актами, то они могут воспринимать соответствующие положения Закона об охране здоровья и упомянутых ведомственных актов как противоречащие друг другу. Это приводит к препятствиям для реализации права родителя/законного представителя на совместное нахождение с ребенком.

Суммируя, можно сказать, что на сегодняшний день отсутствует правовая норма, прямо устанавливающая обязанность медицинских учреждений обеспечивать право ребенка на общение с родителями. Однако, в отсутствие и правовой нормы, устанавливающей запрет на доступ родителей в ОРИТ, можно считать разумным применение общей законодательной нормы, гарантирующей право родителей на общение с ребенком в случаях нахождения последнего в медучреждениях.

ОБЗОР СИТУАЦИИ ЗА РУБЕЖОМ

Эволюция подхода к совместному пребыванию в ОРИТ детей и их родителей

В специализированных источниках, где рассматривается совместное пребывание детей и их родителей в ОРИТ, право и возможность совместного пребывания в ОРИТ обсуждаются для каждой семьи, без опоры на особые группы пациентов.

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 в полной мере относилось не только к ОРИТ, но и к стационарам в целом. К концу прошлого века ситуация стала меняться, поскольку появилась серьезная доказательная база и соответствующие теории, свидетельствующие о позитивном эффекте присутствия родителей в ОРИТ как для 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 20 лет 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.

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

Если раньше были ограничения на присутствие родителей в ОРИТ во время проведения реанимационных и инвазивных процедур, то теперь эти ограничения тоже снимаются:

- Американская ассоциация медицинских сестер, занятых в ОРИТ (American Association of Critical-Care Nurses) опубликовала официальный документ (American Association of Critical-Care Nurses, 2010), в котором было рекомендовано:
 - а) предоставлять возможность пребывания в ОРИТ во время проведения реанимационных и инвазивных процедур членам семей пациентов;
 - б) всем лечебным учреждениям утвердить формальные правила (политики, процедуры, стандарты), которые бы разрешали совместное пребывание.
- Ассоциация медицинских сестер, занятых оказанием экстренной помощи (Emergency Nurses Association) опубликовала «Руководство по клинической практике, касающееся пребывания родственников в ОРИТ во время проведения реанимационных и инвазивных процедур» (Emergency Nurses Association, 2012).

Можно считать, что преимущества так называемого «семейно-ориентированного» (или «семейно-центрированного») подхода к работе с детьми в педиатрических отделениях реанимации и ин-

тенсивной терапии, предполагающего активное взаимодействие с родителями и их постоянное присутствие в ОРИТ, широко признаны за рубежом. Это, однако, не привело пока к повсеместному практическому внедрению семейно-ориентированного подхода в ОРИТ. Например, опрос всех педиатрических ОРИТ в Италии, проведенный шесть лет назад (Giannini & Miccinesi, 2010), выявил общую тенденцию, состоящую в ограничении возможностей посещения детей в ОРИТ их родителями и запрете на присутствие родителей в ОРИТ во время реанимационных мероприятий.

Ограничения возможностей для родителей находиться с детьми в ОРИТ в свое время связывались со следующими факторами:

- 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 в ОРИТ;
- нехваткой персонала для работы с родителями и членами семьи» (Meert, Clark, & Eggly, 2013);
- нехваткой времени у медицинского персонала для работы с родителями и членами семьи (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 отлучения 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 отлучение 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, поддержке со стороны медицинского персонала и близости к тем, кого они любят (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 (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.

Практика сразу же выявила целый ряд проблем, связанных с таким решением.

Потребности родителей, находящихся вместе с ребенком в ОРИТ, включают неприкосновенность «личного пространства», близость к ребенку, достаточно просторное помещение, контролируемые «сенсорные стимулы» (например, шум, освещение, запахи), безопасность, бытовые удобства и присутствие людей, которые обеспечивают профессиональную и личную поддержку (Meert, Briller, & Schim, 2008). Далеко не все ОРИТ были готовы удовлетворить эти потребности в должной мере. В частности, выяснилось, что очень редко больницы могли обеспечить родителям приемлемые условия для сна. В целом переход к семейно-ориентированному подходу оказался на деле сложнее, чем предполагалось (Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine, 2001).

Обратимся к Руководству по клинической практике, опубликованному Ассоциацией медицинских сестер экстренной помо-

щи (Emergency Nurses Association, 2012). Здесь рассматривается наличие доказательной базы относительно различных аспектов присутствия в ОРИТ родителей во время реанимационных и инвазивных процедур (Таблица 1). Естественно, если имеется доказательная база, подтверждающая возможность присутствия родителей в эти периоды, то возможность их присутствия в ОРИТ в другое время можно тоже считать обоснованной.

В зависимости от степени определенности содержащихся в пособии рекомендаций с точки зрения их использования в клинической практике, все рекомендации делятся на уровни¹:

- *Уровень А.* Высокий уровень клинической определенности. Рекомендации основаны на эмпирических исследованиях высокого качества. Следование этой рекомендации приведет к хорошим результатам.
- *Уровень В.* Средний уровень клинической определенности. В целом рекомендации основаны на эмпирических исследованиях высокого качества, хотя в доказательной базе имеются некоторые несущественные неопределенности и противоречия. Следование этой рекомендации, скорее всего, приведет к хорошим результатам.
- *Уровень С.* Слабый уровень клинической определенности. Рекомендации основаны на мнениях специалистов, описаниях отдельных случаев, распространенных среди врачей взглядах, фрагментарных исследованиях. Эмпирическая база весьма слабая, но, тем не менее, рекомендации могут быть приняты во внимание практиками. Эффективность ограничена либо неизвестна.
- *Не рекомендуется для использования в клинической практике².* Полное отсутствие объективных эмпирических данных либо наличие только описаний отдельных случаев. Крайне низкое качество исследований, если имеются (слабо контролируемые или неконтролируемые).

¹ Такой подход соответствует традициям т.н. доказательной медицины.

² Обозначение уровня отсутствует.

Таблица 1

Доказательная база относительно различных аспектов присутствия в ОРИТ родителей во время реанимационных и инвазивных процедур

Аспекты	Результаты исследований	Уровень клинической определенности
Возможный вред от присутствия родителей для пациента, членов его семьи или профессионального медперсонала	Нет эмпирических данных, подтверждающих возможность причинения такого вреда	<i>B</i>
Влияние культурных особенностей семьи на решение о присутствии родителей	Имеются эмпирические данные, подтверждающие такое влияние	<i>B</i>
Целесообразность назначения специалиста, ответственного за взаимодействие с родителями и помощь им	Имеются данные опросов профессионалов в сфере здравоохранения, подтверждающие такую целесообразность	<i>B</i>
Наличие официальной политики медучреждения, регламентирующей присутствие родителей	Имеются данные, подтверждающие полезность такой политики для практических медицинских работников	<i>B</i>
Предложение родителям присутствовать как возможность	Имеются данные, подтверждающие, что присутствие родителей должно предлагаться как возможность на основе существующей в этой сфере политики медучреждения	<i>B</i>

С учетом того, что внедрять семейно-ориентированный подход в ОРИТ необходимо, в литературе появились предложения относительно стратегий улучшения существующей практики (Haines & Childs, 2005):

- Проанализировать время и возможности для проведения ознакомительных визитов родителей до госпитализации ребенка.
- Обеспечить помощь новым сотрудникам ОРИТ из числа среднего медицинского персонала в обеспечении поддержки родителей, находящихся в ОРИТ.

- Улучшить коммуникацию с родителями по вопросам работы ОРИТ.
- Улучшить письменную коммуникацию с родителями.
- Оптимизировать роль старших медицинских сестер в обеспечении родителей устной информацией.
- Прояснить каналы коммуникации, когда в работу вовлечены несколько медицинских бригад.
- Обеспечить преемственность при назначении медицинских сестер.
- Улучшить подготовку родителей к перемещению ребенка из ОРИТ в другие подразделения.
- Улучшить командную работу в процессе выписки пациента.

Современные принципы оказания помощи детям в ОРИТ

Современные принципы оказания помощи детям в ОРИТ основаны на большом практическом опыте и результатах исследований. Ключевым моментом в обеспечении так называемого «открытого доступа в реанимацию» является признание того, что *пациент должен рассматриваться не как отдельно взятый индивидуум или просто организм, который требует лечения, а как личность, имеющая значимые для нее отношения с другими людьми*, которые нельзя разрывать насильно, тем самым усугубляя и без того тяжелое физическое состояние, вызванное болезнью, чувством одиночества.

Четыре принципа биомедицинской этики

Стандартной теоретической основой для анализа этических ситуаций в медицине в зарубежной литературе принято считать четыре принципа, предложенных Бошамп 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 основе 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. В том числе имеется в виду, 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.

Конечно, данные принципы носят очень общий характер, но, руководствуясь ими, можно сформулировать аргументы в пользу того, что родители должны иметь возможность присутствовать в ОРИТ.

Гораздо более подробная и специфичная для ОРИТ аргументация содержится в публикациях о семейно-ориентированном подходе применительно к детским отделениям реанимации и интенсивной терапии. При этом необходимость учета специфики детских учреждений признается повсеместно. Например, Общество реанимации и интенсивной терапии ЮАР учло этот момент при разработке национальных стандартов (Coetzee, 2005).

Принципы семейно-ориентированной медицинской помощи в ОРИТ

В одном из самых известных пособий по детской реанимации и интенсивной терапии (Curley & Moloney-Harmon, 2001) семейно-ориентированный подход характеризуется как «лучшая практика», а его компоненты и принципы описываются в отдельной главе. В упомянутом пособии приводятся следующие ключевые элементы семейно-ориентированного подхода со ссылкой на публикацию Ассоциации заботы о детском здоровье (Association for the Care of Children's Health) (Shelton & Stepanek, 1994):

- Включение в политики и практику признания того, что семья является постоянной составляющей в жизни ребенка, тогда как системы обслуживания и персонал, оказывающий услуги, меняются.
- Поощрение сотрудничества между семьей и профессиональным медицинским персоналом на всех уровнях в больнице, на дому и в учреждениях социальной помощи:
 - забота о конкретном ребенке;
 - разработка, осуществление и оценка программ помощи;
 - формирование политик.
- Постоянный обмен полной и непредвзятой информацией между семьями и профессионалами.
- Включение в политики и практику признания значимости социально-культурного многообразия как внутри семей, так и между семьями.
- Признание и уважение различных методов преодоления семьями сложных жизненных ситуаций и внедрение комплексных политик и программ, которые обеспечат различные формы поддержки семей (образовательную, эмоциональную, финансовую и т. д.).
- Поощрение взаимоподдержки семей, развитие контактов между семьями.
- Обеспечение гибкости, доступности и комплексности услуг, которые оказываются детям в ОРИТ и их семьям учреждениями здравоохранения и социальной помощи как в медицинских учреждениях, так и на дому.
- Принятие семей как семей и детей как детей, признание того, что у них могут быть различные сильные стороны, проблемы, эмоции и устремления — помимо потребностей в специализированной медицинской помощи.

Спустя почти 20 лет с момента первой публикации приведенных выше принципов Американская академия педиатрии (American Academy of Pediatrics, 2012) предложила следующие принципы семейно-ориентированной 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 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 предоставлять полную, честную и непредвзятую информацию родителям и членам семей в 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.
- Обеспечить формальную и неформальную поддержку ребенка и 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, 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 способности участвовать в оказании помощи.

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

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

Сравнивая современные принципы оказания паллиативной помощи детям, можно наблюдать иногда частичное, а иногда и полное их совпадение с принципами оказания педиатрической помощи детям, находящимся в критическом состоянии, в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

Следует иметь в виду, что все вышеперечисленные принципы имеют солидную доказательную базу в виде многочисленных исследований, основанных на принципах доказательной медицины.

Трудно переоценить значимость семейно-ориентированного подхода применительно к оказанию паллиативной помощи детям. Долго и тяжело болеющие дети, нуждающиеся в паллиативной помощи, составляют значительный контингент пациентов педиатрических отделений реанимации и интенсивной терапии.

Можно выделить ряд принципов оказания ПП, которые имеют отношение к совместному пребыванию родителей вместе с детьми в ОРИТ:

- Паллиативная помощь должна оказываться и ребенку, и его семье. Члены семьи рассматриваются как те, кто сами оказывают помощь ребенку, и как получатели паллиативной помощи.
- Основное и наилучшее место оказания паллиативной помощи — это дом, где живет ребенок. Тем не менее, сам ребенок и члены его семьи имеют право выбора того, где получать помощь, а также право участвовать в определении способов оказания этой помощи, вплоть до выбора места умирания.

- В ситуации, угрожающей жизни ребенка, и в случае его утраты помощь оказывается в тех объемах, которые будут необходимы.
- Паллиативная помощь должна быть комплексной и охватывать все симптомы неблагополучия: физические, психологические, социальные и духовные.
- Паллиативная помощь должна быть доступна ребенку и его семье постоянно.

Таким образом, в современных принципах оказания ПП безусловно признается право родителей и ребенка, нуждающегося в паллиативной помощи, находиться вместе постоянно, включая пребывание в ОРИТ.

БИБЛИОГРАФИЯ

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%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
 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
 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.
 26. Steering Committee of the EAPC task force on palliative care for children and adolescents. (2007). IMPaCTT Standards for paediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 14(3), 109-114.

СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

Материалы IPFCC — Института пациент-ориентированного и семейно-ориентированного подхода в здравоохранении¹.

Часто задаваемые вопросы²

Что такое здравоохранение, ориентированное на пациента и семью?

Здравоохранение, ориентированное на пациента и семью, представляет собой подход к планированию, реализации и оценке услуг здравоохранения, который основан на взаимовыгодном партнерстве между теми, кто предоставляет медицинские услуги, пациентами и 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 охраны здоровья, более рациональному использованию

¹ 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>

² <http://www.ipfcc.org/faq.html>

имеющихся ресурсов и большей удовлетворенности пациента и семьи.

Каковы основные принципы здравоохранения, ориентированного на пациента и семью?

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

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

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

Сотрудничество. Пациенты и семьи включены в повседневную деятельность всего учреждения. Организаторы здравоохранения сотрудничают с пациентами и 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 семьи определяют, кто для них является семьей. Согласно подходу, ориентированному на пациента и 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 при-

нимать решения по поводу собственного лечения. В педиатрии, особенно по отношению к младенцам и маленьким детям, члены семьи определяются родителями или опекунами пациента.

Какой термин точнее: ориентированный на семью, ориентированный на пациента или ориентированный на пациента и семью?

В начале 1990-х работа Института была в первую очередь сосредоточена на ориентированных на семью подходах 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 семей как консультантов и важных партнеров в улучшении качества медицинской помощи.

Вторая причина — это то, что большинство пациентов имеют тесные отношения с семьей или 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 семью» заключается в том, что социальная изоляция в современном обществе является фактором риска. Индивидуумы, которые в наибольшей степени зависят от больничного лечения и системы здравоохранения в целом, часто являются крайне зависимыми от семей и других сетей поддерж-

ки: очень юные пациенты, очень пожилые пациенты и пациенты с хроническими состояниями.

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

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

За два прошедших десятилетия существенно увеличилось количество литературы, посвященной ориентированному на пациента и семью подходу в здравоохранении. Основное внимание уделялось партнерским отношениям между пациентами, семьями и поставщиками услуг на клиническом уровне. Намного меньше внимания обращалось на воздействие пациента и 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 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 политики.

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.

Требует ли подход, ориентированный на пациента и семью, больше времени?

Применение подхода, ориентированного на пациента и семью, действительно требует определенных начальных вложений времени в выстраивание отношений. У персонала должна быть возможность оценить обычный способ взаимодействия с пациентами и семьей, 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 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 семей, которые будут играть ключевые

роли в больничных комитетах или рабочих группах, будут нуждаться в обучении и менторской поддержке.

Время, которое потребуется, чтобы выстроить эти отношения и приобрести необходимые знания и навыки, постепенно будет возмещено 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 дорожке подход, ориентированный на пациента и семью?

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

Введение подхода, ориентированного на пациента и семью, в начале требует небольших расходов на обучение. Но стоимость неудачных коммуникаций, потери доверия — часто определяемых 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 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?¹

• Инициативы в области семейно-ориентированного лечения и ухода

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

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 принятии решений на выбранном ими уровне.
- **Взаимодействие** — приглашение пациентов и их родственников к разработке правил и программ и их оценке совместно с медицинским персоналом.

¹ <http://www.ipfcc.org/faq.html>

• **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 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.

ВМЕСТЕ — ЛУЧШЕ: ПАРТНЕРСТВО С СЕМЬЯМИ

Присутствие и участие членов семьи: факты и цифры¹

Политика ограничения посещения больного членами его семьи основана на глубоко укоренившихся представлениях о том, что присутствие и участие родных мешает врачам, утомляет пациента, тяжким бременем ложится на членов семьи или даже приводит к распространению инфекций. Такие представления относятся к области мифов и заблуждений. **На сегодняшний день им нет никаких научных подтверждений.**

Что происходит на самом деле?

Изоляция пациента — фактор риска. Исследования показали, что изоляция пациентов от близких в тот момент, когда они наиболее уязвимы, значительно повышает риск врачебной ошибки, причинения эмоционального ущерба, непоследовательных действий медицинского персонала и нецелесообразного увеличения медицинских расходов [1, 2].

Согласно исследованиям, во многих случаях госпитализация пожилых пациентов при острых или опасных для жизни заболеваниях связана с ослаблением когнитивных функций [3]. В ходе госпитализации члены семьи и другие помощники пациента могут оказать бесценную помощь, так как они наиболее тонко чувствуют любые изменения когнитивных функций у пациента, в отличие от медицинского персонала.

Из 606 выбранных для исследования больниц США, 76,4% (включая 89,6% отделений интенсивной терапии) придерживаются ограничительной политики посещения пациентов [4].

¹ Institute for Patient- and Family-Centered Care:
<http://www.ipfcc.org/advance/topics/Better-Together-Facts-and-Figures.pdf>

Из рассказа пациентки:

«Я боялась, что умру, потому что у меня и раньше была реакция на фентанил. Об этом знали и муж, и мама, но их со мной не было. Эта жуткая ситуация возникла из-за больничных правил, запрещающих моей семье остаться со мной».

Большинство отделений интенсивной терапии в США ограничивают посещение больных для членов семьи [5].

В штате Нью-Йорк 26 % отделений неотложной помощи разместили на своих веб-сайтах заявления, противоречащие федеральным законам и законам штата относительно права пациента на выбор посетителей [6].

Согласно отчету Фонда медицинских исследований и образования (HRET) за 2014 год, приблизительно в 58 % больниц придерживаются политики, облегчающей введение неограниченного посещения пациента в любом отделении больницы членами семьи или «помощникам по уходу», исходя из пожеланий самого пациента [7].

Отчет министерства здравоохранения и социального обеспечения США за 2014 год отражает позитивные результаты общенациональной политики, нацеленной на повышение качества и безопасности услуг при гонорарном способе оплаты в рамках системы Medicare. За шесть лет количество повторных госпитализаций сократилось до 17,5 %, а за два года количество случаев нанесения вреда пациенту снизилось на 9 %. Несмотря на эти позитивные тенденции, предстоит еще большая работа по улучшению ухода и обеспечению безопасности пациента [8].

Почему необходимо использовать изменения на практике

Присутствие родных в отделении интенсивной терапии для взрослых:

- приводит к меньшему беспокойству пациента и членов его семьи;
- повышает удовлетворенность пациента и членов его семьи оказываемыми им услугами [5].

Семья помогает младшему медперсоналу отделений интенсивной терапии найти индивидуальный подход к пациенту. По мнению персонала, семья — важнейший источник эмоциональной поддержки, оказывающий положительное воздействие как на физиологическом, так и на психологическом уровнях [9].

Беседы с родными пациентов, находящихся в интенсивной терапии, раскрывают их полезную роль: «... активное присутствие, защитник пациента, помощник, носитель информации о прошлом, инструктор, волонтер...». Исследователи приходят к выводу, что члены семьи «являются неотъемлемой частью системы ухода за пациентом в отделении интенсивной терапии. Они должны получить признание за свой вклад и приглашение «в мир и работу отделений интенсивной терапии» [10].

Из рассказа супруги пациента:

«Какой же это посетитель? Это моя жена!» Но вопреки желанию мужа, меня часто к нему не пускали. Я считаю, что с нами поступали очень жестоко».

Посещение взрослых пациентов в интенсивной терапии не связано с увеличением распространения инфекционных заболеваний [11].

В одном ожоговом отделении интенсивной терапии общий уровень инфекций снизился, после того как родным было разрешено находиться рядом с пациентом [12].

В Италии обследование случайной выборки из 226 пациентов интенсивной терапии не выявило увеличения септических осложнений в тех случаях, когда пациент сам определял частоту и продолжительность посещений. К тому же в группе пациентов с ограничением времени посещения в два раза возрастали риски серьезных сердечно-сосудистых осложнений [13].

В семи больницах — участниках проекта Совместного центра по реформе здравоохранения — на 35 % снизилось число падений пациентов и на 62 % — травм от падений. В соответствующем докладе сказано, что главный урок, который удалось извлечь, — это то, что «возможность пациентов и их семей играть более активную

роль в вопросах собственной безопасности в медицинских учреждениях создала партнерство, предупреждающее падения» [14].

Согласно проведенному во Франции исследованию 500 родственников пациентов, прошедших сердечно-легочную реанимацию, «вероятность появления симптомов посттравматического стрессового расстройства в будущем у членов семей, не присутствовавших на процедуре, возрастает на 60%. Они также больше подвержены тревожности и депрессии». Присутствие членов семьи на процедуре сердечно-легочной реанимации не создавало дополнительного стресса для медицинского персонала и не увеличивало продолжительность процедуры. Их присутствие не сказалось на числе успешных процедур реанимации. Семьи ни в одном из случаев не подали иски в суд [15].

Опрос 375 младших медработников позволил прийти к выводу, что те из них, кто приглашал членов семьи присутствовать при реанимации, ощутили больший положительный эффект и снижение рисков [16].

Организации, ведомства и отдельные лица, поддерживающие присутствие и участие семей

«Семья пациента — не просто посетители, а неотъемлемая часть группы по уходу за пациентом. Американское общество управления рисками в области здравоохранения (ASHRM) считает, что внедрение концепции семьи-партнера вместо семьи-посетителя станет превентивной мерой в сфере управления рисками» [17].

Американская ассоциация младшего медицинского персонала, работающего в интенсивной терапии, выступает за право больного выбирать человека, которого будут без каких-либо ограничений допускать к нему для оказания поддержки [5].

Инструкции по клинической практике американского института реаниматологии указывают на необходимость признать «важную роль членов семьи в уходе за пациентом» и «заручиться их участием» [18].

В докладе американских исследовательских институтов по вопросу участия пациентов и семьи в больничном уходе, подготов-

ленном для Агентства исследования здравоохранения и контроля качества, сказано: «Теоретически, и пациенты, и медицинские учреждения поддерживают вовлечение семьи и самого больного в процесс ухода за ним, осознавая, что это может положительно сказаться на пациенте и на результатах лечения» [19].

Совместная комиссия подтверждает, что семьи и другие помощники по уходу совершенно необходимы для здоровья и хорошего состояния пациента [20].

Из рассказа старшей медсестры:

«Введение политики привлечения членов семей расширяет возможности персонала. Мы чувствуем уважение. Ухаживая за пациентом, мы больше не связаны старыми ограничениями, правилами и положениями».

Объединенный больничный фонд выполнил трехлетнюю программу по улучшению качества услуг в 45 медицинских учреждениях, оценив участие членов семей в вопросах ухода за пациентом. Результаты иллюстрируют положительный эффект с точки зрения степени удовлетворенности персонала, поддержки связи с семьями, их привлечения к согласованию назначения и введения лекарств, планирование выписки и ухода после выписки [21].

В 2014 году был выпущен доклад Национального фонда безопасности пациентов института Люшна Липа «Безопасность — дело личное», в котором находит подтверждение тот факт, что «пациенты и их семьи могут играть ключевую роль в предупреждении врачебных ошибок и сокращении вреда». Среди прочего, авторы рекомендуют пациентам «не ходить в больницу в одиночку» и «убедиться в том, что вам понятен план лечения». Они также рекомендуют привлекать пациентов и их семьи к работе комитетов по обеспечению качества и безопасности лечения [22].

Многие ведущие больницы, как государственные, так и частные, уже признали, что сотрудничество с пациентами и их семьями — разумная бизнес-стратегия [23].

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), S39-S52.
2. Clark, P. A., Drain, M., & Malone, M. P. (2003). Addressing patients' emotional and spiritual needs. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(12), 659-70.
3. Ehlenbach, W. J., Hough, C. L., Crane, P. K., Haneuse, S. J., Carson, S. S., Curtis, J. R., & Larson, E. B. (2010). Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *JAMA*, 303(8), 763-770.
4. Liu, V., Read, J. L., Scruth, E., & Cheng, E. (2013). Visitation policies and practices in US ICUs. *Critical Care*, 17(2), R71.
5. American Association of Critical-Care Nurses. (2011). AACN practice alert: Family presence: Visitation in the adult ICU. Retrieved from <http://www.aacn.org/WD/practice/docs/practicealerts/family-visitation-adult-icu-practicealert.pdf>
6. New Yorkers for Patient & Family Empowerment and the New York Public Interest Research Group. (2012, August). Sick, scared and separated from loved ones. A report on NYS hospital visiting policies and how patient-centered approaches can promote wellness and safer healthcare. New York: New Yorkers for Patient & Family Empowerment, New York Public Interest Research Group. Retrieved from <http://www.nypirg.org/patientandfamily/default.html>
7. Health Research & Educational Trust (2013). Patient and Family Engagement Survey. Unpublished raw data.
8. U.S. Department of Health and Human Services (2014). New HHS data shows major strides made in patient safety. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://innovation.cms.gov/Files/reports/patient-safety-results.pdf>
9. Williams, M. A. (2005). The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: A naturalistic inquiry. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 6-14.
10. McAdam, J. L., Arai, S., & Puntillo, K. A. (2008). Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 34(6), 1097-1101.
11. Adams, S., Herrera, A., Miller, L., & Soto, R. (2011). Visitation in the intensive care unit: Impact on infection prevention and control. *Critical Care Nursing Quarterly*, 34(1), 3-10.

12. Bishop, S. M., Walker, M. D., & Spivak, I. M. (2013). Family presence in the adult burn intensive care during dressing changes. *Critical Care Nurse*, 33(1), 14-23. 6917 Arlington Road • Suite 309 • Bethesda, MD 20814 • 301-652-0281 • www.ipfcc.org
13. Fumagalli, S., Boncinelli, L., Lo Nostro, A., Valoti, P., Baldereschi, G., Di Bari, M., ... Marchionni, N. (2006). Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: Results from a pilot, randomized trial. *Circulation*, 113, 946-952.
14. DuPree, E., Fritz-Campiz, A., & Musheno, D. (2014). A new approach to preventing falls with injuries. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(2), 99-102.
15. Jabre, P., Belpomme, V., Azouley, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., ... Adnet, F. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *New England Journal of Medicine*, 368, 1008-1018.
16. Twibell, R. S., Siela, D., Riwtis, C., Wheatley, J., Riegle, T., Bousman, D., ... Neal, A. (2008). Nurses' perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 17(2), 101-112.
17. Mitchell J. L., President, American Society for Healthcare Risk Management, Personal communication, June 5, 2014.
18. Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., ... Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622.
19. American Institutes for Research. (2012, May). Guide to patient and family engagement: Environmental scan report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/ptfamilyscan/index.html>
20. The Joint Commission (2010). Advancing effective communication, cultural competence, and patient family-centered care: A roadmap for hospitals. Retrieved from http://www.jointcommission.org/Advancing_Effective_Communication
21. Levine, C., Halper, D. E., Rutberg, J. L., & Gould, D. A. (2013). Engaging family caregivers as partners in transitions: TC-QuIC: A quality improvement collaborative. New York: United Hospital Fund.
22. The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute. (2014). Safety is personal: Partnering with patients and families for the safest care.

- Report of the Roundtable on Consumer Engagement in Patient Safety. Boston, MA: National Patient Safety Foundation.
23. Johnson, B. H., & Abraham, M. R. (2012). Partnering with patients, residents, and families: A resource for leaders of hospitals, ambulatory care settings, and long-term care communities. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care.

Словосочетание «открытая реанимация» не является синонимом выражения «реанимация без правил».

ПРИМЕРЫ ВНУТРЕННИХ ПРАВИЛ И ПОЛИТИК ДЕТСКИХ БОЛЬНИЦ ПО СОВМЕСТНОМУ ПРЕБЫВАНИЮ РОДИТЕЛЕЙ С ДЕТЬМИ В ОРИТ



Критерии, от которых зависит присутствие родителей при медицинском вмешательстве/интенсивной терапии в Отделении неонатальной интенсивной терапии SJMHS (США)¹

В отделении неонатальной интенсивной терапии SJMHS мы придерживаемся семейно-ориентированного подхода и стремимся применять его для реализации всех наших целей, признавая в родителях своих полноправных коллег. Мы убеждены, что присутствие родителей у постели ребенка во время медицинских процедур/интенсивной терапии должно поддерживаться медицинским персоналом во всех ситуациях, когда это возможно.

Для того чтобы решить, должны ли родители присутствовать при проведении экстренных мероприятий, от которых зависит жизнь новорожденного, мы предлагаем использовать следующие критерии:

1. Врач, медсестра и другой медицинский персонал должны, применяя профессиональный подход, прийти к единому мнению о том, что присутствие родителей у постели ребенка не повлияет на ход или исход предстоящей медицинской процедуры. Если в любой момент будет решено, что присутствие родителей может повлиять на исход медицинского вмешатель-

¹ <http://www.ipfcc.org/advance/topics/Criteria-for-Parent-Presence.pdf>

- ства/интенсивной терапии, проводимой врачом и/или медицинской сестрой, родителям предложат покинуть помещение.
2. Если лечащий персонал полагает, что семье необходим личный помощник, то старшая медсестра назначит кого-либо из медицинского персонала для оказания помощи родителям во время медицинского вмешательства и после него.
 3. Присутствие одного или обоих родителей в ходе медицинского вмешательства/интенсивной терапии, проводимых врачом и/или медицинской сестрой, возможно, если они высказали такое желание, при условии, что были соблюдены указанные выше критерии 1 и 2, и если уже установлена интубационная трубка.
 4. Если при соблюдении отобранных критериев один или оба родителя приняли решение присутствовать при медицинском вмешательстве/интенсивной терапии, проводимых врачом и/или медицинской сестрой, но не смогли справиться с эмоциями или стали мешать, семейный помощник или кто-то из медицинского персонала проводит их из специализированной палаты или палаты интенсивной терапии. В дальнейшем их будет постоянно информировать врач или семейный помощник.

Документ утвержден 28 июля 2009 года Комитетом PFCC & NICU CRT.

ВМЕСТЕ — ЛУЧШЕ: ПАРТНЕРСТВО С СЕМЬЕЙ

КАРМАННЫЙ СПРАВОЧНИК «ВМЕСТЕ — ЛУЧШЕ» ДЛЯ ПЕРСОНАЛА¹

Члены семьи и друзья, которых пациент указывает в качестве лиц, осуществляющих уход вместе с вами и другим персоналом, являются членами одной команды. Семья и друзья обеспечивают комфорт и оказывают помощь пациентам. Кроме того, они могут помочь персоналу, делаясь информацией, участвуя в уходе и принятии решений. Они могут представлять и защищать интересы пациента, оказывать поддержку, особенно в случаях, когда пациент слишком болен или взволнован, чтобы справиться с этим самостоятельно. Они незаменимы для обеспечения качества и безопасности в поездках домой, а также непрерывного ухода и восстановления после выписки.

Нижеследующие рекомендации помогут вам стать одной КОМАНДОЙ.

Справочник для персонала

Представьтесь пациенту, членам семьи и друзьям, указанным в качестве помощников. Объясните, что будете работать ВМЕСТЕ, одной командой, и что участие и мнение каждого из вас имеют важное значение.

При первой возможности выясните у пациента и его помощника, каким образом они хотят принимать участие в уходе и принятии решений. Обсудите наилучшие способы такого участия.

Убедите помощников в ценности их знаний о пациенте, так как именно они знают его лучше всех. Сообщите, что персоналу поможет информация о состоянии пациента, и подскажите, когда, где и как можно поделиться этими наблюдениями. Такая ин-

¹ Институт пациент-ориентированного и семейно-ориентированного подхода в здравоохранении http://www.ipfcc.org/advance/topics/IPFCC_Better_Together_Staff_Pocket_Screen.pdf

формация повышает качество медицинского ухода и безопасность пациента.

Не сомневайтесь в том, что вы и помощники разделяете одни и те же цели — обеспечить наилучший уход за пациентом и его комфорт.

Поддерживайте отношения с пациентом и помощниками. Регулярно общайтесь на тему вашей **СОВМЕСТНОЙ** работы.

Поощряйте участие пациента и помощников в общей работе, особенно при необходимости принять решение, при переводе в другое отделение, выписке домой или в социальное учреждение.

Обсудите и согласуйте вопросы ухода и планы после выписки с учетом предпочтений, ценностей и задач пациента и помощников.

Поддерживайте помощников в их роли членов команды. Предоставьте им карманный справочник «Вместе — лучше» для семей.

ВМЕСТЕ — ЛУЧШЕ: ПАРТНЕРСТВО С СЕМЬЕЙ

КАРМАННЫЙ СПРАВОЧНИК «ВМЕСТЕ — ЛУЧШЕ» ДЛЯ СЕМЕЙ¹

Справочник для семей

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

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

Следующие советы предлагаются вам в качестве руководства, когда вы работаете **ВМЕСТЕ** с лечащей бригадой.

Обсуждайте свою роль с близким человеком. Представьте себя сотрудникам и расскажите, кем вы приходите пациенту и как вы хотели бы участвовать в уходе за ним.

Наблюдайте за изменениями (физическими, поведенческими, эмоциональными) у пациента и сообщайте о них медицинским работникам.

Спросите персонал, какие результаты наблюдений они хотели бы регулярно от вас получать.

Собирайте полезную информацию (лекарства, которые принимает пациент, историю болезни, лечение в других медицинских

¹ Институт пациент-ориентированного и семейно-ориентированного подхода в здравоохранении http://www.ipfcc.org/advance/topics/IPFCC_Better_Together_Families_Pocket_Screen.pdf

учреждениях, а также страхование) и предоставляйте все сведения в больницу.

Постарайтесь присутствовать, если это возможно, на встречах, где будет обсуждаться новая информация и необходимо будет принимать решение. Старайтесь подкорректировать свой график с учетом визитов в больницу. Пусть сотрудники знают, как с вами связаться, и убедитесь, что вы знаете, к кому обратиться за информацией, когда вы не находитесь возле пациента.

Сообщите персоналу, если у вас есть какие-либо опасения по поводу состояния или безопасности больного или если вы чувствуете себя неуютно, потому что «просто ощущаете что-то не то».

Помогайте принимать решения об уходе и лечении. Будьте «запасными глазами и ушами» для пациента. Задавайте вопросы и записывайте информацию. Помогайте вашему близкому человеку участвовать в принятии решений в той степени, в какой он или она посчитают нужным.

Заручитесь помощью сотрудников, с которыми вам комфортно, чтобы они могли поддержать вас и вашего близкого, когда вы участвуете в уходе и принятии решений.

Подготовьтесь к переходу к домашнему или совместному уходу. Прежде чем покинуть больницу, убедитесь в том, что вы получили ответы на свои вопросы и вопросы пациента. Выясните, что будет необходимо делать по возвращении домой (лекарства, лечение, оборудование, последующие встречи) и о каких изменениях в состоянии пациента необходимо сообщать медицинским работникам.

БОЛЬНИЦА БЕЙКЕРСФИЛД МЕМОРИАЛ¹ Бейкерсфилд, Калифорния, США

Принципы и порядок

Цель: Определить правила, гарантирующие соблюдение порядка посещения пациентов.

Определения:

Семья/помощники по уходу: больница использует термин «семья» в широком понимании — каждый конкретный пациент сам решает, кто является членами его семьи. Такой подход принят Американской академией семейных врачей (American Academy of Family Physicians), которая определяет семью как «группу лиц, имеющих постоянные правовые отношения, родственные и/или эмоциональные связи» (Американская академия семейных врачей, 2009). Пациенты, их семьи и другие помощники пациента считаются важными членами лечащей бригады, и от них во многом зависит качество лечения и безопасность. Пациенты решают, кто является членами их семьи, и как они будут участвовать в лечении, планировании лечения, принятии решений. Члены семьи, определенные пациентом, оказывают поддержку, обеспечивают комфорт, предоставляют важную информацию во время амбулаторного лечения, стационарного лечения при нахождении в отделении интенсивной терапии, в операционной/отделении хирургии, в отделении специализированной помощи, в реанимационной, при транспортировке домой.

Посетители: посетители — это гости пациента или его семьи. В некоторых случаях посетителями могут быть родственники.

Посетители могут навещать пациентов в часы посещения с 8:00 до 22:00. Часы посещения пациентов в палате интенсивной терапии могут быть ограничены в связи с характером работы таких отделений. Эти ограничения действуют только для посетителей и **не распространяются** на семью/помощников по уходу.

¹ <http://www.ipfcc.org/advance/topics/Bakersfield-Hospital-Visitation-Rights-of-Patients.pdf>

Руководство/Положения:

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

Порядок:

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

1. Семьи/помощники по уходу могут посещать больницу круглосуточно в зависимости от предпочтений пациента.
2. Перед началом амбулаторного или стационарного лечения, а также при нахождении в реанимационном отделении каждый пациент или его/ее представитель:
 - a. Будет проинформирован о правилах посещения пациента, а именно: о праве принимать посетителей, которых он пригласил, например, супруга, гражданского супруга, другого члена семьи или друга, а также о праве отказать в посещении в любое время; об ограничениях в посещении (одновременно с информированием о праве на посещения). Эта информация должна быть предоставлена в письменной форме, по возможности перед началом лечения.
 - b. Обязан предоставить информацию о назначенном представителе пациента, действующем на основании медицинской доверенности или доверенности на право представлять интересы пациента.
3. Сотрудники больницы должны уточнить у пациента, кто может присутствовать во время врачебных обходов, пересмены врачей и отчета о состоянии пациента, осмотров, процедур.
 - a. Пациенты могут в любое время изменять предпочтения относительно посещения.
4. В случае, если пациент не может говорить и представлять свои интересы или по другим причинам не в состоянии определить посетителей, или в случае отсутствия близкого человека (такого как супруг или гражданский супруг, родитель или взрослый ребенок), сотрудники больницы самостоятельно принимают соответствующие решения в зависимости от обстоятельств. Принимая во внимание широкое толкование понятия «семья»/«помощник по уходу», сотрудники больни-

- цы рады видеть любых лиц, прибывших вместе с пациентом. Решения о присутствии семьи/помощников по уходу, принятые в неотложных ситуациях, затем могут быть пересмотрены.
5. Все сотрудники и врачи больницы поощряют участие и поддержку со стороны семьи/помощников по уходу. Они признают важную роль семьи в обеспечении безопасности, комфорта, физического и психологического благополучия пациента, а также в содействии процессу выздоровления.
 6. Медсестры и другие участники лечашей бригады предоставляют консультации пациентам и семьям/помощникам по уходу по следующим вопросам:
 - a. Как совместными усилиями обеспечить безопасность и проследить за качеством лечения.
 - b. Как участвовать в лечении, планировании лечения, принятии решений, как оказывать поддержку пациенту во время стационарного лечения, транспортировки домой и в центр по уходу за пациентами.
 - c. Как обеспечить уединение и уважение потребностей других пациентов и семей пациентов, которые находятся рядом или в одной палате с пациентом.
 7. Пациенты, семьи, медсестры и другие участники лечашей бригады вправе предложить пересмотреть или изменить порядок присутствия и вовлеченности семей пациентов.
 8. Количество человек, одновременно посещающих пациента в его палате, определяется вместе с пациентом и его семьей. В случае совместного пребывания пациентов в одной палате, в обсуждении принимает участие второй пациент, его или ее семья/помощники по уходу. В целях безопасности при обсуждении допустимого количества посетителей будут учитываться размеры палаты пациентов.
 9. Посещение пациентов детьми:
 - a. Дети могут посещать пациентов в присутствии взрослых. Ограничений по возрасту для детей не имеется. Несмотря на то, что совсем маленькие дети в силу возраста не могут находиться с пациентом очень длительное время, общение с ними может иметь важное значение для пациента.

- b. Дети должны быть соответствующим образом подготовлены к больничной атмосфере и болезни пациента.
 - c. Ожидается, что дети при посещении пациента будут постоянно находиться под присмотром взрослых.
 - d. Ответственный взрослый должен наблюдать за поведением ребенка для обеспечения безопасности и комфорта пациента и приобретения соответствующего возрасту ребенка положительного опыта общения с пациентом.
10. Семьи могут назначить представителя от семьи для налаживания эффективной коммуникации между многочисленными членами семьи и сотрудниками больницы.
 11. Агрессивное поведение и несоблюдение техники безопасности неприемлемы; в случае возникновения таких ситуаций (что бывает крайне редко) будут предприняты незамедлительные меры. Членов семьи или посетителей могут попросить покинуть территорию больницы в случае, если их поведение агрессивно или мешает лечению или комфорту пациентов, посетителей или сотрудников. В случае нарушения общественного порядка может быть задействовано подразделение безопасности.
 12. Семья/партнеры и любой посетитель пациента не должны иметь инфекционных заболеваний и должны соблюдать санитарно-эпидемический режим больницы.
 13. Если в связи со вспышкой инфекционного заболевания потребуется ввести ограничения в целях защиты здоровья людей, сотрудники больницы должны обсудить это с пациентом и его семьей и обеспечить возможность некоторым членам семьи по-прежнему навещать пациента для обеспечения его безопасности и моральной поддержки.
 14. Междисциплинарный комитет госпиталя, в состав которого входят пациенты, члены их семей и представители соответствующих отделений, обеспечивает выполнение и мониторинг настоящих положений, а также дает им оценку.

Дополнительная информация

1. Следующие документы подтверждают право посетителя навещать пациента, если сам пациент не способен это подтвердить и если у него нет представителей, которые от его лица могут подтвердить право на посещение пациента: заблаговременное распоряжение пациента с одобренным статусом посетителя; документ, подтверждающий совместное проживание, взаимную финансовую зависимость; выписка с банковского счета, договора аренды. Данный перечень не является исчерпывающим и может содержать другие возможные источники информации относительно прав на посещение пациента.
2. Случаи возможного ограничения прав на посещение пациента во время процедур:
 - a. Потребность пациента в присутствии хотя бы одного лица для оказания поддержки и обеспечения комфорта во время потенциально опасной и болезненной процедуры.
 - b. Желание пациента побыть в одиночестве во время процедур.
 - c. Вероятность того, что посетителю будут детально видны все манипуляции и процедуры, проводимые для лечения пациента.
 - d. Малые габариты палаты пациента.
 - e. Требования к соблюдению стерильных условий, в которых посторонние лица могут вызвать риск распространения инфекции.
3. Законные основания для ограничения правил посещения пациента включают, в частности, следующее:
 - a. Любое постановление суда, ограничивающее контакт с посетителем.
 - b. Поведение, представляющее непосредственный риск или угрозу для пациента, сотрудников больницы или иных лиц в ближайшем окружении.
 - c. Обоснованные ограничения в количестве одновременно присутствующих посетителей.
 - d. Риск заражения инфекцией от посетителя.
 - e. Меры предосторожности при возникновении экстренных ситуаций, таких как пандемия или эпидемия.

- f. Протокол лечения пациента от алкогольной или наркотической зависимости, предусматривающий ограничение посещений пациента.
- g. Необходимость в уединении или отдыхе другого лица, находящегося в одной палате с пациентом.
- h. Необходимость пациента в уединении или отдыхе.

Дата подготовки документа:

Дата последнего пересмотра:

Дата последнего изменения:

Утверждающие комитеты и даты утверждения:

Приложения (при необходимости):

УТВЕРЖДЕНО (подпись при необходимости):

Дата:

БИРМИНГЕМСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА, ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

Пребывание с ребенком в реанимации

Если ваш ребенок перенес хирургическую операцию, получил серьезную травму или тяжело заболел, ему может потребоваться лечение в реанимационном отделении (детском отделении реанимационной терапии).

В случае, если ребенку назначена плановая операция, у вас есть возможность заранее осмотреть реанимационное отделение. Посещение организует ваша патронажная или палатная медсестра. Кроме того, вы можете позвонить по этому вопросу семейной патронажной медсестре реанимационного отделения (номер телефона). Сотрудники отделения сильно загружены, поэтому у них не получается немедленно принимать звонки по телефону или системе внутренней связи. Если вам не ответили сразу, не переживайте. Это не значит, что с ребенком что-то случилось.

Реанимационное отделение отличается от других палат. Поскольку маленьким пациентам требуется особый уход, например, помощь при дыхании и кормлении, а также прием специальных лекарств, рядом с койкой может находиться много аппаратов и другого оборудования.

К сожалению, ночью у вас не получится спать рядом с ребенком, поскольку нам необходимо свободно перемещаться вокруг его койки. Однако у нас есть несколько кресел с откидывающимися спинками, которые можно пододвинуть к койке, а также диваны в родительской комнате.

Небольшое количество спальных комнат есть в больнице и в Доме Роналда Макдоналда поблизости. Родители детей, лежащих в реанимации, имеют приоритет при размещении. Однако если вы живете в Бирмингеме, то с меньшей вероятностью получите номер в Доме Роналда Макдоналда.

Родители могут находиться с ребенком круглосуточно. Время посещения для других родственников и друзей — с 10:00 до 20:00 (разрешение на посещение должно быть предоставлено родителями или опекунами ребенка).

Из-за большого количества оборудования в реанимации достаточно жарко, поэтому носите легкую, свободную одежду. Если вы прибыли в реанимацию по причине неотложной госпитализации, мы предоставим вам предметы личной гигиены первой необходимости и полотенце, а также, если нужно, предложим поесть. Рекомендуем не отказывать себе в еде и питье.

Родительская комната находится за пределами реанимационного отделения. При ней расположены душ и туалет (они также есть в гостевых комнатах в больнице). Кроме того, вам доступны запирающиеся шкафчики для ценных вещей. В комнате есть все необходимое для приготовления чая и кофе, прохладительные напитки, холодильник и микроволновая печь. После трех дней пребывания в больнице родители получают карточку на скидку в больничном кафе и ресторане. Однако мы советуем покупать еду в магазинах, например, в находящемся поблизости супермаркете.

В реанимационном отделении работает Wi-Fi, поэтому вы можете принести ноутбук (его должны проверить наши электрики). Мобильные телефоны разрешены только в родительской комнате, но не в самом отделении. Если у вас нет ноутбука, вы можете воспользоваться компьютерами с доступом в Интернет в Информационном центре семьи и ребенка. Он находится рядом с главным входом в больницу. В реанимационном отделении есть несколько телевизоров, но вы можете принести с собой DVD-плеер (его также нужно проверить).

Привезите любимую игрушку, соску или даже пуховое одеяло ребенка. Знакомые вещи очень важны для него.

Если вы кормите грудью, за пределами реанимационного отделения есть комната, где можно сцедить молоко. Если вы хотите дать ребенку грудь, просто отгородите кровать занавесками.

Пока ребенок находится в реанимации, у вас могут появиться медицинские и организационные вопросы (например, связанные с парковкой или денежными трудностями). За ребенком будут постоянно ухаживать наши высококвалифицированные специалисты. Они готовы ответить на ваши медицинские вопросы. Днем в реанимации находится как минимум один консультант и другие

старшие врачи. Отделение ежедневно посещают команды врачей-специалистов.

Если ребенку придется остаться в отделении надолго, посмотрите в родительской комнате список мероприятий, проводимых в больнице. Например, это утреннее чаепитие в Доме Роналда Макдоналда и «анимация для братьев и сестер» — часовые занятия творчеством и веселые игры для братьев и сестер наших маленьких пациентов.

В отделении вы получите брошюру с подробной информацией обо всем, что связано с пребыванием в реанимации. Вы также можете обратиться к персоналу с вопросами и пожеланиями.

ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА ВОСТОЧНОГО ОНТАРИО, КАНАДА

Детская больница Восточного Онтарио (СНЕО)¹ — это центр педиатрии и научных исследований, в котором обеспечивают прекрасный уход за пациентом с привлечением его семьи, исследуют новейшие разработки в этой области, а также готовят новых медработников.

После операции

Послеоперационная палата

После операции ребенка переведут в послеоперационную палату, чтобы он проснулся. Дети реагируют на наркоз по-разному: некоторые долго спят, а некоторые, проснувшись, приходят в возбужденное состояние и плачут. Ребенок будет находиться в послеоперационной палате, пока не проснется и не будет чувствовать себя хорошо. На это требуется, как правило, 30–45 минут, иногда больше. В это время один из родственников может навестить ребенка.

Хирургическая палата

Когда ребенок проснется, его переведут в хирургическую палату, чтобы он отдохнул. Вы можете находиться рядом с ребенком до тех пор, пока медсестра не решит, что его можно отправить домой. Перед поездкой мы рекомендуем детям и подросткам что-нибудь попить. Мы предложим фруктовый лед, яблочный сок и воду. Длительность пребывания вашего ребенка в хирургической палате зависит от его самочувствия и типа операции.

Правила больницы запрещают детям и подросткам забирать домой удаленные зубы или имплантаты (например, центральный катетер, штифты).

Возвращение домой

После операции медсестра скажет, когда ребенку можно отправиться домой. Перед выпиской хирург или медсестра даст вам рекомендации и план дальнейших наблюдений.

¹ <http://www.cheo.on.ca/en/About>

Если у вас нет машины, попросите кого-нибудь отвезти вас или закажите такси. После операции нельзя везти ребенка в автобусе. Возьмите с собой в машину полотенце или ведро: некоторых детей тошнит по дороге домой. Молодым людям запрещается садиться за руль в течение суток после наркоза.

Если вы не можете наблюдать за ребенком в течение суток, убедитесь, что рядом с ним будет находиться ответственный взрослый: в это время важно не пропустить осложнения, которые могут возникнуть после операции. Ничего не планируйте на этот день, дайте ребенку отдохнуть.

Ночь в больнице

Если ребенок остается в больнице на ночь, его переведут из послеоперационной палаты в общую палату. Специалист по уходу или один из родственников может остаться с ним: в палате есть раскладные кресла, а персонал больницы выдаст подушку и постельное белье.

Прием посетителей

Родители, братья и сестры или специалист по уходу могут навещать больного в любое время (не больше двух посетителей одновременно). Не забудьте сообщить дежурной медсестре имена ваших близких.

Другие родственники и друзья могут приходить с 15:00 до 20:00 ежедневно, включая выходные и праздничные дни.

Иногда нам приходится ограничивать количество посетителей только родственниками и помощниками по уходу. Такие ограничения вступают в силу, когда ребенок лежит в изолированной палате или когда в больнице находится множество пациентов с инфекционными заболеваниями.

ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА ЦИНЦИННАТИ, США¹

Пребывание ребенка в больнице

Спасибо, что выбрали для своего ребенка Детскую больницу Цинциннати. Мы понимаем, как тяжело тем семьям, в которых дети нуждаются в стационарном лечении. Со своей стороны мы хотим заверить вас, что главная цель нашей клиники — дать нашим пациентам самое лучшее и безопасное лечение и уход, с уважением и добротой относиться к каждой приходящей к нам семье. Мы сделаем все от нас зависящее, чтобы ваше пребывание в стенах нашей клиники было максимально комфортным. С вашим ребенком будут работать доктор, медсестры и другие опытные медицинские сотрудники, специализирующиеся в области педиатрии. И вы — важнейший член команды специалистов, поэтому мы призываем вас больше рассказывать о ребенке, не стесняться задавать вопросы и как можно активнее участвовать в процессе лечения вашего ребенка.

Работники Информационной стойки помогут вам сориентироваться на территории клиники и расскажут об интересующих вас услугах. Информационные стойки расположены на Бернет-кампусе у главного входа в корпуса А, В и С.

Что взять с собой в клинику?

Мы просим вас иметь при себе:

- Страховой полис или пластиковую медицинскую карту.
- Заполненный бланк медицинского осмотра, если ребенка уже осматривал педиатр.
- Документ, подтверждающий опеку (для назначенных судом законных представителей).
- Историю болезни ребенка.
- Все назначенные врачом и безрецептурные препараты, которые принимает ребенок, в оригинальной упаковке.

¹ <http://www.cincinnatichildrens.org/patients/visit/during/visiting/>

Где производится прием в стационар?

Если вашего ребенка кладут в клинику в Бернет-кампусе, пожалуйста, пройдите регистрацию в Приемном отделении Корпуса А, первый этаж.

Что делать, если ребенок контактировал с инфекционным больным?

Если ваш ребенок в течение последнего времени имел контакт с носителями инфекционных заболеваний (например, ветряной оспы) или же у него высокая температура, сильный насморк, сыпь или герпетическая лихорадка, то, перед тем как ехать в клинику, вам следует вызвать на дом врача. Возможно, госпитализацию придется отложить до улучшения состояния ребенка.

Если ребенок старше 18 лет

Пациенты, достигшие возраста 18 лет, способные принимать осознанные решения, имеют право самостоятельно решать вопросы, связанные со своим медицинским обслуживанием и лечением. Вы имеете право составить заблаговременное распоряжение с медицинскими указаниями в случае невозможности вашего дальнейшего участия в принятии решений. Более подробную информацию или бланк распоряжения с медицинскими указаниями можно получить:

- В Приемном отделении, тел. 513-636-4207.
- На стойке социального обслуживания, тел. 513-636-4711.
- Или узнать у медсестры или лечащего врача.

Если вы после консультаций с врачом пришли к выводу, что ваш ребенок не способен в полной мере осознавать все преимущества лечения и связанные с ним риски и, следовательно, не может принимать взвешенных решений в этой области, то необходимо официально назначить ребенку законного представителя (опекуна). Для назначения законного представителя совершеннолетнему ребенку его родители должны обратиться в суд по наследственным делам и опеке в стране проживания ребенка. Для получения более подробной информации вы можете проконсультироваться с юристом или обратиться к представителям суда.

Оснащение палаты

В палате ребенка будет телефон, телевизор и DVD-плеер. Мы также предоставляем бесплатный доступ в Интернет (Wi-Fi).

Время посещения

Родственники и друзья наших пациентов могут приходиться в течение всего дня с 8:30 до 20:30. Ознакомьтесь, пожалуйста, с правилами посещения пациентов.

Правила посещения пациентов

Детям, находящимся в стационаре, очень важна поддержка родных и близких. В большинстве отделений не только разрешается, но и приветствуется постоянное пребывание родителей или опекунов в палате ребенка.

В реанимационном и психиатрическом отделениях, а также в отделении пересадки костного мозга действуют особые правила. Вас проинструктируют сотрудники соответствующего отделения.

Получение допуска для посетителей

В Детской больнице Цинциннати действует требование, согласно которому все посетители клиники, которые хотят попасть на любые этажи корпусов А и В выше первого, должны предъявить документ, удостоверяющий личность, и получить временный пропуск и/или специальный именной стикер.

В момент поступления ребенка в клинику родителям и опекунам выдается постоянный пропуск с фотографией, который дает им право беспрепятственно проходить в палату ребенка в течение всего лечения. Вас также попросят составить список всех членов семьи и друзей, которые будут посещать ребенка.

Членам семьи и друзьям, планирующим навестить пациента, необходимо зарегистрироваться в Приемном отделении корпусов А или В. Сотрудник гостевой службы попросит вас показать документ, удостоверяющий личность, сверится с имеющимся у него списком родственников и друзей, после чего выдаст вам именной стикер с вашей фотографией и временный пропуск на один день, необходимый для посещения палаты пациента в разрешенное

время (8:30–20:30). Если вашего имени не будет в списке, мы попросим вас связаться с родственниками пациента, чтобы вас внесли в список.

Если вам назначен прием у специалиста в корпусе А или В (на любом этаже выше первого), вам необходимо по прибытии в клинику зарегистрироваться на Информационной стойке. Сотрудник гостевой службы проверит вашу запись на прием и выдаст вам специальный стикер для допуска в помещения клиники и пользования лифтами.

Если у вас остались вопросы, свяжитесь с Гостевой службой по тел. 513-636-5009 или 888-894-1374 или по электронной почте guestservices@cchmc.org.

Можно ли остаться в клинике на ночь?

Детям, находящимся в стационаре, очень важна поддержка родных и близких. В большинстве отделений нашей клиники на ночь в палате ребенка может остаться один или оба родителя, опекуны или лицо, уполномоченное родителями (не моложе 18 лет). Посетитель, желающий остаться в клинике на ночь, должен обратиться к координатору отделения, которого можно найти на стойке обращений, расположенной непосредственно в отделении.

В большинстве палат имеется раскладное кресло. Душевые и туалетные комнаты для родителей находятся либо в самой палате, либо на этаже.

Питание ребенка

Вы сможете заказать питание для ребенка прямо в палату в любое время с 6:30 до 22:00. В палате ребенка есть детское меню. Чтобы сделать заказ, наберите из палаты 6-FOOD (3663). У нас также есть халяльное и кошерное меню, здоровое питание. Если ребенок находится в палате один, заказать ему еду поможет медсестра. Специалисты-диетологи будут контролировать питание вашего ребенка, чтобы он не нарушал предписаний врача. Если у вашего ребенка есть аллергия на какие-то продукты или ему требуется специальное питание или детские смеси, пожалуйста, проинформируйте об этом медсестру или лечащего врача.

Питание родителей и посетителей

У нас действует система питания по карточкам. С 6 октября родственники пациентов могут покупать карточки для доставки питания в палату в службе «Все лучшее на заказ» (Best Upon Request) или в столовой клиники. Теперь доставку питания осуществляет компания «Все лучшее на заказ», а гостевая служба больше не продает карточки на питание. Стоимость карточки — 6 долларов США. Одна карточка дает право на одно основное блюдо, два гарнира или салата, один десерт и один напиток.

Столовая

Родственники наших пациентов также могут пообедать в столовой клиники, которая находится в корпусе D. В столовой представлен большой выбор блюд, в том числе домашняя еда, свежеприготовленные супы, большой салат-бар, деликатесные сэндвичи, пицца, острое меню и фирменные блюда, а также есть «блюдо дня», которое меняется ежедневно.

По вашему требованию гостевая служба предоставит вам также список ресторанов, осуществляющих доставку заказов в клинику, тел. 636-5009.

Дополнительная информация для родителей

Что я могу сделать, чтобы помочь предотвратить распространение микробов?

Чистые руки — лучшая защита

Центр по контролю и профилактике заболеваний сообщает, что пациенты американских больниц получают почти 2 миллиона инфекций в год. А знаете ли вы, что 80 процентов микробов передается через руки? Гигиена рук является одним из наиболее важных способов защиты вашего ребенка и предотвращения распространения инфекций.

Помогайте нам остановить распространение микробов, обеззараживая руки:

- При входе и выходе из палаты.
- Перед едой.

- После использования туалета.
- После кашля или чихания.
- При видимом загрязнении.

Чтобы очистить руки:

- Намочите их чистой, проточной водой.
- Тщательно намыльте, в том числе между пальцами и под ногтями. Потрите в течение 15–20 секунд.
- 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.

Как использовать дезинфицирующие средства для рук:

- Нанесите средство на ладонь одной руки (прочитайте этикетку, чтобы узнать нужное количество).
- Потрите руки друг о друга.
- Убедитесь, что вы охватили всю поверхность рук и пальцев, пока они не стали сухими. Напоминайте всем, кто приходит в палату вашего ребенка, чтобы они так же очищали руки — и родственникам, и друзьям. Вы имеете право также напомнить об этом врачам и медсестрам.

Может ли мой ребенок продолжать учебу?

Школьная программа для детей Child Life School дает ребенку возможность выполнять задания и получать оценки во время пребывания в больнице. Школьные занятия начинаются после третьего дня пребывания в больнице и проходят в классе или у постели учеников, не выходящих из палат. Мы рекомендуем вам принести книги вашего ребенка в больницу. Свяжитесь с учителем больницы по тел. 513-636-0571. Прочитайте подробнее о программах Child Life.

Кто может помочь моему ребенку приспособиться к больнице?

Специалисты и ассистенты Child Life обеспечивают социальную и эмоциональную поддержку и занимаются развитием пациентов всех возрастов. Их цель — помочь семьям и детям понять свою реакцию на лечение и помочь им справиться с проблемой. Центры творчества в корпусах А и В находятся в ведении сотрудников Child Life и предлагают соответствующие развивающие занятия. Занятия также проводятся в палатах. Узнайте больше о программе Child Life.

Как мне информировать семью и друзей?

CarePages — это бесплатный сервис, который позволяет семье и друзьям оставаться на связи с вами до, во время и после госпитализации ребенка. Используйте CarePages для создания и обновления личной страницы в Интернете, где вы можете делиться новостями и получать сообщения поддержки.

Узнайте больше о ваших правах и обязанностях.

Ваши права и обязанности

Уважение человеческого достоинства является основополагающим принципом Детской больницы Цинциннати. Мы уважаем права и обязанности пациентов и их семей.

Пациенты и родители/опекуны имеют право:

- Выбрать родственника или представителя по своему усмотрению, а также лечащего врача пациента, сообщив об этом при приеме пациента в больницу.
- Получать медицинскую помощь с вниманием и уважением независимо от национальности, религиозной принадлежности, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентификации, культурной принадлежности, экономического статуса, образования или вида заболевания пациента и/или его родственников.
- Знать имена врачей и медсестер вашего ребенка и роль, которую они играют в уходе за вашим ребенком.

- Получать от лечащего врача понятными для вас словами информацию о заболевании вашего ребенка, лечении и перспективах выздоровления.
- Получать информацию в достаточном для вас объеме для того, чтобы дать или не дать согласие на любое предлагаемое лечение.
- Активно участвовать в принятии решений о медицинской помощи для вашего ребенка, в том числе в планировании и оказании помощи, включающей в себя обезболивание в соответствующих случаях.
- Принимать обоснованное решение об оказании помощи, в том числе в пределах, разрешенных законом, отказаться от оказания помощи.
- На неприкосновенность частной жизни при оказании медицинской помощи и лечении; это включает в себя право быть информированным, почему люди, непосредственно не участвующие в уходе за вашим ребенком, присутствуют, когда проводится лечение или обсуждается заболевание вашего ребенка, и на неприкосновенность частной жизни в целом.
- Получать помощь в безопасной обстановке, свободной от любых форм жестокого обращения или притеснений.
- На соблюдение конфиденциальности любой информации и документов, касающихся лечения, которые были получены в Детской больнице Цинциннати; иметь доступ к информации, содержащейся в медицинских записях, в установленное для этого время в соответствии с правилами и внутренним распорядком Детской больницы Цинциннати.
- Быть осведомленным в случае, если Детская больница Цинциннати считает, что для обеспечения лечения для вашего ребенка необходимо обратиться в суд.
- Получать четкие объяснения результатов любого лечения или процедур, когда результаты значительно отличаются от ожидаемых.
- Рассчитывать на ответ на любую разумную просьбу о помощи в удовлетворении потребностей.

- Забрать ребенка из больницы, даже если врачи советуют вам этого не делать, если это не противоречит закону; если вы решите забрать ребенка из больницы, вам будет необходимо подписать форму, которая снимает с Детской больницы Цинциннати ответственность за здоровье ребенка.
- Знать о любых связях Детской больницы Цинциннати с другими учреждениями в той мере, в которой это касается лечения вашего ребенка.
- Согласиться или отказаться от участия в каком-либо научно-исследовательском проекте.
- Знать о дальнейших потребностях вашего ребенка в услугах здравоохранения после выписки из больницы или прекращения амбулаторного лечения.
- Знать стоимость предоставляемых услуг, проверять медицинские счета и получать расшифровку счета.

Пациенты и родители/опекуны обязаны:

- Предоставлять, в меру своих знаний, точную и полную информацию о всех вопросах, касающихся здоровья ребенка.
- В соответствии с законом формулировать предварительные распоряжения, ожидая, что персонал больницы и практикующие врачи, осуществляющие уход, будут следовать данным распоряжениям.
- Быть внимательным к другим пациентам и персоналу и просить быть внимательными посетителей вашего ребенка.
- Платить за предоставляемые услуги и/или предоставлять необходимую информацию для получения страхового возмещения, связанного со счетами за стационарное и амбулаторное лечение вашего ребенка, а также планировать оплату медицинских счетов вашего ребенка в кратчайшие сроки.
- В случае финансовых трудностей обсуждать с финансовым консультантом возможность финансовой помощи при оплате больничных и амбулаторных счетов вашего ребенка (свяжитесь с нашим финансовым советником по тел. 513-636-0201).
- Следовать плану лечения, рекомендованному практикующим врачом и утвержденному для ухода за вашим ребенком.

- Следовать правилам и регламенту Детской больницы Цинциннати, касающимся поведения и ухода за пациентами.
- Получать информацию, насколько возможно, от медицинских работников, задавая любые вопросы, необходимые для понимания проблем здоровья вашего ребенка и плана лечения, разработанного вами и практикующим врачом.

Тревоги и жалобы

Если вы чем-то обеспокоены или у вас есть жалобы по вопросам, которые не могут быть немедленно решены медицинским коллективом, вы можете связаться с:

- Нашим отделением по работе с семьями по тел. 513-636-4700 или advocates@cchmc.org.
- Департаментом здравоохранения Огайо по тел. 1-800-342-0553 или hccomplaints@odh.ohio.gov.
- Совместной комиссией, организацией, дающей аккредитацию больницам в стране, www.jointcommission.org.
- Участники программы Medicare имеют право требовать рассмотрения их жалоб Организацией по защите прав потребителей Огайо (Ohio's Quality Improvement Organization). Пациенты с полисом Medicare могут сделать такой запрос через Департамент по делам семьи или по телефону горячей линии для бенефициаров Medicare в Огайо 1-800-589-7337 или через www.ohiokepro.com.

КИНГСТОНСКАЯ БОЛЬНИЦА ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ, КАНАДА¹

Введение

Кингстонская больница общего профиля обязуется создать для пациента и его семьи максимально комфортные условия и обеспечить положительные результаты в области охраны здоровья, а также безопасность и защиту пациентов, членов их семей, посетителей, персонала и всего коллектива больницы.

Определения

Члены семьи — группа лиц, связанных правовыми, родственными и/или эмоциональными взаимоотношениями. Круг лиц, относящихся к членам семьи, определяет сам пациент, равно как и объем и порядок их участия в уходе, планировании ухода и принятии решений. Кингстонская больница общего профиля с уважением относится к членам семьи пациента и считает их неотъемлемыми участниками процесса обеспечения высококачественного лечения.

Гость — посетитель пациента или член семьи.

Правила

1. В соответствии с пожеланиями пациента члены семьи могут навещать его в любое время суток.
2. Количество лиц, одновременно присутствующих в палате, определяется совместно пациентом, членами семьи и лечащей бригадой врачей-специалистов. В случае если палата двухместная, учитывается мнение другого пациента и членов его семьи. В целях обеспечения безопасности при решении этого вопроса также будут учитываться размеры палаты.
3. С 23:00 до 06:00 членам семей пациентов рекомендуется входить в здание больницы через главный вход. Членам семей, планирующим посетить пациента с 23:00 до 06:00, необходимо связаться с контрольно-пропускным пунктом по тел. 4142

¹ <http://www.ipfcc.org/advance/topics/Kingston-Family-Presence-Policy.pdf>

и сообщить полное имя посетителя или посетителей, а также предполагаемое время прибытия. Сотрудники службы безопасности выдадут временный пропуск.

4. Членам семей, которые плохо себя чувствуют, страдают инфекционными заболеваниями, демонстрируют симптомы респираторного заболевания или гриппа, следует воздержаться от посещения больницы. В этом случае лечащая бригада врачей-специалистов обеспечит членам семьи связь с пациентом при помощи доступных технических средств (например, телефон, Интернет).
5. Если в связи со вспышкой инфекции доступ посетителей будет ограничен, лечащая бригада врачей-специалистов вместе с пациентом и членами его семьи обеспечит возможность посещения отдельным членам семьи.
6. В целях обеспечения безопасности и защиты пациентов, руководство больницы настоятельно требует от посетителей и членов семей пациентов соблюдения правил личной гигиены: до и после посещения палаты необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим средством на спиртовой основе.
7. Дети (до 14 лет) могут посещать пациента в сопровождении взрослого, при этом сам пациент таким сопровождающим лицом быть не может.
8. Присутствие в палате нетрадиционных посетителей (например, домашних питомцев или животных, используемых в рамках зоотерапии) должно быть заблаговременно согласовано с лечащей бригадой врачей-специалистов.
9. В целях обеспечения безопасности и защиты, а также соблюдения права на неприкосновенность частной жизни других пациентов посещение членов семьи может быть прервано.
10. С вопросами, касающимися соблюдения данных правил, следует обращаться к члену лечащей бригады врачей-специалистов соответствующего отделения. Если этот вопрос не может быть решен сотрудниками отделения, он может быть передан на рассмотрение в Департамент безопасности, оценки рисков и качества обслуживания пациентов или координатору по ад-

министративным вопросам в случае отсутствия сотрудника, ответственного за работу с пациентами и качество обслуживания.

Справочные материалы

1. American Academy of Family Physicians (2009). Definition of family (policy statement). Leawood, KS: Author. Retrieved from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/familydefinitionof.html>
2. Institute for Patient and Family-Centered Care. (2011). Changing Hospital Visiting Policies and Practices: Supporting Family Presence and Participation. Bethesda, MD: Author.
3. Johnson, B., Abraham, M., Conway, J., Simmons, L., Edgman-Levitan, S., Sodomka, P., Schlucter, J., & Ford, D. (2008). Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: Recommendations and promising practices. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care.
4. Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., et al. (2009). Transforming healthcare: A safety imperative. *Quality and Safety in Health Care*, 18, 424-428.
5. Smith, L., Medves, J., Harrison, M., Tranmer, J., & Waytuck, B. (2008). The impact of hospital visiting hour policies on pediatric and adult patients and their visitors. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 7(2), 38-79.

Уполномоченное лицо

Leslee J. Thompson

Президент и Генеральный директор

ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ УНИВЕРСИТЕТА ДЬЮКА, ДАРЭМ, СЕВЕРНАЯ КАРОЛИНА, США¹

Посещение пациентов

Сотрудники Детской больницы при медицинском центре Университета Дьюка понимают, насколько важную роль для выздоровления и восстановления пациентов играет посещение его родных и близких. Мы стараемся обеспечить комфортные условия и поддержку родителей, членов семьи и друзей в период госпитализации детей, а также просим родителей/опекунов проводить как можно больше времени с попавшим в больницу ребенком.

Обычно члены семьи и друзья могут посещать детей, которые проходят лечение, в любое время суток (круглосуточно, без выходных дней). Посетителям следует позвонить по номеру «888» и вызвать филиал Дьюк или набрать 888-275-3853, либо обратиться к сотрудникам информационного стола в главном вестибюле Медицинского центра Университета Дьюка, чтобы узнать номер палаты и телефонные номера пациента. Если вы представляете интересы пациента и не хотите разглашать указанную информацию, сообщите об этом медсестре или одному из медицинских сотрудников, занимающихся лечением вашего ребенка.

Посещение некоторых пациентов (например, из отделения интенсивной терапии) может быть ограничено в зависимости от времени суток и состояния пациента.

Родители осуществляют контроль за посещением ребенка их братьями или сестрами. Посещать ребенка можно только в присутствии взрослого. В целях обеспечения безопасности и эффективного ухода за вашим ребенком, следует ограничить количество посетителей в палате. Каждое отделение оборудовано зонами ожидания для членов семей и посетителей пациентов. Если вы не хотите, чтобы вашего ребенка посещали во время вашего отсутствия, предупредите об этом медсестру.

Посетители, болеющие простудой или любыми другими инфекционными заболеваниями, должны оставаться дома до пол-

¹ http://www.dukechildrens.org/patient_and_visitor/visiting_a_patient

ного выздоровления. В качестве профилактики инфекционных заболеваний, запрещено посещать детей в игровых комнатах.

Посещение пациентов в отделении реанимации

Посещение пациентов в реанимации необходимо планировать заранее. Обратитесь к медсестре, чтобы выяснить индивидуальные ограничения для вашего ребенка относительно количества посетителей или продолжительности посещения.

Пожалуйста, не приносите пациентам, лежащим в отделении реанимации, еду, свежие цветы или другие растения (разрешаются искусственные цветы, фотографии и открытки). Не забывайте, что место для хранения личных вещей в отделении реанимации ограничено.

Уважайте других людей и не нарушайте тихую и спокойную обстановку.

Воздушные шары

В детскую больницу при медицинском центре Университета Дьюка можно приносить майларовые (фольгированные) шары. Однако запрещено приносить воздушные шары из резины (латекса), так как они могут привести к опасности удушья маленьких детей и вызвать аллергическую реакцию у пациентов и персонала больницы.

Сотовые телефоны

Запрещено пользоваться сотовыми телефонами или другими беспроводными устройствами (смартфоны, планшеты и т. п.) в отделениях, где лежат пациенты или находится медицинское оборудование. Пожалуйста, отключайте свои электронные приборы в указанных местах. Однако ими можно пользоваться на лестницах или в лифтах между этажами, а также в помещениях больницы, где нет пациентов. Если вы сомневаетесь, уточните, можно ли пользоваться телефоном, у персонала больницы.

Запрет на курение

Запрещено употребление табачной продукции на территории Медицинского центра Университета Дьюка и за ее пределами, в помещениях с амбулаторными больными, ординаторских, а также административных и учебных зонах. Создавая свободную от курения зону для наших пациентов, посетителей, врачей и других сотрудников, мы содействуем здоровью общества.

Употребление алкоголя и наркотиков

Запрещено проносить алкогольные напитки и незаконные наркотики в больницу и на прилегающую к ней территорию. При наличии алкогольной или наркотической зависимости у пациентов, их родителей или любых других посетителей, они могут обратиться за профессиональной медицинской помощью к медсестрам, врачам или социальным работникам. Запрещено проносить на территорию больницы оружие, в том числе огнестрельное и холодное.

Обеспечение безопасности

Поскольку много людей посещает больницу как днем, так и ночью, мы просим вас не брать с собой дорогостоящие предметы, в том числе дорогую одежду, электронные приборы, крупные суммы денег и драгоценности. В целях обеспечения безопасности персонал Детской больницы при Медицинском центре Университета Дьюка не рекомендует выходить на улицу в одиночку в ночное время суток. Если вам требуется сопровождение, обратитесь в отдел Охраны.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ДЕТСКОЙ ГЕМАТОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ имени ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА

Отделение реанимации и интенсивной терапии**Руководитель отдела гематологии и интенсивной терапии:**

Масчан Алексей Александрович, профессор, д. м. н.

Заведующий отделением: Хамин Игорь Геннадьевич, к. м. н.

Старший ординатор: Иванашкин Алексей Юрьевич

Старшая медицинская сестра: Масленникова Мария Михайловна

Отделение клинической психологии

Заведующая отделением: Хаин Алина Евгеньевна

Медицинский психолог: Клипинина Наталья Валерьевна

Телефоны

Местный: 7616, 7626

Городской: 8-495-287-65-70 (для перехода в тональный режим нажмите *) далее через автоответчик наберите местный номер 7616 или 7626

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ¹

Дорогие родители/опекуны,

ваш ребенок был принят нами в отделение интенсивной терапии и реанимации для лечения и наблюдения. Механизм работы отделения выстроен в соответствии с многолетним опытом и международной практикой, в основе которого лежит партнерство и высокая согласованность как в работе самой медицинской команды, так и между медицинским персоналом и семьей.

Мы заботимся не только о соматическом, но и о психологическом благополучии пациентов. Наше отделение открыто для

¹ Разработана в Федеральном научно-клиническом центре детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева.

семьи пациента и предполагает возможность нахождения родителя/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 брошюре мы постарались ответить на некоторые из них. Мы также сформулировали здесь 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 брошюра не может заменить личной беседы с врачом. Просим вас каждый раз обращаться к дежурным медсестре/медбрата или врачу с вопросами. Мы также призываем вас задавать вопросы таким образом и тогда, когда это не будет препятствовать проведению лечебных мероприятий и уходу персонала за пациентами нашего отделения.

Правила пребывания в отделении

1. Техническая, инфекционная и общая безопасность

- Помощь ребенку оказывает, в том числе, и техника, работа которой может вызывать тревогу у посетителей, в большинстве случаев не обладающих медицинскими знаниями. 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!** Родителям категорически запрещено трогать и пользоваться медицинскими приборами отделения интенсивной терапии и реанимации.
- Вы, безусловно, можете прикоснуться к своему ребенку и разговаривать с ним (за исключением тех случаев, о которых вас предупредит врач), но вы не должны мешать ему спать. Периоды отдыха очень важны для восстановления и лечения.

- Если вы уходите от кровати ребенка, не забудьте поднять металлические ограничители.
- Частные электроприборы могут быть установлены только после предварительной договоренности.
- Категорически запрещается приносить в отделение растения в горшках или цветы.
- Для обеспечения инфекционной безопасности детей, находящихся в отделении, проход в отделение возможен только в стерильном одноразовом халате и маске.
- Прежде чем идти к вашему ребенку, тщательно мойте и дезинфицируйте руки, ювелирные изделия на руках предпочтительнее снять. Не рекомендуется использование накладных ногтей.
- Если у вас простуда или другие инфекции, обязательно сообщите об этом врачу. В большинстве случаев это может быть опасно как для вашего ребенка, так и для его соседей по отделению.
- В связи с высоким риском развития инфекций, просим вас не сидеть на кровати ребенка.
- Если вы хотите принести блюда или напитки для своего ребенка, предварительно обговорите это с медсестрой и врачом.
- Частная пища должна быть подписана и храниться в холодильнике пациента.
- Пожалуйста, не давайте принесенную еду другим детям.
- Мы просим вас питаться за пределами отделения.
- Туалет для родителей/опекунов находится за пределами отделения.
- Курить можно только в специально отведенных местах.

2. Посещение ребенка

- Наше отделение открыто для посещений
с 10:00 до 13:00
с 15:00 до 21:00
- Многие дети поступают в наше отделение и переводятся, транспортируются на различные исследования, а также получают разнообразные терапевтические процедуры. В связи

с этим вы не всегда сможете находиться рядом со своим ребенком.

- Находясь в отделении, незамедлительно выполняйте указания персонала. Персонал отделения по возможности будет объяснять причины необходимых действий, однако у него не всегда есть возможность сделать это незамедлительно.
- Если обстоятельства сложатся так, что вы вынуждены будете сделать паузу в посещении, мы дадим вам знать по телефону, когда возможно вернуться.
- Использование мобильных телефонов разрешено только вне нашего отделения.
- 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.
- Количество посетителей ограничено до одного человека на одного пациента одновременно. Вы можете меняться и посещать своего ребенка по очереди с другими родственниками.
- Посещение пациента детьми в возрасте до 14 лет возможно только после консультации с заведующим отделения.
- Непосредственная поддержка вами ребенка во время его лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, безусловно, очень важна, даже если он находится в тяжелом состоянии. Вы можете просто посидеть в кресле/на стуле рядом с вашим ребенком, почитать ему вслух книжку или что-то рассказать, поговорить с ним. Однако помните, что не всегда есть необходимость находиться одному родителю рядом с ребенком все время, отведенное для посещения. Пожалуйста, не забывайте о себе, не забывайте принимать пищу и воду, не отказывайтесь от поддержки близких. Вам тоже необходимы силы.
- Чтобы ваш ребенок чувствовал себя в отделении более комфортно, после согласования с врачами можно принести знакомые игрушки и фотографии. Возможно также принести плеер

или радио с наушниками, если ваш ребенок захочет послушать музыку или аудиокниги.

- Мы просим вас не забывать об уважительном отношении к другим пациентам отделения, а также 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**.

3. Получение информации по телефону

- Вы можете уточнять состояние вашего ребенка по телефону у дежурных врачей.
- Пожалуйста, будьте терпеливы, если врач не сразу сможет вам ответить. Это не значит, что нужно ожидать плохих новостей.
- Оставьте один или два номера телефона, по которым мы сможем с вами связаться.

4. Психологическая помощь

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

С уважением,
персонал отделения реанимации и интенсивной терапии

ГАУЗ «ДЕТСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН»

Информационная памятка

Больница — место, где помогают больным и пострадавшим людям. Но в то же время, больница — это чужое, живущее по своим собственным законам, незнакомое и пугающее место, где надо прожить несколько дней, а иногда — недель. Вот о том, как облегчить своему ребенку пребывание в больнице, что стоит делать, а чего делать ни в коем случае нельзя, мы и поговорим в нашей памятке.

Общие рекомендации 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.

Больничные условия

В больнице для пациентов предоставлены 3-4-местные палаты, 1-2-местные палаты (изоляторы) предназначены для тяжелобольных, пациентов с высокой температурой и требующих изоляции по состоянию заболевания.

Распорядок работы отделений ДРКБ строится по-разному, в зависимости от специфики (расписание работы отделений всегда вывешено). В профильном отделении вам будет представлена более подробная информация по специфике отделения.

В больнице предоставляется пятиразовое питание для ребенка, соответствующее его возрасту.

В ассортименте имеется определенный набор смесей для искусственного вскармливания, но если для вас важно, чтобы ребенок получал питание определенного состава или фирмы, то, по согласованию с врачом, его можно приносить с собой.

С собой можно взять **игрушки малыша**, но не мягкие, а те, которые можно мыть, книги, карандаши, альбом для рисования.

После решения вопроса о госпитализации, верхнюю одежду можно сдать в камеру хранения больницы или передать через родственников домой. Камера хранения размещается в подвальном помещении 2-го корпуса, куда вас проводит курьер. После этого поможет вам пройти в профильное отделение, где вас встретит постовая медицинская сестра.

Обязанности врача

1. Непосредственно в отделении ребенка осматривает врач отделения (если ребенок поступает днем) или дежурный врач (если ребенок поступает вечером или ночью), назначает обследование и лечение в соответствии с программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Лечащего врача назначает заведующий отделением.
2. Лечащий врач, как и врач приемного отделения, должен побеседовать с родителями, собрать и записать подробную информацию об истории жизни и болезни ребенка.
3. В отделении ежедневно проводятся врачебные обходы и осмотр пациента.
4. Решаются вопросы хода обследования, лечения и консультаций специалистов.
5. В отсутствие врача по каким-либо причинам (командировка, отпуск и т.д.) заведующий отделением принимает решение назначить другого лечащего врача.

Обязанности медицинских сестер

1. Выполнение лечебных процедур: инъекции, раздача лекарств, проведение ингаляций, постановка клизм, периферического катетера, оксигенотерапия, зондовые процедуры, антропометрия, подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования.
2. Осуществление сестринского процесса, в том числе:
 - сестринский осмотр — первичный осмотр больного, измерение температуры тела, подсчет частоты дыхательных движений и пульса, измерение АД, контроль суточного диуреза;
 - правильный сбор материала для анализов (крови, мокроты, мочи и кала);
 - обеспечение ухода за больными — уход за кожными покровами, глазами, ушами, полостью рта; контроль за сменой постельного и нательного белья; организация правильного и своевременного питания больных.
3. Оказание первой доврачебной помощи.
4. Прием поступивших больных и организация выписки больных.
5. Осуществление контроля за санитарным состоянием отделений.
6. Осуществление контроля за соблюдением больными правил внутреннего распорядка лечебных учреждений и выполнением ими правил личной гигиены.
7. Ведение медицинской документации.

Младший медицинский персонал

К младшему медицинскому персоналу относят младших медицинских сестер, сестер-хозяек и санитарок.

- Младшая медицинская сестра (сестра по уходу за больными) помогает палатной медицинской сестре в уходе за больными, проводит смену белья, обеспечивает содержание в чистоте и опрятности самих больных и больничных помещений, участвует в транспортировке больных, следит за соблюдением пациентами больничного режима.

- Сестра-хозяйка занимается хозяйственными вопросами, получает и выдает белье, моющие средства и уборочный инвентарь и непосредственно контролирует работу санитарок.
- Санитарки: круг их обязанностей определяется их категорией (санитарка отделения, санитарка-буфетчица, санитарка-уборщица и пр.).

Общие обязанности младшего медицинского персонала следующие:

1. Регулярная влажная уборка помещений: палат, коридоров, мест общего пользования и др.
2. Оказание помощи медицинской сестре в осуществлении ухода за больными: смена белья, кормление тяжелобольных, гигиеническое обеспечение физиологических отпавлений тяжелобольных — подача, уборка и мытье суден и мочеприемников и пр.
3. Санитарно-гигиеническая обработка пациентов.
4. Сопровождение пациентов на диагностические и лечебные процедуры.
5. Транспортировка пациентов.

Присутствие родителей

Важным критерием при выборе стационара является совместное пребывание в нем матери и ребенка. Госпитализация родителей с детьми старше 4-х лет осуществляется в соответствии с программой обязательного медицинского страхования и в зависимости от тяжести состояния. По решению врачебной комиссии в приемном отделении могут быть госпитализированы дети и более старшего возраста (Постановление КМ РТ от 29 декабря 2012 г. № 1180 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов»).

Родители, находящиеся в отделении по уходу за малышом до 4-х лет, обеспечиваются 3-разовым питанием. В больнице предусмотрены мини-кухни, где можно подогреть пищу, холодильники для хранения продуктов. Кроме того, в клинике работают столо-

вая и буфет, небольшие магазинчики, где продаются продукты питания, предметы личной гигиены, аптечные пункты.

Очень важна атмосфера доверия между врачом, медицинскими сестрами, родителями и ребенком, когда слаженная работа «команды» направлена на скорейшее выздоровление маленького пациента. Вопросы лечения, поставленный диагноз, степень опасности заболевания, возможные последствия, результаты анализов родители могут и должны обсуждать с лечащим врачом. В свою очередь родители должны принимать во внимание замечания медицинского персонала, быть вежливыми, соблюдать режим, принятый в стационаре.

В отделениях работают педагоги и психологи.

В целях предупреждения внутрибольничного заражения следует исключить все перемещения по больнице без необходимости.

Матери, находящиеся по уходу за больным ребенком, ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ, что все их проблемы пребывания в больнице можно решить:

1. Если вам нужно заменить питание — посоветуйтесь с лечащим врачом, он его вам заменит.
2. Если вам не хватает тепла в палате — обратитесь за вторым одеялом к сестре-хозяйке.
3. По поводу изменений в состоянии вашего ребенка в вечернее время обратитесь к постовой медицинской сестре. При необходимости медсестра приглашает дежурного врача.
4. Все вопросы по поводу назначенного лечения вы можете уточнить у лечащего врача или заведующего отделением.
5. Администрация больницы обращается к вам с просьбой по возможности помочь постовой медсестре в уходе и кормлении детей, находящихся в вашей палате без родителей!

Для посещения ребенка в больнице родителям выписывается временный пропуск, по которому они проходят в отделение. В отделение проходит только один посетитель! Предварительно необходимо сдать в гардероб верхнюю одежду и обувь. Кроме того, существуют определенные дни и часы для посещения пациента; в качестве посетителей в детское отделение не допускаются дети до 15 лет.

В больнице внедрена система круглосуточного видеонаблюдения.

Для соблюдения лечебно-охранительного режима стационара желательно пользоваться мобильными телефонами только с выключенным звуковым сигналом.

Время беседы с родителями: **ежедневно с 15:00 до 16:00.**

Информацию о состоянии пациентов можно получить в столе справок и при беседе с врачом.

Стол справок **1 корпуса 237-30-46; 2 корпуса 237-30-28.**

Выписка

По окончании лечения и обследования ребенок выписывается домой. О дне выписки сообщается родителям накануне при обходе (если родители находятся в отделении), при беседе во время посещения или по телефону. При этом родителям выдается документ — выписка из истории болезни. В ней отражены диагноз, результаты анализов, все обследования и консультации, проведенное лечение. В конце документа всегда даются рекомендации, в том числе план реабилитации ребенка, указывается телефон отделения, по которому можно связаться с врачом, если возникнут какие-либо проблемы или понадобится повторная госпитализация.

В больнице широко внедрены стационарозамещающие технологии, т. е. после установления диагноза, проведения оперативного вмешательства пациент находится в круглосуточном стационаре, а затем переводится в условия дневного стационара до полного выздоровления. Родители в удобное для них время, по согласованию с лечащим врачом, обеспечиваются консультацией, необходимым лечением, им выдается лист нетрудоспособности.

По требованию родителей могут быть выданы рентгеновские снимки, результаты сложных анализов или их ксерокопии. Совет для родителей: лучше всего сделать копии всех документов, полученных из больницы, оригиналы хранить у себя, а копии предоставить участковому врачу. Забирая ребенка домой, родители расписываются в истории болезни в специальной графе.

Мы делаем все возможное, чтобы пациенты имели реальную возможность получения услуг:

- простоту процедуры обращения;
- получение помощи, начиная с момента обращения;
- выполнение гарантий бесплатной медицинской помощи;
- комплексность оказываемой помощи;
- возможность получить любую интересующую информацию;
- Доброжелательность — максимальное доброжелательное отношение со стороны персонала ДРКБ.
- Доверие — учет мнения посетителей, родителей и подростков в отношении качества и вида предоставляемых услуг.

ЖЕЛАЕМ СКОРЕЙШЕГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ
ВАШЕМУ МАЛЫШУ!

Уважаемые родители!

Ваш ребенок выписывается после лечения, и мы просим вас ответить на несколько вопросов, которые помогут нам улучшить нашу работу.

Как вы оцениваете проведенное лечение

☺ Удовлетворительно | ☹ Плохо | 😊 Хорошо

Оцените проведенные процедуры и занятия в отделениях (нужное зачеркнуть).

	Врач поликлиники	Врач приемного отделения	Врач профильного отделения
Довольны ли вы лечением?	Да	Да	Да
	Нет	Нет	Нет
Разъясняли ли вам значение назначенных процедур и программ лечения?	Да	Да	Да
	Нет	Нет	Нет
Разъясняли ли вам длительность лечения?	Да	Да	Да
	Нет	Нет	Нет
Рекомендовал ли вам врач повторный курс лечения или госпитализации?	Да	Да	Да
	Нет	Нет	Нет
Долго ли вы ожидали осмотр врача?	Да	Да	Да
	Нет	Нет	Нет
Получили ли вы у врача все необходимые ответы на ваши вопросы, назначения, рекомендации?	Да	Да	Да
	Нет	Нет	Нет
Считаете ли вы, что вам был полезен курс лечения?	Да	Да	Да
	Нет	Нет	Нет

	Медсестра поликлиники	Медсестра приемного отделения	Медсестра профильного отделения
Качество проведенных процедур?			
Проведение процедур в соответствии с назначенным временем?			
Вежливость персонала?			
Соответствие длительности проведения процедур?			
Удовлетворенность расписанием проведения процедур?			
Соблюдение санитарно-гигиенических норм при проведении процедур?			

Кого из сотрудников ДРКБ вы хотели бы отметить?

Ваши замечания и пожелания по улучшению работы ДРКБ.

Благодарим вас за ответы! Все ваши пожелания и предложения будут обязательно доведены до высшего руководства и учтены нами в дальнейшей работе.

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ БЛИЗКИЙ ЧЕЛОВЕК В РЕАНИМАЦИИ?¹

Алексей Кашеев, нейрохирург

1. «Он умрет?»

У вашего близкого возникли серьезные проблемы со здоровьем. Это может быть следствием заболевания, травмы, операции или других причин. Его проблемы со здоровьем требуют специализированной медицинской помощи, так называемой «интенсивной терапии» (в просторечии — «реанимации»). Отделение реанимации и интенсивной терапии на птичьем медицинском языке часто сокращенно именуется ОРИТ.

Важно! Само попадание в ОРИТ не значит, что ваш близкий умрет.

После успешной интенсивной терапии в ОРИТ пациента обычно переводят продолжать лечение в другое отделение стационара, например, в хирургию или кардиологию. Прогноз зависит от тяжести состояния пациента, его возраста, сопутствующих заболеваний, действий и квалификации врачей, оснащения клиники, а также многочисленных случайных факторов, иными словами — удачи.

2. Что вам делать?

Успокоиться, сконцентрироваться и в первую очередь позаботиться о собственном психическом и физическом состоянии. Например, не следует впадать в отчаяние, заглушать страх и панику алкоголем, обращаться к гадалкам и экстрасенсам. Если вы будете действовать рационально, вы сможете увеличить шанс на выживание и ускорить выздоровление своего близкого. Узнав, что ваш родственник в реанимации, оповестите максимальное количество близких, особенно имеющих отношение к медицине и здравоохранению, а также оцените, сколько у вас денег и сколько при необходимости вы сможете найти дополнительно.

¹ <http://dislife.ru/materials/63>

3. Могут ли вас не пустить в реанимацию?

Да, могут. Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» довольно противоречив. Он гарантирует свободное посещение больных их родственниками и законными представителями, но при этом категорично требует соблюдать требования, установленные внутренними порядками клиники. Причины для запрета на допуск родственника в реанимационное отделение у клиники могут быть вполне понятные: наличие инфекции, неадекватное поведение, занятость персонала при проведении реанимационных мероприятий.

Если вам кажется, что ваше право на общение с родственником в ОРИТ нарушается, конфликтовать по этому поводу с охранниками, медицинскими сестрами, санитарками или дежурными врачами, как правило, бесполезно и даже вредно. Для разрешения конфликтных ситуаций целесообразнее обратиться к руководителю отделения или администрации клиники. Хорошая новость: сотрудники большинства реанимационных отделений ведут себя приветливой, если продемонстрировать желание сотрудничать и адекватность.

4. Что полезно спросить у врачей?

Задавайте следующие вопросы.

- Есть ли необходимость в приобретении каких-то препаратов, которые отсутствуют (например, дорогостоящие антибиотики)?
- Нужно ли купить дополнительные средства ухода? Например, «утку» из синтетического материала, а не металла, противопролежневый матрас, подгузники.
- Стоит ли нанять индивидуальную сиделку? Если да, то необходимо ли договариваться с младшим персоналом отделения или нужно привести человека со стороны (например, из патронажной службы)? Помните, что при некоторых заболеваниях жизнь пациента напрямую зависит от ухода. Не жалейте денег на сиделку, если она необходима.

- Как организовано питание и есть ли необходимость в покупке специального питания для тяжелобольных?
- Нужны ли консультации специалистов со стороны? Предположим, в клинике отсутствует штатный нейрохирург, а его консультация при заболевании вашего близкого целесообразна. Формально врачи сами обязаны позаботиться о подобном, на практике — это часто организуют родственники.
- Напоследок спросите, что еще вы можете принести близкому человеку. Какие-то привычные вещи: игрушки ребенку, личные лекарства, предметы гигиены и обихода. Иногда — телефон, планшет и даже телевизор.

5. Как вести себя в реанимации?

Оденьтесь так, как вам скажут. Как правило, это одежда из синтетических тканей (никакой шерсти), удобная сменная обувь, одноразовый халат, шапочка, маска (можно купить в аптеке). Если у вас длинные волосы, соберите их в пучок. Имейте с собой антисептическую жидкость и обрабатывайте руки. Иногда даже имеет смысл завести собственный сменный хирургический костюм (можно купить в магазине медицинской одежды).

Умерьте свои эмоции. Вы попадете в крайне непривычную обстановку, вокруг будут тяжелобольные люди, будет много запахов и звуков. Не мешайте персоналу. Для вас это стресс, для сотрудников — повседневность. Ваш близкий может не говорить либо говорить не так и не то, из него могут торчать многочисленные трубки, на нем могут быть повязки, наклейки. Он может быть странного цвета, отечный, пахнуть необычно.

Не пугайтесь, это не навсегда. Он просто болеет.

6. Как вы можете ему помочь?

Никто не знает, как это работает, но опытные врачи-практики еще при первом разговоре с больным могут определить вероятность выживания больного при осложнениях. От психологического состояния пациента зависит очень многое. А это состояние почти полностью зависит от близких, то есть от вас.

По возможности, говорите с больным как со здоровым. Ни в коем случае не рыдайте, не истерите, не смотрите на него с отчаянием и болью, даже если вы их испытываете, не заламывайте руки, не кричите: «Ах что же, что с тобой?!». Не обсуждайте по своей инициативе обстоятельства травмы, если дело в травме. Не обсуждайте негативное. Говорите о максимально практических вещах, как связанных с заболеванием, так и чисто бытовых, семейных.

Помните: пока ваш близкий болен, но жив, он может и должен участвовать в жизни своей семьи.

7. А что говорить, если он боится смерти?

Я не знаю, решать вам. Но, во всяком случае, выслушать. Если близкий просит о встрече со священником, организуйте ее. Как правило, их пускают в реанимацию даже к терминальным пациентам. Если близкий имеет хроническое нарушение сознания (например, находится в коме), уделяйте много времени вербальному и невербальному (прикосновение, массаж, привычные для него вещи в зоне доступности) общению с ним. Последние научные работы показывают, что это положительно влияет на процесс реабилитации. Многие пациенты, кажущиеся неспециалисту «коматозными», на самом деле видят и слышат все происходящее вокруг.

Если вам приходится выхаживать своего близкого долгими неделями, месяцами или годами, реанимация становится значимой частью жизни. Вам потребуется выдержка и хладнокровие. Помогайте персоналу, как только почувствуете, что овладели основными навыками. Мне известны случаи, когда родственники реанимационных больных впоследствии меняли свой жизненный путь и становились медсестрами, врачами.

Для родственников своих пациентов написал практикующий нейрохирург **Алексей Кашеев**.

ВМЕСТЕ — МОЖНО: ИНТЕРВЬЮ С ОРГАНИЗАТОРАМИ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ С ДЕТЬМИ В ОРИТ

Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева

НАМ НЕЧЕГО СКРЫВАТЬ

Заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии Центра Игорь Геннадьевич Хамин отвечает на вопросы директора БФ «Детский паллиатив» К. А. Варгановой.

Зачем вообще нужно пускать родителей к детям?

Здесь два аспекта. Иногда это нужно больше родителям. Иногда — самому ребенку. Если ребенок в сознании, то однозначно, что для него разрыв с близкими, с мамой, с папой — это большая психологическая травма, и ему все легче пережить, когда рядом находится родной и близкий человек. А в случае, когда пациент находится в крайне тяжелом состоянии, и все понимают, что он уходит, что остались последние дни, часы, для родственников очень важно быть в эти минуты рядом с ним.

А с точки зрения медицинского персонала?

На мой взгляд, в подавляющем большинстве — в 99% случаев — для всех участников процесса это все-таки позитивный опыт. Не говоря уже о том, что это позиция администрации центра, это очень сильная моя позиция, и врачи и медсестры, работающие у нас, как бы они лично ни относились к «издержкам» ежедневного общения с родителями, понимают, что такова политика учреждения.

Рассуждая с позиции врача, мне намного легче от того, что мы не делаем никакой тайны из нашей работы. Нам абсолютно нечего скрывать. Я уверен, что эта работа должна быть открытой, чтобы родители видели — ребенок не лежит один, а если он привязан, то

это не оттого, что нам хочется «распять его на кровати», а чтобы он сам себе не причинил какого-то вреда, не выдернул случайно катетеры, не упал с кровати и так далее. Чтобы родители видели, что рядом с ребенком постоянно кто-то находится, что он не «лежит сутками и кричит, а к нему никто не подходит».

Очень важно и то, что изменения в состоянии ребенка происходят на глазах у родителей. Вот представьте: ребенок поступает в реанимацию, динамика состояния отрицательная, орган за органом начинают отказывать. Родители, которые отдали ребенка в отделение в одном состоянии, неделю его не видят, а потом их пускают попрощаться и говорят, что остались считанные часы, а они своего ребенка и узнать не могут, потому что за неделю он может пожелтеть из-за печеночной недостаточности, или у него выраженные отеки из-за того, что почки не работают, или кровоизлияния на коже (и они спонтанные, а не потому, что «он упал с кровати или его кто-то бил»). Когда это все происходит постепенно, на глазах родителей, когда им постоянно дают информацию, и сами они видят все происходящее, то, мне кажется, это убирает возможный всплеск негативизма: мол, я вам отдал нормального ребенка, а вы... Поэтому сейчас этот вопрос вообще у нас снят, таких проблем не возникает. Часто, даже несмотря на самые неблагоприятные исходы, родители благодарят нас за то, что для их ребенка мы сделали все возможное.

Расскажите, пожалуйста, как вы пришли к идее организации совместного пребывания, и как все начиналось в вашем Центре.

Я работаю более 20-ти лет и, разумеется, как и все, вышел из советской медицины, из обычных реанимаций, в которые не пускали и не пускают. Причем, интересно, что при всеобщем официальном «непускании», часто практикуется такое: «я вас сейчас на 5 минут пропущу посмотреть, и все».

В ФНКЦ я с самого открытия, и с самого начала уже было запланировано организовать совместное пребывание. Мы не очень понимали, как это осуществить, поэтому еще до начала работы я провел три месяца на стажировке в Германии, чтобы посмотреть, как именно они работают с родителями, как это все у них

организовано. Так что сейчас в своей работе мы во многом ориентируемся на немецкую модель.

Наверное, нам было проще вводить новый порядок, потому что идея появилась еще до открытия центра. И когда мы подбирали персонал, проводили собеседования с врачами и медсестрами, которые приходили устраиваться на работу, то этот момент обязательно обговаривался. Соответственно, и врачи, и медсестры, которых мы брали, были готовы к тому, как им придется работать. И, надо сказать, все происходило достаточно спокойно, без особого сопротивления со стороны персонала. Если и возникали спорные моменты, то мы просто обсуждали, как именно лучше действовать в той или иной ситуации. Учились не идти на конфликты. Мы ведь, к сожалению, находимся на «переднем крае медицины» — именно на нас стараются выплеснуть весь негатив, отрицательные эмоции, обиду на то, что происходит. Это есть, это нужно понимать. Но в подавляющем большинстве случаев, как мне кажется, мы с этим справляемся.

Получается, что когда вы вводили практику совместного пребывания, никакой специальной подготовки персонал отделения реанимации не проходил? Никаких коммуникационных тренингов, ролевых игр?

Да, именно так. У нас работает в основном молодежь, которая легко обучается непосредственно на рабочем месте. Откровенного неприятия этой внутренней политики не было. Еще раз повторю, что это позиция администрации Центра и руководства отделения: здесь принято так и не иначе. А если смотреть на результаты с точки зрения руководителя, то я вижу, что все положительное, что из этого вытекает, априори превышает негативные моменты, которые, несомненно, возникают.

Страдаете ли вы от дефицита кадров?

У нас все сестринские ставки заняты, к нам просятся, но мы отказываем людям, мест нет. Конечно, в той же Германии с одним тяжелым больным работают две медсестры или, по крайней мере, одна медсестра на одного больного. У нас, независимо от профиля, по приказу оказания реанимационной помощи населению,

был и остается норматив — одна медсестра на троих больных. И если реально очень тяжелый больной с полиорганной недостаточностью, который находится на искусственной почке, на ИВЛ, с очень массивной инфузионной, трансфузионной терапией, то одна медсестра не может справляться с тремя такими пациентами. Это, конечно, проблема.

Кто же при такой нагрузке занимается родителями?

Частично эту функцию берут на себя психологи. Хотя, надо признаться, родители идут на контакт с психологами крайне неохотно. Обращение к психологу почему-то приравнивается к обращению за психиатрической помощью, воспринимается родителями как знак того, что с ними что-то не так. Считаю, что они в состоянии справиться самостоятельно, родители могут даже проявлять агрессивную неприязнь к психологической помощи. Кроме ситуаций, когда психологи, начав работу с семьей на более благополучном этапе лечения, в случае ухудшения продолжают общение в отделении реанимации. Но если раньше семья никогда с психологами не общалась, то и в случае попадания ребенка в реанимацию потребности в общении с психологами не возникает. Так что отдельного специалиста, который бы отвечал за взаимодействие с родителями, у нас нет, никто таких функций не выполняет, мы просто не можем себе позволить иметь такую должность, как и все российское здравоохранение. Отчасти эти функции ложатся на медсестер, отчасти — на докторов.

Сколько времени вы разрешаете родителям находиться в отделении?

У нас разрешен проход родителей с 10 часов утра до 8 вечера в достаточно свободном режиме.

Но не круглосуточно?

В принципе, это возможно. Но мы говорим родителям: если ребенок умирает, и это вопрос нескольких часов, то никаких препятствий к нахождению с ребенком нет. В остальных случаях мы убеждаем родителей, что они тоже должны отдыхать: «Вы види-

те, что ничего не происходит, все стабильно, все на месте, и вам тоже нужно отдыхать. И психологически, и физически». И персонал тоже должен отдыхать. Круглосуточное нахождение в таком тесном общении требует много сил, особенно страдают от этого медсестры. Поэтому мы настаиваем, чтобы родители на ночь уходили. Все остальное дневное время они циркулируют в свободном режиме. Мы просим уходить из палаты, если на соседнюю койку поступает какой-то другой больной, или пока проводятся непосредственно реанимационные мероприятия или другие инвазивные манипуляции.

Когда родитель впервые попадает в ваше отделение, каким образом он узнает, что ему можно, а что нельзя? Кто до него доводит эту информацию?

Когда к нам поступает ребенок, то вначале мы даем родителям первичное описание его состояния — почему ребенка перевели в отделение реанимации, что ему сделано, что будет сделано в ближайшей перспективе. После этого мы вкратце объясняем правила, говорим о том, когда можно приходить, о том, что родители могут приходить по одному, что с ними в контакте будет медсестра, что врач обязательно подойдет; если он сейчас не пришел, это просто означает, что он занят, но в любом случае с вами побеседуют. Все это проговаривается при поступлении.

Практикуете ли вы запреты на посещения — для тех, кто не соблюдает правила?

Пока у нас до такого не доходило.

Требуете ли вы от родителей какие-то справки, если они хотят находиться здесь?

Нет. На самом деле, если говорить об инфекциях: когда мы откровенно видим, что у родителя насморк, и он ходит к ребенку, то мы просто советуем пару дней не ходить, «нам ваша помощь не нужна, ребенок получает всю необходимую помощь, и риск распространения ОРЗ лучше минимизировать». Конечно, все это происходит не в императивной форме.

Есть ли еще какие-то требования, связанные со стерильностью?

Родители находятся в отделении в сменной обуви, используют одноразовые халаты. Обязательное требование — чистые руки. Но это касается всех, и родителей, и персонала. Прежде, чем прикоснуться к ребенку, и после контакта с ребенком мы требуем обрабатывать руки.

На сколько мест рассчитаны ваши палаты?

У нас две палаты по 3 койки, в основном, для послеоперационных пациентов, тех, кто здесь оказывается на день-два, а 8 мест — одноместные палаты, и если пациент у нас задерживается дольше, чем 2–3 дня, мы стараемся его поместить в одноместную палату. И всех, кто изначально поступает с прогнозом долгого нахождения, мы стараемся сразу поместить в одноместные палаты.

В трехместной палате что-то предусмотрено для родителей?

Только по стульчику возле койки.

Спальных мест на территории отделения нет?

Нет.

Возникают ли у вас ссоры между родителями в трехместных палатах?

Был один случай, когда родители чуть не подрались, один хотел, чтобы его ребенок слушал музыку, а другой — чтобы его ребенок спал. Слово за слово — и разгорелась ссора. В той ситуации пришлось всех попросить выйти. Больше таких откровенных конфликтов за четыре года я не помню. Обычно они друг другу не мешают.

Принимают ли родители участие в уходе за детьми?

Нет, не принимают. Они могут помочь медсестре, но изначально весь уход лежит на медсестрах. Конечно, когда ребенок лежит очень долго, несколько недель, то родители больше включаются в процесс ухода за ним. На начальных этапах мы очень боимся, что они там что-нибудь выдернут, поэтому объясняем, например,

следите за ручкой, держите так... Постепенно, когда они чему-то учатся, подключаются более активно. Но особой нужды в их участии нет. И по большому счету всю ответственность за гигиеническое состояние, за то, скажем, чтобы при повороте ребенка «не выпал дренаж или катетер», несет медсестра.

Можно ли родителям присутствовать в момент выхода из наркоза, пробуждения ребенка после операции?

Как выглядит стандартная ситуация? Обычно мы просим, чтобы родители приходили примерно через час после того, как больного привозят после операции, за это время происходит передача реаниматологам основной информации о ребенке, диагнозе, объеме оперативного вмешательства, проходит забор анализов, подготовка листа назначений. Потом приходят родители, сидят рядом, через какое-то время мы решаем, что мы пациента начинаем пробуждать, отключаем седацию, и он начинает постепенно просыпаться. Родители в это время присутствуют. Дальше, если я вижу, что ребенок готов к экстубации, то есть к тому, чтобы ему убрали из трахеи трубку и он начал дышать сам, именно в этот момент я прошу родителей постоять в коридоре. Если я вижу, что все гладко прошло, тогда выхожу к родителям — «можете заходить». Дальше они могут находиться с ребенком до 8 часов вечера, когда мы просим всех уходить.

Вы лично контактируете с родителями?

Да, конечно.

И они вас не раздражают своими вопросами?

Знаете, всякое бывает, люди все разные. Есть родители, которые от всего впадают в истерику. Я тогда говорю — если вы не готовы здесь находиться, тогда не приходите, ваши истерики здесь не нужны. Вы свои негативные эмоции не должны сбрасывать на медсестру или на врача. Если не можете держать себя в руках, лучше не приходите. Разумеется, мы стараемся не допускать конфликтных ситуаций, но бывают случаи, когда приходится для беседы с родителями приглашать представителей администрации,

или других специалистов-медиков, чтобы снять недоверие к нашим решениям. Тем не менее, конечно, бывают и жалобы, даже президенту.

На что жалуются?

Могут пожаловаться на халатность, на плохие условия... Иногда разворачивается откровенный конфликт. В большинстве случаев мы родителям говорим: слава богу, вам посчастливилось, вы с момента заболевания попали сюда, вы нигде не лежали и вы не знаете реалий, вам не с чем сравнить, вот вы и начинаете так себя вести. Те, кто хлебнул «обычной» нашей отечественной медицины, у них, как правило, никаких претензий не возникает.

Как вы думаете, с чем связано то, что в большинстве отделений реанимации родителей не пускают?

Сложно отвечать за других. Я могу говорить о себе. Я действительно горжусь центром, в котором я работаю. Мне не стыдно показать уровень медицины, который обеспечивается в нашем центре, это должны видеть. Я горжусь своим коллективом, качеством нашей работы, и нам нечего скрывать.

Если вы вдруг решите сменить место работы, изменятся ли правила вашего отделения?

Все поставлено, и ничего не изменится. Это же не моя инициатива, не моя идея, а идея руководства центра. Она была заложена изначально, а я только ее проводник.

ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»

КАЧЕСТВО — ЭТО ДОРОГА, НЕ ИМЕЮЩАЯ КОНЦА

**Интервью записаны директором БФ «Детский паллиатив»
К. А. Варгановой.**

Главный врач Рафаэль Фирнаялович Шавалиев:

К вопросу допуска родителей или других представителей пациентов мы относимся с позиции защиты прав ребенка, а именно — мы руководствуемся точкой зрения, при которой возможности, которые должны быть у больного ребенка, не могут подвергаться ограничениям.

Если говорить о детях паллиативного профиля и вообще о тех детях, которые находятся в реанимационных отделениях, то позиция у нас однозначная: допускать к ним не только можно, но просто необходимо. Команда наших специалистов работает по единым принципам, а основной наш принцип — это максимальная открытость в интересах ребенка.

Отделение реанимации, палата для детей, находящихся на аппарате искусственной вентиляции легких

Мама Д.:

Мы не из Казани, живем за триста с лишним километров отсюда. Там я и рожала, в местном роддоме, и когда ребенок не задышал, его отправили в реанимацию. Меня через неделю выписали, сын остался. Я пришла — можно посмотреть? Ну да, пожалуйста. Зашла. Трогать ребенка нельзя, прикасаться нельзя. Можно только стоять у кровати и смотреть, что происходит. Через несколько минут мне говорят: все, мамочка, идите домой, у нас свои мероприятия. И вообще даже на короткое посещение там нужно разрешение врача, а он это разрешение иногда по 3 часа дает, ты сидишь в коридоре возле реанимации и ждешь, а потом можешь услышать, что сегодня некогда, приходите завтра... Вот так я и хо-

дила целый месяц, каждый день. Сюда мы приехали, когда сыну исполнился месяц. Палатный врач говорит — памперс меняйте. Я спрашиваю — а можно? Врач — почему же нельзя, ваш ведь ребенок? Абсолютно другой подход, а ведь такая же реанимация, что здесь, что там. И знаете — мы здесь как экспонаты: все к нам приходят и спрашивают, а что, можно так делать? Страна-то огромная, а островков нормальной организации почти и нет.

Мама Л.:

Мы здесь уже два года с дочкой, и всегда можно к ней прийти. Раньше меня это удивляло, теперь привыкла и считаю, что только так и должно быть. Дочка ведь все понимает, вечером, когда я ухожу, плачет. И вообще, я думаю, что когда рядом нет родителей, дети быстрее уходят.

Если в палате много родителей одновременно, вы друг другу не мешаете?

Нет, каждый занят своим ребенком. А если у кого-то из детей нет рядом родителей, то медсестра будет больше заниматься этим ребенком, чаще подходить.

У медсестер и врачей остается время, чтобы с вами разговаривать, что-то вам рассказывать?

Да, практически в любое время можно задать вопрос, который тебя интересует. Ни врач, ни медсестра никогда не отмахнутся, в крайнем случае, когда они действительно заняты, просто направят к кому-то другому.

Мама и папа Г.:

Почти месяц мы в реанимации с ребенком, чаще бываем вдвоем, но иногда меняемся.

Вас не удивляет, что вам разрешают здесь находиться?

Мама: Нет, ведь дети должны чувствовать тепло родителей.

Папа: Они так лучше восстанавливаются.

Если что-то непонятно, то к кому вы обращаетесь?

Можно к врачу, можно к медсестрам. Всегда на все вопросы отвечают.

Мама, ожидающая ребенка после операции:

В этой больнице разрешают родителям находиться практически в любом отделении, этого в других больницах нет, из-за этого мы и решили ехать сюда на операцию, мы из Елабуги. Оставить своего сына одного — как я могу? Глазки откроет — чтобы я рядом была. И сказать какие-то теплые слова, и погладить...

Закиров Игорь Ильдусович, руководитель службы реанимации ГАУЗ «ДРКБ» МЗРТ:

Как вы пришли к решению обеспечить совместное пребывание родителей с детьми? С чего все начиналось?

Псевдосистемно мы начали заниматься этим с 2006 года, когда я стал заведующим отделением. Поводом для размышлений на эту тему послужили простые наблюдения: традиционно мы всегда ограничивали присутствие родителей. Вне зависимости от того, были это длительно лежащие дети или дети послеоперационные, ограничения существовали, и мы мотивировали это тем, что у нас так заведено, существует определенный распорядок, СанПин и так далее. Но, тем не менее, — и меня это всегда корбило — администрация могла дать особое разрешение кому-то из родителей оставаться с ребенком любое время. То есть одним можно, а другим нельзя? Согласитесь, что это создает напряжение. Некий осадок — ведь это видели и те родители, которых не допускали к детям. Это как одному в компактном месте запретить работать с сотовым телефоном, а другому дать еще и ноутбук. Социальное неравенство. Почему у одного сутками сидят, а у других — выгоняем, выдавливаем? И чем больше мы изучали проблему, тем больше я видел, где узкое место. Узкое место — всегда персонал, и никогда не родители.

Когда я начал заведовать отделением, мы постепенно стали расширять доступ родителей, потихонечку прорабатывать новый

подход. Не могу сказать, что я, как после удара молнии, проснулся с готовыми решениями, нет, это был довольно длительный процесс. Тогда я не всегда понимал, что такое пациентоориентированность, но одно знал четко: мешать нашими действиями или бездействием семье — по меньшей мере, неэтично. Что мы стали делать? Для начала стали избегать негласных запретов. Самый типичный косвенный запрет — это ограничение времени посещения. Например, если мы даем 30 минут на посещение, то с 29-й минуты медсестры начинают заниматься отсчетом, контролируют время, чтобы напомнить посетителю о необходимости уйти, вместо того, чтобы выполнять свои прямые обязанности. Мы поняли, что не надо тратить энергию на эти вещи, нужно просто снять эти ограничения.

Достаточно быстро стало понятно, что родитель — это самый лучший монитор, самая лучшая индикаторная система того, что происходит. Любой родитель, если его правильно сориентировать, лучше всех знает потребности своего ребенка. Не говоря уже о генетической связи — той невидимой, но вполне осязаемой нити, которая объединяет семью.

Как воспринимались ваши нововведения?

Разумеется, без сопротивления не обошлось. Многие руководители подразделений больницы говорили, что мы здесь устроили проходную. Сопротивление было и со стороны врачей, и, конечно, самое большое — со стороны медсестер. Противодействие было серьезное — вплоть до походов в администрацию, попыток свергнуть этот, по их мнению, «кровожадный» режим, который ущемляет их права и свободы, перемещая на первый план права пациентов. Но вода камень точит, при этом, я считаю, эффективен только опыт позитивного воздействия — надо не столько убеждать, сколько показывать, как это работает. Родители стали все чаще говорить о том, что им нравятся наши новые правила, стали чаще благодарить медсестер и врачей. Конфликтных ситуаций стало намного меньше, исчезли жалобы. Через какое-то время этот опыт стал дублироваться в других, прежде закрытых, отделениях больницы. А теперь это и по республике пошло.

Когда политика совместного пребывания полностью укоренилась?

Уже больше пяти лет — точно, и сейчас она бескомпромиссна. Когда кто-то говорит мне о том, что мать неадекватна, я отвечаю: тот, кто сказал, что мать неадекватна, проиграл сразу. У нее ребенок с крыши упал. И она адекватна в своем намерении помочь любыми возможностями. Этим атомом надо управлять, надо сделать его мирным. Оставить ее, пригласить на перевязку, — и у нее вообще не будет вопросов. Я привожу всегда пример, наверное, он жесткий. Предположим, ребенок упал с сотого этажа. Родственники сами привозят его в больницу, ребенка забирают в реанимацию, и двери закрываются. Мы понимаем, что никакие медицинские технологии не могут спасти этого ребенка, — он упал с сотого этажа. Но мы можем помочь ему прожить какое-то время. Проходит три дня, все это время мы никого к нему не пускаем, а потом выходит доктор и говорит: все, беда. И у родных одна мысль — ну точно, они напортачили. Такая же ситуация. Сотый этаж, падение. Ребенка привозят в реанимацию, врачи делают все возможное, члены семьи видят, что происходит. Через три дня ребенок умирает, но его родители уходят с ощущением — сделано все, что только было можно сделать.

Когда дверь открыта, в нее можно войти, а можно не входить, но когда она закрыта, то человек будет искать обходные пути. Никто, как родитель, более не мотивирован на помощь ребенку. Поэтому мирный атом надо использовать в мирных целях.

Есть ли у вас формализованные правила поведения для родителей и для персонала? И если нет, то как родители узнают о том, что им можно, а что нельзя?

Написанных на бумаге правил у нас нет. Согласно общебольничной практике, должно быть информированное согласие, как положено, и больше ничего. Все равно ничего лучше, чем человеческое общение, не придумано. Все объяснения дают доктора и медсестры, и я в том числе, я всегда готов подключиться в случае необходимости.

Один из аргументов, который очень часто приводят те, кто не хочет этого делать: у нас дефицит персонала, у нас персонал перегружен, и присутствие родителей в палатах вместе с детьми — это дополнительная нагрузка, потому что нужно на вопросы отвечать, что-то объяснять, показывать.

У нас укомплектованность персоналом — 50%. Зарплаты неконкурентоспособные, люди не идут. И политика совместного пребывания у нас внедрена совсем не оттого, что все так роскошно, и мы можем себе это позволить. Первое и главное — это человеческое отношение к больному ребенку и его семье. Штатных психологов у нас нет, поэтому общение с родителями — это наша общая ответственность, как врачей, так и медсестер. И этому надо учиться. К примеру, правило пяти секунд и отсутствия пауз. Я об этом говорю нашим медсестрам: вы должны сами управлять процессом общения, не ждите, пока вас будут спрашивать, объясняйте основное сразу же, с опережением — что с ребенком, что требуется делать, как ухаживать, как кормить. И тогда, понимая, что есть люди, которые персонально занимаются их ребенком, родители успокаиваются. Более того, я приверженец правила «все включено» — каждому родителю ребенка, находящегося в реанимации, я даю номер своего личного сотового телефона, чтобы звонили, когда им понадобится. И что? Из ста могут позвонить человек десять, не больше. Но зато они спокойны.

Еще один способ улучшить характер общения с родителями, которым я пользуюсь сам и советую так делать всем сотрудникам отделения. Родителям надо сказать: «Конечно, у вас будет очень много вопросов, когда вы придете домой, сядьте и запишите их. Вас можно понять, на ваше место никто не хочет попасть. Вы придете сюда — принесите с собой вопросы, которые мы с вами должны обсудить». Такая глубокая интеграция с ними реально помогает выстраивать нормальные отношения. Причем, обратите внимание, что все это не требует никаких инвестиций, ни рубля, на 99,99% эта технология бесплатна и при этом удивительно эффективна.

Что вы делаете для того, чтобы родители, которые находятся в вашем отделении, соблюдали какой-то санитарно-гигиенический минимум?

Ничего особенного, требуем только обрабатывать руки. Дозаторы с раствором стоят везде. До того, как прикоснуться к ребенку, и после того, как все манипуляции закончены, — это железное правило как для родителей, так и для персонала. Как правило, родители поднимаются к нам уже в бахилах, которые получают внизу, на входе. Халаты висят здесь, за дверь, до входа в реанимацию.

Вы не боитесь внутрибольничной инфекции?

Конечно, боимся — это самая главная проблема больниц. Но родители к этому никакого отношения не имеют. Обратите внимание на сам термин — внутрибольничная. Да, это большая проблема и мы с ней боремся. Как боремся — применяем специальные технологии: раннее энтеральное кормление, воздушное положение, уход за полостью рта, это медицинские технологии, которые позволяют нам реально справиться с ситуацией. В результате дети у нас без антибиотиков. Вы ведь видели мальчика Г., который с мамой и папой? За 8 месяцев жизни он перенес шесть операций, у него нет антибиотиков вообще. Только по мере необходимости — скажем, три дня сделали и прекращаем.

И еще по поводу внутрибольничной инфекции — она скорее родителям угрожает, чтобы они ничего здесь не подхватили.

А если ко мне придут с ОРВИ — не пушу, это риск, а рисками необходимо управлять. Хотите посмотреть на ребенка, давайте телефон, я вам его на камеру сниму, приносите ребенку планшет, общайтесь через Скайп, звоните по телефону, а как поправитесь — ждем вас!

Создаете ли вы родителям специальные условия?

В отделении нет кроватей для родителей, нет никаких специальных приспособлений, только стулья. Если родители остаются здесь ночью, то либо сидят на стуле рядом с ребенком, либо спят

в большой палате напротив, в изоляторе, либо в хирургии, где они до этого с ребенком лежали, там за ними закреплены койки.

Родители, которые лежат с детьми в больнице или проживают в благотворительной гостинице «Дом Роналда Макдоналда», получают электронные ключи для того, чтобы можно было попадать к детям в любое время, даже ночью. Правда, этим правом приходиться к детям по ночам пользуются немногие, но если бы его не было, то нас забрасывали бы жалобами и запросами. Психологически объяснимо: то, что можно всегда получить безо всяких препятствий, менее востребовано, чем то, что запрещено.

Питанием обеспечиваются только те родители, которые госпитализированы вместе с ребенком. Приходящим мы показываем, где у нас находится столовая. В самой палате можно только чаю попить, у них там и чайник есть.

Мобильные телефоны вы не отбираете?

Нет, не отбираем. Вы же видели — они фотографируют телефонами. А вот медсестрам жестко запрещено пользоваться сотовыми телефонами в рабочее время. Медсестра за штурвалом, ей отвлекаться нельзя.

Есть распространенный запрет — детей до 18 лет не пускают к их больным братьям и сестрам. А как у вас?

Мы разрешаем проходить братьям и сестрам любого возраста.

Существуют ли у вас какие-то отличия в неписаных правилах для родителей по отношению к маленьким детям и, например, подросткам? Скажем, к маленьким пускаете, а если к вам попал подросток 14 лет на экстренную операцию, и ему достаточно только выйти из наркоза, проснуться и еще пару часов побыть под наблюдением, то пускать к нему родителей нет никакой необходимости.

Формально к тем, кто попадает на операцию, пускать родителей вообще нет никакой необходимости, но мы пускаем. Родители спрашивают — можно одним глазком взглянуть, я отвечаю — почему одним, можно в два глаза, ваш ведь ребенок. Во время операции родители ждут перед операционной. А врачам я говорю — вы

час работаете, вышли и сказали, как дела. Еще час работаете — опять вышли и сказали. И разница в возрасте детей никак не сказывается на наших установках — для своих родителей они все равно остаются детьми, сколько бы лет им ни было.

Как выглядит обычная схема: например, тяжелых детей, поступающих внепланово, которых могут доставить сами родители, встречают сотрудники приемного отделения, включая представителей реанимации. Как правило, в приемном покое родители всегда рядом. Они могут даже наблюдать — через открытую дверь — за тем, что происходит. И уже в приемном покое реаниматолог встречается с родителями, чтобы все объяснить. Если ребенку нужна срочная операция, то его забирают в операционный блок, а родители ждут в коридорчике. Потом его привозят в палату пробуждений, где родители могут присутствовать, когда он просыпается после наркоза. Дальше ребенка либо отправляют в профильное отделение, скажем, хирургию, либо оставляют в отделении реанимации, и родители могут находиться с ним рядом.

Еще один важный момент — я считаю, что рядом с ребенком должны находиться, в первую очередь, родители. И только если они сами решат, что могут прийти бабушка, дедушка, братья, сестры, тогда пожалуйста. Это помогает избежать возможных внутрисемейных конфликтов и разбирательств.

Вы требуете предоставления каких-то медицинских справок?

Только в том случае, если это влияет на исход заболевания.

Во время беседы с медсестрами вашего отделения прозвучали очень разные, порой диаметрально противоположные, мнения по поводу преимуществ и недостатков совместного пребывания родителей с детьми. Давайте вернемся к вопросу готовности персонала к открытости, к сотрудничеству с родителями.

Безусловно, как я уже упоминал, основное сопротивление идет со стороны медсестер. И это объяснимо. Но в обсуждениях я использую такую картинку. Человек находится у себя дома, это его личное пространство, куда не допускаются незнакомые, посторонние люди. Медсестра тоже воспринимает пространство палаты

как свою личную территорию, и потому готова воевать с каждым посторонним, который пытается туда прорваться. Вроде бы все логично. Но здесь ситуация обратная. Не медсестра живет в палате, а больные дети и их родители, а медсестра просто приходит к ним на работу, причем получает за это деньги, а не занимается благотворительностью. Важно напоминать об этом.

Иногда мы проводим ролевые игры. Предположим, медсестра занята действительно срочной работой, а тут родитель входит в палату. Что можно сделать? Вариант первый — вообще не обратить внимания на вошедшего, что неправильно. Вариант второй: в ответ на родительское «Здравствуйте!», или даже не дожидаясь его, с опережением: «Добрый день, подходите к ребенку, мы вас ждем, я вам все сейчас объясню и помогу. Вот раствор для обработки рук...» Вы используете прием мнимой свободы, предлагая ограниченное количество способов поведения: вам сейчас удобно или через полчаса? Вам когда удобнее прийти — во вторник или в среду? То есть, по сути, именно медсестра управляет процессом, не ломая свой рабочий график.

Сестры иногда спрашивают: а если много родственников придут, например, сразу пять человек? Все просто: добрый день, хорошо, что пришли, ребенок в вас нуждался, — им надо показать, что это действительно так. Когда персонал все делает молча, у родителей — диссонанс. Нужны нормальные коммуникации. И вот, когда много родственников, надо сказать: очень хорошо, а кто родители? — и два человека отделяются от всех. Их вы заводите в палату, а остальным предлагаете поговорить с вами в сторонке. То есть именно вы управляете ситуацией. Очень простая вещь. Но это надо объяснять и показывать.

Что еще очень хорошо работает? Отмечать, как это хорошо, что родители и медперсонал делают что-то вместе, обращать на это внимание, хвалить. Как только вы объединили две стороны в одном процессе, конфронтация уже маловероятна.

Наконец, я часто говорю своим сотрудникам: у вас всего две руки, а у них 14, 18, 20, это люди, которые реально мотивированы. Не пускай маму в дверь, так она в любом случае перелезет через забор. Представьте, что поезд мчится со скоростью 180 км в час,

вы что, готовы стать перед ним, чтобы он вас снес? Так ведь снесет. Отойдите в сторону, не мешайте людям, они мотивированы, они по-другому не могут. Вы пойдете домой, а они останутся болеть и умирать со своим ребенком. Я никогда не говорю — а как бы вы на их месте поступили? Это переход на частности, я сам не готов ни с кем из наших родителей поменяться местами, это невозможно — представить себя родителем, у которого ребенок будет умирать.

Ваши сотрудники с вами спорят, когда вы собираетесь? Приводят какие-то аргументы?

Спорят, да. Я не встречаю в получасовые беседы, отвечаю только на самые важные вопросы. Они говорят — мы не согласны. Я отвечаю — ничего страшного, я и с несогласными буду работать.

Западные специалисты активно обсуждают вопрос о том, что родители имеют полное право присутствовать при проведении реанимационных инвазивных мероприятий.

Мы этого не запрещаем. Но, как правило, сами родители говорят — нет, мы в коридоре подождем. Честно говоря, когда у ребенка плохой прогноз — очень важно вовлекать родителей, чтобы избежать конфликтов. Они должны видеть, что происходит, что делается все возможное. Вот у нас девочка с ожогом 75 процентов, четвертой степени, и мы делаем так, что родители, папа и мама, помогают персоналу ее переворачивать, вместе с трубками...

Однозначно родители не допускаются в операционную. Хотя, при нынешних технологиях, наблюдение за ходом операции — тоже не проблема, достаточно поставить камеру, которая будет снимать весь процесс.

Сейчас я скорее ишу родителей. Для меня это коллеги в уходе за ребенком. Уверен, что ребенку родитель нужен всегда. Поэтому всегда говорю — куда вы, мама, у вас ребенок тут лежит, не вы, так пусть отец с ним сидит, принесите телефон, планшет, компьютер, мягкие игрушки. Что, можно? — Нужно!

Случаются конфликты между сотрудниками отделения и родителями?

Все бывает — и истерики, и скандалы. Это нормально. Тут же уже не медицина — обычные коммуникации между обычными смертными людьми с кучей проблем. В каждом случае разбираемся в соответствии с ситуацией, но одно правило я постоянно повторяю: не вступать в конфликт. Мы проигрываем, когда начинаем отвечать тем же, надо научиться избегать. Это как фонтан с грязной водой — надо просто отойти. Например, сказать — сейчас, секундочку, я приглашу доктора. Но не вступать в обмен ударами, это бессмысленно.

Как вы думаете, почему практика организации совместного пребывания так медленно распространяется в детских стационарах?

Согласен, распространяется она медленно, и тому множество причин. Достаточно важный барьер — то, что сейчас в реанимационных отделениях, как правило, работают люди, которым около 50-ти лет. Для реаниматолога этот возраст — реально порог выгорания, ему ни медицинскую технологию не освоить, ни перевернуть сознание. А молодых нужно учить, нужно показывать, как это работает. Вот к нам приходят посмотреть и поучиться и самое острое впечатление для многих — не медицинские технологии, а они у нас замечательные, а родители, которых в отделении реанимации больше, чем персонала!

Нам есть, куда двигаться. Конечно, есть нюансы, все далеко от идеального. Но качество — это дорога, которая имеет начало, но не имеет конца.

ЭТО НЕ РИСКИ, ЭТО — РАБОТА

Вересов Константин Васильевич, заведующий отделением реанимации Мытищинской городской клинической больницы (МГКБ) отвечает на вопросы сотрудника БФ «Детский паллиатив» Екатерины Самохваловой.

Расскажите, пожалуйста, о структуре отделения реанимации вашей больницы.

Реанимационная служба нашей больницы состоит из нескольких отделений. Наше отделение реанимации считается хирургическим. Также есть терапевтическая, кардиологическая, реанимация для женщин в роддоме, реанимация при перинатальном центре. Традиционно в нашей хирургической реанимации, помимо хирургических проблем (это все больные послеоперационные, вся поступающая травма, все больные с острой хирургической патологией), мы еще занимаемся детьми, вне зависимости от того, чем они больны — если они нуждаются в реанимации, они у нас лежат. Также мы принимаем больных с острыми отравлениями.

Как давно в вашем отделении практикуется совместное пребывание?

Точно сказать сложно, но мы начали эту практику после того, как я стал заведующим отделением, то есть около 9-ти лет назад.

То есть начало такой практики связано с началом вашей работы в качестве заведующего отделением, и это решение было именно вашим?

Да, до меня такой практики не было. А мне эта идея понравилась, и я ее поддержал.

Чем вы руководствовались при внедрении практики совместного пребывания в вашем отделении? Может быть, переняли чей-то опыт?

Тут сработал сугубо утилитарный подход. Когда ребенок находится в реанимации, он естественным образом тревожится — куча «пикающей» аппаратуры, незнакомые «дяди-тети», ребенок волнуется, плачет, и традиционно в реанимации приходится его седатировать. А если ребенок находится с мамой, то такой необходимости в проведении седации нет. Обезболить — это одно, а жестко

седатировать нам уже не приходится. Плюс таким образом сразу удается избежать конфликтных ситуаций, догадок, недоверия, так как у мамы/папы/семьи ребенка уже нет мыслей о том, что ребенок лежит брошенный, родители видят, что им занимаются — это тоже очень положительный момент.

Какой режим совместного пребывания установлен в вашей больнице?

Режим круглосуточный, то есть ребенок находится здесь, мама находится при нем. Родственники могут меняться — папа может прийти, чтобы мама отдохнула, можем бабушку пропустить.

Получается, что родственники могут прийти в любое время, за исключением времени, когда производятся какие-либо медицинские манипуляции?

Да, когда производятся манипуляции — постановка катетеров, интубация — мы просто просим выйти из палаты и подождать. Так как наше отделение реанимации — хирургическое, то иногда манипуляции приходится делать инвазивные, то есть достаточно серьезные, тогда мы перевозим ребенка в операционную, а после проведения манипуляций он возвращается обратно к маме.

Существуют ли какие-либо дополнительные ограничения для родителей?

Единственное ограничение — мы стараемся не создавать толпу из родителей. То есть пребывание, например, троих родителей одновременно уже не приветствуется, хотя иногда бывают и такие ситуации. Так как наше реанимационное отделение — общее, то реанимационных залов у нас несколько: для послеоперационных больных, для больных, требующих более длительного наблюдения и интенсивных мероприятий, и третий реанимационный зал мы стараемся держать именно для детей — для удобства их совместного пребывания с родителями. Иногда, при большой загруженности, в этот зал направляются и взрослые послеоперационные пациенты.

Нужны ли родителям какие-либо медицинские справки о состоянии их здоровья, чтобы получить допуск к ребенку?

Мы не требуем от родителей предоставления каких-либо медицинских справок.

Информированы ли родители о необходимых действиях, которые нужно производить перед каждым входом в реанимацию (вымыть и продезинфицировать руки, надеть халат...)?

Да, конечно, родителям необходимо надевать халаты, и так как мы в принципе приветствуем посещение больных, халаты у нас висят при входе в отделение. Но многие родители приходят со своими халатами.

Как происходит разграничение пациентов в пространстве реанимационных залов?

В нашем отделении мы используем ширмы. Конечно, есть мысли, например, об отгораживающих шторках, но поскольку наше отделение оснащается в соответствии с утвержденными стандартами, пока преждевременно говорить об улучшении условий.

Как организовано пребывание сопровождающих лиц в отделении? Созданы ли для этого какие-либо дополнительные условия (отдельное место, места для приема пищи)?

Как раз благодаря тому, что мы держим отдельный реанимационный зал для детей — а там редко находится одновременно больше двух детей — мы имеем возможность предоставлять родителям койко-места. В палате есть отдельный (от лекарственных средств) холодильник для хранения продуктов, микроволновая печь. На территории отделения нет отдельной туалетной комнаты (она не положена по эпидемиологическим правилам), поэтому родителям приходится выходить в хирургическое отделение. Это, пожалуй, единственное неудобство.

Есть ли отдельный человек в вашем отделении, кто занимается общением с родителями и информированием их о правилах посещения?

Отдельного человека для этих целей у нас нет. Есть дежурные доктора и медсестры, которые могут что-то пояснить или ответить на вопросы, а также сообщить о состоянии ребенка и проводимых медицинских манипуляциях. В целом мы просто соблюдаем так

называемые «правила общежития» — нормальное взаимодействие взрослых людей, которые нет нужды дополнительно объяснять. Кроме того я, как заведующий отделением, в течение дня всегда доступен для родителей.

Привлекаются ли родители к осуществлению ухода за ребенком, выполнению медицинских манипуляций?

Нет, к выполнению манипуляций они не допускаются. Инъекции, постановка зондов, катетеров — это все осуществляется медперсоналом. А вот помочь перестелить кровать, перевернуть ребенка или поменять ему памперс — это все, конечно, делают родители.

Можете ли вы описать различия в совместном пребывании с детьми разных возрастов и разных диагнозов?

Честно сказать, дети есть дети. Просто если ребенок большой, то есть уже подросткового возраста, ему иногда даже бывает проще без родителей, хотя и не всегда, конечно. Но иногда он хочет побыть один. С маленькими детьми такого не наблюдалось, они всегда тянутся к родителям. А подросткам иногда бывает нужно побыть одним и, безусловно, мы это учитываем.

Были ли у вас случаи пребывания детей, нуждающихся в паллиативной помощи?

Такие случаи бывают, но, прямо скажем, довольно редко. К нам поступали дети с глубокими пороками развития, которым, по сути, в реанимации оказывалась паллиативная помощь. Они лежали у нас очень подолгу, вместе с родителями. Был ребенок с множественными пороками развития, миастеническим синдромом, пневмонией и дыхательной недостаточностью, поступивший по причине дыхательной недостаточности, и он несколько месяцев находился на аппарате ИВЛ. Потом его удалось снять с аппарата ИВЛ, и они выписались домой.

Какие риски вы видите в совместном пребывании родителей и детей?

Конечно, люди все разные. И надо обязательно учитывать состояние родителей — для них это горе, ребенок в реанимации. Особенно если они при этом впервые узнают, что у него неизлечимое заболевание. Горе, как известно, имеет разные стадии — от-

рицание и так далее. И надо просто учитывать эти стадии и соответственно общаться с родителями. Но это не риски — это работа. С родителями, по крайней мере, надо поговорить и объяснить, что все делается во благо ребенка, и они могут только в этом помочь. Вообще не совсем понимаю, о каких рисках может идти речь?

К примеру, распространенное мнение о том, что родители могут вмешиваться в работу аппаратуры — начать вынимать какие-то трубки...

Дело в том, что больной сам может повернуться и выдернуть что-либо из аппаратуры — катетер, дренаж. То же самое могут сделать и родители, неуклюжими руками. Но это опять же не риск, а вопрос фиксации самих медицинских изделий. К тому же родителям можно объяснить, что можно, а что нельзя делать. Даже если вдруг ребенок или родитель случайно выдернул капельницу — ничего страшного, поставим ее заново. На более серьезной аппаратуре есть датчики и система оповещения, также в палате постоянно находятся медсестры. Это все скорее надуманные риски, на практике такие вопросы легко решаются.

Возникали ли какие-нибудь конфликтные ситуации, связанные с родителями или родственниками, которые находятся рядом с детьми?

Конфликты с участием родителей, чьи дети находятся в отделении реанимации, случаются не чаще, чем в ситуациях с другими лечебными отделениями, я бы даже сказал, что реже. Кроме того, те родители, которые долго находятся в реанимации с ребенком, они еще и другим родственникам потом объясняют, что ребенок здесь не брошенный лежит, а им реально занимаются.

Возвращаясь к вопросу о внедрении практики совместного пребывания — использовали ли вы чей-нибудь опыт, возможно зарубежный, или изучали информацию в Интернете?

Вы знаете, вот пока вы не позвонили, мы даже на это внимания особо не обращали, что это какое-то там «совместное пребывание» — ну лежат они вместе, да и пусть лежат. Им хорошо — и всем хорошо. Это для нас уже настолько сложившаяся практика, она находится в категории нормальности, мы никогда не заостряли на

этом внимание. Мы также очень лояльно относимся к различным пожеланиям родителей. Например, если они хотят пригласить священнослужителя — и тут речь идет не только о православных священнослужителях. Мы относимся с пониманием и идем навстречу.

Для вас совместное пребывание — это история только про формальное соблюдение прав родителей или что-то большее? Какие плюсы вы видите в совместном пребывании?

Понимаете, уже одно то, что мама сама выполняет какие-то действия по уходу, например, подмывает ребенка, а в это время у медсестры свободны руки, чтобы набрать шприц и сделать инъекцию, — это явный плюс. Во-вторых, когда ребенок с мамой — его уже не надо седатировать (в отличие от того, когда он один — постоянно плачет и на все отделение реанимации раздается душераздирающий крик), так как им занимается мама, а если ребенок совсем маленький — у него есть возможность не прерывать грудное вскармливание. И в-третьих, родственники ребенка имеют возможность наблюдать, что он не брошен один за закрытыми дверями, а персонал им реально занимается.

Весь персонал разделяет позитивное отношение к практике совместного пребывания?

В самом начале, конечно, приходилось подстраивать персонал, объяснять, зачем это надо. Сейчас уже родители воспринимаются персоналом больше как союзники. И что касается среднего персонала — для них происходит облегчение работы за счет выполнения родителями некоторых функций. Ну и в целом можно сказать, что климат в отделении улучшился — у медсестер появилась возможность живого общения с родителями, они могут объяснить, какие манипуляции предстоит выполнить, как и что лучше делать. Так спокойнее обеим сторонам. Реанимационный контингент — это же, как правило, тяжелые больные, например, подключенные к ИВЛ. Поэтому для сотрудников, с точки зрения эмоциональной отдачи, такое живое общение очень ценно.

В других отделениях вашей больницы также практикуется совместное пребывание?

Да, в нашей больнице это считается в порядке вещей.

Что бы вы могли сказать заведующим ОРИТ или главным врачам больниц, которые по каким-то своим причинам еще не ввели практику совместного пребывания?

Те, кто против совместного пребывания, прикрываются, я так понимаю, нормами СанПиН: нарушается эпидемиологический режим отделения, возможны инфекции и так далее. Или же отсутствием условий, а в этом случае вся аргументация сводится к отсутствию дополнительного финансирования. Но они должны понять, что для этого не нужно дополнительных финансовых вложений. Ну какие деньги нужны, на стульчик? А по поводу условий я бы сказал так: нет условий — создайте!

Страх всего нового, конечно, у них тоже присутствует. Когда мы начинали, то вообще не задумывались о возможных сложностях, а просто решили, что так нужно делать. Конечно, в самом начале мы пытались просто формально соблюсти права родителей. А потом поняли, что это хорошо и правильно, что в этом можно найти свои плюсы для каждой стороны.

При каких условиях (пусть и идеальных) совместное пребывание в ОРИТ будет возможным всегда и везде?

Я считаю, что противопоказаний для совместного пребывания вообще нет никаких. Это нормально — когда родственник приходит к больному, неважно — к взрослому или ребенку, и с ним находится. С ребенком нужно находиться все время, с некоторыми взрослыми люди тоже хотят находиться все время. Ну какие в этом проблемы? Да никаких. Мы у себя в отделении уже убедились, что родители не создают для персонала никаких проблем — наоборот, в чем-то помогают. Поэтому никаких препятствий я не вижу. Мы ровным счетом ни во что не вложились, что касается дополнительного финансирования. Немного поменяли психологию персонала, вот и все. Может быть, кто-то захочет отдельную палату, повышенной комфортности. Но больному человеку в реанимации, как правило, вообще все равно, в какой палате лежать. Поэтому, если все это делается для больного, то мне кажется, вообще ни в каких дополнительных финансовых вложениях нет необходимости.

СВЕДЕНИЯ, ПОЛУЧЕННЫЕ ИЗ РОССИЙСКИХ ДЕТСКИХ СТАЦИОНАРОВ, ПРАКТИКУЮЩИХ СОВМЕСТНОЕ ПРЕБЫВАНИЕ РОДИТЕЛЕЙ С ДЕТЬМИ В ОРИТ

Наименование ЛПУ	Факторы/Реализация		
	Как давно практикуется совместное пребывание	Организация совместного пребывания (режим, условия, информирование)	Ограничения
БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница № 1»	С 2013 г.	Режим круглосуточный, совместное пребывание возможно при наличии свободных койко-мест. Питание родителей в столовой для персонала, душ в душевой санпропускника.	Если есть карантин по инфекционным заболеваниям, то распоряжением администрации посещения запрещены.
ГБУЗ РБ КБ № 1 г. Стерлитамак	Всегда	Возможен любой режим посещения. Нет специально выделенного места и питания для родителей.	Краткосрочные посещения для детей старше 7 лет (кроме детей-инвалидов).
ОДКБ № 2 г. Воронеж	С 1980 г.	Круглосуточный. Ребенок с матерью находятся в отдельном боксе, имеется кровать для матери, холодильник, отдельная санитарная комната. Врач проводит инструктаж, медсестры — обучение. Есть отдельное отделение паллиативной помощи, в котором создана «домашняя» обстановка.	При проведении чисто реанимационных действий, различных инвазивных мероприятий, а также при неадекватном поведении родителей.

Факторы/Реализация		
Требования к родителям по соблюдению санитарно-гигиенических норм	Что могут делать родители (медицинские манипуляции, участие в уходе за ребенком)	Мнение по поводу преимуществ и положительных сторон совместного пребывания
Результаты флюорографии, анализы на кишечную группу. Медсестры проводят инструктаж и контролируют соблюдение правил внутреннего распорядка, санитарно-гигиенических требований.	Привлекаются и обучаются уходу за ребенком	Семейно-ориентированный подход к лечению приводит к меньшей длительности пребывания ребенка в ОРИТ, более комфортному психологическому состоянию как ребенка, так и родителей, при правильной организации пребывания родителей уменьшается нагрузка на персонал.
Предоставление медицинских справок не требуется.	К уходу за ребенком не допускаются.	Эмоциональный комфорт родителей
Предоставление ФЛГ. Требования изложены в памятке и сводятся в основном к поддержанию санитарного порядка.	Туалет тела, кормление, изменение положения в постели и др.	Повышается доверие родителей к персоналу. Благоприятное влияние на процесс лечения и ухода. Контроль со стороны родителей за деятельностью персонала.

Наименование ЛПУ	Факторы/Реализация		
	Как давно практикуется совместное пребывание	Организация совместного пребывания (режим, условия, информирование)	Ограничения
Медицинский центр ДВФУ, г. Владивосток	С момента открытия центра (1 сентября 2013 г.)	Режим круглосуточный.	Нет ограничений, главное — желание родителей.
Детская клиническая больница с Центром медицинской реабилитации, г. Улан-Удэ	С момента появления паллиативных пациентов, нуждающихся в ИВЛ (2010 г.)	Краткосрочное пребывание родителей с детьми (2-3 часа в день), при желании родителей возможно круглосуточное пребывание.	Посещения запрещены при наличии карантина в отделении.
Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, г. Москва	С момента открытия центра	Время посещения с 10:00 до 21:00. Правила объясняются родителям при поступлении ребенка в отделение. Также разработаны внутренние правила для персонала. В палатах есть стулья для родителей.	Нет ограничений

Факторы/Реализация		
Требования к родителям по соблюдению санитарно-гигиенических норм	Что могут делать родители (медицинские манипуляции, участие в уходе за ребенком)	Мнение по поводу преимуществ и положительных сторон совместного пребывания
Требуется предоставление медицинских справок. Контроль соблюдения санитарных норм осуществляет медицинский персонал.	Медицинские сестры и врачи обучают родителей правилам ухода за ребенком, также привлекаются сотрудники отделения реабилитации, которые проводят занятия с родителями.	Мы не представляем работу по-другому. Конечно, родители бывают разные. Но практически всегда для ребенка это благо, когда мама или папа в самый трудный момент находится рядом со своим ребенком.
Наличие сменной одежды, ношение масок, обработка рук. Необходимо предоставить результаты флюорографии.	К уходу за ребенком не допускаются.	Родители сохраняют связь со своим ребенком, учатся уходу за своим ребенком.
Родители обеспечиваются шапочками, масками, халатами. Обязательна обработка рук. Медицинские справки не требуются.	Основной уход осуществляется медицинским персоналом. Родитель может по согласованию с врачом массировать руки и ноги ребенка, во время визитов выполнять некоторые элементы гигиены.	В тяжелой, стрессовой ситуации дети не лишаются поддержки самых близких и значимых для них людей (семьи), чувствуют себя более защищенно и спокойно. Это позволяет семье и ребенку лучше психологически адаптироваться на данном этапе лечения, а также является профилактикой различных форм психологической декомпенсации в будущем.

Наименование ЛПУ	Факторы/Реализация		
	Как давно практикуется совместное пребывание	Организация совместного пребывания (режим, условия, информирование)	Ограничения
ГБУЗ «Областная детская больница» г. Южно-Сахалинск	В отделении реанимации и анестезиологии — с 2011 г. В отделении патологии новорожденных — с 2012 г.	В отделении реанимации режим посещения варьируется в зависимости от состояния пациента и наличия свободных койко-мест. Возможно круглосуточное пребывание (раздельное или совместное). Родителям выдаются памятки по пребыванию лиц по уходу за больными, проводятся беседы.	Запрещены посещения для родственников с любыми острыми инфекционными заболеваниями, в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, с неадекватным поведением.

Факторы/Реализация		
Требования к родителям по соблюдению санитарно-гигиенических норм	Что могут делать родители (медицинские манипуляции, участие в уходе за ребенком)	Мнение по поводу преимуществ и положительных сторон совместного пребывания
Чистая одежда, сменная обувь. На входе в отделение выдаются разовые халат, маска и шапочка. Обучение правильной обработке рук. Необходимо предоставить результаты флюорографии. В случае болезни матери по выздоровлении требуется предоставление справки о перенесенном заболевании и выздоровлении. Матерям с Lues — справка из ОКВД о возможности пребывания в детской больнице. Матерям с ВИЧ — справка из СПИД-центра.	В отделении реанимации и анестезиологии к уходу за ребенком не допускаются. В отделении патологии новорожденных разрешено кормление, водные процедуры, переодевание, держать на руках (метод кенгуру), кинезиотерапия, легкий массаж. Детям с ретинопатией матери проводят форсажи глазных капель. Медсестры обучают уходу и проведению некоторых манипуляций.	Когда есть зона психологического комфорта для врача, родителя и пациента — лечебно-диагностический процесс движется быстрее. Возрастает степень доверия (ребенку уделяют достаточно внимания, и мне нечего бояться; что бы ни произошло с моим малышом — медики всегда будут рядом и помогут. Когда рядом мама — болеть легче и ничего не страшно!). При плохом прогнозе мама должна привыкнуть к ребенку, понять диагноз, риски; научиться уходу за тяжелобольным ребенком.

ПУБЛИКАЦИИ В СМИ

РОДИТЕЛИ И РЕАНИМАЦИЯ: ПУСКАТЬ ИЛИ НЕ ПУСКАТЬ?¹

Проблема допуска или, скорее, не допуска родителей к ребенку, когда он находится в реанимации, в России существовала давно. Это обсуждать ее стали недавно и очень горячо.

Между тем эта проблема не только решена в других странах, она даже не очень там понятна. Российские родители, чьи дети лечились в Германии и Израиле, убедились в этом на своем опыте. К примеру, отсутствие родителей в израильской реанимации должно быть вызвано специальными обстоятельствами. Именно — отсутствие, а не присутствие. Ребенка могут посещать и другие родственники, но не более двух сразу. Родителям объясняют заранее все плановые манипуляции, а если ребенок в сознании, объясняют и ребенку. Просят выйти только при экстренных реанимационных мероприятиях. Примерно такой же подход сейчас наблюдается во всех европейских странах, в США и Канаде, Китае.

Детские психологи солидарны с врачами, с которыми мы поговорили. Вот что говорит Алина Евгеньевна Хаин, завотделением клинической психологии ФНКЦ:

— Есть в психологии такое понятие, как «базовое доверие» — это доверие близким людям и миру в целом, и оно является необходимым условием благополучного развития человека. Безусловно, уже сама болезнь и лечение являются для ребенка серьезным испытанием. А в реанимации на плохое самочувствие накладывается непонятная окружающая действительность (большое количество непонятных приборов, трубки, нередко привязанные руки), которая часто воспринимается как агрессивная и угрожающая, и рядом с ребенком нет близких людей, способных что-то объяснить и поддержать. Это действительно очень тяжелая ситуация,

¹ <http://podari-zhizn.ru/main/node/18031>

Печатается с сокращениями

которая может иметь свои последствия для психологического состояния ребенка. Особенно, если это произошло внезапно, а не планомерно после операции, или ребенок еще маленький и его не смогли подготовить к тому, что его ждет. Безусловно, многое зависит от умения персонала реанимации успокоить ребенка и объяснить ему, где он и что с ним. Но родителей, конечно, не заменит даже самый лучший доктор.

Ситуация с общим реанимационным залом, где якобы нет условий для допуска родителей, легко решается в большинстве западных клиник установкой ширм и занавесками, а также разработкой четких правил, которые родители безусловно способны соблюдать.

ОХРАНА VS ЗАБОТА: ДОПУСКАТЬ ЛИ РОДНЫХ ПАЦИЕНТА В РЕАНИМАЦИЮ¹

Марина СОЛОДОВНИКОВА

В Европе, Америке и ряде других стран мира родные пациента, которому требуется интенсивная терапия, могут находиться вместе с ним в реанимации. В России родственники больного не имеют такого права. Наше здравоохранение бдительно охраняет медицину и врачей от посягательств неразумных граждан, способных только навредить самим себе и своим близким.

Временами мы терпим такое положение, чтобы не вызывать раздражения у тех, от кого зависит жизнь и здоровье наших близких, иногда возмущаемся. Некоторые даже бунтуют, как это сделала Надежда Пашенко, потребовав пустить ее в реанимацию к умирающему годовалому сыну.

Я задалась целью найти то, что я так люблю искать, а именно, научные доказательства. В данном случае доказательства того, что присутствие родных и близких способствует выздоровлению больного. Неожиданно для себя я нашла не совсем то (или совсем не то?), что искала. Находки показались мне интересными, и я с удовольствием поделюсь ими с читателями.

Health care (забота о здоровье) — так по-английски называется здравоохранение. Слово “care” имеет много значений: забота, опека, наблюдение, уход, внимание, осторожность, тщательность, а также беспокойство и тревога.

Читая на англоязычных медицинских ресурсах статьи, посвященные присутствию близких пациента в реанимации, я постоянно сталкивалась с выражением “patient- and family-centered care”, то есть «здравоохранение, ориентирующееся на пациента и его семью». Подробно прочитать об этой концепции, уже принятой многими учреждениями и работниками здравоохранения и активно продвигаемой разнообразными фондами и общественными

¹ <http://www.miloserdie.ru/articles/ohrana-vs-zabota-dopuskat-li-rodnyh-pacienta-v-reanimaciyu/print>

Печатается с сокращениями

организациями, можно, например, на сайте Института семейно-ориентированного здравоохранения (США, Мэрилэнд). Я лишь замечу, что суть ее почти полностью отражается в значениях существительного “care”. Это забота о больном и его близких. Это внимание не только к пациенту, но и к членам его семьи. Это осторожность и тщательность не только в процессе лечения и ухода, но и в общении с родными пациента. И беспокойство. Непременное беспокойство о моральном духе больного. Как известно, он влияет на физическое здоровье, но дело не только в этом. Радость и душевное равновесие — это самостоятельные ценности, идет ли речь о пожилom человеке, умирающем от рака, или о маленьком ребенке, госпитализированном по поводу инфекции, о юноше с травмой или о беременной женщине на сохранении. Все они имеют право на счастье, и «система заботы» призвана не просто удлинить жизнь человека, но увеличить в ней число радостных дней, часов, минут. Эта система беспокоится и том, как переносят болезнь пациента его мать или жена, пожилой отец или малолетний сын.

Я не случайно употребила, казалось бы, безличное слово «система». Забота — функция не только врача или медицинской сестры, ее призваны проявить санитары, нянечки и те, кого на Западе принято называть «парамедики» (помощники, получившие достаточную подготовку для того, чтобы помогать и работать под руководством квалифицированного специалиста).

Вот интересная история, рассказанная американским психологом Барри Шварцем на конференции TED. В типовой список обязанностей уборщиков в американской больнице входят самые обычные ежедневные дела: пропылесосить, помыть полы, стереть пыль с мебели, вынести мусор и тому подобное. Все это — работа с предметами, а не с людьми. Собственно говоря, обязанности уборщика одинаковы в больничном отделении и в морге. Однако, проводя исследование в одной из больниц, психологи узнали, что Майк, например, приостановил мытье пола в коридоре, когда увидел, что из палаты вышел пациент, чтобы немного размяться, прогуливаясь взад-вперед. Шарлин решила не пылесосить в комнате для посетителей, потому что в кресле дремал родственник тяжелого больного, проведенный ночь у его кровати. А Люк дважды по-

мыл пол в палате, где лежал юноша в коме, отец которого не видел, как он делал уборку в первый раз, и уже собирался расстроиться по этому поводу. Такая забота о психологическом комфорте пациентов и их родных, по определению Шварца, есть пример практической мудрости и добродетели, которая должна играть все большую роль в жизни общества.

Однако вернемся в реанимацию. Признаюсь, я удивилась, узнав о том, что всего лишь 5% отделений интенсивной терапии в США включили в правила внутреннего распорядка пункт о присутствии членов семьи пациента в палате как во время проведения реанимационных мероприятий, так и в момент его смерти, если таковые мероприятия не увенчались успехом. Но удивлялась я недолго. Бюллетень Американской ассоциации медицинских сестер интенсивной терапии вслед за этим фактом сообщает еще один: по данным опросов, даже в тех больницах, где подобная практика не была прописана в правилах, медицинские сестры по просьбе родственников всегда проводили их к больному в палату интенсивной терапии.

Анализ медицинской литературы (в бюллетене даются ссылки на 41 источник) свидетельствует о двух важных преимуществах присутствия родных в реанимации.

Цитирую дословно:

«Для пациента. Почти все дети хотят, чтобы их родители присутствовали во время лечебных процедур, а взрослые пациенты сообщают о том, что присутствие родных успокаивает их и помогает им справиться с болезнью.

Для членов семьи. Присутствие рядом с больным родственником помогало им избежать сомнений в отношении состояния близкого человека, а также убедиться в том, что для него делается все возможное. Это снижало тревогу и страх за любимого человека. Это давало возможность удовлетворить насущную потребность быть рядом с ним и поддержать его. Присутствие рядом с умирающим родственником позволяло пережить катарсис, завершить отношения с близким человеком, и легче перенести горе, связанное с его уходом».

Совсем не похоже на научные выводы, правда? Нет ничего, например, о повышении процента полностью поправившихся благодаря присутствию родственников, нет сравнения с данными контрольной группы, в которой реанимационные мероприятия проводились в отсутствие близких пациента...

«Удовлетворить насущную потребность быть рядом» — ради этого Ассоциация медсестер призывает всех своих членов проверить, что записано в правилах внутреннего распорядка их отделений интенсивной терапии и срочно внести пункт о допуске членов семьи в реанимацию, если его там нет. Да, конечно, пускают и так, но мало ли что, пусть запишут для пущей важности, а то вдруг встанет на пути родственников медсестра-бюрократ, не обладающая практической мудростью, в которую так верит психолог Барри Шварц. Что написано пером, как известно...

На нашу тему — так много интересного, что в рамки статьи все не уместить. Вот, например, австралийские «Государственные стандарты оказания медицинской помощи детям и подросткам в учреждениях здравоохранения». Документ длинный, подробный, написанный с учетом всех разнообразных потребностей младших пациентов. В нем постоянно подчеркивается детская и юношеская уязвимость в сравнении со взрослыми, и медицинским учреждениям предписывается всячески заботиться об их физическом и психологическом комфорте, а также о том, чтобы время, проведенное в больнице, ни в коем случае не пропало для их развития.

Стандарты и рекомендации медицинской помощи детям разработаны в соответствии с положениями Конвенции ООН о правах ребенка, ратифицированной Австралией в январе 1991 года. (К слову, в 1993 году наша страна также ратифицировала Конвенцию.) Далее подчеркивается необходимость принимать во внимание и уважать национальные и религиозные особенности среды, из которой происходит юный пациент, никоим образом не оскорблять его чувство принадлежности определенной культуре, руководствоваться этими же принципами при общении с членами его семьи.

Каковы же конкретные требования к лечебным учреждениям? Обо всех рассказать не получится, но пункт 2.1.2 хочется

процитировать дословно. (Уточню, что ребенок в терминологии «Стандартов» — это индивид от 0 до 12 лет).

«Родители и опекуны, находящиеся с ребенком, должны быть обеспечены всем необходимым оборудованием; например, удобным креслом или раскладной кроватью в палате, местом для сидения в отделении скорой помощи. Допуск постоянного присутствия родителей с ребенком в больнице влияет положительно на эмоциональное состояние как ребенка, так и родителя, помогает ребенку более успешно справляться с заболеванием.

Дополнительное оборудование для родителей/опекунов:

- необходимо обеспечить оборудование для питания, то есть небольшую кухню с холодильником и микроволновой печью;
- должны быть обеспечены специальные условия для кормления грудью и хранения сцеженного грудного молока;
- такие удобства, как душ и туалет, должны быть обеспечены;
- рекомендуется оборудовать отдельное помещение для братьев и сестер, посещающих пациента, по типу семейной комнаты, либо помещение для проживания семьи пациента».

(Напрягая воображение, пытаюсь представить, как российское здравоохранение вдруг рекомендует детским больницам оборудовать семейные комнаты, в которых мама с папой будут пить чай, а маленький пациент — играть со своими братьями и сестрами.)

И еще:

«4.5. К родителю/опекуну необходимо относиться как к члену коллектива, работающего с ребенком, признавая при этом его приоритет.

4.6. Медицинским учреждениям рекомендуется обеспечить доступ родителей, находящихся в состоянии стресса, к сетям социальной поддержки».

Я не буду приводить полностью список типов медицинских учреждений и прочих сервисов, которым предписано руководствоваться «Стандартами». Скажу лишь, что в их число входят и отделения интенсивной терапии, и заведения, оказывающие помощь психиатрическим больным.

Думаю, комментарии излишни.

Екатерина Чистякова, Директор благотворительного фонда помощи детям с онкогематологическими и иными тяжелыми заболеваниями «Подари жизнь!» (Москва)

Facebook, 16 декабря 2015 г.¹

И снова к вопросу о реанимации.

В 2005 году, когда мы готовили первый концерт «Подари мне жизнь», мы собирали подлинные истории пациентов, рассказанные ими самими. Истории легли в основу сценария.

Ниже будет кусок сценария, который написал тогда Валерий Панюшкин. Я вот для чего поднимаю эту историю из архива. Людям, далеким от больницы, может показаться, что в реанимации больному ничего не нужно: ни мамы, ни комфорта — он же там в Тяжелом Состоянии! Это не всегда так. В реанимации Центра им. Димы Рогачева, например, можно увидеть, как ребенок сидит с мамой и смотрит мультики. Про реанимацию Центра можно прочитать у нас на сайте (<http://podari-zhizn.ru/main/node/18031>). Человек в реанимации — это не просто организм. Это и личность.

А история ниже — о том, как чемпионат мира по футболу, показанный по телевизору, вернул к жизни одного из наших пациентов. Телевизор в реанимацию принес тогда Алексей Александрович Масчан.

Собственно, история:

«Недолеченный лейкоз обязательно оборачивается рецидивом. Дмитрию было пятнадцать лет, когда он заболел острым лимфобластным лейкозом. Его стали лечить, и за год он выздоровел. Он выздоровел так легко, может быть, потому что очень крепкий молодой человек, спортсмен, футболист.

Его уже отпустили домой, но не прошло и года, как болезнь вернулась, и была куда ужасней, чем в первый раз. Попав второй раз в больницу, Дмитрий думал уже, что знает, как это бывает. Катетер, капельницы, химиотерапия, температура, боли. Но во второй раз было иначе, тяжелее.

Через несколько дней после второго попадания в больницу у Дмитрия развилась грибковая пневмония, и никакие лекарства

¹ <https://www.facebook.com/ekaterina.chistyakova?fref=ts>

не помогали с такой легкостью, как в прошлый раз. И его перевели в реанимацию, и врачи возились с ним целыми днями, пытаюсь хоть как-то облегчить страдания. И однажды он сказал доктору:

— Знаете, доктор, что хуже всего?

— Что? — доктор прислушался к тихому голосу Дмитрия, ожидая, что тот расскажет еще об одном грозном симптоме. — Что? — переспросил доктор.

— Хуже всего то, что сегодня финал.

— Куда? — переспросил доктор, пытаюсь сообразить, какое такое проявление лейкоза может называться словом «финал».

— Финал чемпионата мира по футболу. Бразилия — Италия. — Дмитрий улыбнулся. — А здесь в реанимации нету телевизора, и я, значит, не посмотрю.

— Да Господи... Да это же... Щас... — доктор выбежал в коридор, помчался в ординаторскую, или куда он там помчался, я не знаю.

Но через десять минут доктор торжественно внес в реанимацию телевизор и торжественно установил на тумбочке перед Дмитрием. И тот смотрел финал.

Целебная сила чемпионатов мира по футболу совершенно не изучена еще врачами гематологами, но факт остается фактом: Дмитрий — один из немногих пациентов, которым удалось вылечить рецидив лейкоза без трансплантации костного мозга.

Он выздоровел. Он работает журналистом и стал двукратным чемпионом Москвы по футболу в студенческих чемпионатах...»

ПОСТОРОННИМ ВХОД ВОСПРЕЩЕН¹

Светлана Рейтер

В России не принято пускать родителей в реанимацию к детям. Даже если дети этого хотят. Даже если психологи говорят, что это нужно для выздоровления. Даже если это последний шанс увидеть друг друга.

В статье 51 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» четко написано следующее: «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 плата за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается».

То есть никаких ограничений на пребывание родителя в реанимации нет.

Однако статья 27 того же закона гласит: «Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях». Соответственно, посещение реанимации зависит от правил, принятых в конкретном медицинском учреждении.

И если обзвонить несколько районных детских больниц, то всюду натыкаешься на один ответ: «В реанимацию родителей к детям не пускаем, правилами не положено, поскольку это реанимация».

...Известно, что совместное пребывание родителей с детьми приветствуется в европейских и американских больницах. Татьяна Терлецкая, старшая медицинская сестра реанимацион-

¹ http://bg.ru/society/postoronnim_vhod_vospreshhen-10119/
Печатается с сокращениями

ного отделения для новорожденных в иерусалимской клинике «Хадасса», утверждает, что «в Израиле мам не только пускают, но и очень поощряют быть с ребенком. Если мама не приходит в отделение реанимации и интенсивной терапии, то это социальный случай. Да, есть время обхода или передачи смены, когда родителей просят не заходить в отделение. Все остальное время, включая ночные часы, — пожалуйста».

В 1945 году австро-американский психоаналитик Рене Спитс¹ открыл синдром госпитализма², описываемый как «совокупность психических и соматических нарушений, обусловленных пребыванием человека в больничном стационаре в отрыве от близких людей и от дома». Согласно исследованиям Спитса, у детей, длительное время находящихся в медицинских учреждениях без близкого человека, в большинстве случаев наблюдалась задержка развития и в редких случаях — летальный исход.

Психолог Ольга Попова, сотрудничающая с московским Центром лечебной педагогики, утверждает, что «во многом благодаря Спитсу в западных клиниках в какой-то момент было за-

¹ Опубликованная в 1940 г. работа Рене Спитса (1887-1974) «Госпитализм» сыграла решающую роль в усилении интереса к вопросу Среды (окружения). Было доказано, что каков бы ни был врожденный потенциал человека, его реализация невозможна, если отсутствует эмоциональная связь с другим человеком. Спитс изучал детей, оставленных родителями с момента рождения в детских домах, при этом их физические потребности полноценно удовлетворялись, но они были лишены сопутствующих этому длящихся взаимодействий. Эти дети однозначно становились вялыми, отрешенными, болезненными. Если такой эмоциональный голод продолжался более трех месяцев, то ухудшалась зрительная и моторная координация. К концу второго года треть этих детей умирала. К четвертому году из оставшихся в живых лишь немногие могли сидеть, стоять, ходить, говорить. Если, однако, мать возвращалась в течение первых трех месяцев жизни, то этот разрушительный процесс останавливался, и восстанавливалось нормальное развитие (<http://razvitie-rebenka.pro/biblioteka/gospitalizm/>).

² Госпитализм (от лат. *hospitalis* — гостеприимный; госпиталь — лечебное учреждение) — в буквальном смысле, совокупность психических и соматических расстройств, обусловленных длительным пребыванием человека в больничном стационаре в отрыве от близких людей и дома. Краткий психологический словарь. — Ростов-на-Дону: «ФЕНИКС». Л. А. Карпенко, А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский. 1998.

конодательно закреплено правило о том, что дети до четырех лет должны находиться в больнице с родителями. И чем младше ребенок, тем необратимее для него последствия длительного пребывания в лечебных заведениях без матери».

При разлуке такой ребенок испытывает стресс, от которого не может избавиться, что научно доказано. Попова приводит в пример исследование механизмов родительско-детской привязанности, проведенное профессором Мюнхенского университета Карлом-Хайнцем Бришем. Согласно этому исследованию, в крови малолетних пациентов университетской клиники, лежавших в отделениях без родителей, рос уровень гормона стресса кортизола, что приводило к сбою в работе нервной системы и, как следствие, сбою в формировании клеток головного мозга.

КАК УСТРОЕНА ДЕТСКАЯ РЕАНИМАЦИЯ В АНГЛИИ

Вера Шенгелия¹

Вера Шенгелия обсудила со старшей сестрой лондонского Portland Hospital Лизой Браун, как устроена детская реанимация в Англии, и почему в России дети остаются без родителей ровно тогда, когда родители им нужны больше всего.

В начале сентября я провела три ночи в детской реанимации Portland Hospital, частной клиники в самом центре Лондона. До этого я никогда не была в больнице за пределами России, тем более в реанимации. Я оказалась здесь, потому что Российский фонд помощи оплатил операцию по реконструкции мочевого пузыря и половых органов девятилетнему мальчику-сироте из российского детского дома. Как волонтер я сопровождала ребенка во время обследований и операции.

Операцию делали в субботу рано утром. Мы уже успели познакомиться со всей командой врачей — хирургом, анестезиологом, старшими медсестрами. В субботу утром я принесла ребенка в больницу. Его зовут Гор, и он не может ходить сам из-за повреждения спинного мозга. До этого мы приходили сюда на репетицию: на куклах и плюшевой панде, символе детского отделения Portland Hospital, игровой терапевт показала Гору, как все будет происходить: как в руку поставят катетер, как приклеят его специальным пластырем, как введут анестезию. Кроме того, нам показали реанимацию и палату, в которой Гору придется лежать после операции. Все это делают для того, чтобы ребенок, и без того напуганный предстоящим, оказался в хотя бы отчасти знакомой обстановке. Чтобы он был готов к медицинским манипуляциям, не боялся вида медицинского оборудования. Как объяснил нам там же, в больнице, детский психолог, такая предварительная работа помогает снизить уровень тревоги, а дети чувствуют себя гораздо более защищенными, когда знают, что именно будет с ними происходить.

¹ <http://takiedela.ru/2015/11/portland-hospital/>
Печатается с сокращениями

Гора не забирали у меня ровно до того момента, когда анестезия начала действовать. Я держала его на руках, анестезиолог ввел препарат, Гор мгновенно обмяк у меня на руках, я поцеловала его, положила на кровать и вышла. Через семь часов мне позвонили и сказали, что я могу вернуться в реанимацию, операция скоро закончится. Так начались наши три дня в реанимации — просторном опенспейсе на несколько кроватей, каждую из которых при необходимости отгораживают ширмой. Медсестры и медбрatья менялись каждые восемь часов, и, если честно, я думала, что запомню их имена на всю жизнь, так много и плотно мы общались в эти дни. Но запомнила я только Мартина, медбрата средних лет, который был с нами в течение самых тяжелых шести часов после реанимации, и Монику, которую Гор полюбил больше всех и называл Моня.

Гор лежал на высокой функциональной кровати, подключенный к капельницам, аппаратам, морфиновой помпе, мочеприемникам и, кажется, к чему-то еще. Рядом с его кроватью стояло большое удобное кресло для меня. Каждый раз, когда смена менялась, и Гор засыпал, меня практически насильно выпроваживали поспать, в палате этажом ниже, куда Гора должны были перевести после реанимации, в шкафу была раскладывающаяся кровать. Поначалу я отнекивалась, но мне говорили: «Вы тут самый главный человек, от вас зависит настроение ребенка и темпы его выздоровления, так что вы нам нужны бодрой». Я засыпала на пару часов, мне звонили, чтобы сказать, что мальчик проснулся, и я опять поднималась к нему. Вообще со мной там много возились: предлагали чай и кофе, объясняли про каждый укол и каждую манипуляцию, передавали меня от смены к смене, обстоятельно поясняя, кто я такая, и какие у меня полезные навыки (хорошо утешает ребенка, поет, и он засыпает, знает, как подоткнуть подушку, умеет переворачивать). Но и многое доверяли: все, что не требовало специальных медицинских навыков, могла делать я. Меняла Гору памперс, по сто раз в день переворачивала и меняла подушки, протирала губы и рот специальным раствором, мыла.

В нескольких метрах от нас, в соседнем отсеке, лежала малюсенькая девочка нескольких месяцев от роду с чудовищной, как

я потом узнала, нешунтированной и вообще нелеченой гидроцефалией. К девочке очень редко приходила мама, а когда приходила, старалась не трогать и особенно не смотреть на нее. Когда Гор засыпал, я ходила погладить девочку и спеть ей пару русских колыбельных. Каждый раз, когда девочке меняли памперс, меня вежливо оттуда выпроваживали и деликатно прикрывали ширму.

После того, как Гора выписали, я вернулась в реанимацию Portland Hospital, чтобы поговорить со старшей сестрой реанимационного детского отделения Лизой Браун о том, на каких принципах строится работа сотрудников отделения.

— *Что входит в круг ваших обязанностей?*

— По образованию я педиатрическая медсестра и в больнице заведую отделением реанимации. Наше отделение занимается широким кругом вопросов, связанных с детской хирургией. Единственное, чем мы не занимаемся, это кардиохирургия. Так что наша специализация — это операции на позвоночнике, почках, черепно-лицевая и ЛОР-хирургия, урология, одним словом, все, что требует интенсивной терапии. Моя зона ответственности — дети, которые лежат в реанимации. На постоянной работе у нас занято 24 человека, и еще есть 18 проходящих сотрудников, которые работают тут же в больнице. У них такой же высокий уровень подготовки. На одного пациента приходится один медбрат или медсестра. При этом у нас всегда есть старшая медсестра и свободная медсестра, готовая прийти на помощь. В смене всегда есть врач-реаниматолог и штатный врач: их смена длится 24 часа, один из них всегда присутствует в реанимации.

— *Не знаю, были ли вы когда-то в российской детской реанимации, но первое, что бросается в глаза здесь, у вас, — это какой-то особенный, невероятно человечный подход. Могли бы вы назвать главные принципы, на котором он базируется?*

— В российской реанимации я не была, была только в итальянской и думаю, что это немного не то. Не вполне понимаю, что вы хотите от меня услышать. Принцип у нас в реанимации один, и он ничем не отличается от главного правила ухода за больны-

ми, — мы делаем свою работу во благо и для здоровья ребенка. Конечно, реанимационные сестры обладают более высокой квалификацией и большим набором знаний. У сестер, работающих в реанимации, наивысший уровень квалификации: они сначала проходят базовое обучение, а потом заканчивают дополнительные курсы, чтобы получить специализацию. Но базовые принципы ухода за больными не меняются.

— *Попробую пояснить, что я имею в виду. Например, вы не выгоняете родителей из реанимации, — в России клиник, где поступают так же, очень мало. Принято считать, что лучше, когда родителей нет в реанимации, потому что они не могут контролировать свои эмоции, мешают докторам. Какой точки зрения придерживаетесь вы?*

— И здесь, в частной клинике Portland Hospital, и на моей другой работе в NHS (государственная система здравоохранения) мы всегда рады родителям и близким ребенка в реанимации. Конечно, из соображений безопасности мы ограничиваем число посетителей. Я имею в виду, что мы просим родителей и близких навещать ребенка по очереди. Просто на тот случай, если ребенку внезапно станет плохо, а у его постели будет очень много людей, и мы не сможем быстро воспользоваться оборудованием. Но это, конечно, не причина никого не пускать. Когда к нам попадает очень тяжелый ребенок, мы обычно просим родителей дать нам 10–15 минут, чтобы стабилизировать его состояние. В это время родители могут подождать в специальной комнате. Но главным правилом во всех реанимациях, где я работала, всегда было как можно быстрее дать ребенку воссоединиться с родителями или близкими. Потому что родители в такие моменты становятся частью нашей команды. От них зависит не меньше, чем от нас. Когда ребенок стабилизировался, но все еще очень слаб, именно родители придадут ему уверенности, именно они, а не мы, будут держать его за руку. Именно они знают своего ребенка лучше всех на свете и уж точно — лучше нас. Мы делаем все возможное, но ни один врач, ни одна самая внимательная сестра не может заменить ребенка родителей.

— *Хорошо, а если родители все-таки впадут в истерику?*

— Если нам всем кажется, что родителям пойдет на пользу общение с психологом, они могут с ним пообщаться. Кроме того, родители всегда на связи и в любой момент могут поговорить, узнать, что происходит, посоветоваться со всей нашей командой — физиотерапевтами, консультантами, сестрами — всеми, кто занимается их ребенком. Мы всей командой собираемся, чтобы пообщаться с папой, мамой или с человеком, ответственным за ребенка, и обсуждаем, что думает семья о ходе лечения, и как мы можем улучшить уход за ребенком.

— *Все то время, что я провела в вашей реанимации, я была в своих обычных уличных кроссовках и обычной одежде, мне даже халат не давали. Вы не боитесь инфекции?*

— Если вы проходите через реанимацию, чтобы зайти ко мне в кабинет, вы можете не снимать и верхнюю одежду. Если вы идете к ребенку, мы просим снять пальто и помыть руки. Родители обычно оставляют вещи в специальной комнате.

— *И это все? Все-таки уличные ботинки в реанимации выглядят немного странно.*

— Инфекция с ваших ботинок не попадет на ребенка, если только вы не будете ставить ноги на кровать. Когда посетители заходят к ребенку, они моют руки и еще раз моют руки на выходе. Это важная рекомендация ВОЗ, мы соблюдаем ее, у нас везде здесь раковины и диспенсеры с антисептическим мылом, рядом с которыми написано, как часто и как именно нужно мыть руки. Если родителям нужно взять ребенка на руки, в некоторых случаях мы просим надеть одноразовый фартук. Вообще же существует специальная статистика по уровню больничных инфекций (Hospital infection rates), и в Великобритании он падает все последние годы. А в Portland Hospital этот уровень в несколько раз ниже, чем в целом по стране.

— *Кто еще кроме медицинского персонала работает с детьми в реанимации?*

— Да, у нас работает целая команда специалистов помогающих профессий: физиотерапевты, психологи, эрготерапевты, игровые и музыкальные терапевты. Все они вырабатывают индивидуальный подход к каждому пациенту и занимаются с ним каждый день. Специалисты из команды игровой терапии играют очень важную роль в том, как дети выздоравливают и развиваются. Больной ребенок все равно остается ребенком, и странно думать, что мы должны его вылечить, а остальное нас не касается. Ребенок должен развиваться, а главная движущая сила развития — это игра. Мы смотрим, какой тип игр больше подходит именно этому ребенку, и стараемся придерживаться выбранного направления. Игру всегда можно спланировать так, чтобы во время нее дети чему-то научились. Кому-то нужно учиться двигаться, кому-то общаться, кому-то самостоятельно осваивать какие-то медицинские манипуляции, а кому-то — все вместе.

Детям, которые только приходят в себя после операции, мы даем Gameboy, DVD-приставки, Playstation и так далее. Для тех, кто еще не готов к такой активной деятельности, у нас есть специальная установка, которая проецирует картинки на потолок, издает разные звуки, мигает разными цветами. Для младенцев есть мобили, погремушки. Вообще, у нас есть весь набор игрушек обычного ребенка соответствующего возраста. После того как ребенок попадает в больницу, наша команда разговаривает с родителями и узнает, во что ребенок обычно играет дома. Что-то приносят родители, а если чего-то у нас нет, мы идем и покупаем это в магазине игрушек, который находится у нас внизу.

— *Что вы делаете, если у ребенка в реанимации день рождения?*

— Устраиваем вечеринку, конечно. У одного из наших пациентов совсем скоро будет день рождения, мы договорились с родителями, что придет волонтер с гитарой, который будет петь любимые песни ребенка. А еще решили организовать чаепитие с пирогом. Ну и, конечно, ребенок получит подарок не только от родителей, но и от нас, от больницы.

— *Как организована работа, если вы понимаете, что ребенок уходит?*

— Есть две разные вещи: паллиативный уход и уход за пациентами в конце жизни. Паллиативные пациенты оказываются в реанимации чаще всего в тех случаях, когда ребенок рождается с диагнозом, который неизбежно означает, что он не сможет прожить долгую жизнь. Это известно с самого рождения, и мы знаем об этом, когда ребенок к нам попадает. Как правило, родители уже достаточно хорошо представляют, как именно они хотят, чтобы их ребенок провел конец своей жизни. В таких случаях наша задача — сделать все возможное, чтобы максимально соответствовать представлениям родителей о том, как ребенок должен уйти, чтобы поддержать их план. Я выношу за скобки то, что наша главная задача — облегчить ребенку жизнь. Это само собой разумеется. Так что паллиативный уход в основном сфокусирован на родителях и их плане.

В случае с уходом за пациентами в конце жизни здесь, в реанимации, наша задача сделать так, чтобы ребенок достойно прошел свой путь. У нас есть специальные коробочки памяти, которые мы готовим для родителей. Они разные для разных религий. В них одеяльце, которым можно накрыть ребенка после смерти. Книжечка с фотографией и отпечатками рук и ног ребенка, что-то, что имеет отношение к религии, к которой принадлежал ребенок. Нам важно сделать так, чтобы родители помнили о последних днях своего ребенка, как о хороших, спокойных, тихих днях. Чтобы они запомнили своего ребенка спокойным и красивым. Чтобы у них осталось что-то, что напоминало бы не только о боли, но и о самом ребенке.

Когда мы понимаем, что ребенок уходит, мы приглашаем священника, обсуждаем с родителями, как они хотят, чтобы прошли последние дни жизни их ребенка. Это, как правило, небыстрое решение, мы обсуждаем это все вместе несколько дней (в зависимости от того, сколько времени у нас есть, исходя из анализов). По моему опыту у нас, как у команды, это действительно хорошо получается, хотя это, конечно, очень непросто.

— *Меня очень удивило, что у нас не возникло никаких проблем с обезболиванием. Мальчик, за которым я ухаживала у вас в реанимации, был подключен к морфиновой помпе и мог сам нажимать на кнопку столько раз, сколько считал нужным. Какая политика в отношении наркотических обезболивающих у вас существует?*

— Эти решения не принимаются в госпитале. Законы Великобритании позволяют сестрам колоть морфин на дому. Если ребенок находится в госпитале на паллиативном уходе и скоро уйдет из жизни, мы передаем его специальной поддерживающей службе, которая ведет его дальше и заботится о том, чтобы он достойно и без боли ушел из жизни: дома или в хосписе. Так что все вопросы с морфином решаются медсестрами просто и быстро, как это предписывает закон. Здесь в больнице все обстоит примерно так же, мы даем детям морфин, чтобы они не испытывали боли. Это вообще наша главная задача как врачей — лечить в максимально комфортных условиях, а когда лечить уже невозможно, просто заботиться о максимально комфортных условиях.

— *Если бы вам пришлось реформировать, предположим, российскую систему реанимационных отделений, с чего бы вы начали?*

— Конечно, с персонала. Я бы посмотрела, какую подготовку получили мои сотрудники, — это напрямую влияет на то, какое лечение получает ребенок. Если сестра плохо подготовлена, то и уход будет плохим. Кроме того, я бы обязательно сделала реанимационные отделения открытыми: это автоматически приводит к большей аккуратности, большей внимательности персонала. Конечно, некоторые зоны должны из соображения безопасности быть закрытыми. Не всюду можно пускать родителей, особенно когда они слишком сильно нервничают. Сначала их нужно успокоить, но потом их нужно приглашать обязательно. Родители чаще всего нервничают в моменты, когда не понимают, что происходит. Так что я бы очень большое внимание уделила общению с родителями. Здесь наш персонал старается объяснять родителям каждый свой шаг, каждый звук, который издают приборы.

Базовый же принцип очень простой. Многие из нас сами родители, а значит, нам очень просто представить, чего бы нам хотелось, если бы ребенок оказался в реанимации. Главное, чего бы хотела я, например, это быть все время рядом. Если честно, это был бы настоящий кошмар, если бы кто-то решил мне это запретить.

ПУСКАТЬ ИЛИ НЕ ПУСКАТЬ? ВРАЧИ СПОРЯТ О ПОЛЬЗЕ ПРИСУТСТВИЯ РОДНЫХ В РЕАНИМАЦИИ¹

Марина Лепина

Почему у нас до сих пор пребывание близких в реанимации — из ряда вон выходящее событие и предмет споров? Конфликт, казалось бы, исчерпан. Минздрав России заявил, что присутствие близких в реанимационном отделении не противоречит законодательству. Значит, врачи обязаны пускать родственников в реанимационные отделения. Однако споры «пускать или не пускать» продолжаются. Многие доктора приводят массу причин «против»: санитарные условия, теснота, истерики... Другие же — и среди них **доктор Павел Бранд** — убеждены, что как раз в такой сложной ситуации, когда человек оказывается в реанимации, именно нахождение рядом близкого человека может стать помощью и лекарством. И не пускать — бесчеловечно.

Павел Бранд, кандидат медицинских наук, врач-невролог, главный врач и медицинский директор сети семейных медицинских центров «Клиника Семейная».

— *Павел Яковлевич, какие аргументы вы приводите в профессиональных спорах?*

— Для любого человека нахождение рядом близких — всегда мегапозитивная история, она способствует ускоренному выздоровлению. Плохого в этом ничего нет. Вопрос в том, как это организовано и как себя ведут родственники пациента. Если все сделано правильно, то это ускоряет процесс выздоровления.

— *Польза от этого, скорее, психологическая?*

— Если говорить о мировом опыте, то в большинстве случаев родственники просто пребывают в реанимации и лечат своим присутствием. У нас часто персонала не хватает, родственники

¹ <https://www.miloserdie.ru/article/91106/>
Публикуется с сокращениями

могли бы и помогать. Переложить, помыть, облегчить персоналу уход за своим родственником. Но это надо уметь делать правильно. Если врачи что-то говорят — надо не отвечать «сам знаю», а четко следовать инструкциям персонала, и тогда вопрос о целесообразности вашего пребывания в реанимации отпадет автоматически.

— В Европе врачи, наоборот, сердятся, если родственники не приходят к своим близким в реанимацию. И учат их правильному уходу за близкими — как поменять памперс, как переложить и так далее.

— Да, это еще один интересный аспект, которого у нас нет в принципе — момент социальной реабилитации в реанимации. Во-первых, это касается детей: в реанимации матерей могли бы обучать уходу, правильному обращению с аппаратурой — например, с аппаратом ИВЛ. Так же и для взрослых пациентов — нужно уметь, действительно, правильно перестелить постель, правильно переложить человека. У нас этому не учат, и это большая беда.

Но тут мы упираемся в проблему нехватки персонала. Это колоссальная сложность. А квалифицированного среднего персонала — медицинских сестер — катастрофически не хватает. Если было бы возможно, чтобы персонал тратил время еще и на обучение посетителей реанимации, было бы прекрасно. Но такого у нас пока нет.

— В каких отечественных больницах близких пускают в реанимационное отделение?

— У нас пускают в Первой градской больнице, по расписанию, в определенные часы. Главный реаниматолог Москвы Денис Проценко, заместитель главного врача по реанимации Первой градской, сам является большим сторонником допуска родственников в реанимацию, поэтому там не чинят препятствий. Так же лояльна к близким пациентов реанимация 7-й городской больницы. Вообще уже во многих столичных больницах родственников начали пускать в реанимацию.

За рубежом этот вопрос уже давно решен цивилизованно. Чтобы не пускали — этого уже нет нигде в мире. Там уже давно другой уровень здравоохранения. Навскидку: Франция, Германия,

Италия, Англия, Израиль, Южная Корея, Япония, США — в этих и многих других странах реанимация открыта для посещения. Можно даже находиться там круглосуточно, исполняя инструкции персонала.

Я бывал в реанимациях во многих странах — и как врач, и как родственник пациента. Я оставался в реанимации без всяких вопросов и претензий персонала, не нужно было даже спрашивать разрешения. Как-то в Швеции я спросил, могу ли я остаться в реанимации со своим близким человеком на ночь. Они ответили: «Конечно, без проблем. Только зачем? Вы тут пробыли у нас целый день. Может быть, вам лучше отдохнуть? А завтра с утра придете к нам с новыми силами!». То есть там врачи думают о комфорте пациента и его близких, а не о каких-то проблемах реанимационного отделения, которые почему-то вдруг от этого должны возникнуть. Нет, проблем никаких нет. В Греции нет никаких проблем с этим, я там тоже бывал. В Израиле часто в реанимациях родители лежат вместе с детьми, это обычная практика. Недавно была публикация, что в Австралии в реанимации ребенок с аутизмом лежал со своей собакой.

Стоит заметить, что за рубежом другая организация работы вообще — другие помещения, более просторные, по-другому распределены задачи персонала и так далее. У нас часто именно техническое оснащение палат, их площадь не дает возможности постоянного посещения, на это не рассчитывалось изначально при строительстве больниц, потому что этого вообще не было в истории российской реанимации. Многие ограничения у нас связаны именно с нереальностью пребывания близких в реанимации, а уж тем более круглосуточного пребывания. Но еще раз — все это не может быть препятствием для того, чтобы пустить близких к больному хотя бы на 10 минут. Также не стоит забывать и про то, что в реанимации не только выздоравливают, но и умирают. Родственники должны иметь возможность нормально попрощаться, а не заглянуть на 5 секунд и быстро выйти.

— *Один из доводов наших врачей: тут и без вас проблем хватает, еще и вы, родственники, будете у нас мешаться под ногами. Что можно сказать по этому поводу?*

— Крайне важно, чтобы родственник, приходя в реанимацию, понимал, куда и зачем он пришел. Все истерики, советы, свое понимание ситуации надо сразу оставить дома. Советовать персоналу реанимации, что делать с пациентом, глупо. А если вам не нравится то, что происходит в отделении реанимации, — переведите своего больного в другую больницу. Но указывать персоналу, что они делают что-то не так, — неправильно. Это только раздражает врачей и портит ваши взаимоотношения.

Если родственник собрался помочь — он должен, в первую очередь, спросить, нужна ли его помощь. Если разрешают — нужно делать именно то, что скажут врач или медсестра, не проявлять самостоятельности. И уж тем более не корить персонал, что они не делают этих вещей сами. Вызвались помочь — помогайте. Претензии «к другим подошли, а к моему родственнику не подошли» тоже надо оставить за дверями. Потому что персонал действует исходя из тяжести каждого конкретного больного, по ситуации. Не существует обязанности подходить к каждому больному каждые пять минут. И это определяют не родственники. А это частый конфликт между персоналом и родственниками.

— *То есть одно из правил нахождения в реанимации — это подчинение врачам.*

— Да, это обязательное условие. Спорить и конфликтовать вообще не нужно. Бывает, когда пациентов много, работы много, персонал просит выйти. Не надо спорить. Нужно встать и выйти. И не надо говорить «еще пять минут», надо выполнить команду бегом, как в армии. Потому что от ваших действий может зависеть чья-то жизнь, может быть, и жизнь вашего родственника.

— *Но ведь медики могут и злоупотреблять нашим послушанием, и выгонять родственников просто так...*

— Если сейчас родственников у нас начнут, наконец, пускать в реанимацию хотя бы на пять минут, это уже будет большой шаг

вперед. Так что надо радоваться и этому. У нас до сих пор есть больницы, где попасть в реанимацию невозможно. Сломать стену одним ударом не получится, нужно систему менять постепенно, чтобы привыкали и персонал, и родственники.

Сказали вам уйти, злоупотребили положением, — пускай, согласитесь, придите снова завтра. Это лучше, чем отсутствие допуска вообще.

— *Еще одно из основных возражений врачей против пребывания родственников в реанимации: пациент находится под седацией, без сознания, зачем вам тут сидеть, как мебель.*

— Это тонкий момент. Вроде бы врач действует в интересах больного. Но есть нюансы — недаром говорят, что дьявол кроется в деталях. Кроме больного, существуют еще и родственники. Им тоже плохо, страшно, и им хочется быть рядом и понимать, что происходит. И есть исследования, которые показывают, что, действительно, пребывание близкого человека рядом ускоряет восстановление пациента, даже если он находится в коме. С другой стороны, это лечит и самого родственника, влияет и на его здоровье позитивно.

— *Иногда врачи ссылаются на то, что в реанимации лежит не только ваш родственник, но и еще пять человек, вы здесь будете мешать. Справедлив ли этот довод? И как правильно вести себя близким больного, если рядом есть еще пациенты?*

— Все связано с четким выполнением команд персонала. Не надо бегать по реанимации и поправлять простыни чужим детям. Сотрудники больницы сами знают, что делают. Вмешиваться не надо. Ни в коем случае нельзя снимать на видео или фотографировать в реанимации.

— *Почему вообще возникает это постоянное противодействие? Почему врачи «воюют» с посетителями медучреждений?*

— Вообще, если мы пытаемся наладить взаимоотношения между персоналом, родственниками и пациентом реанимации, то это должно идти на позитиве. Не надо предъявлять претензии.

Скажите так: «Мне кажется, что есть некоторые проблемы. Я бы хотел это обсудить. Я бы хотел получить информацию». Врачи не умеют общаться с пациентами и с родственниками пациентов — это у нас действительно проблема. Медицинской этике не учат в вузах. В итоге возникает огромное количество конфликтов. От 70 до 90 процентов жалоб на персонал в итоге спровоцировано тем, что врачи не смогли правильно донести информацию.

Но и родственники, которые приходят к заведующим с криками «вы убиваете моего ребенка!», чаще всего не правы. И подача претензий тоже должна быть в аккуратной форме. Не надо, чтобы мы друг друга воспринимали как врагов.

— *А если в целом отношение персонала к родственникам больного негативное — и пустили в реанимацию со скрипом, и дальше с недовольством относятся — как поступать? Реально ли построить на такой почве хорошие взаимоотношения?*

— Изначально надо исходить из простого постулата. Врачи приходят на работу, чтобы спасти людей, а не чтобы им вредить. Эта мысль очень поможет изменить отношение к врачам. Когда изменится отношение общества к врачам, то и наоборот, врачи станут иначе относиться к больным и родственникам. Тогда начнется диалог. Нужно говорить, нужно спрашивать. А врачам нужно правильно и много общаться с родственниками. И этому стоит учиться. В Москве есть специальные курсы для медиков. За рубежом этому учат, там считается крайне важным правильно говорить с родственниками пациентов. Слова «состояние тяжелое, работаем» — это не общение, это просто брошенная фраза. Это неправильно. Нужно все объяснять подробно, четко, отвечать на все вопросы.

Но и родственникам надо понимать, что у врача не всегда есть на это время. Иногда надо перетерпеть, подождать, найти свободную минутку, не надо кидаться на врача с требованиями объяснений и разговора. Представьте себя на месте врача. Вы работаете, и к вам кто-то приходит и начинает задавать бесконечные вопросы, отвлекать вас. Все же уважайте зону комфорта врача, он поговорит с вами, когда сможет. Но врач должен помнить, что родственник

имеет полное право на общение, на получение информации — по закону.

— *Что делать, если врачи утверждают, что «у нас карантин, и мы вас не пустим в реанимацию». Или говорят, что в инфекционное отделение совершенно нельзя проходить? Это частые случаи.*

— Карантин обычно общегородское мероприятие. Допустим, объявляется эпидемия гриппа — и тогда это касается всех. Было бы неправильно во время такой ситуации пускать в реанимацию.

Отдельно взятый карантин в одной больнице бывает редко. Но бывает. Вспышка какого-то заболевания. Но тогда эта информация должна быть подана централизованно, вывешена где-то. Если врач не пускает вас в реанимацию, ссылаясь на карантин, не спорьте с ним. Просто пойдите в администрацию и уточните, действительно ли в больнице введен такой режим, и когда карантин закончится. Это не тайна и скрывать от вас такую информацию не имеют права.

Что касается инфекционного отделения — то обычно больные там лежат в боксах, так что тут как раз проблемы нет, нет контакта с другими больными, ссылаться на такой довод неправильно.

— *Врачи боятся истерик родственников и лишнего стресса в реанимации, для себя в том числе...*

— Есть такая проблема. Если близкий — человек впечатлительный, нервный, боится крови или прочих зрелищ и может упасть в обморок или устроить истерику, то ему в реанимацию идти не надо. Выберите среди родственников наиболее морально устойчивого, пусть пойдет он.

Нужно понимать, что реанимация — это не театр и вообще зрелище скорее негативное, так что надо быть к этому готовым. Рядом могут лежать другие больные. Вам может быть неприятен запах в отделении или общий вид, обстановка. Будьте к этому готовы.

— *Когда доводы врача о невозможности посещать больного можно считать справедливыми?*

— Бывают сложные манипуляции, операции: пересадка костного мозга, химиотерапия — такие ситуации, когда нужна полная стерильность, когда пребывание вас в реанимации может действительно составлять угрозу для жизни вашего близкого. В этой ситуации лучше подчиняться. Но врач должен объяснить ситуацию родственникам. И это крайне редкая ситуация.

Часто врачи ссылаются на то, что родственники в реанимации — это «антисанитария». Это неправда. Чаше флора, принесенная родственником, гораздо менее опасна, чем флора больничная. Я большой противник этого санэпидрежима, который устарел и часто чрезмерен. Но есть нюанс. Одна история, когда вы приходите в реанимацию в Швеции, где есть специальный сотрудник, который моет пол каждые полчаса. И другое дело, когда мы приходим в реанимацию наших больниц, в России, где просто некому мыть пол и это делают раз в день. В итоге если в реанимации в три часа дня уборка и врачи требуют осуществить все посещения больных до трех часов дня, придется с этим согласиться.

Кроме того, вполне правильно требование посещать своих близких в дневное время. В это время здесь несколько врачей. А когда вы приезжаете в десять часов вечера и рветесь в реанимацию, а там, условно, один врач на 20 пациентов — это уже неудобно. Конечно, это опять же связано с нехваткой персонала, но что делать.

И тут мы опять возвращаемся к проблеме четкой организации и налаженности системы посещений. Если бы каждая российская больница объявила: «пожалуйста, у нас в реанимации посещения с часу до трех, и каждый может зайти к своему близкому на 20 минут», то не было бы никаких проблем. Все будут организованно исполнять эти требования и система заработает.

— ***Врачи часто боятся «хаоса» в помещении реанимации.***

— Часто это зависит от сознательности родственников. Не надо приходить к близкому целым табором. Пусть придет кто-то один из семьи. Но и сознательность персонала тоже тут играет роль — мы опять упираемся в обычный менеджмент: если бы заведующий реанимацией подсчитал количество коек и больных

и сам распределил время посещений, то и проблем бы никаких не было.

А иногда и действительно бывают ситуации, когда в реанимации вместо 12 коек появляются дополнительные, например, в скорпомощных больницах. Там и врачи, и медсестры с трудом проходят, а если еще там будут сидеть родственники, возникнет, действительно, теснота. Так что нужно понимать, что может быть авральная ситуация, и вас могут не пустить.

Когда вместо 12 пациентов в отделении лежат 20, запрет на допуск я понимаю. Но когда на 12 койках лежат 5 пациентов, запрета я не понимаю. Если вам говорят о перегрузке в реанимации, задайте вопрос дежурному администратору — действительно ли это так? Это опять же не тайна, обычно все в курсе такого перенаселения, обманывать вас вряд ли будут. Бояться не надо, но и сразу обвинять врачей не надо, просто разберитесь в ситуации.

— ***Давайте еще раз сформулируем, как закон формулирует наше право посещать родных в реанимации?***

— В законе нет запрета, а что не запрещено, то априори разрешено. Кроме того, в законодательстве прописывается, что мать имеет право находиться со своим ребенком везде. Другое дело, что люди, пишущие законы, не очень думают об их применении. Нужно исходить из практики, из положений, когда это возможно, а когда нет. Но закон этого не ограничивает.

Все же нужно понимать, что нет никакого заговора врачей против родственников. Это перегибы на местах. Нужно продвигать решение проблемы и двигаться потихоньку вперед, к системной организации посещений в реанимации.

Два человека — родственник и врач — всегда могут договориться, если ведут себя корректно. Истории с хождениями по мукам бывают, и сложно даже посоветовать, куда в этом случае идти близким. Но хочу заметить, что родственники иногда используют то, что врачи боятся жалоб, и жалуются, пытаются выбить для себя и для своего близкого какие-то преференции. Все силы пациентских организаций должны быть направлены на снижение давления на врачей и поиск диалога. У нас в стране сейчас слож-

ная ситуация в здравоохранении, и работают там в основном люди альтруистические, больше не за деньги, а за идею. Но при этом постоянно получают по голове от руководства из-за жалоб. Но есть и вопиющие случаи нарушений закона со стороны врачей, я согласен. Однако в любом случае сначала лучше разобраться спокойно.

БОЛЕЗНЕННЫЙ ВОПРОС¹

Наталья Чернова

Главврач Пряжинской районной больницы Республики Карелия Татьяна Ивановна Юзвюк, акушер-гинеколог по специальности, отправилась в Брюссель, чтобы понять, как работает врач в бельгийской действительности.

Детский госпиталь королевы Фабиолы

Детский госпиталь королевы Фабиолы — в терминах нашего здравоохранения — многопрофильный медицинский центр и стационар под одной крышей, включающий в себя ожоговое и психиатрическое отделения.

Здесь работает Елена Дайн — врач по питанию детей с проблемами веса. Она принимает нас в своем небольшом кабинете. Первый вопрос о том, какого возраста детей лечат здесь. «Вообще-то до 18 лет, но иногда мы ведем детей и до 19. Все же дети взрослеют индивидуально. Поэтому мы опираемся на потребности ребенка».

«А до какого возраста детей госпитализируют вместе с родителями?» — уточняет Татьяна.

Элена не вполне понимает вопрос: «До любого. Это же дети». — «И до 18?» — «Если ребенку нужен родитель рядом, то и до 18». Элена, впрочем, вносит поправку: «Правда, у нас не положено, чтобы с ребенком лежали оба родителя».

Позже, осматривая госпиталь — стерильный и безупречный до голливудской нереальности, — мы то и дело будем встречать свободно ходящих по коридорам мам и пап. И чем-то их манера будет неуловимо отличаться от манеры наших родителей в больничных коридорах. Так отличается манера людей, которые в своем праве — и которые это право постоянно отстаивают.

Элена проводит нас в пустующую стандартную палату госпиталя. В центре — удобная медицинская кровать с различными оп-

¹ <http://www.novayagazeta.ru/society/72214.html?print=1>
Печатается с сокращениями.

циями. Откидная кровать для мамы спрятана в нишу, отделанную деревянными панелями. Рядом с кроватью — удобное ортопедическое кресло. «Мы не стали устанавливать в палатах телевизоры. Все же, когда болеет ребенок, мама не должна отвлекаться». Душ и туалет оборудованы специальными штуковинами, чтобы мыть ребенка было максимально удобно.

По сути, палата госпиталя королевы Фабиолы похожа на номер четырехзвездного отеля. И, кстати, большая часть больных — дети эмигрантов и малообеспеченных бельгийцев.

Элена спросит: «Хотите посмотреть реанимацию?» Татьяна опешит: «А в наши реанимации никого не пускают, даже родителей».

В Бельгии такой проблемы нет. Более того, здесь считают, что ребенок будет успешно выздоравливать, если будет абсолютно спокоен. А это возможно, только когда мама рядом. Элена по этому поводу заметит, что в ее стране, когда случается так, что родитель не появляется в реанимации, — его специально разыскивают и настойчиво напоминают о родительских обязанностях.

Пост реанимации, как круговой застекленный пульт управления полетами, будет пуст. Через стеклянную стену палаты увидим, как четверо людей в белых халатах сосредоточенно манипулируют над маленьким человеком. Белая пятка ребенка, выглянувшая из-под простыни, почти касается черного, будто отполированного нубийского лба врача. Татьяна заметит: «Вокруг одного ребенка столько специалистов! Так и надо. А меня все время тербит начальство: «Сокращай людей!» Соппротивляюсь, как могу».

Потом мы пойдем в ожоговое отделение. И внутренне порадуемся, что оно пусто. Татьяна долго будет изучать водяной матрас для лечения ожоговых больных. Посмотрит на все сенсоры и режимы.

Исчерпывающе вздохнет. Улыбчивая доктор покажет, как дезинфицируется помещение, и улыбнется в ответ на наш рефлексивный испуг: «Мы же без бахил!» Из приоткрытой двери ее ординаторской выглянет Диззи Гиллеспи, обнимающийся со своей трубой на огромном постере, висящем на стене.

...Завидую, что у них близкие люди могут быть рядом с больным в реанимации. Так должно быть. Ребенку же страшно одному, да и взрослому тоже. Медсестра не заменит маму, за ручку не поддержит, по голове не погладит. Мы в прошлом году молодого парня после ДТП вместе в палате с мамой поселили. Нейрохирурги его отлично прооперировали, к нам на реабилитацию отправили. Он у нас полностью восстановился и уже машину водит. И мы так счастливы.

...У них главная цель — не просто вылечить человека, а еще и максимально снизить стресс от болезни. Поэтому и в реанимацию приходит к ребенку веселый папа с любимой игрушкой. У нас по-прежнему — побеждать болезнь принято отдельно от больного. Комфорт пациента — необязательная опция. Впрочем, это следует из истории болезни страны.

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ВАШ РОДСТВЕННИК ПОПАЛ В РЕАНИМАЦИЮ¹

По просьбе «Афиши Daily» медицинский журналист **Дарья Саркисян** выяснила, что происходит с пациентами в отделениях реанимации российских больниц, как близким людям наладить общение с врачами, помочь больному и не сойти с ума.

Что происходит с человеком в отделении реанимации

Человек, который находится в реанимации, может быть в сознании, а может быть в коме, в том числе медикаментозной. При тяжелых черепно-мозговых травмах и повышении внутричерепного давления пациенту обычно дают барбитураты (то есть вводят в состояние барбитуровой комы), чтобы мозг находил ресурсы для восстановления — на пребывание в сознании требуется слишком много энергии.

Обычно в отделении реанимации пациенты лежат без одежды. Если человек в состоянии встать, то ему могут дать рубашку. «В реанимации к пациентам подключены системы жизнеобеспечения и следящая аппаратура (различные мониторы), — объясняет заведующая отделением реанимации и интенсивной терапии Европейского медицинского центра **Елена Алешенко**. — Для лекарств в один из центральных кровеносных сосудов устанавливается катетер. Если больной не очень тяжелый, то катетер устанавливается в периферическую вену (например, в вену руки. — *Прим. ред.*). Если требуется искусственная вентиляция легких, то в трахею устанавливается трубка, которую присоединяют через систему шлангов к аппарату. Для кормления в желудок заводится тонкая трубочка — зонд. В мочевого пузырь вводится катетер для мочи и учета ее количества. Пациента могут привязать к кровати специальными мягкими вязками, чтобы он не удалил при возбуждении катетеры и датчики.

¹ <http://daily.afisha.ru/cities/1223-chto-delat-esli-vash-rodstvennik-popal-v-reanimaciy/>

Тело обрабатывают жидкостью для профилактики пролежней ежедневно. Обрабатывают уши, моют волосы, стригут ногти — все как в нормальной жизни, за исключением того, что гигиенические процедуры выполняет медицинский работник». Но если пациент в сознании, ему могут разрешить делать это самостоятельно.

Чтобы у пациентов не было пролежней, их регулярно поворачивают в постели. По стандарту это делается раз в два часа. По рекомендациям Минздрава, в государственных больницах на одну медсестру должно приходиться два пациента. Однако так не бывает практически никогда: обычно больных больше, а медсестер меньше. «Чаще всего медсестры перегружены, — рассказывает **Ольга Германенко**, директор благотворительного фонда «Семьи СМА» (спинальная мышечная атрофия), мама Алины, у которой диагностировано это заболевание. — Но даже если не перегружены, сестринских рук все равно всегда не хватает. И если кто-то из пациентов дестабилизируется, то он получит больше внимания за счет другого больного. Это значит, что другой позже будет повернут, позже накормлен и т. д.»

Почему в реанимацию не пускают родственников

По закону пускать должны и родителей к детям (тут вообще разрешается совместное пребывание), и близких ко взрослым (ст. 6 323-ФЗ). Про такую возможность в педиатрических ОРИТ (отделение реанимации и интенсивной терапии) также сказано в двух письмах Минздрава (№ 15-1/2603-07 от 09.07.2014 и № 15-1/10/1-2884 от 21.06.2013), зачем-то дублирующих то, что утверждено в федеральном законе. Но тем не менее есть классический набор причин, по которым родственников отказываются пускать в реанимацию: особые санитарные условия, нехватка места, слишком большая нагрузка на персонал, боязнь, что родственник навредит, начнет «выдергивать трубки», «пациент без сознания — что вы там будете делать?», «внутренние правила больницы запрещают». Уже давно ясно, что при желании руководства ни одно из этих обстоятельств не становится препятствием для допуска родственников. Подробно все аргументы и контраргументы проанализированы в исследовании «Вместе или врозь», которое провел фонд

«Детский паллиатив». Например, рассказ о том, что можно принести в отделение страшные бактерии, не выглядит убедительным, потому что внутрибольничная флора видела много антибиотиков, приобрела к ним устойчивость и стала гораздо опаснее того, что можно принести с улицы. Могут ли уволить врача за нарушение правил больницы? «Нет. Существует Трудовой кодекс. Именно он, а не местные больничные приказы, регламентирует порядок взаимодействия работодателя и работника», — объясняет **Денис Проценко**, главный специалист по анестезиологии-реаниматологии Департамента здравоохранения Москвы.

«Нередко врачи говорят: вы нам создайте нормальные условия, постройте просторные помещения, тогда будем пускать, — говорит **Карина Вартанова**, директор фонда «Детский паллиатив». — Но если посмотреть на отделения, где допуск есть, оказывается, что это не такая принципиальная причина. Если существует решение руководства, то условия не имеют значения. Самая главная и тяжелая причина — это ментальные установки, стереотипы, традиции. Ни у врачей, ни у больных нет понимания того, что главные люди в больнице — это пациент и его окружение, поэтому все должно строиться вокруг них».

Все неудобные моменты, которые на самом деле могут мешать, снимаются четкой формулировкой правил. «Если пустить всех и сразу, конечно, это будет хаос, — говорит Денис Проценко. — Поэтому в любом случае нужно регламентировать. Мы в Первой градской заводим по очереди, подводим и параллельно рассказываем. Если родственник адекватный, мы оставляем его под контролем среднего медперсонала, идем за следующим. На третий-четвертый день ты прекрасно понимаешь, что это за человек, устанавливается контакт с ним. Уже тогда можно оставить их с пациентом, потому что ты им уже все объяснил про трубки и устройства подключения системы жизнеподдержания».

«За рубежом разговоры о допуске в реанимацию начались лет 60 назад, — говорит Карина Вартанова. — Так что не надо рассчитывать на то, что наше здравоохранение дружно воодушевится и завтра все сделает. Силовым решением, приказом можно многое испортить. Решения, которые принимаются в каждой больнице

о том, пускать или не пускать, как правило, являются отражением установок руководства. Закон есть. Но то, что его массово не исполняют — это показатель того, что и отдельные врачи, и система в целом еще не готовы».

Почему присутствие родственников 24 часа в сутки невозможно даже в самых демократичных реанимациях? С утра в отделении активно проводят различные манипуляции, гигиенические процедуры. В это время присутствие постороннего человека крайне нежелательно. При обходе и при передаче смены родственники также не должны присутствовать: это как минимум нарушит медицинскую тайну. В любой стране мира при реанимационных мероприятиях родственников попросят выйти.

Реаниматолог одной из университетских клиник США, пожелавший не называть своего имени, говорит, что у них пациент остается без посетителей только в редких случаях: «В исключительных случаях ограничивается доступ кого бы то ни было к больному — например, если есть опасность для жизни пациента от посетителей (обычно это ситуации криминального характера), если пациент — заключенный, и штат запрещает посещение (для тяжелобольных часто делается исключение по ходатайству врача или медсестры), если у пациента подозрение/подтвержденный диагноз особо опасного инфекционного заболевания (вирус Эбола, например) и, конечно, если пациент сам просит, чтобы к нему никого не пускали».

Детей во взрослую реанимацию стараются не пускать ни у нас, ни за рубежом.

Что сделать, чтобы вас пустили в реанимацию

«Самый первый шаг — спросите, можно ли пройти в реанимацию, — говорит Ольга Германенко. — Многие на самом деле просто не спрашивают. Скорее всего, у них сидит в голове, что в реанимацию нельзя». Если вы спросили, а врач говорит, что нельзя, что отделение закрытое, то скандалить точно не стоит. «Конфликт всегда бесполезен, — объясняет Карина Вартанова. — Если сразу начинать топтать ногами и кричать, что я вас тут всех сгною, буду жаловаться, результата не будет». И деньги проблему не решают.

«Сколько мы ни опрашивали родственников, деньги совершенно не меняют ситуацию», — говорит Карина Вартанова.

«На тему допуска нет смысла разговаривать с медсестрами или дежурным врачом. Если лечащий врач занимает позицию «не положено», надо вести себя спокойно и уверенно, пытаться договориться», — говорит Ольга Германенко. — Не надо грозить обращением в Минздрав. Ты спокойно объясняешь свою позицию: «Ребенку будет проще, если я буду рядом. Я буду помогать. Меня не испугают трубки. Вы рассказали, что с ребенком, — я примерно представляю, что увижу. Я знаю, что ситуация тяжелая». Врач не будет думать, что это бешеная мама в истерике, которая может повыдергивать трубки и орать на медсестер».

Если вам отказывают на этом уровне, куда идти дальше? «Если отделение закрыто для родственников, общение с заведующим ничего не даст, — говорит Денис Проценко. — Поэтому надо идти к заместителю главного врача по лечебной работе. Если он не дает возможность посетить, то идти к главному врачу. По сути, на этом все и заканчивается». Ольга Германенко дополняет: «У главврача надо просить письменное объяснение причин, почему не пускают, и уже с этим объяснением отправляться в местные органы здравоохранения, страховые компании, прокуратуру, надзорные органы — куда угодно. Но вы представьте себе, сколько это займет времени! Это бюрократия».

Однако **Лида Мониава**, заместитель директора детского хосписа «Дом с маяком», обнадеживает: «Когда ребенок лежит долго, маму уже начинают пускать. Почти во всех реанимациях через пару недель после госпитализации начинают пускать, постепенно увеличивая продолжительность посещения».

Директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России **Олег Салагай** предлагает обращаться в свою страховую компанию, которая, по идее, и отвечает за качество оказания медицинской помощи и соблюдение прав пациента. Однако, как выяснилось, у компаний нет опыта решения подобных ситуаций. Более того, далеко не все готовы поддерживать родственников («Реанимация создана не для свиданий, здесь ведут борьбу за человеческую жизнь, пока остается хоть какая-то на-

дежда. И никто не должен отвлекать от этой борьбы ни медиков, ни пациентов, которым необходимо мобилизовать все свои силы для того, чтобы выжить», — сказали корреспонденту «Афиши Daily» в одной из страховых компаний). Ответы некоторых компаний полны замешательства из-за якобы противоречивого законодательства, но тем не менее кто-то готов «оперативно реагировать».

Когда есть объективные причины не пускать родственника в ОРИТ? Если вы серьезно болеете и можете заразить окружающих, если вы находитесь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения — в этих случаях вас справедливо не пустят в отделение, как ни старайтесь.

«Если в больнице карантин, то никакая справка не поможет пройти в отделение», — объясняет Денис Проценко.

Как понять, что все в порядке

«Если вас не пускают в реанимацию, вы никак не узнаете, все ли делают для вашего родственника, — говорит Ольга Германенко. — Врач может просто давать мало информации, но на самом деле выполнять все, что нужно. А кто-то, наоборот, будет расписывать мельчайшие детали лечения вашего родственника — что сделали, что собираются сделать, но по факту пациент будет недополучать лечение. Наверное, можно попросить выписной эпикриз. Но просто так его не дадут — нужно сказать, что ты хочешь его показать конкретному врачу».

Принято считать, что допуск родственников в реанимацию осложнит жизнь персоналу. Однако в действительности это уменьшает количество конфликтов как раз на почве качества медицинской помощи. «Конечно, родительское присутствие — это дополнительный контроль качества, — говорит Карина Вартанова. — Если взять ситуацию, когда у ребенка не было шансов выжить (например, он упал с 12-го этажа), родителей не пускали, и он умер, то, конечно, они будут думать, что врачи что-то недоделали, недосмотрели. Если бы их пустили, таких мыслей не возникло, они бы еще благодарили докторов за то, что те боролись до конца».

«Если вы подозреваете, что вашего родственника лечат плохо, приглашайте консультанта, — предлагает Денис Проценко. — Для уважающего себя, уверенного в себе врача второе мнение — это абсолютно нормально».

«При редких болезнях только узкие специалисты знают, что какие-то препараты нельзя назначать, какие-то можно, но нужно контролировать такие-то показатели, поэтому иногда в консультантах на самом деле нуждаются сами реаниматологи, — объясняет Ольга Германенко. — Правда, к выбору специалиста нужно подходить внимательно, чтобы он не разговаривал свысока с местными врачами и не стал вас запугивать: “Вас здесь угробят. Тут такие неумехи”».

«Когда вы говорите лечащему врачу, что хотите получить второе мнение, зачастую это звучит примерно так: вы лечите неправильно, мы видим, что состояние ухудшается, поэтому мы хотим привести консультанта, который научит вас правильно лечить, — говорит психиатр, руководитель Клиники психиатрии и психотерапии Европейского медицинского центра **Наталья Ривкина**. — Лучше доносить такую мысль: для нас очень важно понимать все-все возможности, которые есть. Мы готовы использовать все наши ресурсы для того, чтобы помочь. Мы хотели бы вас попросить получить второе мнение. Мы знаем, что вы наш основной врач, у нас нет плана уходить в другое место. Но нам важно понимать, что мы делаем все, что необходимо. У нас есть идея, к кому мы хотели бы обратиться. Может быть, у вас есть другие предложения. Вот такой разговор может быть более комфортным для врача. Надо просто порепетировать, записать формулировки. Не нужно идти со страхом, что вы нарушаете какие-то правила. Получить второе мнение — это ваше право».

Как помочь

«Врачам запрещено говорить, что у них нет каких-то препаратов, расходников, — объясняет Лида Мониава. — И они из страха могут убеждать вас, что у них все есть, хотя на самом деле это будет не так. Если врач озвучивает потребности, спасибо ему большое. Родственники не обязаны все привозить, но спасибо тем докторам,

которые не боятся говорить». Проблема в том, что считается: если в больнице чего-то нет, значит, руководство не умеет распределять ресурсы. А родственники не всегда понимают, в каком положении находится врач, поэтому могут пожаловаться в депздрав или минздрав: «Медицина у нас бесплатная, а меня заставляют покупать лекарства, верните деньги, вот чеки». Опасаясь таких последствий, сотрудники ОРИТ могут даже на свои деньги покупать хорошие препараты и расходные материалы. Поэтому постарайтесь убедить врача в том, что вы готовы приобретать все необходимое, и никаких претензий у вас по этому поводу нет.

Спинальный хирург **Алексей Кашеев** предлагает также узнать у лечащего врача, будет ли полезно при текущем состоянии больного нанять индивидуальную сиделку.

Как вести себя в реанимации

Если вас пускают в реанимацию, важно помнить, что есть правила (в письменном виде или проговоренные врачом), и они созданы для того, чтобы врачи могли выполнять свою работу.

Даже в тех реанимациях, куда можно приходиться хоть в верхней одежде, есть правило: обработать руки антисептиком перед посещением пациента. В других больницах (в том числе на Западе) могут попросить надеть бахилы, халат, не носить шерстяную одежду и не ходить с распущенными волосами. К слову, помните, что посещая отделение реанимации, вы подвергаете себя определенным рискам. В первую очередь риску инфицирования местными бактериями, устойчивыми ко многим антибиотикам.

Вы должны представлять, куда вы идете и что увидите

Если у вас начнется истерика, вы упадете в обморок или вас начнет тошнить, вы оттянете на себя внимание сотрудников отделения реанимации, что потенциально опасно. Есть и другие тонкие моменты, о которых говорит Денис Проценко: «Я знаю случаи, когда парень приходил к своей девушке, видел ее обезображенное лицо и больше не возвращался. Бывало и наоборот: девушки не справлялись с таким зрелищем. По моему опыту, нередко род-

ственники, которые вызываются помогать, быстро исчезают. Вот представьте: вы поворачиваете своего мужа на бок, а у него отходят газы или происходит дефекация. У пациентов случается рвота, непроизвольное мочеиспускание — вы точно будете на это нормально реагировать?»

Плакать в ОРИТ нельзя

«Обычно самыми трудными бывают первые посещения отделения родственниками», — говорит Елена Алещенко. «Подготовиться и не рыдать очень сложно, — считает Карина Вартанова. — Кому-то помогает глубоко подышать, кто-то лучше в сторонке поплачет, с кем-то надо поговорить, кого-то не стоит даже трогать. Быть спокойным в отделении реанимации можно научиться, если помнить, что от вашего спокойствия во многом зависит состояние пациента». В некоторых больницах работают клинические психологи, которые помогают справиться с эмоциями.

Не пытайтесь давать пациенту какие-то препараты, принесенную из дома еду без разрешения врача

Это, скорее всего, будет опасно для жизни вашего близкого.

Спрашивайте, чем вы можете помочь, и не занимайтесь самодеятельностью

«Мама может поменять памперс, перевернуть, помыть, сделать массаж, — все это особенно необходимо тяжелым детям, — говорит Ольга Германенко. — Понятно, что медсестры при нынешней нагрузке не могут все это делать в том объеме, который нужен».

Находиться в отделении реанимации круглосуточно не просто бессмысленно, но и вредно

«У нас посещать можно в любое время, можно находиться с больным 24 часа подряд, — рассказывает Елена Алещенко. Другое дело, нужно ли это. Люди потом сами понимают, что это

ни к чему, что они делают это больше для себя. Когда человек в реанимации, он болен, ему надо в том числе отдыхать». Ольга Германенко подтверждает эту мысль: «Спать в отделении реанимации особого смысла нет. На самом деле больше четырех часов подряд никто не просидит (если, конечно, речь не об умирающем ребенке). В конце концов, у всех есть свои дела». Сутки в реанимации — это тяжело не только физически, но и морально: «Что будет с родственником после 24 часов пребывания в отделении реанимации? — говорит Денис Проценко. — Мимо него несколько раз вывезут трупы, он станет свидетелем сердечно-легочной реанимации, внезапно развившегося психоза у другого больного. Я не уверен, что родственник это спокойно переживет».

Договаривайтесь с другими родственниками

«В одной из реанимаций, где я оказалась с дочкой, дети лежали в боксах на двоих, — рассказывает Ольга Германенко. — То есть если придет медсестра, а там еще двое родителей, то не развернуться. А ее присутствие может понадобиться в любой момент. Поэтому мы договаривались приходить в разное время. И дети были всегда под присмотром».

Уважайте желания пациента

«Когда человек приходит в сознание, первый вопрос, который мы ему задаем: хотите ли вы видеть родственников? Бывают ситуации, когда ответ «нет», — рассказывает Денис Проценко. «Во многих клиниках мира есть такие программы естественного умирания, когда с пациентом и его семьей обсуждается, как он будет умирать, — говорит Наталья Ривкина. — Это происходит за месяц-полтора до его умирания. Задача состоит в том, чтобы человек умирал с достоинством и так, как ему хотелось бы. Есть родители, которые не хотят, чтобы дети видели процесс умирания. Есть жены, которые не хотят, чтобы мужья видели процесс умирания. Возможно, они будут выглядеть некрасиво. Есть те, кто хочет быть в момент умирания с близкими. Мы должны ко всем этим решениям относиться с уважением. Если человек хочет осуществить

переход сам, это не значит, что он не хочет видеть близких. Это значит, что он хочет вас защитить. Вы не должны навязывать ему свой выбор».

Уважайте других пациентов

«Говорите со своим ребенком как можно тише, не включайте громкую музыку, не пользуйтесь мобильным телефоном в отделении. Если ваш ребенок в сознании, то он может смотреть мультфильмы или слушать музыку с помощью планшета и наушников, чтобы не мешать окружающим. Не пользуйтесь сильно пахнущим парфюмом», — пишет Надежда Пашенко в брошюре «Вместе с мамой», изданной фондом «Детский паллиатив».

Не конфликтуйте с врачами и медсестрами

«Работа сотрудников ОРИТ — достаточно тяжелая, очень интенсивная, расходная по энергетике, — пишет в той же брошюре **Юлия Логунова**. — Это надо понимать. И ни в коем случае нельзя с кем-то конфликтовать, даже если вы видите негативный настрой, лучше промолчите, лучше взять паузу в общении с этим человеком. А если разговор переходит на повышенные тона, всегда срабатывает такая фраза: а я думала, что у нас с вами одна цель — спасти моего ребенка, помочь ему, так давайте вместе действовать. У меня не было ни одного случая, когда бы она не срабатывала и не переводила разговор в другую плоскость».

Как разговаривать с врачом

Во-первых, желательно разговаривать с лечащим врачом, а не с дежурным, который меняется каждый день. У него точно будет больше информации. Именно поэтому в тех реанимациях, в которых время посещения и общения с врачом ограничено, оно приходится на неудобные часы — с 14:00 до 16:00: в 15:45 заканчивается смена лечащего врача, а до 14:00 он, скорее всего, будет занят пациентами. Обсуждать лечение и прогноз с медсестрами не стоит. «Медсестры выполняют назначения врача, — пишет **Надежда Пашенко** в брошюре «Вместе с мамой». — Спрашивать у них о том,

что именно дают вашему ребенку, бессмысленно, так как медсестра не может без разрешения врача что-либо говорить о состоянии ребенка и сути врачебных назначений».

За границей и в платных медицинских центрах вы сможете получить информацию по телефону: при оформлении бумаг вы подтвердите для этого кодовое слово. В государственных больницах в редких случаях врачи могут давать свой мобильный.

«В ситуации, когда кто-то из близких в реанимации, у человека может нарушиться концентрация внимания, становится сложно сформулировать мысль, — объясняет Наталья Ривкина. — Но у врачей может просто физически не быть времени строить диалог с человеком, у которого такие проблемы. Я рекомендую записывать вопросы в течение дня.

Если вы спрашиваете «Как он/она?», доктор может давать два варианта ответа: «Все хорошо» или «Все плохо». Это непродуктивно. Поэтому нужно формулировать более четкие вопросы: каково состояние пациента на этот момент, какие симптомы у него есть, какие планы в отношении лечения. К сожалению, в России до сих пор существует патерналистский подход в общении с пациентом и родственниками. Считается, что им не обязательно обладать информацией о лечении. «Вы не врач», «Вы все равно ничего не поймете». Родственники всегда должны знать, что по закону их должны информировать о проводимом лечении. Они имеют право на этом настаивать.

Врачи очень нервно реагируют, когда приходят испуганные родственники и говорят: «Что вы делаете? Мы прочитали в Интернете, что это лекарство убивает». Лучше этот вопрос задать так: «Скажите, пожалуйста, какие побочные эффекты от этого лекарства вы встречали?» Если врач не хочет отвечать на этот вопрос, спросите: «А что вы думаете по поводу этого побочного эффекта?» Таким образом вы не нападаете и не критикуете. Любая критика вызывает у людей сопротивление.

Частый вопрос в реанимации, особенно если речь идет об онкологических больных: «Это все?» или «Сколько ему/ей осталось жить?» Это вопрос, который не имеет ответа. Правильно обученный врач ответит на него. Врач, у которого нет времени, скажет:

«Один Бог знает». Поэтому я всегда учу родственников задавать этот вопрос таким образом: «Какой самый плохой и лучший прогноз?» или «Какая минимальная и максимальная длительность жизни может быть по статистике таких состояний?».

Как не сойти с ума и поддержать близких

«Когда интересуешься состоянием родителей больного ребенка, они зачастую говорят: «Сейчас речь вообще не о нас». Но если вы не будете о себе заботиться, то у вас не будет сил заботиться о своем ребенке, — говорит Наталья Ривкина. — У меня были пациентки, у которых развивались настоящие посттравматические расстройства — с флешбэками, навязчивыми воспоминаниями, депрессией. Достаточно часто я назначаю лекарственную терапию. Это могут быть мягкие противотревожные препараты. Если подавленность, апатия, нарушения сна, тревога длятся больше двух недель, мы можем назначить и антидепрессанты.

Иногда я настаиваю на том, чтобы люди уехали и отдохнули. Как бы это ни было дико и цинично. Если очевидно, что они сейчас ничего не могут сделать для пациента, их сто процентов не пустят, они не могут принимать никакие решения, повлиять на процесс, то можно отвлечься. Многие люди уверены, что в этот момент они должны горевать. Выйти попить чай с друзьями в кафе — это нарушить всю логику мироздания. Они настолько фиксированы на горе, что отвергают какие-либо ресурсы, которые могли бы поддерживать. Когда речь идет о ребенке, любая мать скажет: «Как я могу себе это позволить?» или «Я буду там сидеть и думать про ребенка». Сидите и думайте. Вы хотя бы это будете делать в кафе, а не в коридоре реанимации.

Очень часто в ситуациях, когда кто-то из родственников в реанимации, люди замыкаются и перестают делиться переживаниями. Они так стараются защитить друг друга, что в какой-то момент друг друга просто теряют. Люди должны говорить открыто. Это очень важный задел на будущее. Особая категория — это дети. К сожалению, очень часто от детей скрывают, что кто-то из родителей находится в реанимации. Такая ситуация очень плохо отражается на их будущем. Доказанный факт: чем позже дети узна-

ют правду, тем выше риск тяжелых постстрессовых расстройств. Если мы хотим защитить ребенка, мы должны говорить с ним. Это должны делать близкие, а не психолог. Но лучше, чтобы они сначала получили профессиональную поддержку. Сообщать нужно в комфортной обстановке. Надо понимать, что дети 4–6 лет гораздо более адекватно относятся к вопросам смерти и умирания, чем взрослые люди. У них в это время есть достаточно четкая философия в отношении того, что такое смерть и умирание. Позднее на это накладывается много разных стигм и мифов, и мы уже по-другому начинаем к этому относиться. Есть еще проблема: взрослые стараются свои эмоции не показывать, а дети чувствуют и переживают этот опыт как отвержение.

Еще важно понимать, что у разных членов семьи разные варианты адаптации к стрессу и разная потребность в поддержке. Мы реагируем так, как мы реагируем. Это очень индивидуальная вещь. Нет одной правильной реакции на такое событие. Есть люди, которым нужно, чтобы их гладили по голове, а есть люди, которые собираются и говорят: «Все будет хорошо». А теперь представьте, что это муж и жена. Жена понимает, что происходит катастрофа, а муж уверен, что нужно сжать зубы и не плакать. В результате, когда жена начинает плакать, он говорит: «Кончай рыдать». И она уверена, что он бездушный. Мы часто видим в семье конфликты, связанные с этим. Женщина в таком случае замыкается, а мужчине кажется, что она просто не хочет бороться. Или наоборот. И очень важно объяснить членам семьи, что всем нужна разная поддержка в такой ситуации, и поощрить их, чтобы они друг другу давали ту поддержку, которая нужна каждому.

Когда люди не позволяют себе плакать и как бы сжимают эмоции, это называется диссоциацией. Мне многие родственники такое описывали: в реанимации они как бы видят себя со стороны, и их ужасает то, что они не испытывают никаких эмоций — ни любви, ни страха, ни нежности. Они, как роботы, делают то, что нужно. И их это пугает. Важно им объяснить, что это абсолютно нормальная реакция. Но нужно помнить, что у этих людей выше риск отсроченных реакций. Ждите, что через 3–4 недели у вас нарушится сон, будут приступы тревоги, может, даже паника».

Где искать информацию

«Я всегда очень советую родственникам и пациентам заходить на официальные сайты клиник, — говорит Наталья Ривкина. — Но если вы говорите по-английски, вам гораздо проще. Например, на сайте Mayo Clinic по всем направлениям есть большие тексты. На русском языке таких текстов очень мало. Я прошу родственников не заходить на русскоязычные форумы пациентов. Иногда там можно получить дезориентирующую информацию, которая не всегда имеет отношение к реальности».

Основную информацию на английском языке о том, что происходит в отделении реанимации, можно найти здесь: nlm.nih.gov, kidshealth.org, aacn.org.

Чего ждать

«В течение нескольких дней после того, как пациент попал в реанимацию, врач скажет, как долго ориентировочно человек пробудет в ОРИТ», — говорит Денис Проценко.

После реанимации, как только отпадет необходимость в интенсивном наблюдении, и пациент сможет самостоятельно дышать, его, скорее всего, переведут в обычное отделение. Если точно известно, что человек пожизненно нуждается в искусственной вентиляции легких (ИВЛ), но в целом помощи реаниматологов он не требует, его могут выписать домой с аппаратом ИВЛ. Купить его получится только за свой счет или за счет благотворителей (у государства денег нет).

По-хорошему, еще в реанимации с пациентом должен работать как минимум физический терапевт (не путать с физиотерапевтами, которые занимаются магнитотерапией, прогреваниями, лечением лазерами и проч.) и эрготерапевт (специалист, помогающий поддержать самостоятельность пациента в обычной жизни). После лечения в отделении реанимации определенно потребуется грамотная реабилитация.

Можно ли отказаться от реанимации

Вопрос трудный, потому что законодательство довольно противоречиво. «У нас в законе не описана процедура отказа именно от реанимации, — говорит Денис Проценко. — Для врача это сложное решение. Внутри Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» есть конфликт. С одной стороны, все, что мы делаем, мы должны делать с согласия человека. С другой — у нас есть наказание за неоказание медпомощи, у нас запрещена эвтаназия».

Если прекратить искусственное поддержание жизни (например, отключить аппарат искусственной вентиляции легких), человек умирает от болезни, а не от действий врача, идет естественный процесс умирания. Однако в российском законодательстве (ст. 45 323-ФЗ) это определяется как эвтаназия. Хотя во всем мире эвтаназией называют гораздо более активные действия для ускорения умирания.

В ст. 66, п. 7 323-ФЗ, сказано: «Реанимационные мероприятия не проводятся при состоянии клинической смерти... на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний...» «Человек с онкологическим заболеванием четвертой стадии может отказаться от реанимации, — поясняет Лида Мониава. — Родители просто пишут расписку, что отказываются от реанимации. Но такая практика чаще всего есть только при онкологических заболеваниях. Вообще очень важно, чтобы у пациента было на руках заключение врачебной комиссии об incurability (в котором подтверждается, что человек неизлечимо болен. — Прим. ред.). Это заключение дает родителям право на многие вещи: не уезжать на скорой, не ложиться в реанимацию. Если ребенок умер дома, это облегчает общение со следственными органами. А они приезжают в любом случае. Но для детей с неонкологическими заболеваниями почему-то очень редко проводят такие врачебные комиссии».

В цивилизованных странах у каждого человека с тяжелым неизлечимым заболеванием есть индивидуальный план, где прописано, что и в каких случаях можно делать, а что нельзя. Например,

там указано, хотел ли он, чтобы врачи использовали аппарат искусственной вентиляции легких или нет. За отклонение от этого плана на врачей могут подать в суд. В России, даже если вы составите такой документ с нотариусом, юридической силы он иметь не будет. «Поэтому, если родители не хотят, чтобы ребенок оказался в реанимации, они не вызывают скорую, — говорит Лида Мониава. — Но психологически это очень тяжело, потому что без медикаментозной поддержки дети сильно страдают. И ты должен стоять и смотреть, как твой ребенок задыхается, синееет, — это невыносимо».

За рубежом, если у человека нет плана для умирания, то решения принимают родственники. Проблема в том, что они не всегда представляют, что последует за их словами «делайте все возможное». Это может лишь продлить мучения больного, но при этом успокоить совесть родных. Поэтому сейчас врачи призывают задуматься о минимальных вмешательствах.

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

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

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

**Вместе — можно. Сборник материалов по организации
совместного пребывания родителей с детьми в отделениях
реанимации и интенсивной терапии**

Составитель — Вартанова К. А., к. ф. н.,
директор Благотворительного фонда «Детский паллиатив»

Подписано в печать 26.05.2016.
Формат 60x90 1/16. Печать цифровая.
Бумага 90 г матовая мелованная. Усл. печ. л. 11,38.
Тираж 1000 экз.

Благотворительный фонд развития
паллиативной помощи «Детский паллиатив»
Адрес: 127422, Москва, ул. Тимирязевская, д. 2/3.
Телефон: +7 (499) 704 37 35.
Сайт: www.rcpcf.ru
E-mail: info@rcpcf.ru

Благотворительный фонд развития паллиативной помощи
«Детский паллиатив» является членом:
Международной сети паллиативной помощи детям
International Children's Palliative Care Network (ICPCN)
Европейской ассоциации паллиативной помощи
European Association of Palliative Care (EAPC)
Российской ассоциации паллиативной медицины
Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи



**ДЕТСКИЙ
ПАЛЛИАТИВ**

благотворительный фонд
развития паллиативной помощи

127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 2/3
тел.: +7 499 704 3735 | info@rcpcf.ru | www.rcpcf.ru