



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Методические рекомендации

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В СТРУКТУРНОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДНАЗНАЧЕННОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, С ЧЛЕНАМИ ЕГО СЕМЬИ ИЛИ ЗАКОННЫМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ

Год утверждения (частота пересмотра): **2022** (пересмотр каждые 3 года)

Профессиональные ассоциации:

Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов»

Утверждены

Президиумом Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов»

10 апреля 2022 года

Оглавление

Ключевые слова	3
Список сокращений.....	3
Термины и определения.....	4
Краткая информация	5
Общие положения	7
Способы осуществления коммуникации	9
Организация обеспечения сеансов коммуникации	11
Особенности коммуникации с детьми в ОАРИТ	13
Объем информации, предоставляемой пациенту, членам его семьи или законным представителям	14
Вопросы защиты персонала, пациента, членов его семьи или законных представителей, а также конфиденциальности информации	16
Критерии оценки качества медицинской помощи	19
Список литературы.....	20
Приложение А1. Состав Рабочей группы	26
Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций.....	28
Приложение А3. Связанные документы	28

Ключевые слова

- общение пациента с родственниками
- дистанционное общение
- технологии дистанционного общения
- реанимация
- интенсивная терапия

Список сокращений

ДО – дистанционное общение

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

СИЗ – средства индивидуальной защиты

УДД – уровень достоверности доказательств

УУР – уровень убедительности рекомендаций

COVID-19 – новая коронавирусная инфекция (COronaVirus Disease 2019)

Термины и определения

Дистанционное общение (ДО) — способ коммуникации пациента или медицинского работника с членами семьи или законными представителями пациента, реализуемый при невозможности очного посещения ими подразделения медицинской организации, предназначенном для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий в стационарных условиях.

Технологии дистанционного общения – совокупность технического и программного обеспечения, которая позволяет реализовать дистанционное общение пациента или медицинского работника членами семьи или законными представителями пациента (общение через средства технической связи, в том числе телефонной, мессенджеры, видеоконференции, прочее).

Члены семьи и законные представители пациента. *Члены семьи* – супруг и близкие родственники, в том числе дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и сестры, внуки, дедушки, бабушки (ч. 3 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; ст. 2, 64 СК РФ, ст. 26, 28 ГК РФ). *Законные представители* - опекун (ст. 32 ГК РФ); попечитель (ст. 33 ГК РФ); органы опеки и попечительства (ст. 123 СК РФ, ст. 7, 8 Федерального закона от 24.04.2008 N 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»; представитель организации, в которых под надзором находятся недееспособные (не полностью дееспособные) граждане (ст. 35 ГК РФ); администрация или медицинский персонал психиатрического стационара (ст. 39 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»); члены семьи собственника жилого помещения (ч. 1 ст. 31 ЖК РФ); руководитель выезжающей группы (Федеральный закон от 15.08.1996 N 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию»); помощник по уходу (Приказ Минтруда России от 30.07.2018 N 507н "Об утверждении профессионального стандарта "Сиделка (помощник по уходу)" (Зарегистрировано в Минюсте России 14.08.2018 N 51879).

Посетитель - лицо, из числа членов семьи или законных представителей, навестивший пациента и получивший информацию об оказываемой пациенту медицинской помощи.

Краткая информация

Посещение пациента членами его семьи или его законными представителями в ОАРИТ является одним из основных условий выздоровления, поскольку оно способствует поддержанию социального комфорта при наличии сознания и их вовлечению в процесс ухода за пациентом.

Общение между медицинскими работниками и членами семьи или законными представителями пациента, находящегося в тяжёлом или крайне тяжёлом состоянии, остается крайне важным обстоятельством при объективной невозможности их личного посещения. Члены семьи, законные представители сообщают, что нарушенные связи с близким им человеком вызывают глубокие страдания, которые могут повлиять на восприятие процесса «умирания» (обеспечение «смерти с достоинством») и осознание горечи утраты. Необходимы инновационные стратегии для сохранения и поддержания общения между пациентом, членами его семьи или законными представителями, а также последних с медицинскими работниками, несмотря на ограничения посещений, связанные с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой или иными факторами [1].

Коммуникация является ключевым компонентом паллиативной помощи, как из-за преимуществ, которые успешная коммуникация приносит пациентам, членам его семьи и законным представителям, медицинским работникам системы здравоохранения, так и вследствие её важной роли в отношениях между врачом и пациентом [2].

Для пациентов и членов их семей это связано с улучшением отношений в процессе лечения, пониманием, доступом к помощи, соблюдением лечебного режима, качеством жизни и повышением удовлетворенности лечением. Неадекватная коммуникация приводит к более частому использованию инвазивной помощи, снижению качества жизни пациента и худшим последствиям тяжелой утраты для членов его семьи и законных представителей. Помимо этого, неудовлетворительная коммуникация способствует развитию синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников [3-8].

Имеются данные, свидетельствующие о том, что общение пациентов, находящихся в ОАРИТ, с членами их семьи и законными представителями, позитивно сказывается на психологическом состоянии пациентов, уменьшает психоэмоциональный стресс, улучшает понимание родственниками вопросов оказания медицинской помощи [9]. Отсутствие очного общения и личного получения данных о состоянии пациентов приводит к нарушению коммуникации и даже может повысить летальность [10, 11]. Введение стандартизированных протоколов встреч с членами семьи и законными

представителями может сыграть позитивную роль в улучшении качества ухода в ОАРИТ [12].

Пандемия COVID-19 потребовала введения строгих ограничений для посетителей в ОАРИТ по всему миру, что создало проблемы в поддержании связи членов семьи с пациентами и медицинским персоналом [13]. Эти ограничения вызвали особую обеспокоенность, так как широко известно, что семья играет важную роль в выздоровлении пациента, находящегося в критическом состоянии. Во всем мире врачи, особенно специалисты по интенсивной терапии, призывают к решениям, позволяющим наладить коммуникацию между членами семьи и тяжелобольными пациентами, а также с медицинскими работниками [14, 15].

Ограничения на посещение часто задавали тон и обеспечивали контекст последующего восприятия общения пациента с медицинскими работниками. Например, 27% членов семьи сообщили, что им не разрешили увидеться с умирающим пациентом. Они связывали с тем, что их не пускали к пациенту, с восприятием разрыва родственных связей, ухода за умирающим пациентом и опасениями, что близкий им человек, в итоге, умрет в одиночестве. И наоборот, представления о том, что пациентам обеспечивается наилучший уход, несмотря на ограничения посещений во время пандемии COVID-19, также были распространены. В этих случаях позитивные взгляды членов семьи на уход за пациентом в контексте пандемии COVID-19 позже повлияли на восприятие качества связи. Например, «Было трудно общаться с ним при таких обстоятельствах», — сообщил член семьи, — «но я это понимал». [1].

Основополагающим принципом гуманного общения с пациентом в ОАРИТ является соблюдение этических и деонтологических норм [16].

Особые условия работы ОАРИТ (а также нахождение пациента под воздействием седативных средств, изменение уровня его сознания) не должны быть оправданием несоблюдения этических норм, так как в ряде случаев оно приводит к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Наиболее травмирующими факторами нахождения в ОАРИТ считаются:

- обращение к пациенту с использованием «порядкового номера» (номера кровати) или диагноза;
- разговоры медицинского персонала о пациенте в третьем лице, не обращённые конкретно к нему;
- огорчительные, пренебрежительные или оскорбительные замечания, включая насмешки над пациентами, обвинение их в собственной болезни или в отпавлении естественных потребностей;

- несоблюдение режима сна и бодрствования.

Согласно опросу пациентов ОАРИТ, наибольшее негативное влияние на их эмоциональный фон оказывало отсутствие возможности общения с членами семьи. В свою очередь, члены семьи пациента также сообщают о том, что испытывают чувство вины, депрессию и тревогу, когда не могут находиться рядом с близким для них человеком.

Присутствие членов семьи пациента в ОАРИТ создаёт субъективное ощущение защиты у пациентов, является связующим звеном с жизнью и личностью пациента за пределами медицинской организации и незаменимым источником поддержки. Разрешённые посещения и присутствие членов семьи уменьшают беспокойство пациента и продолжительность пребывания в ОАРИТ. [17-21].

Общие положения

Основными нормативными правовыми актами, которыми регулируются отношения общения пациента или медицинских работников с членами его семьи или законными представителями, являются:

- «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993 г с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 г).
- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ.
- Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ.
- Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 11.06.2021) "О защите прав потребителей"
- Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006 г №152-ФЗ.

В главе 2 Конституции РФ «Права и свободы человека и гражданина» гражданину гарантируется право на тайну переписки, телефонных переговоров, почтовых, телеграфных и иных сообщений. Ограничение этого права допускается только на основании судебного решения (статья 23 пункт 2) Сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются (статья 24 пункт 1). Каждый имеет право свободно искать, получать, передавать, производить и распространять информацию любым законным способом. Перечень сведений, составляющих государственную тайну, определяется федеральным законом (статья 29 пункт 4).

Однако, при нахождении пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии всегда возникали ограничительные меры пользования пациента техническими средствами,

в том числе мобильной связью. Это было связано с возможным влиянием электромагнитных волн на медицинское оборудование, используемое в реанимационном отделении, занесение с телефоном дополнительной инфекции в реанимацию, высокий риск видео- и аудио- фиксации без согласия других пациентов (порой ведущих себя неадекватно), а также действий медицинского персонала (порой оказывающих шокирующее действие на обывателя. Например, сердечно-легочная реанимация, выполнение инвазивных процедур, интубации трахеи и др.) и передача посредством Интернета этого материала другим лицам.

Пандемия COVID-19, в связи с высокой контагиозностью заболевания, обусловила необходимость внесения рекомендаций по вопросу общения пациента или медицинских работников с членами его семьи или законными представителями, в том числе о предоставлении им информации о состоянии здоровья пациента членам его семьи или законным представителям. Нередко указанные лица отмечали невозможность встретиться и/или дозвониться до лечащего врача или заведующего отделением, работающих в красной зоне, и получить информацию о состоянии здоровья пациента. Следует заметить, что медицинский работник при общении через средства технической связи (телефонная или иная связь) не может идентифицировать личность лица, запрашивающего информацию о состоянии здоровья пациента, в связи с чем работник должен удостовериться в знании таким лицом фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения, в целях исключения распространения информации, составляющих врачебную тайну о пациенте.

Таким образом, для очного или дистанционного общения пациента или медицинского работника с членами его семьи или законными представителями необходимо наличие следующих обстоятельств:

- Факт нахождения пациента в структурном подразделении медицинской организации.
- Согласие пациента на общение с членами его семьи или законными представителями, передачу им сведений, составляющих врачебную тайну о нем .
- Разрешение руководителя структурного подразделения медицинской организации, в которой пациенту оказывается медицинская помощь в стационарных условиях, дежурного врача или ответственного лица на посещение пациента.
- Разрешение руководителя структурного подразделения медицинской организации, в которой пациенту оказывается медицинская помощь в стационарных условиях, дежурного врача или ответственного лица, на предоставление членам семьи пациента или законным представителям, информации о состоянии его здоровья, если пациент

не может ее предоставить самостоятельно при причине заболевания и прохождения лечения.

- Имеется санитарная и техническая возможность передачи информации о состоянии здоровья пациента, в том числе стационарной или удаленной (сотовой) связи

Дети и взрослые, являющиеся пациентами ОАРИТ, после посещения членами семьи в определённых случаях могут менять эмоциональный настрой и поведение не в лучшую сторону, и до следующего посещения находиться в тревожном состоянии, порой меняя своё волеизъявление.

Рекомендация 1. С целью предупреждения психоэмоционального стресса и снижения уровня тревоги у пациентов, находящихся в ОАРИТ, рекомендуется обеспечить их общение с членами семьи в соответствии с принятыми текущими правилами ограничения посещений в каждом учреждении [9].

Комментарии. Было показано, что участие членов семьи оказывает положительное влияние на пациентов ОАРИТ, уменьшая тревогу, расстройства сознания, возбуждение и бред [22-24].

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что изоляция членов семьи от пациента может негативно повлиять не только на чувство безопасности пациента, но и на окончательный результат [25].

Анализ 12 качественных интервью, проведенных с медсестрами, работавшими с пациентами с COVID-19 в зонах неотложной помощи и/или ОАРИТ, показал наличие ограничений в общении, которые были вызваны барьерами, связанными с использованием СИЗ, и первоначальным страхом заражения. На уход, оказываемый лицам с нарушениями слуха, негативно повлияло использование индивидуальных средств защиты органов дыхания (масок и др.) [26].

Ограничения на посещения, введенные во время пандемии COVID-19, имели ряд негативных последствий для пациентов, членов их семей и социальных внутрисемейных отношений, несмотря на использование технических решений (телефон, видеосвязь) при невозможности физических посещений [27].

Способы осуществления коммуникации

Медицинскому персоналу необходима определённая информация о состоянии здоровья пациента для ее передачи членам семьи или законным представителям, поэтому следует организовать: обучение медицинского персонала, информационные сессии об их общении с членами семьи пациента, документирование вариантов общения (карточки,

брошюры; информационно-коммуникационные технологии, смс-оповещение, телефонное общение или их комбинации).

Рекомендация 2. Рекомендуется рассмотреть возможность обеспечения нескольких альтернативных способов коммуникации членов семьи пациента с медицинской организацией с целью улучшения понимания вопросов оказания медицинской помощи (например, веб-сайт; подписка на электронные сообщения; портал для семей, где можно задать вопросы или подать апелляцию на режим ограничения посещений) [28].

Комментарии. Медицинской организации рекомендуется размещать информацию о правилах организации дистанционного общения с пациентом на своем официальном сайте и в общедоступных местах внутри самой организации. При этом назначаются работники, ответственные за организацию и проведение сеансов дистанционного общения [29].

Также рекомендуется заблаговременно информировать пациента, членов его семьи или законных представителей о том, что сеанс дистанционного общения может быть в любой момент экстренно прерван по инициативе лечащего или дежурного врача, в связи с проведением экстренных мероприятий и/или инвазивных манипуляций (поступление нового пациента в тяжёлом состоянии, интубация трахеи, катетеризация сосудов, перевязка, сердечно-легочная реанимация и т.д.).

Регламент и правила осуществления дистанционного взаимодействия, в том числе порядок использования оборудования, его выдачи (в случае, если оборудование предоставляется медицинской организацией), хранения (если оборудование предоставлено пациентом или родственниками), рекомендации по разработке расписания взаимодействия с учетом времени проведения обходов, медицинских вмешательств, иных лечебных и диагностических мероприятий, а также правила использования средства коммуникации (исключение попадания в поле зрения камеры других пациентов), должны быть разработаны с учётом мощностей, возможностей и специфики каждого конкретного лечебного учреждения в виде стандартной операционной процедуры (СОП). При этом, для случаев, когда состояние пациента не позволяет ему самостоятельно осуществлять ввод данных и (или) позволяет взаимодействовать только с использованием мимики/жестов, следует представить рекомендации по порядку привлечения ассистента для пациента, а также определить порядок расчета потребности в ассистентах и источники финансирования оплаты их труда.

Рекомендация 3. Рекомендуется рассмотреть возможность организации видеоконференцсвязи между пациентом ОАРИТ и членами его семьи или законными представителям [28].

Рекомендация 4. Рекомендуется рассмотреть возможность визуального общения с родственниками пациентов на ИВЛ, находящихся в сознании с невозможностью или ограничениями голосовой связи, посредством специализированных приложений с возможностью выражения эмоций или решений при помощи простых пиктограмм [30].

Комментарии. Для коммуникации с пациентами ОАРИТ медицинский персонал может использовать элементарные средства коммуникации (магнитную азбуку, маркерную доску, планшет для бумаги и т.д.); для обеспечения дистанционного общения с членами семьи или законными представителями — современные технические средства. Такие средства предлагают новые возможности для общения, снимая проблемы расстояния, времени посещения или распространения болезней, и во многих отношениях могут рассматриваться как «новая нормальность» и после окончания пандемии. [27, 31].

Особую проблему составляет контакт членов семьи или законных представителей с находящими в сознании пациентами ОАРИТ на инвазивной ИВЛ. Изучение методом частично структурированного интервью с посетителями пациентов результатов применения специального приложения для планшетных компьютеров для связи между пациентами и их посетителями, основанного на крупных иконках-пиктограммах, продемонстрировало чувство облегчения, снижение психологического дистресса и фрустрации в семьях, но в то же время – в ряде случаев – погружение близких в переживаемые пациентом тревогу, дискомфорт и стресс. [30].

Организация обеспечения сеансов коммуникации

Рекомендация 5. Рекомендуется разработать локальные протоколы, регламентирующие поддержание связи пациента с родственниками, с учётом мощностей, возможностей и специфики конкретного лечебного учреждения [32].

Комментарии. Azoulay [32] предлагает стратегию из пяти пунктов, направленную на поддержание и улучшение связи с членами семьи или законными представителями тяжелобольных пациентов с COVID-19:

1) Обеспечить возможность посещения пациента членом семьи или законным представителем – пусть это будет один и тот же родственник, риск для которого минимален (возраст, сопутствующие заболевания и т.д.), который также сможет быстрее обучиться мерам индивидуальной защиты и выполнять их.

2) *Практиковать стандартизированное регулярное письменное информирование указанных лиц о динамике состояния пациента (e-mail, мессенджеры и т.д.). Содержание и регулярность таких сообщений могут быть обсуждены при первой встрече (или при первом звонке) между медперсоналом и членом семьи или законным представителем пациента.*

3) *Если позволяет состояние пациента, планировать прямые телефонные звонки между пациентом и членом семьи или законным представителем, чтобы поддерживать непрерывность общения. При невозможности пациента общаться ввиду тяжести состояния, на звонки таких лиц может отвечать специально выделенный для этого медицинский работник, профессионал или волонтер, не участвующий непосредственно в лечебных мероприятиях. Помимо таких звонков, у члена семьи или законного представителя пациента должна быть возможность один раз в день провести разговор с лечащим врачом для получения основной информации. Более подробная информация может быть предоставлена при личной встрече с врачом, или при посещении пациента. Пациенты в сознании могут использовать средства связи (смартфоны, планшеты) для периодических видеозвонков.*

4) *Искать пути улучшения связи пациента с членами семьи или законными представителями (семейные видеоконференции через Интернет, дневники, рисунки, текстовые сообщения).*

5) *При терминальных состояниях и крайне высоком риске внезапного летального исхода, не рекомендуется лишать возможности членов семьи или законного представителя пациента прощания с ним. Это может быть как общение по видео, так и личное посещение; в последнем случае члену семьи или законному представителю рекомендовать оставаться в палате как можно дольше, насколько это возможно. Тем не менее, безопасность таких лиц также важна, в связи с чем рекомендовать медицинским работникам разъяснить им правильное использование средств индивидуальной защиты.*

Использование телекоммуникационных систем является основным режимом, используемым для связи с членами семьи или законными представителями [33-38]. Во многих случаях используются телефонные звонки [10, 37-41], хотя видеосвязь является наиболее рекомендуемой и используемой системой при её доступности. Видеоконференции используются для связи членами семьи или законными представителями, для контакта с медицинским персоналом вне занятости данного персонала обходами и для прояснения сомнений других видов связи [36, 42, 43].

Преимущества видеосвязи включают возможность визуализации пациента и медицинского персонала, а также их невербального общения [44].

Рекомендация 6. При невозможности посещения пациента лично членами его семьи или законными представителями в ОАРИТ, рекомендуется обеспечить возможность общения с помощью любой из доступных дистанционных технологий [45].

Эффективная удаленная коммуникация с пациентом и медицинским персоналом была ассоциирована со значительным повышением оценки общего опыта ухода за умирающим членами его семьи, уже потерявшими близких [45]. Ersek и соавторы приводят данные, которые позволяют своевременно понять важность стратегий удаленного общения. Скорректированное отношение шансов (СОШ) показало, что дистанционная связь была весьма эффективной. Семьи, которые сообщили, что общение с членами семьи или законным представителем было очень эффективным, почти в два раза чаще сообщали об отличной общей оценке дистанционной связи по сравнению с таковыми, которые не были вовлечены в дистанционное общение (AOR: 1,89; 95% ДИ: 1,08–3,29) [46].

Рекомендуется прикладывать усилия для обеспечения частого обновления информации о состоянии здоровья пациента членам его семьи или законным представителям и обеспечить им возможность задавать вопросы. [28].

Особенности коммуникации с детьми в ОАРИТ

Рекомендация 7. Для коммуникации родителей с новорождёнными детьми рекомендуется организовать аудиовидеосвязь или видеонаблюдение для визуализации ребенка [47, 48].

Комментарии. При изучении следующих трёх аспектов: 1) ощущения и чувства членов семьи или законных представителей во время виртуальной связи с ребёнком, 2) барьеры, проблемы и сомнения связанные с применением видеосвязи, 3) возможности для развития и улучшения видео-конференц-связи с пациентом ОАРИТ во время пандемии COVID-19, выяснилось, что применение видеосвязи вызывает ощущения чувства счастья, радости, благодарности, облегчения и сопричастности к ребёнку, временно оставшемуся без связи с близкими. [49].

Родители, дети которых госпитализированы в ОАРИТ, испытывают значительные негативные изменения в жизни и тревогу [50, 51]. Частота посттравматического стрессового расстройства у родителей составляет 21%, при этом общение с врачами является важной стратегией, улучшающей исход [52] По мере того, как педиатры

отстаивают концепцию семейно-ориентированной помощи, растет объём данных, связывающих участие семьи в ежедневных обходах в рамках внутреннего расписания лечебного учреждения и ОАРИТ с повышением удовлетворенности родителей и уменьшением стресса [53-55].

В рекомендациях Общества медицины критических состояний от 2017 г. по оказанию семейно-ориентированной помощи в неонатальных, педиатрических и взрослых ОАРИТ рекомендуется, чтобы «членам семей критически больных пациентов была предложена возможность участия в междисциплинарных обходах для повышения удовлетворенности общением и увеличения вовлеченности семьи» [56].

Родители, которые пережили смерть ребенка в ОАРИТ, считают основными приоритетами честную и полную информацию, свободный доступ к общению с персоналом, коммуникацию и координацию ухода за умирающим ребёнком [57].

Однако, при использовании удаленного общения существует проблема прерванных соединений, зависших экранов и плохого звука, т.е. некачественной работы технических средств, что может вызывать стресс и негативную реакцию у пациента и его родственников [58].

Использование информационно-коммуникационных технологий для оказания помощи детям столь же эффективно, а в ряде случаев — даже превосходит личное присутствие во время лечения (метаанализ 11 исследований) [59].

Для коммуникации членов семьи с новорожденным ребёнком в ОАРИТ используют веб-камеры, устройства для видеоконференций или веб-приложения в соответствии с регламентом и правилами лечебного учреждения, подготовленными на основе данных МР [60, 61].

Применение веб-общения с новорожденными детьми уменьшает количество звонков членов его семьи или законных представителей в реанимацию [62, 63].

Объем информации, предоставляемой пациенту, членам его семьи или законным представителям

Рекомендация 8. При общении с членами семьи или законными представителями пациента, медицинскому персоналу рекомендуется проявлять уважение и эмпатию, разъясняя, что врач не имеет права разглашать информацию о состоянии пациента без согласия пациента [64].

Рекомендация 9. При неблагоприятном прогнозе исхода медицинской помощи лечащему врачу рекомендуется провести беседу с членом семьи или законным

представителем пациента, а также быть готовым к повторной беседе после летального исхода [65].

Комментарии. Превентивная беседа с членами семьи или законными представителями в ожидании неблагоприятного исхода, а также возможность беседы с врачом после смерти пациента поможет уменьшить неблагоприятный эмоциональный фон и избежать потенциальных жалоб.

При общении с членами семьи пациента и его законными представителями рекомендуется информировать их о принятии важных клинических решений, развитии осложнений или о возможном неблагоприятном исходе [64].

Рекомендация 10. Рекомендуется удостовериться в том, что члены семьи или законные представителя пациента правильно понимают предоставляемую им информацию о состоянии его здоровья [66] (УДД - 5, УУР - С).

Комментарии. При разговоре с членами семьи пациента или его законными представителями следует использовать максимально понятные термины, предоставлять возможность задавать открытые вопросы (исключающие ответы «да-нет»), помочь верно интерпретировать полученные ответы. Могут возникнуть затруднения с точной передачей клинического состояния пациента и уместностью помощи от членов семьи или законных представителей. Очень важно, чтобы такие лица понимали, что сделан правильный выбор способов лечения [28].

Члены семьи или законные представители часто неверно истолковывают статистические данные, более того статистика не может предсказать прогноз в отдельно взятом случае. Информацию о прогнозе заболевания необходимо предоставлять с момента поступления пациента в ОАРИТ, начиная с предварительного упоминания возможности летального исхода. По мере развития клинической ситуации, необходим более подробный прогноз с возможными вариантами развития событий [67]. Кроме того, следует иметь в виду, что со стороны указанных лиц возможно извращённое понимание ситуации (большинство процедур и манипуляций для неподготовленного посетителя выглядят жестокими).

Рекомендация 11. Для получения объективной информации о состоянии здоровья пациента рекомендуется определить контактное лицо в ОАРИТ, а также выделить фиксированное время для аудио- и/или видеосвязи [44, 45].

Комментарии. При общении через средства технической связи рекомендовать медицинским работникам разъяснение ими того, что информацию о состоянии здоровья пациента членами семьи или законными представителями могут давать только

назначенные специалисты, а не медицинские работники ОАРИТ, которые непосредственно оказывают медицинскую помощь.

Члены семьи или законные представители часто сообщали о следующих двух характеристиках, которые считались репрезентативными в отношении высококачественного общения с медицинскими работниками во время ограниченного посещения:

1) свободный доступ к медицинским работникам, которым можно задать вопросы об уходе за пациентом и сообщить о проблемах;

2) информирование о решениях в отношении ведения пациента.

Например, член семьи заявил: «Он не мог говорить. Представители медицинского персонала звонили мне не каждый день». И наоборот, характеристики некачественной связи включали недоступность или труднодоступность персонала, отсутствие информации о состоянии здоровья пациента и восприятие того, что у членов семьи не поинтересовались о предпочтениях в отношении медицинских процедур или лечения. Нередко отсутствие общения с персоналом приводило к страху и тревоге со стороны членов семьи: «Я звонил, чтобы узнать последние новости, и довольно часто медсестра не отвечала на мои звонки. Тогда я был в ужасе», а также восприятию некачественности помощи умирающему пациенту: «Они не дали ему шанса на бой. Они не задавали мне вопросов» [1].

Пациенты испытывали изоляцию, одиночество или снижение взаимодействия и связи с медицинскими работниками (например, медработник посещал пациентов только тогда, когда это было необходимо с медицинской точки зрения, часто общаясь только через устройства внутренней связи) [27, 28].

Медицинским работникам было сложно сообщить членам семьи пациента или его законным представителям о быстро меняющейся политике посещения пациентов, особенно когда изменения в правилах посещения происходили по выходным, по вечерам или в пятницу, в конце дня [28].

Вопросы защиты персонала, пациента, членов его семьи или законных представителей, а также конфиденциальности информации

Эмоциональная депривация пациентов ОАРИТ, в том числе связанная с невозможностью контактировать с членами семьи или законными представителями, упоминается в числе многочисленных факторов профессионального выгорания

медицинских работников. Хорошо налаженные коммуникативные навыки являются основополагающими для предотвращения синдрома выгорания [68-72].

Также отрицательное психосоциальное воздействие на медицинских работников оказывает моральный дистресс (например, препятствия для посещения членами семьи, смерть пациента в одиночестве) и беспокойства вследствие постоянно меняющихся правил посещения [28].

Рекомендация 12. Медицинским работникам при проявлении агрессии со стороны членов семьи пациента или его законных представителей рекомендуется выявить и понять причины такой агрессии, продолжать общение с осознанием права таких лиц знать информацию о состоянии здоровья пациента и проявлять эмпатию. Кроме того, медицинским работникам в такой ситуации необходимо информировать руководство отделения, стационара, а при угрозе жизни и здоровью – службу охраны [64].

Рекомендация 13. Рекомендуется совершенствовать коммуникативные навыки медицинских работников (с помощью курсов коммуникации, мастер-классов, тренингов) для корректного и продуктивного общения с членами семьи или законными представителями, в целях снижения уровня депрессии пациента [73-77].

Рекомендация 14. При использовании для связи пациента с членами семьи или законными представителями личных телефонов, принадлежащих медицинским работникам, не рекомендуется предоставлять указанным лицам номера телефонов медицинских работников (использовать вызов со стороны пациента с функцией маскировки номера) [30].

Комментарии. При предоставлении членам семьи пациента или его законным представителям информации о состоянии его здоровья рекомендуется излагать информацию в доступной форме, избегая медицинских терминов и сокращений.

По данным Piscitello и соавторов [10], у пациентов ОАРИТ с тяжёлым течением COVID-19 превалировало общение по телефону. Среднее количество бесед на одного пациента составляет 9,1 случаев. Среднее время с момента поступления в ОАРИТ до первого разговора составило 11,4 дня. При необходимости обсуждались, в том числе, вопросы паллиативной помощи.

Видеозвонок: медицинским работникам рекомендуется разъяснять, что с одной стороны, пациентам и членам его семьи или законным представителям желательно понимать, что время такой формы общения ограничено, и его важно использовать максимально эффективно. Такую форму общения не рекомендуется использовать, когда на «заднем фоне» происходит что-либо внештатное или экстренное (приём нового

тяжёлого пациента, СЛР и т.д.). Даже уровень шума сам по себе может оказать на членов семьи или законных представителей пациента тяжёлое психологическое воздействие [78].

Реализация дистанционных коммуникаций может создать опасность для жизни пациента – случайное нарушение работы жизнеобеспечивающей аппаратуры вследствие работы технических устройств.

Сбои в коммуникации являются основной причиной непреднамеренного вреда пациенту [79].

Во многих медицинских организациях установлены телекоммуникационные системы с возможностью осуществления видеовызовов, но обычно они используются для удаленного участия специалистов, а не для связи с членами семьи или законными представителями. Для обеспечения удобной и безопасной коммуникации медицинским работникам рекомендуется быть уверенным в том, что они могут легко и надежно управлять основными функциями видеозвонка, в частности начинать и прекращать звонок, а также быстро включать и выключать камеру и звук. Медицинским работникам рекомендуется устанавливать личности пациента, членов его семьи или законных представителей в их общении или общении с ними и предоставлять общение только при возможности обеспечения конфиденциальности для других пациентов [31, 80-86].

Электронные приложения для видеоконференций в онлайн-режиме могут дополнить традиционную практику очного осмотра пациентов и их перевода в ОАРИТ во время вспышек инфекционных заболеваний. Для оптимизации удобства пользователей рекомендуется поощрять использование потокового видео и уделять больше внимания обучению [31].

Rose и соавторы [77] предлагает рассмотреть возможность контакта членов семьи или законных представителей с пациентом с использованием удаленных средств электронной видео и/или аудио связи (виртуальное посещение) при наличии технической возможности и с соблюдением принципов защиты информации о состоянии здоровья пациента.

Важно отметить, что к типичным отмеченным преимуществам виртуального посещения относятся снижение психологического дистресса пациента, повышение моральной мотивации медицинских работников и реориентация пациентов с признаками делирия. При обеспечении виртуального посещения рекомендуется учитывать следующие обстоятельства:

- *Состояние здоровья пациента и сценарий, в котором планируется общение (стабильное состояние, ухудшение состояния, переход к паллиативной терапии (end-of-life), состояние здоровья перед переводом на инвазивную ИВЛ и так далее.*
- *Присутствие сознания, проведение седации, общее психическое и психологическое состояние пациента, вероятность искажения информации о состоянии здоровья пациента. Медицинским работникам рекомендуется при первичном общении с пациентом узнать его желание / нежелание общения с членами его семьи или законных представителей и письменной фиксации в медицинской документации.*
- *Исключения случаев передачи информации о состоянии здоровья других пациентов, что особенно актуально при нахождении нескольких пациентов в одной палате.*
- *Наличие выделенных технических средств и программного обеспечения для обеспечения аудио- и видеосвязи. Такая форма связи рекомендуется к использованию в одном направлении (от пациента к членам семьи или законным представителям) с исключением одновременного общения на таком техническом устройстве других лиц.*
- *Возможности выделения и обучения лиц медицинской организации для обеспечения, сопровождения и модерации виртуальных посещений.*

Типичные проблемы при проведении виртуального посещения включают:

- *Гетерогенность используемых программных средств для аудио и видеосвязи, качества сигнала в месте связи (Wi-Fi, 4G и проч.).*
- *Сохранение секретности, шифрование передаваемых данных.*
- *Высокая нагрузка на персонал с невозможностью обеспечения виртуального посещения вследствие нехватки времени.*
- *Умение пациента, членов его семьи или законных представителей использовать средства удаленной технической связи.*

Критерии оценки качества медицинской помощи.

№	Критерии качества	Да	Нет
1	При возможности выразить волю пациент определил круг лиц из членов семьи или законных представителей для общения и объем разглашаемой информации о состоянии своего здоровья		

2	Медицинский работник при общении с членами семьи или законными представителями пациента проявил уважение и разъяснил, что не имеет права разглашать информацию без согласия пациента		
3	При неблагоприятном прогнозе лечащий врач провел беседу с членами его или законными представителями и проявил готовность к повторной беседе после летального исхода		
4	При невозможности очного общения пациента с членами семьи или законными представителями организовано дистанционное общение при технической возможности и соблюдении санитарно-эпидемиологических требований		
5	Для коммуникации родителей с новорожденными детьми организована аудиовидеосвязь или видеонаблюдение для визуализации ребенка		
6	Для получения объективной информации о состоянии здоровья пациента определено контактное лицо в ОАРИТ, а также фиксированное время аудио- и/или видеосвязи		
7	Разработаны локальные протоколы, регламентирующие поддержание связи пациента с родственниками, с учётом мощностей, возможностей и специфики конкретного лечебного учреждения		

Список литературы

1. Feder S, Smith D, Griffin H, et al. "Why Couldn't I Go in To See Him?" Bereaved Families' Perceptions of End-of-Life Communication During COVID-19. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(3):587-592. doi:10.1111/jgs.16993
2. Caulfield A, Plymoth A, Nartey YA, Mölsted-Alvesson H. The 6-star doctor? Physicians' communication of poor prognosis to patients and their families in Cape Coast, Ghana. *BMJ Glob Health.* 2020;5(6):e002334. doi:10.1136/bmjgh-2020-002334
3. Tulskey JA, Beach MC, Butow PN, et al. A Research Agenda for Communication Between Health Care Professionals and Patients Living With Serious Illness. *JAMA Intern Med.* 2017;177(9):1361-1366. doi:10.1001/jamainternmed.2017.2005
4. Heyland DK, Allan DE, Rucker G, et al. Discussing prognosis with patients and their families near the end of life: impact on satisfaction with end-of-life care. *Open Med.* 2009;3(2):e101-e110. Published 2009 Jun 16.
5. Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA.* 2008;300(14):1665-1673. doi:10.1001/jama.300.14.1665
6. Robinson TM, Alexander SC, Hays M, et al. Patient-oncologist communication in advanced cancer: predictors of patient perception of prognosis. *Support Care Cancer.* 2008;16(9):1049-1057. doi:10.1007/s00520-007-0372-2
7. Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med.* 2002;346(14):1061-1066. doi:10.1056/NEJMsa012528
8. Bennardi M, Diviani N, Gamondi C, et al. Palliative care utilization in oncology and hemato-oncology: a systematic review of cognitive barriers and facilitators from the

- perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):47. Published 2020 Apr 13. doi:10.1186/s12904-020-00556-7
9. Scheunemann LP, McDevitt M, Carson SS, Hanson LC. Randomized, controlled trials of interventions to improve communication in intensive care: a systematic review. *Chest*. 2011;139(3):543-554. doi:10.1378/chest.10-0595
 10. Piscitello GM, Fukushima CM, Saulitis AK, et al. Family Meetings in the Intensive Care Unit During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021;38(3):305-312. doi:10.1177/1049909120973431
 11. Barnes-Daly MA, Phillips G, Ely EW. Improving Hospital Survival and Reducing Brain Dysfunction at Seven California Community Hospitals: Implementing PAD Guidelines Via the ABCDEF Bundle in 6,064 Patients. *Crit Care Med*. 2017;45(2):171-178. doi:10.1097/CCM.0000000000002149
 12. Piscitello GM, Parham WM 3rd, Huber MT, Siegler M, Parker WF. The Timing of Family Meetings in the Medical Intensive Care Unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019;36(12):1049-1056. doi:10.1177/1049909119843133
 13. Conroy I, Murray A, Kirrane F, Cullen L, Anglim P, O'Keeffe D. Key requirements of a video-call system in a critical care department as discovered during the rapid development of a solution to address COVID-19 visitor restrictions. *JAMIA Open*. 2021;4(4):ooab091. Published 2021 Nov 17. doi:10.1093/jamiaopen/ooab091
 14. Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not Dying Alone - Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;382(24):e88. doi:10.1056/NEJMp2007781
 15. Radbruch L, Knauth FM, de Lima L, de Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *Lancet*. 2020;395(10235):1467-1469. doi:10.1016/S0140-6736(20)30964-8
 16. Basile MJ, Rubin E, Wilson ME, et al. Humanizing the ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers, and ICU Staff. *Crit Care Explor*. 2021;3(6):e0463. Published 2021 Jun 15. doi:10.1097/CCE.0000000000000463
 17. Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement. *Crit Care Med*. 2007;35(2):497-501. doi:10.1097/01.CCM.0000254338.87182.AC
 18. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 2013;368(11):1008-1018. doi:10.1056/NEJMoa1203366
 19. Chapman DK, Collingridge DS, Mitchell LA, et al. Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*. 2016;25(1):46-50. doi:10.4037/ajcc2016789
 20. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation*. 2006;113(7):946-952. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537
 21. Wilson ME. Saving a Death When We Cannot Save a Life in the Intensive Care Unit. *JAMA Intern Med*. 2018;178(6):751-752. doi:10.1001/jamainternmed.2018.1198
 22. Volland J, Fisher A, Drexler D. Delirium and Dementia in the Intensive Care Unit: Increasing Awareness for Decreasing Risk, Improving Outcomes, and Family Engagement. *Dimens Crit Care Nurs*. 2015;34(5):259-264. doi:10.1097/DCC.0000000000000133
 23. Ely EW. The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. *Crit Care Med*. 2017;45(2):321-330. doi:10.1097/CCM.0000000000002175
 24. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin*. 2017;33(2):225-243. doi:10.1016/j.ccc.2016.12.005
 25. Giannini A. The "open" ICU: not just a question of time. *Minerva Anesthesiol*. 2010;76(2):89-90.

26. Díaz-Agea JL, Orcajada-Muñoz I, Leal-Costa C, Adánez-Martínez MG, De Souza Oliveira AC, Rojo-Rojo A. How Did the Pandemic Affect Communication in Clinical Settings? A Qualitative Study with Critical and Emergency Care Nurses. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(2):373. Published 2022 Feb 14. doi:10.3390/healthcare10020373
27. Hugelius K, Harada N, Marutani M. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2021;121:104000. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.104000
28. Fiest KM, Krewulak KD, Makuk K, et al. A Modified Delphi Process to Prioritize Experiences and Guidance Related to ICU Restricted Visitation Policies During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Crit Care Explor*. 2021;3(10):e0562. Published 2021 Oct 25. doi:10.1097/CCE.0000000000000562
29. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.08.2020 № 869н «Об утверждении общих требований к организации посещения пациента родственниками и иными членами семьи или законными представителями пациента в медицинской организации, в том числе в ее структурных подразделениях, предназначенных для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях».
30. Shin JW, Happ MB, Tate JA. VidaTalk™ patient communication application "opened up" communication between nonvocal ICU patients and their family. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;66:103075. doi:10.1016/j.iccn.2021.103075
31. Temsah MH, Abouammoh N, Ashry A, et al. Virtual Handover of Patients in the Pediatric Intensive Care Unit During the Covid-19 Crisis. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:1571-1581. Published 2021 Jun 25. doi:10.2147/JMDH.S310028
32. Azoulay E, Kentish-Barnes N. A 5-point strategy for improved connection with relatives of critically ill patients with COVID-19. *Lancet Respir Med*. 2020;8(6):e52. doi:10.1016/S2213-2600(20)30223-X
33. Fernández-Martínez E, Mapango EA, Martínez-Fernández MC, Valle-Barrio V. Family-centred care of patients admitted to the intensive care unit in times of COVID-19: A systematic review [published online ahead of print, 2022 Feb 16]. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022;103223. doi:10.1016/j.iccn.2022.103223
34. Aziz S, Arabi YM, Alhazzani W, et al. Managing ICU surge during the COVID-19 crisis: rapid guidelines. *Intensive Care Med*. 2020;46(7):1303-1325. doi:10.1007/s00134-020-06092-5
35. Cattelan J, Castellano S, Merdji H, et al. Psychological effects of remote-only communication among reference persons of ICU patients during COVID-19 pandemic. *J Intensive Care*. 2021;9(1):5. Published 2021 Jan 9. doi:10.1186/s40560-020-00520-w
36. Dhala A, Sasangohar F, Kash B, Ahmadi N, Masud F. Rapid Implementation and Innovative Applications of a Virtual Intensive Care Unit During the COVID-19 Pandemic: Case Study. *J Med Internet Res*. 2020;22(9):e20143. Published 2020 Sep 3. doi:10.2196/20143
37. Mistraletti G, Gristina G, Mascarin S, et al. How to communicate with families living in complete isolation [published online ahead of print, 2020 Oct 15]. *BMJ Support Palliat Care*. 2020;bmjspcare-2020-002633. doi:10.1136/bmjspcare-2020-002633
38. Suresh D, Flatley K, McDonough M, et al. Providing Compassionate Care: The Role of Medical Students and Videoconference Technology in the COVID-19 Pandemic. *J Patient Exp*. 2020;7(6):1002-1006. doi:10.1177/2374373520978873
39. Wendel PK, Stack RJ, Chisholm MF, et al. Development of a Communications Program to Support Care of Critically Ill Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients. *J Patient Exp*. 2020;7(5):673-676. doi:10.1177/2374373520956865
40. Hwang D, Zhang Q, Andrews A, et al. ICU visitor restriction policies and approaches to family engagement during the COVID-19 pandemic. *Crit. Care Med*. 2021a 49, 111. doi:10.1097/01.ccm.0000726884.27885.a9

41. Valley TS, Schutz A, Nagle MT, et al. Changes to Visitation Policies and Communication Practices in Michigan ICUs during the COVID-19 Pandemic. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020;202(6):883-885. doi:10.1164/rccm.202005-1706LE
42. Griffin KM, Karas MG, Ivascu NS, Lief L. Hospital Preparedness for COVID-19: A Practical Guide from a Critical Care Perspective. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020;201(11):1337-1344. doi:10.1164/rccm.202004-1037CP
43. Mendiola B, Gomez C, Furst C, Rasmussen-Winkler J. Facilitating Virtual Visitation in Critical Care Units During a Pandemic. *Holist Nurs Pract.* 2021;35(2):60-64. doi:10.1097/HNP.0000000000000432
44. Kennedy NR, Steinberg A, Arnold RM, et al. Perspectives on Telephone and Video Communication in the Intensive Care Unit during COVID-19. *Ann Am Thorac Soc.* 2021;18(5):838-847. doi:10.1513/AnnalsATS.202006-729OC
45. Klop HT, Nasori M, Klinge TW, et al. Family support on intensive care units during the COVID-19 pandemic: a qualitative evaluation study into experiences of relatives. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1060. Published 2021 Oct 6. doi:10.1186/s12913-021-07095-8
46. Ersek M, Smith D, Griffin H, et al. End-Of-Life Care in the Time of COVID-19: Communication Matters More Than Ever. *J Pain Symptom Manage.* 2021;62(2):213-222.e2. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.12.024
47. Ranu J, Sauers-Ford H, Hoffman K. Engaging and supporting families in the Neonatal intensive care unit with telehealth platforms. *Semin Perinatol.* 2021;45(5):151426. doi:10.1016/j.semperi.2021.151426
48. Yeo C, Ho SK, Khong K, Lau Y. Virtual visitation in the neonatal intensive care: experience with the use of internet and telemedicine in a tertiary neonatal unit. *Perm J.* 2011;15(3):32-36.
49. Sasangohar F, Dhala A, Zheng F, Ahmadi N, Kash B, Masud F. Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: an interview study and sentiment analysis. *BMJ Qual Saf.* 2021;30(9):715-721. doi:10.1136/bmjqs-2020-011604
50. Организация совместного пребывания ребенка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Клинические рекомендации. - М., 2016. - 40 с. ISBN: 978-5-9907629-4-7
51. 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
52. Jee RA, Shepherd JR, Boyles CE, Marsh MJ, Thomas PW, Ross OC. Evaluation and comparison of parental needs, stressors, and coping strategies in a pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med.* 2012;13(3):e166-e172. doi:10.1097/PCC.0b013e31823893ad
53. Aronson PL, Yau J, Helfaer MA, Morrison W. Impact of family presence during pediatric intensive care unit rounds on the family and medical team. *Pediatrics.* 2009;124(4):1119-1125. doi:10.1542/peds.2009-0369
54. McPherson G, Jefferson R, Kissoon N, Kwong L, Rasmussen K. Toward the inclusion of parents on pediatric critical care unit rounds. *Pediatr Crit Care Med.* 2011;12(6):e255-e261. doi:10.1097/PCC.0b013e3181fe4266
55. Phipps LM, Bartke CN, Spear DA, et al. Assessment of parental presence during bedside pediatric intensive care unit rounds: effect on duration, teaching, and privacy. *Pediatr Crit Care Med.* 2007;8(3):220-224. doi:10.1097/01.PCC.0000262798.84416.C5
56. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med.* 2017;45(1):103-128. doi:10.1097/CCM.0000000000002169
57. Wilson ME, Kaur S, Gallo De Moraes A, Pickering BW, Gajic O, Herasevich V. Important clinician information needs about family members in the intensive care unit. *J Crit Care.* 2015;30(6):1317-1323. doi:10.1016/j.jcrc.2015.07.028

58. Meyer EC, Ritholz MD, Burns JP, Truog RD. Improving the quality of end-of-life care in the pediatric intensive care unit: parents' priorities and recommendations. *Pediatrics*. 2006;117(3):649-657. doi:10.1542/peds.2005-0144
59. Shah AC, Badawy SM. Telemedicine in Pediatrics: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *JMIR Pediatr Parent*. 2021;4(1):e22696. Published 2021 Feb 24. doi:10.2196/22696
60. Epstein EG, Arechiga J, Dancy M, Simon J, Wilson D, Alhusen JL. Integrative Review of Technology to Support Communication With Parents of Infants in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017;46(3):357-366. doi:10.1016/j.jogn.2016.11.019
61. Epstein EG, Sherman J, Blackman A, Sinkin RA. Testing the Feasibility of Skype and FaceTime Updates With Parents in the Neonatal Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*. 2015;24(4):290-296. doi:10.4037/ajcc2015828
62. Joshi A, Chyou PH, Tirmizi Z, Gross J. Web Camera Use in the Neonatal Intensive Care Unit: Impact on Nursing Workflow. *Clin Med Res*. 2016;14(1):1-6. doi:10.3121/cm.2015.1286
63. Hawkes GA, Livingstone V, Ryan CA, Dempsey EM. Perceptions of webcams in the neonatal intensive care unit: here's looking at you kid!. *Am J Perinatol*. 2015;30(2):131-136. doi:10.1055/s-0034-1376388
64. Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г.
65. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU [published correction appears in *N Engl J Med*. 2007 Jul 12;357(2):203]. *N Engl J Med*. 2007;356(5):469-478. doi:10.1056/NEJMoa063446
66. Kentish-Barnes N, Chevret S, Azoulay E. Guiding intensive care physicians' communication and behavior towards bereaved relatives: study protocol for a cluster randomized controlled trial (COSMIC-EOL). *Trials*. 2018;19(1):698. Published 2018 Dec 22. doi:10.1186/s13063-018-3084-7
67. Anderson WG, Cimino JW, Ernecoff NC, et al. A multicenter study of key stakeholders' perspectives on communicating with surrogates about prognosis in intensive care units. *Ann Am Thorac Soc*. 2015;12(2):142-152. doi:10.1513/AnnalsATS.201407-325OC
68. Leal-Costa C, Díaz-Agea JL, Tirado-González S, Rodríguez-Marín J, van-der Hofstadt CJ. Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud [Communication skills: a preventive factor in Burnout syndrome in health professionals]. *An Sist Sanit Navar*. 2015;38(2):213-223. doi:10.23938/ASSN.0070
69. Fuertes Goñi C, Aranda Auserón G, Arroyo Anies MP. Comunicación y mindfulness como prevención del burnout [Communication and mindfulness to prevent burnout]. *An Sist Sanit Navar*. 2016;39(2):331-333. doi:10.23938/ASSN.0256
70. Yuguero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(37):e8030. doi:10.1097/MD.00000000000008030
71. Llor Lozano J, Seva Llor A.M, Diaz Agea J.L, et al. Burnout, Habilidades de Comunicación y Autoeficacia En Los Profesionales de Urgencias y Cuidados Críticos. *Enferm. Glob*. 2020, 19, 68-92. doi:10.6018/global.381641
72. Curtis JR, Back AL, Ford DW, et al. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial [published correction appears in *JAMA*. 2014 Apr 2;311(13):1360]. *JAMA*. 2013;310(21):2271-2281. doi:10.1001/jama.2013.282081
73. Gott M, Ingleton C, Bennett MI, Gardiner C. Transitions to palliative care in acute hospitals in England: qualitative study. *BMJ*. 2011;342:d1773. Published 2011 Mar 29. doi:10.1136/bmj.d1773

74. Kawaguchi S, Mirza R, Nissim R, Ridley J. Internal Medicine Residents' Beliefs, Attitudes, and Experiences Relating to Palliative Care: A Qualitative Study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017;34(4):366-372. doi:10.1177/1049909116628799
75. Philip JA, Komesaroff P. Ideals and compromises in palliative care. *J Palliat Med*. 2006;9(6):1339-1347. doi:10.1089/jpm.2006.9.1339
76. Beernaert K, Deliens L, De Vleminck A, et al. Early identification of palliative care needs by family physicians: A qualitative study of barriers and facilitators from the perspective of family physicians, community nurses, and patients. *Palliat Med*. 2014;28(6):480-490. doi:10.1177/0269216314522318
77. Rose L, Yu L, Casey J, et al. Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during the COVID-19 Pandemic: A UK National Survey. *Ann Am Thorac Soc*. 2021;18(10):1685-1692. doi:10.1513/AnnalsATS.202012-1500OC
78. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13 Suppl 1(Suppl 1):i85-i90. doi:10.1136/qhc.13.suppl_1.i85
79. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1679-1681. doi:10.1056/NEJMp2003539
80. Loeb AE, Rao SS, Ficke JR, Morris CD, Riley LH 3rd, Levin AS. Departmental Experience and Lessons Learned With Accelerated Introduction of Telemedicine During the COVID-19 Crisis. *J Am Acad Orthop Surg*. 2020;28(11):e469-e476. doi:10.5435/JAAOS-D-20-00380
81. Basu A, Kuziemyk C, de Araújo Novaes M, et al. Telehealth and the COVID-19 Pandemic: International Perspectives and a Health Systems Framework for Telehealth Implementation to Support Critical Response. *Yearb Med Inform*. 2021;30(1):126-133. doi:10.1055/s-0041-1726484
82. Lin CT, Bookman K, Sieja A, et al. Clinical informatics accelerates health system adaptation to the COVID-19 pandemic: examples from Colorado. *J Am Med Inform Assoc*. 2020;27(12):1955-1963. doi:10.1093/jamia/ocaa171
83. Singh J, Green MB, Lindblom S, Reif MS, Thakkar NP, Papali A. Telecritical Care Clinical and Operational Strategies in Response to COVID-19. *Telemed J E Health*. 2021;27(3):261-268. doi:10.1089/tmj.2020.0186
84. Subramanian S, Pamplin JC, Hravnak M, et al. Tele-Critical Care: An Update From the Society of Critical Care Medicine Tele-ICU Committee. *Crit Care Med*. 2020;48(4):553-561. doi:10.1097/CCM.0000000000004190
85. Udeh C, Udeh B, Rahman N, Canfield C, Campbell J, Hata JS. Telemedicine/Virtual ICU: Where Are We and Where Are We Going?. *Methodist Debaquey Cardiovasc J*. 2018;14(2):126-133. doi:10.14797/mdcj-14-2-126
86. Roze des Ordon AL, Au S, Blades K, Stelfox HT. Family participation in ICU rounds-Working toward improvement. *J Eval Clin Pract*. 2020;26(6):1620-1628. doi:10.1111/jep.13345

Приложение А1. Состав Рабочей группы

Заболотских Игорь Борисович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «КубГМУ» МЗ РФ, главный научный сотрудник ФГБНУ «ФНКЦ реаниматологии и реабилитологии» Минобрнауки России, руководитель анестезиолого-реанимационной службы ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» МЗ КК, Первый вице-президент ФАР, Краснодар, отв. редактор.

Проценко Денис Николаевич - к.м.н., доцент, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Герой Труда РФ, главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 40», Москва, отв. редактор.

Александрович Юрий Станиславович - д.м.н., профессор, зав. кафедрой анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО СПбГПМУ, Санкт-Петербург

Брагина Наталья Викторовна - к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, Иркутск,

Горбачев Владимир Ильич - д.м.н., профессор, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, член президиума ФАР, Иркутск.

Григорьев Евгений Валерьевич - д.м.н., профессор, заместитель директора по научной и лечебной работе НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Кемеровского государственного медицинского университета, Кемерово

Григорьев Сергей Валентинович – к.м.н., доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «КубГМУ» МЗ РФ, Краснодар.

Грицан Алексей Иванович - д.м.н., профессор, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ИПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, директор КГБОУ ДПО «Красноярский краевой центр медицинского образования», вице-президент ФАР, Красноярск.

Дорогинин Сергей Вадимович - к.м.н., врач анестезиолог-реаниматолог в.к.к., зав. реанимационно-анестезиологическим отделением терапии «ОГБУЗ Клиническая больница №1» г. Смоленска. Председатель РО ФАР (Смоленская обл.), Смоленск

Дунц Павел Вадимович - к.м.н., заведующий отделением анестезиологии и реанимации ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2», г. Владивосток, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет», главный внештатный специалист по анестезиологии и реаниматологии Минздрава Приморского края. Председатель РО ФАР (Приморский край), Владивосток.

Кузбагаров Асхат Назаргалиевич – доктор юридических наук, профессор кафедры гражданского права Северо-Западного филиала Российского государственного университета правосудия, член Президиума ФАР, Санкт-Петербург.

Кузьков Всеволод Владимирович – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии Северного государственного медицинского университета, Архангельск

Купрейчик Василий Леонидович – врач терапевт ГБ №40 Департамента здравоохранения Москвы.

Лазарев Владимир Викторович – д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, ветеран труда, зав. кафедрой детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Лахин Роман Евгеньевич – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург.

Лебединский Константин Михайлович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии имени В.Л. Ваневского ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, главный научный сотрудник ФГБНУ «ФНКЦ реаниматологии и реабилитологии» Минобрнауки России, Президент ФАР России, Санкт-Петербург

Овезов Алексей Мурадович - д.м.н., доцент, главный научный сотрудник и заведующий отделением анестезиологии (Наука), заведующий кафедрой (профессор) анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского; главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии Министерства здравоохранения Московской области, директор Московского областного центра СЕЕА; председатель Московского областного регионального отделения ФАР (МОНПОАР), член Президиума ФАР и АААР, Москва.

Степаненко Сергей Михайлович – д.м.н., профессор кафедры детской хирургии педиатрического факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный детский анестезиолог-реаниматолог Минздрава России, член Президиума ФАР, Москва.

Шадрин Роман Владимирович – ассистент кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «КубГМУ» МЗ РФ, Краснодар

Все члены рабочей группы (кроме Купрейчика В.Л.) являются членами общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций

Целевая аудитория методических рекомендаций: руководители медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях пациентам, получающим медицинскую помощь в стационарных условиях, как в плановом порядке, так и в связи с заболеванием новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и находящихся в структурных подразделениях медицинских организаций, предназначенных для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий.

Приложение А3. Связанные документы

Данные методические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993 г. с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 г.) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 04.07.2020.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 г № 51-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1994. № 32. Ст. 3301;
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724;

4. Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006 г №152-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2006. № 31 (1 ч.). Ст. 3451;
5. Федеральный закон «О внесении изменений в статьи 14 и 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»» от 29.05.2019 № 119-ФЗ.
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 N 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» (вместе с «Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения») // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 11.02.2022;
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 года №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» (с изменениями на 4 февраля 2022 года) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 19.03.2020;
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология» (Зарегистрировано в Минюсте России 29.12.2012 N 26514) // Российская газета. Спецвыпуск, N 78/1. 2013. 22 апреля;
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» // Российская газета. Спецвыпуск, N 78/1. 2013. 22 апреля;
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 года №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 17.05.2017;
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 года № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 08.05.2019;
12. Приказ Минздрава России от 19.08.2020 N 869н «Об утверждении общих требований к организации посещения пациента родственниками и иными членами семьи или законными представителями пациента в медицинской организации, в том числе в ее структурных подразделениях, предназначенных для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях» (Зарегистрировано в Минюсте России 10.09.2020 N 59744) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 10.09.2020;
13. Постановление главного государственного санитарного врача РФ от 24.12.2020 года №44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 31.12.2020
14. Письмо Минздрава России от 30.05.2016 N 15-1/10/1-2853 «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии» // Справочно-правовая система Консультант плюс (дата обращения 01.04.2022).