

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
щодо дотримання принципів гідності
пацієнтів в лікарнях

лютий 2021

Розроблено ГО «PH Capital. Public Health Experts» за підтримки Посольства Канади в Україні

ЗМІСТ

Інформація щодо процесу розробки документа	3
4Рекомендації щодо дотримання принципів гідності пацієнтів у лікарнях	5
5Повага у ставленні, спілкування та комунікації	5
Догляд та питання не пов'язані з безпосереднім наданням медичних послуг	8
Автономія пацієнта	9
Приватність	12
Конфіденційність та доступ до інформації про пацієнта	14
Окремі питання лікування	15
Організація простору та процесів	15
Особливості догляду людей старшого віку	16
Особливості надання допомоги дітям	18
Догляд у кінці життя	19
Померлі та їх близькі	20
Політика дотримання гідності та захисту працівників лікарні	21
дотримання гідності пацієнтів	21
	Політика лікарні щодо
	23Додатки
	25Посилання
	26

Інформація щодо процесу розробки документа

Документ було розроблено у рамках проєкту «Дотримання принципів гідності людини у лікарнях», що підтримується Канадським фондом місцевих ініціатив.

Процес розробки тривав з серпня 2020 року по лютий 2021 року та включав наступні етапи:

- Камеральне дослідження міжнародного досвіду впровадження принципів гідності пацієнтів у лікарнях;
- Розробка дизайну дослідження щодо вивчення поточної ситуації з дотриманням принципів гідності пацієнтів у лікарнях та проведення пілотного дослідження (результати додаються);
- Розроблення проєкту Методичних рекомендацій та пілотування окремих аспектів документу на базі 3 лікарень (КП “Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування”, КНП “Бориспільська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування”);
- Проведення фокус-груп з пацієнтами;
- проведення опитування пацієнтів пілотних лікарень до та після

Робоча група з розробки Методичних рекомендацій:

1. Кириченко Наталія, консультант з питань стратегічного планування у сфері охорони здоров'я, громадська організація “PH Capital. Public Health Experts”;
2. Бачмага Марія, експерт з громадського здоров'я, громадська організація “PH Capital. Public Health Experts”;
3. Цикалюк Олеся, консультант з питань комунікацій у сфері охорони здоров'я, громадська організація “PH Capital. Public Health Experts”.

До розробки документа також були залучені клінічний персонал, представники пілотних лікарень:

1. Луців Ілля, лікар, КНП “Бориспільська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування”;
2. Павлів Ірина, старша медична сестра, КНП “Дрогобицька міська лікарня № 1”;
3. Родуман Людмила, психолог, КП “Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування”.

Вступ

Гідність людини визнається найвищою соціальною цінністю як у світі, так і в Україні. Дотримання принципів гідності людини у всіх сферах життя, у тому числі охороні здоров'я вимагається міжнародними актами, а також національним законодавством. Зокрема, відповідно до Конституції України, зокрема статті 3 «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю», статті 21 «Усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах», статті 28 «Кожен має право на повагу до його гідності».

Дослідження у світі свідчать про безпосередній зв'язок між дотриманням принципів гідності в лікарнях та задоволеністю пацієнтів рівнем медичної допомоги та результатами лікування.

Водночас єдиного визначення гідності людини та гідності пацієнта не існує. В Україні єдиною спробою визначити гідність людини є рішення Верховного Суду України (Постанова Пленуму Верховного Суду України від 27.02.2009 р. № 1): «Під гідністю слід розуміти визнання цінності кожної фізичної особи як унікальної біопсихосоціальної цінності...», що є важливим кроком до внесення чіткості до поняття, однак все ще не дозволяє перенести його використання у практичну площину у роботі закладів охорони здоров'я.

Цей документ має допомогти працівникам лікарень забезпечувати гідне ставлення до всіх користувачів медичних послуг через визначення елементів поняття гідності пацієнтів та впровадження конкретних практичних рекомендацій щодо їх дотримання. Він може бути корисним для медичного персоналу та інших працівників спеціалізованих та високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я, а також для пацієнтів лікарень та їх близьких осіб тощо, окремі аспекти даного документу можуть бути використанні первинною ланкою системи охорони здоров'я. Ці рекомендації стосуються всіх закладів охорони здоров'я, що мають стаціонарні відділення.

Мета цього документу – надати практичне керівництво та очікувані стандарти для забезпечення поваги до індивідуальних цінностей, переконань та гідності пацієнтів у лікарнях.

Цілі впровадження цих рекомендацій

- забезпечити пацієнтів впевненістю, що до них ставляться з повагою, а їхня конфіденційна і приватна інформація не буде розголошена, і, що потреби і побажання пацієнтів є пріоритетом при прийнятті клінічних рішень;
- надати орієнтири для керівників та працівників лікарень, щоб організувати послуги відповідно до пріоритетів своїх пацієнтів;
- сприяти створенню взаємовигідного діалогу між лікарнею та пацієнтом, де будуть дотримуватися принципи поваги до пацієнта;
- сприяти розвитку позитивного іміджу та репутації закладів охорони здоров'я.

У цьому документі гідність пацієнта буде розглядатися як сукупність наступних елементів:

- повага до пацієнта (надання допомоги з увагою та співчуттям, забезпечення інших потреб, крім безпосередньо медичних, ввічливе спілкування);
- забезпечення автономії та незалежності пацієнта (можливість вибору, прийняття рішень щодо лікування, надання згоди на лікування, поінформованість);
- захист приватності пацієнта, у тому числі конфіденційність інформації про пацієнта.

Рекомендації щодо дотримання принципів гідності пацієнтів у лікарнях

Впровадження принципів гідності пацієнтів у закладах охорони здоров'я має багато аспектів. Уважне ставлення персоналу лікарні до пацієнтів, попередження стигми та дискримінації на базі будь-яких відмінностей та характеристик, розроблення внутрішніх правил та процедур, розвиток інфраструктури лікарні, врахування побажань пацієнтів через постійний моніторинг досвіду користувачів медичних послуг в лікарнях – це важливі аспекти процесу змін.

Повага у ставленні, спілкування та комунікації

Спілкування медичного персоналу з пацієнтом впливає на задоволеність пацієнтів лікуванням і на його ефективність. Спілкування та ставлення до пацієнтів – це не лише одностороннє донесення певної інформації, це процес переконання, залучення та обміну інформацією. **Доброзичливе ставлення, співчуття та повага до пацієнтів** у спілкуванні є своєрідним золотим стандартом при наданні якісних медичних послуг. Важливо, щоб медичні працівники «бачили людину» у кожному пацієнті.

Пропонуємо деякі базові рекомендації щодо спілкування з пацієнтами у стаціонарних закладах.

Загальними вимогами є:

- ставитися з повагою до пацієнтів, до їх переконань та цінностей, уважно вислуховувати пацієнтів;
- бути привітними, доброзичливо налаштованим;
- звертатися до пацієнта так, як він/вона себе представив;
- говорити спокійним тоном, чітко та розбірливо;
- дотримуватися вимог конфіденційності;
- враховувати фізичний та психо-емоційний стан пацієнтів та їх близьких осіб;
- не допускати грубого, зневажливого або зверхнього тону у спілкуванні з пацієнтами;
- зберігати зоровий контакт з пацієнтом.

Пацієнт перебуваючи в лікарні має бути поінформований:

- про права пацієнта, обов'язки та ключові правила лікарні;
- про лікуючого лікаря, а також інший персонал, що надає медичну допомогу та здійснює догляд за ним;
- про план лікування та все, що відбувається з пацієнтом у лікарні заздалегідь, наприклад про переведення до іншої палати, іншого відділення, виписку тощо.

Під час знайомства:

- при першій зустрічі з пацієнтами та/або родичами працівникові лікарні необхідно представитися та вказати свою посаду, а також запитувати у пацієнтів, як краще до них звертатися;
- бейджі з іменем та посадою є бажаними для працівників лікарень.

Приклад. Діалог в приймальному відділенні:

Черговий лікар: Доброго дня. Я доктор Кириченко, сьогодні я черговий лікар у приймальному відділенні. Як я можу до Вас звертатись?

Пацієнт: Мене звати Ніна Іванівна.

Черговий лікар: Ніно Іванівно, я зараз Вас огляну, з'ясую що Вас турбує. Наша лікарня приймає пацієнтів за скеруванням від сімейного лікаря, або пацієнти можуть самостійно звернутись якщо вони почуваються погано. Поки я буду займатись питаннями, які стосуються Вашого здоров'я, медсестра Бенюк заповнить всі документи. Потім ми разом з Вами вирішимо якими будуть наші наступні кроки. Чи є у Вас питання?

Ніна Іванівна: Мене дуже болить нога.

Черговий лікар: Давайте я огляну ногу, а Ви розкажіть як давно вона у Вас болить?

Під час перебування у лікарні:

- при спілкуванні з пацієнтом персонал лікарні не має відволікатися на інші справи, консультувати інших пацієнтів або персонал, займатися паралельними справами, відповідати на дзвінки з мобільного телефону;

Інформаційні технології, у тому числі мобільні телефони, в цілому принесли багато переваг у наданні медичної допомоги як для пацієнтів, так і для медичного персоналу, а також цілої системи медичної допомоги. Реагуючи на сучасні виклики Водночас, кожна лікарня має впровадити власну політику щодо використання мобільних телефонів з урахуванням наступних ризиків:

- використання мобільних телефонів може відволікати медичний персонал, що збільшує кількість медичних помилок;
- мобільні телефони несуть серйозні загрози інфекційній безпеці в лікарні;
- можливості смартфонів можуть завдати загрози для приватності пацієнтів.

Рекомендуємо! Впроваджувати у Вашій лікарні правила щодо використання мобільних телефонів: наприклад, використання мобільних телефонів для персональних цілей лише під час перерв; вимкнення мобільного під час прийому пацієнтів; заборона брати мобільний під час здійснення оглядів, процедур, операцій; обов'язок дезінфікувати руки після кожного разу, коли мобільний було взято у руки; регулярна дезінфекція мобільного телефону персоналом лікарні; встановлення правил щодо фото та відеозйомки; встановлення правила щодо доступу до МІС через особисті мобільні телефони тощо.

- при вході у палату або інший закритий простір (наприклад, місце відгороджене шторою) персонал лікарні має постукати, або іншим чином попередити пацієнтів про своє наближення; при можливості - запитати у пацієнта чи це зручний час для огляду чи розмови;
- всі медичні працівники мають представлятися при контакті з пацієнтом; при першому контакті повинні бути надані всі деталі (ім'я, прізвище, посада і роль для пацієнта), при наступних зустрічах - нагадувати пацієнтові своє ім'я і прізвище за потреби;
- спілкування має відбуватися на одному рівні (якщо пацієнт лежить, то необхідно присісти біля нього перед початком розмови);
- пояснювати діагноз та процедуру лікування пацієнтам доступною мовою уникаючи професійних термінів, працівники лікарні мають переконатися, що пацієнт правильно зрозумів все сказане (для цього можна попросити повторити пацієнта або спонукати задавати додаткові запитання);
- не допускається обговорення питань щодо лікування та догляду за пацієнтом у його/її присутності без його/її залучення;
- персонал лікарні не має вступати у суперечки чи сварки з пацієнтами, у тому числі тими, що проявляють агресію та неповагу до персоналу. Така поведінка може бути

викликана різними причинами: хворобою пацієнта, неналежне ставлення до пацієнта в лікарні, алкогольним чи наркотичним сп'янінням, страхом, почуттям невизначеності, комунікаційними проблемами тощо.

<p>Ми всі зіштовхуємося з конфліктами щодня. Конфлікти з пацієнтами чи між працівниками неминучі, але завдяки поведінці і спілкуванню більшість конфліктів можна уникнути. Якщо вже конфлікт стався, інстинктова реакція для більшості людей – ігнорування конфлікту і перекладання вини на іншу сторону. Проте набагато продуктивніше для обох сторін – розв'язати конфлікт.</p>	
<p>Поведінка, яка загострює конфлікт</p>	<p>Поведінка, яка допоможе вирішити конфлікт</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Наполягати, що лише ви праві. Ми всі хочемо вірити, що наша точка зору єдиноправильна. Проте, у пацієнта можуть бути свої переконання і нашу точку зору він чи вона не зобов'язані. - Звинувачувати пацієнта. Скарги на пацієнта колегам лише накручує Вас на продовження конфлікту. - Ігнорування. Якщо Ви зітхаєте, закручуєте очі чи прокручуєте в голові те, що збираєтесь сказати – Ви не слухаєте пацієнта, а збираєтесь продовжувати суперечку. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Слухайте. Дайте пацієнтові можливість розповісти про свою точку зору. ✓ Визнайте, що почуття чи думки пацієнта цінні. Ви не мусите з ними погоджуватись, але скажіть, що Ви почули пацієнта і розумієте його точку зору. ✓ Візьміть відповідальність. Почніть ваше наступне речення до пацієнта з Я, а не з Ви. ✓ Виконати. Поясніть пацієнтові, що можна зробити у ситуації, що склалась, які є альтернативні варіанти розвитку подій. Тоді спільно погодьте наступні кроки.

- не допускається ігнорування пацієнтів, їх потреб та запитів;
- не допускається звинувачення пацієнтів та їх родичів у стані здоров'я пацієнта;
- спілкування з пацієнтом має відбуватися приватно, сторонні особи, у тому числі персонал, не має бути присутнім або чути розмову (якщо розмова відбувається у палаті, бажано розмовляти з пацієнтом притишеним голосом);
- персонал лікарні має враховувати особливості кожного пацієнта при спілкуванні та індивідуальний підхід при догляді та лікуванні (вік, мову, особливості захворювання, культурні та духовні особливості); особам, що говорять іноземними мовами, особам з вадами слуху та мовлення має бути забезпечені переклад або за неможливості організація комунікації іншим доступним способом.
- при госпіталізації варто проводити оцінку культурних та духовних потреб особи;
- якщо пацієнт потребує послуг, що не надає лікарня, але пов'язаних з перебуванням пацієнта в лікарні, наприклад, юридичні чи соціальні послуги, лікарня має здійснити заходи, щоб залучити необхідні служби для надання таких послуг пацієнту.

Під час виписки з лікарні:

- пацієнт має бути поінформований щодо подальшого лікування, догляду, а також контактних даних, до кого пацієнт може звертатися у разі потреби;
- вислухати пацієнта у разі виникнення скарг чи пропозицій;
- запропонувати пацієнту заповнити анонімну анкету щодо оцінки діяльності лікарні;
- поінформувати сімейного лікаря про потреби пацієнта.

Також після стаціонарного лікування у залежності від діагнозу та результатів та наслідків лікування можуть виникати потреба у психосоціальной допомозі. У такому випадку рекомендується налагодити співпрацю з надавачами соціальних послуг у громаді або зазначити відповідні рекомендації сімейному лікарю. Постійна співпраця між спеціалізованими закладами охорони здоров'я, первинною ланкою охорони здоров'я та надавачами соціальних послуг є важливою складовою врахування та забезпечення потреб пацієнтів лікарень.

Догляд та питання не пов'язані з безпосереднім наданням медичних послуг

Пацієнти під час перебування у лікарні мають інші потреби, крім власне процесу лікування. Ці потреби мають бути враховані закладом охорони здоров'я, оскільки у пацієнта під час стаціонарного лікування немає іншої можливості забезпечити ці потреби, крім того задоволення або незадоволення відповідних потреб може впливати на стан здоров'я та процес лікування пацієнта. Серед основних рекомендацій у цьому контексті необхідно виділити наступні:

- Забезпечення психологічної та психосоціальной підтримки пацієнтам та членам їх сімей та близьким особам.
- Достатнє та збалансоване харчування має бути забезпечене в лікарні. У разі наявності особливих потреб при харчуванні, зокрема необхідність діабетичного меню або побажання пацієнтів щодо вегетаріанської/веганської дієти тощо, має бути враховано. Такі потреби мають бути оцінені при госпіталізації.

Поточна система дієт, що використовується у багатьох лікарнях в Україні досі є спадком Радянського Союзу (номенклатуру дієт 0-15 була розроблена АМН СРСР). Макарони, картопляне пюре, сосиски, кава на сгущеному молоці, тушкова капуста та салат з буряка – стандартні страви більшості закладів охорони здоров'я.

Ця система дієт фактично відмінена наказом МОЗ від 29.10.2013 № 931, який водночас надає ширші права закладам охорони здоров'я щодо впровадження власних принципів харчування хворих у межах встановлених норм, у тому числі впровадження нових принципів і технологій лікувального харчування; затвердження дієт, різних категорій специфічних продуктів харчування.

Незважаючи на досить широкий асортимент продуктів і високу загальну калорійність, визначених у наказі МОЗ, багато пацієнтів вважають, що харчування у лікарнях є недостатнім, а специфічні дієтичні потреби пацієнтів не враховуються (див. результати опитування).

У країнах ЄС часто враховуються побажання пацієнтів під час забезпечення харчування, якщо вони не суперечать лікувальним потребам пацієнта. Також часто наявна можливість вибору з декількох варіантів страв на кожен день.

- Вільний доступ всіх пацієнтів до питної води має бути забезпечено. Рівень гідратації пацієнтів з обмеженнями життєдіяльності, у тому числі осіб похилого віку, має регулярно відслідковуватися

Достатнє вживання води та рівень гідратації є важливим елементом будь-якого лікування. Однак в закладах охорони здоров'я України досвід щодо вільного доступу пацієнтів до питної води не використовується. Абсолютна більшість пацієнтів вживає лише ту воду, яку купили самостійно чи була принесена близькими особами.

Забезпечення вільного доступу до питної води у будь-який час як для пацієнтів, так і для персоналу лікарні можливо організувати шляхом встановлення кулерів, бутлів з помпами у палатах або на поверхах лікарні, а також через забезпечення спеціальними мірними чашками для пацієнтів з обмеженою руховою активністю.

- Члени сім'ї, друзі, доглядачі, а також інші близькі особи пацієнта мають розглядатися як партнери у наданні допомоги пацієнту. Доступ таких осіб до пацієнта не може бути обмежений, у тому числі у відділеннях інтенсивної терапії. При цьому мають бути вжиті заходи інфекційного контролю.

Так звані «сімейні раунди» набули поширення у лікарнях Європи та США протягом останніх років. Це зустрічі медичних працівників, відповідальних за пацієнта у лікарні, із залученням членів сім'ї або близьких осіб, що здійснюють догляд за пацієнтом, з метою обговорення процесу лікування, потреб пацієнта тощо. Дослідження свідчать, що такі заходи підвищують задоволеність пацієнтів, покращують комунікацію, сприяють медичній просвіті, а також безпеці пацієнтів.

- Особам з обмеженнями життєдіяльності, у тому числі тимчасовими, а також особам старшого віку за потреби має надаватися необхідна допомога, зокрема при харчуванні, здійсненні гігієнічних процедур. Всі гігієнічні процедури для пацієнтів, які не можуть здійснити їх самостійно, мають здійснюватися персоналом лікарні вчасно відповідно до потреб пацієнта (допомога при купанні, у вбиральні, гігієна ротової порожнини, заміна підгузків тощо). Рекомендується забезпечити пацієнтів адаптованими столовими приборами, щоб зберегти їх незалежність за можливості.
- Лікування та догляд має здійснювати у ритмі пацієнта. Не допускається підганяти або прискорювати дії пацієнта.
- Не допускається поява пролежнів у пацієнтів з обмеженням рухової активності. Персонал лікарні має бути обізнаний з основами протипролежневої терапії.
- Сторонні запахи, а також забруднена білизна мають бути вчасно усунені.
- Пацієнтам має бути дозволено використання персональних речей, якщо вони не загрожують їх безпеці та безпеці інших людей у лікарні.
- Пацієнти повинні мати доступ до холодильника та чайника.
- Безпроводний інтернет має бути доступним.

Автономія пацієнта

Автономія та право вибору пацієнта є важливою складовою поваги до гідності пацієнтів у лікарні. Цей принцип тісно пов'язаний з питаннями інформування та комунікації з пацієнтом, а також безпосередньо з інформованою згодою щодо медичних втручань. Відповідно до вказаного принципу лише пацієнт може приймати рішення щодо медичної допомоги, яка може бути застосована щодо нього. Медичні працівники мають забезпечити повною та достовірною інформацією пацієнта у доступний спосіб з урахуванням власне особливостей та характеристик пацієнта. Автономія має декілька умов: рішення пацієнта мають бути

добровільними, без тиску медичних працівників, близьких осіб, поінформованим, а пацієнт повинен мати спроможність приймати рішення. Серед прикладів неспроможності приймати рішення є психічний стан (шизофренія, біполярний розлад), деменція, відсутність свідомості, інтоксикація, спричинена алкогольним або наркотичним сп'янінням.

Принцип автономії пацієнтів має декілька важливих елементів:

- Пацієнт має отримати повну і всебічну інформацію про стан власного здоров'я у доступній формі.

Доступна форма інформування - важливий елемент даного принципу. Інформація має надаватися зрозумілою мовою для конкретного пацієнта, без використання специфічних медичних термінів

Існують випадки, коли пацієнти не хочуть бути обізнаними про стан свого здоров'я, якщо існують серйозні ризики, важкі стани або мають бути повідомлені погані новини. У такому випадку медичний персонал має знати про таку позицію (може бути оцінено під час госпіталізації пацієнта) та про особу, з якою необхідно спілкуватися про здійснення медичних втручань і надання медичної допомоги пацієнту. У будь-якому випадку це побажання має бути озвучено пацієнтом.

- Пацієнту мають бути запропоновані варіанти лікування

Часто медичний персонал стикається з труднощами щодо виконання цієї рекомендації. Велика частка опитаних пацієнтів у рамках проведеного дослідження повідомила, що не отримали альтернативні варіанти лікування або їм було складно відповісти на дане запитання. Водночас необхідно враховувати, що у кожному випадку є принаймні два варіанти – лікувати або не лікувати. У будь-якому випадку медичним персоналом мають бути надані всі переваги та ризики для кожного з можливих варіантів лікування.

Також варто враховувати, що варіанти можуть стосуватися не власне обраної тактики лікування, але і суміжних питань, які важливі пацієнту. Наприклад, ставити крапельницю в праву або ліву руку, призначати прийом ліків сім або три рази на тиждень, проведення консультацій дистанційно або у лікарні тощо.

Крім того, потрібно повідомляти пацієнту всі можливі варіанти лікування, а не лише ті, що може запропонувати конкретний лікар або конкретна лікарня.

- Перед кожною інтервенцією пацієнту має бути надана інформація, які заходи будуть здійснені та можливі побічні реакції, що пацієнт може відчувати під час процедури тощо.
- Пацієнт має право бути залученим до прийняття рішення та робити власний вибір щодо варіантів лікування (спільне прийняття рішення). При спільному прийнятті рішення щодо обрання варіанта лікування має застосовуватися біопсихосоціальна модель, у якій пацієнт розглядається як цілісна особистість, а не лише як біологічний організм, враховуватися психологічні та соціальні складові пацієнта.

Потрібно враховувати, що саме пацієнт має право приймати остаточне рішення щодо свого лікування, щодо вибору того або іншого варіанту з урахуванням всіх обмежень, ризиків та можливостей, що може запропонувати сучасна система охорони здоров'я, а також власних переконань та інтересів. Наприклад, для онколога найважливіше раніше почати хіміотерапію, щоб успішність лікування була вищою, однак для пацієнта може бути більш важливим збереження репродуктивної функції організму, через що він/вона може йти на ризик та відкладати проведення хіміотерапії.

Необхідно також розуміти, що існують певні обмеження щодо варіантів лікування та вибору пацієнта, перш за все, це стосується лікування, якого пацієнт не потребує, або лікування

без доведеної ефективності, небезпечне лікування. Інший важливий приклад обмеження права на вибір – потенційна шкода здоров'ю інших, це може бути здоров'я власних дітей або нараження на ризик захворювання інших людей, у тому числі відмова від вакцинації. У будь-якому випадку всі обмеження права на вибір лікування або відмови від нього мають бути визначені у законі.

Також потрібно враховувати, які інтервенції будуть покриватися НСЗУ, а які доведеться покривати безпосередньо пацієнтом. У світі існують випадки, коли національний платник/страхова компанія стягав кошти з лікаря/лікарні за інтервенції, що не передбачені відповідними протоколами або є небезпечні чи непотрібні пацієнтові. Разом з тим, практика щодо співфінансування тих інтервенцій, які не покриваються програмами медичних гарантій, (переважно, це новітні або дороговартісні методи лікування) за рахунок особистих коштів пацієнта також існує у багатьох країнах світу.

Водночас не варто розглядати право на вибір лікування пацієнтом повним звільненням від відповідальності лікаря, адже останній має надати вичерпну інформацію у доступній формі пацієнту, ризики та переваги від лікування або відмови від нього, визначити оптимальний варіант на думку лікаря. На основі цієї інформації пацієнт може прийняти поінформоване рішення.

У світі розробляються чимало інструментів для допомоги пацієнтам у прийнятті виважених рішень (decision aids). Вони включають повну інформацію про можливі варіанти лікування, ризики та переваги кожного з них. Такі інструменти можуть використовувати як клініцисти, так і власне пацієнти.

- Пацієнт має надати згоду щодо будь-яких медичних втручань, діагностики, аналізів, лікування тощо. Інформована згода може не вимагатися у випадках, коли пацієнт не має спроможності надати таку згоду, коли необхідна невідкладна допомога і немає інших відомих вказівок пацієнта, у разі загрози для громадського здоров'я (туберкульоз, сказ, холера та ін.). Щодо останнього випадку необхідні чіткі операційні процедури про втручання, які можливо робити без згоди.

Вимога щодо надання інформованої згоди пацієнта передбачена законодавством України. Водночас найчастіше до цієї вимоги у лікарнях ставляться формально. Документ «Інформована добровільна згода пацієнта» підписується один раз, часто під час госпіталізації, пацієнти не завжди розуміють, що і навіщо підписують. При цьому подальша діагностика та медичні втручання можуть відбуватися без інформованої згоди.

Водночас необхідно вказати, що інформована згода може надаватися не лише у письмовій формі, але і усно.

Деякі країни ЄС відходять від практики письмової інформованої згоди саме з тих причин, що підписаний документ пацієнтом не завжди означає насправді інформовану згоду щодо всіх медичних втручань. Більш важливим елементом у реалізації цього принципу є надання повної і достовірної інформації пацієнту, а також попередження про всі ризики втручання.

Також існують випадки, коли людина отримує підтримуюче лікування (вентиляцію легень), рішення щодо припинення або продовження лікування приймається на основі кращих інтересів пацієнта. У цьому випадку необхідно враховувати якість життя пацієнта, якщо лікування продовжиться, наскільки довго пацієнт проживе, якщо лікування продовжиться, існування шансів на одужання пацієнта.

- Пацієнт має право відмовитися від лікування. При цьому персонал лікарні має надати повну інформацію про стан пацієнта, можливі варіанти лікування, ризики та переваги, про наслідки відмови від лікування. Необхідно також переконатися, що пацієнт розуміє надану інформацію, що рішення приймається свідомо, що причини, які лежать в основі такого рішення є суттєвими і не можуть бути подоланими. Для консультування пацієнта варто залучити інших спеціалістів, наприклад, психолога, соціального працівника, священника, залежно від переконань пацієнта.

Причини відмови від лікування можуть бути різними – релігійні переконання (наприклад, відмова від переливання крові), через високий рівень ризику, або через дороговартісне лікування, через потенційно низьку якість життя після проходження лікування, або у зв'язку з підтримуваним лікуванням, що означає лише продовження процесу помирання. Також існують випадки, коли пацієнти відмовляються від лікування з метою продовження отримання соціальної допомоги або виплат через хворобу. Останній випадок у деяких країнах є незаконним і відмова від лікування може бути проігнорована. Відмова від лікування також може бути сигналом про те, що пацієнту не вистачає інформації або немає довіри до медичних працівників. У такому випадку медичні працівники мають налагодити належну комунікацію з пацієнтом та надати необхідну інформацію.

- Пацієнт має надати згоду щодо поширення інформації про стан здоров'я членам сім'ї, близьким особам.

Залучення сім'ї та близьких осіб пацієнта до процесу лікування, зазвичай, є важливою складовою його ефективності та в цілому задоволеності пацієнтів якістю послуг. Доступ та залучення сім'ї, а також їх підтримка має позитивний ефект на процес лікування та є елементом пацієнтоорієнтованої медичної допомоги. Водночас необхідно враховувати побажання пацієнта щодо залучення сім'ї. Вся інформація про стан здоров'я пацієнта має бути повідомлена, перш за все самому пацієнтові, за винятком тих випадків, коли пацієнт сам обрав інший варіант комунікації. Спілкування з пацієнтом має бути приватним, якщо пацієнт сам не обрав інший варіант, а інформація про стан здоров'я надаватися членам сім'ї лише за попередньою згодою пацієнта. У деяких випадках медичний працівник може наполягати на приватному спілкуванні з пацієнтом. Наприклад, під час прийому щодо репродуктивного здоров'я з дівчиною-підлітком присутня й мати підлітка, то лікар може попросити у матері дозволу провести декілька хвилин з дівчиною наодинці. Іншим прикладом може бути прийняття рішення пацієнтом про відмову від лікування через складність і неоднозначність методу лікування, при цьому члени сім'ї можуть виступати проти такого вибору. У такому випадку лікар може допомогти пацієнту донести своє рішення близьким особам і прийняти його.

Приватність

Повага до приватності особи є базовим правом людини. Ця вимога також стосується і лікарень. Приватність стосується як даних про особу (лікарська таємниця), так і фізичної приватності. Повага до приватності у лікарнях відіграє важливу роль для фізичного, емоційного та психічного добробуту пацієнта. У закладах охорони здоров'я наявна велика кількість потенційних можливостей для порушення цього права, серед іншого, у деяких випадках забороняється використовувати приватну власність. Питання захисту персональних даних та конфіденційної інформації є дуже чутливим у закладах охорони здоров'я, під час проведення оглядів, діагностики, процедур, та інтервенцій. Можуть порушуватися питання фізичної приватності особи, обмежена можливість контролювати персональний простір. Страх перед можливим порушенням приватності може бути бар'єром для особи щодо звернення за медичною допомогою. Тому повага до всіх аспектів приватності сприяє підвищенню ефективності медичної допомоги через вчасне її надання. Серед ключових правил щодо дотримання приватності пацієнта:

- Під час інтервенцій, при яких треба роздягатися, у кімнаті, де здійснюється така процедура не має перебувати сторонніх осіб, у тому числі персоналу лікарні, які не задіяні безпосередньо до здійснення інтервенцій. Якщо інтервенція відбувається у палаті, де розміщено декілька пацієнтів, то ліжко пацієнта необхідно щільно закрити ширмою або закрити пацієнта простиралом.

- Процедури, що передбачають роздягання пацієнтів, мають відбуватися у закритих приміщеннях, місця для роздягання пацієнтів мають бути закриті ширмою. Медичний працівник, що здійснює процедуру, має спочатку її описати пацієнтові та що може відчувати пацієнт, а також попередити про початок процедури. Пацієнт має надати згоду на початок проведення процедури (це може бути обов'язкова письмова форма, однак і усна згода або навіть сигнал, наприклад, кивок головою).
- Медичні працівники не мають просити роздягатися більше, ніж того вимагає процедура.

Приклад проведення ультразвукового обстеження

- Добрий день, пані Катерино, прошу проходите. Мене звати Михайло Петрович, я лікар, буду проводити сьогодні Ваше обстеження. Під час процедури буде присутня медична сестра Вікторія Павлівна, вона мені допомагатиме із всіма записами.
- Добрий день.
- Вас направлено на дослідження органів малого тазу та грудних залоз. Чи маєте Ви запитання щодо проведення процедури?
- Ні, я вже робила подібні процедури
- Якщо у Вас будуть запитання, будь ласка, задавайте. А зараз прошу пройти за ширму, зняти весь одяг вище поясу. Можете не роззуватися. Я поки зачиняю кабінет на ключ, щоб ніхто нас не турбував (У кутку кабінету стоїть ширма, за якою два стільці, серветки, кошик для сміття, бахіли).
- Будь ласка, лягайте на ліжко на спину. Ви готові почати?
- Так. (Проводиться дослідження грудних залоз).
- Дякую, тепер можете вдягнути одяг зверху та зняти весь одяг нижче поясу, будемо робити обстеження органів малого тазу. Якщо Вам потрібні серветки, вони є за ширмою (Пацієнтка перевдягається за ширмою, проводиться дослідження органів малого тазу).

- Після завершення процедури пацієнт має одягнутися перед продовженням спілкування.
- Не допускається переміщення пацієнта оголеним по території лікарні.
- Допоміжні засоби, що можуть спричинити дискомфорт для пацієнтів (такі як кало- та уриноприймачі, катетери тощо) мають бути прикриті простиралом відповідно до побажання пацієнта.
- При огляді пацієнтів у палатах, у яких розміщено декілька пацієнтів, рекомендується не обговорювати деталі огляду, а у разі необхідності спілкуватися з пацієнтом притишеним голосом.
- У палатах з декількома ліжками рекомендується наявність пересувних ширм, що розділяють ліжка і можуть створювати приватний простір для пацієнта.
- Необхідно забезпечувати відокремлене перебування різних статей, у тому числі роздільні вбиральні. Винятки можуть стосуватися палат інтенсивної терапії.

Надавачі послуг мають також враховувати особливості забезпечення приватності трансгендерів та танссексуалів. У таких випадках враховується побажання пацієнта щодо розміщення у палаті для одної чи іншої статі, яким чином представляється, вдягається, ім'я, що людина використовує.

- Пацієнтам має бути надана можливість обирати медичний персонал власної статі, що надає їм послуги (за наявності відповідного персоналу). Така потреба в цілому є більш актуальною для жінок. У будь-якому разі при проведенні процедур, що передбачають роздягання, має бути присутній медичний працівник одної статі з пацієнтом.

У Британії існує окрема політика щодо супроводження пацієнтів під час інтимних процедур (Chaperone policy). Вона покликана забезпечити комфортність проведення процедури пацієнту, а також захистити медичних працівників від необґрунтованих обвинувачень. Згідно з цією політикою під час проведення інтимних процедур або процедур, де можливий близький фізичний контакт, на думку лікаря, може бути присутня близька особа пацієнта.

- У лікарні має бути організовані приватна кімнати для спілкування членів сім'ї та близьких осіб пацієнта. Якщо у лікарні немає можливості передбачити це у плануванні лікарні, має бути наданий інший простір для сім'ї для спілкування наодинці з пацієнтом після важливих повідомлень або для прийняття складних рішень.
- Фото та відеозйомка пацієнтів у лікарні може здійснюватися лише за їх згоди.
- Персонал лікарні має отримати згоду на присутність при огляді пацієнта інтернами.

Зазвичай, запит про присутність студентів або інтернів є звичайним виявленням ввічливості, а пацієнти розуміють, що до них ставляться з повагою, одночасно вони зберігають певний контроль над ситуацією, в якій опинилися. Щоб такий запит не виявився для пацієнтів сюрпризом, про можливу присутність студентів чи інтернів необхідно попереджати заздалегідь. Навіть якщо лікарня є клінічною базою медичних навчальних закладів пацієнт повинен мати можливість відмовитися від присутності студентів або інтернів.

Конфіденційність та доступ до інформації про пацієнта

Конфіденційність інформації про пацієнта передбачено як законами України, так і міжнародними документами. До інформації, що необхідно захищати належать персональні дані, стан здоров'я, емоційний стан, фінансова інформація.

- Доступ до конфіденційної інформації має бути лише у тих працівників, які її потребують, цей доступ має бути обґрунтованим.
- До захисту конфіденційної інформації належить і вимоги щодо належного знищення носіїв даних (наприклад, за допомогою шредера).
- Медична інформація пацієнтів, наприклад, результати аналізів, не можуть бути загальнодоступними.
- Не допускається вилучення та зберігання лікарнею особистих документів пацієнта, зокрема паспорта,
- Не допускається поширення або обговорення інформації про пацієнта зі стороннім особам, у тому числі персоналом лікарні, не залученому до лікування та догляду за пацієнтом.
- Пацієнту має бути наданий вільний доступ до медичних записів про нього, у тому числі інформації, хто має чи мав доступ до відповідних медичних записів.
- Не допускається обговорення та засудження пацієнтів персоналом лікарні.

Випадок із судової практики

Пацієнтка звернулась до суду із позовом до лікаря-травматолога про захист честі, гідності, ділової репутації та стягнення моральної шкоди. Лікар під час огляду у присутності медичних працівників і студентів, поширив відомості про те, що пацієнтка перебувала у стані алкогольного сп'яніння, веде аморальний спосіб життя, а тому й отримала травму – закритий перелом лівої променевої кістки. Пацієнтка замість належної своєчасної допомоги у закладі охорони здоров'я отримала осуд і приниження. Лікар позов не визнав та вказав, що його слова були лише невинним жартом, а медична

допомога була надана пацієнтці в повному обсязі.

- Дані, що не стосуються надання допомоги пацієнту, не повинні збиратися та зберігатися

Окремі питання лікування

Багато інтервенцій та процедур, що здійснюються в рамках медичної допомоги, можуть сприйматися пацієнтами як загроза їх приватності, автономії тощо. У деяких випадках пацієнти зволікають із зверненням до лікаря через страх перед медичними інтервенціями, через невпевненість щодо ефективності лікування або ж через страх болю. Така ситуація негативно впливає як на громадське здоров'я, так і на ефективність використання ресурсів системи охорони здоров'я, оскільки пізні звернення за медичною допомогою зазвичай вимагає використання більш ресурсозатратних технологій та інтервенцій, а ефективність їх є меншою. Відповіддю на такі загрози може бути декілька загальних правил, що мають використовуватися як окремими надавачами медичних послуг, так і системою в цілому:

- не можуть призначатися схеми лікування, що не мають доказів їх ефективності, таких, що можуть нанести шкоду або страждання, які можна запобігти. Наприклад, перевага має надаватися оральним препаратам на відміну від ін'єкційних за умови їх однакової ефективності, інвазивні процедури мають бути замінені на малоінвазивні за можливості.
- У разі болю пацієнту має бути надане адекватне знеболення. У лікарні має використовуватися один або декілька інструментів з оцінки рівня болю.

Найвні інструменти оцінки рівня болю: CRIES, FLACC, Wong-Baker FACES Pain Rating Scale, and numeric visual analog (1-10).

При оцінці болю також мають оцінюватися психологічні аспекти, думка батьків, якщо пацієнт дитина, або опікунів у разі наявності, поведінка, культурні переконання, навколишні фактори, попередній досвід щодо контролю болю.

Організація простору та процесів

Простір лікарні та процеси мають бути організовані таким чином, щоб сприяти дотриманню принципів гідності пацієнтів та бути пацієнтоорієнтованими. Серед важливих елементів наступні:

- Приміщення лікарні мають бути доступними для всього населення. Інфраструктура має враховувати вимоги універсального дизайну.
- Наочні та прості карти та знаки щодо розміщення різних відділень та підрозділів лікарні мають використовуватися для орієнтації у межах лікарні пацієнтів та членів їх сімей та близьких осіб.
- Обладнання, меблі, палати та весь простір лікарні має бути доглянутим та чистим
- Чиста однотонна світла білизна на ліжках має бути забезпечена лікарнею, у тому числі регулярна її заміна не рідше одного разу на тиждень або за потреби
- Голосні звуки, шум має бути мінімізовані, щоб не заважати пацієнтам. Оцінка інфраструктури лікарні має бути проведена на можливості зниження рівня шуму.

Приклад: пацієнтку літнього віку з вадами зору та деменцією привезла її дочка до лікарні, пацієнтка поводитися спокійно, мовчала. Раптом вона почала кричати, намагатися втекти. Така поведінка була спричинена різким звуком: медична сестра скористалася металевим смітником, який шумно закривається. Жінка була біженкою, враховуючи відсутність зору та деменцію, будь-які різкі голосні звуки асоціювалися з війною.

- кімната, дружня до дітей, (простір для гри) має бути організована в лікарні для пацієнтів та їх відвідувачів.
- Нічне освітлення для пацієнтів та персоналу має бути організоване таким чином, щоб не заважати відпочинку інших пацієнтів.
- У лікарні мають працювати системи вентиляції, опалення та кондиціонування.

Особливості догляду людей старшого віку

Велика кількість пацієнтів лікарні – це літні люди. Демографічні тенденції свідчать, що частка людей літнього віку буде зростати. Водночас дослідження свідчать, що для людей літнього віку, крім звичайних існує багато додаткових ризиків при госпіталізації, серед іншого, високий стрес через непристосованість приміщень лікарні (потреба у тиші, особливостях освітлення, ліжок тощо), вища ймовірність ускладнень та внутрішньолікарняних інфекцій, втрата незалежності через довготривалу госпіталізацію, рівень дискримінації людей літнього віку вищий тощо. При здійсненні лікування та догляду за людьми літнього віку потрібно враховувати ці ризики та дотримуватися таких рекомендацій:

- Не допускається стигматизація та стереотипне ставлення до людей старшого віку. Всі пацієнти незалежно від віку мають однакові права на використання ресурсів охорони здоров'я. Не може бути відмовлено у наданні медичної допомоги лише на підставі віку.

Обґрунтування причини захворювання віком і відмова у наданні медичної допомоги без додаткових обстежень є неприпустимим.

Приклад 1: жінка 60 років звернулася до лікарні через тривалий біль у нозі, лікар під час прийому пояснив «що ж Ви хочете, це вік», однак пацієнтка наполягла на проведенні рентген-дослідження, яке показало перелом кості.

Приклад 2: у жінки 84 роки виявили негерметичний клапан серця. Коли пацієнтка виявила бажання зробити операцію, у лікарні їй сказали «Чому це Вас турбує у Вашому віці?».

Відмова у наданні медичної допомоги лише через вік є дискримінацією.

Приклад 3: надавач медичних послуг відмовив пацієнту 85 років у проведенні аортокоронарного шунтування, не врахувавши хороший фізичний стан пацієнта та побажання пацієнта провести таку операцію.

- На комунікацію та спілкування з людьми старшого віку має бути приділено більше часу. Працівники лікарні мають переконатися, що інформацію пацієнти зрозуміли повністю та вірно. Тон спілкування з пацієнтами старшого віку не має бути покровительським.
- Під час госпіталізації пацієнта старшого віку має бути проведена оцінка щодо його потреб, у тому числі духовних і культурних, стосунків із сім'єю, близькими особами, а також психічного та фізичного здоров'я.
- Вимоги щодо інформування пацієнта є актуальні і для людей старшого віку. При визначенні плану лікування необхідно враховувати побажання пацієнта, а не переконання медичного персоналу або близьких осіб пацієнта.

Приклад 1. Пацієнта 80 років було госпіталізовано до лікарні. У лікарні було діагностовано хворобу, без операції пацієнт міг прожити лише декілька днів. Пацієнт відмовлявся від операції, однак у якийсь момент втратив свідомість, і було вирішено робити операцію. Операція пройшла неуспішною, пацієнт помер під час операції. У даному випадку медичний персонал мав дотримуватися побажання пацієнта.

Приклад 2. Пацієнтка 85 років була госпіталізована до лікарні з болями у районі серця. Під час госпіталізації вона повідомила, що не хотіла б знати, якщо будуть погані новини або необхідність складних інтервенцій, і попросила комунікувати із своєю донькою, що її супроводжувала. Подальша комунікацію працівники лікарні проводили з донькою пацієнтки.

- Самостійність пацієнтів старшого віку має підтримуватися та заохочуватися, у тому числі із використанням допоміжних технологій. При постійному перебуванні у ліжку осіб старше 65 років навіть протягом 1 дня сила м'язів знижується на 5%, демінералізація кісток посилюється, підвищується ризик тромбозів, аеробна здатність зменшується тощо. Тому персонал лікарні має сприяти руху пацієнтів, за потреби надавати допомогу, якщо немає медичних протипоказань до цього. Також варто намагатися скоротити час перебування літніх людей у лікарні. У будь-якому разі після виписки з лікарні бажаною є реабілітація вдома із залучення фізичного терапевта або ерготерапевта.
- Велика частка людей літнього віку, що потрапляють до лікарні, мають діагностовані або недіагностовані деменцію, деліріум або інші когнітивні порушення. Попередня оцінка на ці нозології має бути проведена під час госпіталізації. Для пацієнтів з деменцією пояснення має відбуватися щоразу за потреби пацієнта. Навіть у присутності опікуна комунікація має відбуватися, в першу чергу, з пацієнтом. Персонал, що надає допомогу людям з деменцією, має пройти спеціальне навчання щодо особливостей спілкування.

Для підвищення комфорту перебування у лікарні, зменшення стресу та дезорієнтації рекомендується, щоб пацієнти мали окуляри та/або слухові апарати, які зазвичай використовують вдома, великий годинник, календар, фото сім'ї. Палата має бути добре освітлена для покращення орієнтації. Працівники лікарні та/або члени сім'ї мають час від часу нагадувати пацієнту, де і чому він/вона знаходиться. Процедури мають бути детально пояснені безпосередньо перед проведенням і після.

- Важливо, щоб у лікарні не припиняли вчасно надавати ліки, які регулярно вживає пацієнт вдома. З цією метою працівники лікарні можуть зв'язатися з сімейним лікарем, якщо пацієнт або близькі особи не можуть надати перелік таких ліків.
- Пацієнти мають бути оцінені на ризики падінь та вжиті заходи щодо їх попередження. Наявні докази свідчать, що люди старше 70 років мають вдвічі вищий ризик падінь у лікарні за молодших пацієнтів.

Рекомендації, розроблені Американською та Британською геріатричними спільнотами, передбачають 3 питання для визначення ризику падінь у пацієнтів старше 65 років:

- 1) Ви падали двічі чи більше разів протягом останніх 12 місяців?
- 2) Вам довелося звертатися за невідкладною медичною допомогою після падіння?
- 3) Чи маєте Ви проблеми з пересуванням та балансом?

Якщо відповідь на одне з вказаних питань «так», то ризик падінь у пацієнта дуже високий. Такі пацієнти мають проходити більш детальну оцінку щодо падінь, виявлення причин падіння (їх може бути декілька – проблеми зору, деменція, мала рухова активність, остеопороз, зловживання алкоголем, побічні реакції медикаментів тощо) та вжиті відповідні заходи.

- Необхідно також звертати особливу увагу на рівень болю у літніх пацієнтів, який є зазвичай більшою проблемою у порівнянні з молодшими пацієнтами через велику кількість суміжних захворювань. Звичайні інструменти оцінки болю можуть не підходити для літніх пацієнтів. Деякі адаптовані інструменти можуть використовуватися, що передбачають більше залучення членів сім'ї або людей, що здійснюють постійний догляд за пацієнтом (наприклад, Abbey Pain Tool).

- Так само у літніх пацієнтів ризик утворення пролежнів значно вищий, ніж у пацієнтів молодшого віку. Для попередження необхідно сприяти постійній зміні позиції пацієнта, регулярній гігієні і догляду за шкірою, уникнення постійного перебування у ліжку, забезпечення спеціальними матрасами.
- Недоїдання також може стати серйозним ризиком для пацієнтів. Для його уникнення необхідно проводити щоденний контроль щодо споживання їжі, надати допомоги при харчуванні за потреби (якщо наявні пристосовані столові прибори або інші засоби, використовувати їх), спробувати адаптувати дієту до потреб пацієнта, спонукати членів сім'ї або близьких осіб приймати їжу спільно з пацієнтом, у окремих випадках застосовувати парентеральне харчування, забезпечити регулярне та достатнє вживання рідини (наприклад, наявність зручної чашки, наповненої водою, біля ліжка пацієнта, регулярне нагадування пацієнту про необхідність вживати рідину тощо).
- Нетримання часто розвивається у літніх пацієнтів при госпіталізації. Для цього є цілий ряд причин невідомого середовища, незручне розташування туалету, високе ліжко, обмеження на ліжках, відсутність допомоги (у тому числі можливості покликати медичну сестру чи санітарку), побічна реакція на ліки. Для пацієнтів, що не втратили рухову активність, не рекомендується використовувати підгузки. Необхідно створити умову, щоб пацієнти могли без перешкод та вчасно добиратися до вбиральні. Серед іншого: розміщення літніх осіб у палатах з туалетами або біля туалетів, а також недалеко від медсестринського посту, встановлення кнопок виклику тощо.

Позитивним досвідом є залучення мультидисциплінарних команд для надання допомоги пацієнту. Оцінка вказаних ризиків має бути проведена із залученням різних спеціалістів та плану лікування/догляду сформований на основі цієї оцінки.

Приклад: пацієнтка 92 роки була госпіталізована до лікарні після падіння вдома. До оцінки стану пацієнтки були залучені травматолог, фізичний терапевт та соціальний працівник. Після діагностики у травматологічному відділенні серйозних травм та підстав для довготривалої госпіталізації не було виявлено. Фізичний терапевт оцінив можливість самостійно рухатися та обслуговувати себе (перевдягнутися, харчуватися, лягти та встати з ліжка, добратися до туалету, здійснити гігієнічні процедури): пацієнтка була спроможна виконувати всі базові активності для самообслуговування. Соціальний працівник вияснив, що пацієнтка проживає сама в будинку, але регулярно отримує підтримку від рідних та сусідів. Мультидисциплінарна команда після обговорення стану пацієнтки прийшла до висновку, що її можна необхідно виписати з лікарні на наступний день після госпіталізації додому. Також було підключено сімейного лікаря та представника соціальної служби за місцем проживання пацієнтки та було рекомендовано надавати соціальну послугу догляду вдома на щоденній основі.

- У разі необхідності складних втручань необхідно враховувати потенційні ризики для пацієнта, зокрема, чи буде пацієнт краще почувати себе після втручання, як втручання вплине на якість життя, на незалежність пацієнта, наскільки складний буде процес одужання, чи зможе пацієнт пережити втручання, враховуючи фізичний стан.

Особливості надання допомоги дітям

Всі попередні рекомендації щодо дотримання принципів гідності пацієнтів у лікарнях мають дотримуватися з певними особливостями і щодо дітей. Основним винятком є те, що всі інтервенції щодо дітей мають здійснюватися за згодою і у присутності батьків. Винятки можуть стосуватися лише побажання підлітків, що досягли 14 років. Також важливо враховувати наступні аспекти:

- Розділення дітей дошкільного та молодшого шкільного віку з батьками під час надання їм медичної допомоги є неприпустимим. Батьки мають перебувати разом з дітьми під час будь-яких процедур, включно з реанімацією. Винятки можуть становити операційні кімнати з точки зору інфекційної безпеки.
- Медичний персонал має спілкуватися не лише з батьками, але і залучати саму дитину у процес лікування та догляду з урахуванням рівня розвитку дитини. Такі принципи як зоровий контакт, чесність, а також можливість вибору є також актуальними для надання допомоги та догляду за дітьми незалежно від їх віку.
- Відповідно до законодавства України діти, що досягли 14 років, повинні надавати згоду на медичні втручання, до 14 років таку згоду мають надавати їх батьки або законні опікуни. Водночас у світі також враховують думку дітей до 14 років, якщо вони мають достатню спроможність зрозуміти ситуацію (Gillick competent). У випадку, коли батьки дають згоду, то достатньо згоди одного з батьків. Якщо батьки відмовляються надати згоду, то таке рішення може змінити суд, якщо вважатиме, що воно у найкращих інтересах дитини. У невідкладних станах медична допомога може надаватися без згоди батьків, якщо такої згоди неможливо отримати без ризику для життя дитини. Якщо дитина, що досягла 14 років, відмовляється від лікування, її рішення може бути переглянуто судом або батьками.
- Працівники лікарні мають бути навчені принципам комунікації та спілкування з дітьми.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Говоріть З дітьми, а не ПРО дітей - Використовуйте мову, яку зрозуміє дитина, не евфімізми - Використовуйте мову дитини, у тому числі мову тіла, а такожж мову гри - Демонструйте повагу до дитини – не підганяйте, не перебивайте - Слухайте уважно - Говоріть з дитиною в комфортному середовищі |
|---|

- Батькам або опікунам дітей, що перебувають у лікарні, має бути запропоноване місце для відпочинку та харчування.
- Принцип приватності має дотримуватися. Інформування та інтервенції, у тому числі огляди, мають здійснюватися у приватних кімнатах, без доступу сторонніх осіб.
- У лікарні мають бути облаштовані місця для гри, у тому числі у приймальному відділенні. Персонал лікарні має заохочувати дітей до гри та використовувати гру у терапевтичних цілях. За можливості мають бути створені умови для продовження навчання дітей під час перебування у лікарні.
- У відділеннях, де перебувають діти, особлива увага має бути приділена безпечному середовищу, наприклад, передбачити спеціальні ліжка для дітей до 3 років,
- Розміщення дітей одного віку у окремих палатах є хорошою практикою.
- Весь медичний персонал лікарні має бути навченим основним ознакам жорстокого поводження з дитиною, а також принципам догляду за дитиною та алгоритму дій щодо залучення інших спеціалістів, у тому числі служби у справах дітей.

Догляд у кінці життя

Лікарня – не найкраще місце для останніх днів людини, відповідно до ряду досліджень 75% людей надають перевагу смерті вдома, у комфортному знайомому середовищі, серед близьких людей. Однак у багатьох випадках людям доводиться зустрічати смерть в

лікарнях. Тому важливим є те, щоб працівники лікарні були обізнані з ключовими принципами збереження гідності пацієнтів у кінці життя.

- Пацієнт має знати, що помирає. Неетичним є приховування, уникнення або нечесність медичного персоналу щодо невиліковності хвороби та скорої смерті пацієнта. Водночас персонал лікарні має бути обізнаний з ключовими правилами розмови про кінець життя з пацієнтом, залучати пацієнта у прийняття рішень щодо медичної допомоги та допомагати робити вибір.
- Пацієнт має сам вирішити, чи повідомляти сім'ї та близьким особам про скору смерть. Неприйнятним є повідомлення про кінець життя пацієнта його/її родичів або близьких осіб до того, як про це повідомлено пацієнта, а останній дав згоду на інформування близьких осіб. Винятком може бути випадки невідповідності особи, або побажання пацієнта, озвучене під час госпіталізації.
- Лікарня має запропонувати пацієнтові зробити вибір щодо місця смерті (у разі якщо пацієнт обере інше від лікарні місце, лікарня має належним чином організувати переведення пацієнта, сконтактувати з відповідними надавачами послуг. Наприклад, якщо пацієнт обере смерть вдома, то лікарня має забезпечити транспортування додому, зв'язок з сімейним лікарем, а також з надавачем мобільної паліативної допомоги. Важливо, щоб таке перенаправлення було не лише формальним, працівники лікарні мають зв'язатися у телефонному режимі з відповідними надавачами, щоб переконатися, що допомога буде надана вчасно і послуги будуть надаватися безперервно).
- Рекомендується розміщати пацієнтів, що очікують смерті, у одиничних палатах за їх бажанням. Приватний простір та комфортне середовище має бути забезпечений для пацієнтів та їх сімей. Водночас пацієнт не має відчувати ізоляцію та виключення.
- Зменшення болю є одним з основних елементів догляду наприкінці життя, надавач медичних послуг має зробити все можливе, щоб зменшити страждання людини у цей період.
- Психологічна підтримка та терапія має бути запропонована для пацієнтів та їх сімей.
- Близькі особи, що перебувають поряд з пацієнтом і беруть участь у догляд за пацієнтом, мають отримати підтримку – інформаційну та соціально-психологічну.
- Пацієнтам має бути надана підтримка щодо визначення їх останніх побажань до або одразу після смерті. Побажання можуть включати осіб, з яким пацієнт хотів би сконтактувати до смерті, релігійні або духовні побажання, донорства (якщо лікарня має практику у цьому питанні), позиція щодо реанімації, позиція щодо аутопсії, побажання щодо похорон тощо.

Померлі та їх близькі

Принципи гідності пацієнта мають дотримуватися і після смерті: це включає поведінку з тілом померлого з повагою, а також підтримка близьких людей пацієнта. В Україні наявне законодавство щодо обов'язкових кроків після смерті пацієнта в лікарні, однак у даному документі запропоновані рекомендації, що не регламентуються в деталях законодавством.

- Смерть пацієнта має бути вчасно підтверджена.
- Члени сім'ї або близькі особи пацієнта мають бути невідкладно поінформовані про смерть, але не пізніше ніж за годину з моменту смерті. Новину про смерть пацієнта має повідомити лікуючий лікар або соціальний працівник безпосередньо при зустрічі. Якщо близьких осіб немає в лікарні, то в телефонному режимі повідомляється про необхідність негайного візиту до лікарні.
- Тіло пацієнта передається до патологоанатомічного бюро лише у разі відсутності членів сім'ї або близьких осіб пацієнта протягом однієї години з моменту їх інформування про смерть пацієнта.

- Тіло пацієнта має бути передано членам сім'ї або близьким особам пацієнта відразу після їх звернення вдень або вночі, у тому числі у вихідні дні. За заявою членів сім'ї тіло пацієнта не має передаватися патолого-анатомічній службі, за винятком обов'язкових випадків, визначених законодавством. Якщо є підстави для аутопсії, членам сім'ї та близьким особам необхідно обережно пояснити це, надати інформацію про алгоритм дій. Навіть у разі обов'язкової аутопсії близьким особам має бути дозволено знаходитися біля померлого. Необхідно пояснити причини заборони доторкатися до померлого, а також організувати відповідні умови для перебування поряд (приватне приміщення з температурним режимом або охолоджувачами ковдрами для померлого).
- Померлий має бути належним чином вдягнений, брудний одяг замінений, неприпустимо перевозити тіло померлого оголеним. Якщо немає підстав для аутопсії, тіло пацієнта має бути помите. Все медичне обладнання (дренажі, трубки, катетери тощо) на тілі померлого має зберігатися відповідно до вимог законодавства. У разі наявності обручки її не варто знімати, крім випадків коли про це попросять близькі особи. Тіло пацієнта має бути підготовлене не пізніше, ніж за 4 години з моменту смерті.
- Персонал лікарні мають дізнатися, чи бажають близькі особи забрати речі пацієнта, чи хочуть забрати забруднений одяг або запропонувати знищити його. Речі мають бути обережно складені.
- Лікарня має надати психологічну підтримку членам сім'ї та близьким особам пацієнта. Кожна людина переживає по-своєму горе, тому персонал лікарні має враховувати поведінку та побажання сім'ї. Треба враховувати, що деякі особи потребують особливої підтримки, наприклад діти, люди з деменцією, ментальними порушеннями тощо. Важливо надати психологічну підтримку. Не допускається звинувачення персоналом лікарні родини чи близьких осіб пацієнта у його смерті
- Персонал лікарні має враховувати культурні традиції, вірування, цінності пацієнта, про які відомо лікарні, після його смерті.
- Морг має бути відокремленим від решти приміщень лікарні. Приміщення для прийому та очікування членів сім'ї та близьких людей має бути організовано.

Політика дотримання гідності та захисту працівників лікарні

Дотримання принципів гідності пацієнтів неможливо без створення культури поваги до персоналу лікарні. Працівники лікарні мають знаходитися у безпечному і здоровому середовищі, у якому кожен працівник відчуває повагу до себе та можливості для розвитку власного потенціалу.

Здорове середовище для лікарів формується як внутрішньою колективною атмосферою так і взаємодією із пацієнтами та суспільством загалом. Важливо, щоб корпоративна культура включала наступні компоненти:

- спільна мета та цілі діяльності лікарні;
- взаємопідтримка та взаємоповага;
- відсутність дискримінації колег через професійний престиж;
- випрацювані алгоритми взаємодії між колегами, які лікують та доглядають за пацієнтом для уникнення конфліктів та непорозумінь.

Доброзичлива та дружня атмосфера в колективі не менш важлива за матеріальні блага та умови роботи. Відчуття належності до колективу та існування комфортної взаємодії з колегами сприяє створенню відповідної атмосфери і при обслуговуванні пацієнтів.

У закладах охорони здоров'я не має толеруватися булінг, домагання, знецінення, дискримінація, приниження та переслідування у будь-якій формі. Кожен працівник має право щодо поваги до своєї гідності, але також відповідальність щодо поваги до співробітників і пацієнтів.

Всі повідомлення щодо можливих випадків дискримінації, булінгу, домагань, приниження та переслідування, у тому числі анонімні, мають об'єктивно розглядатися та заходи вживатися відповідно до результатів.

Персонал лікарні має бути забезпечений належними індивідуальними засобами захисту та дотримуватися правил інфекційної безпеки. Порушення цієї вимоги спричинятиме до підвищеного ризику зараження працівників лікарні та пацієнтів, поширенню внутрішньолікарняних інфекцій.

У зв'язку з проведенням медичної реформи, частими є непорозуміння та конфлікти між пацієнтами та медичним персоналом. Важливим у цьому випадку стає роз'яснювальна робота та правильна взаємодія обох сторін. Одним із інструментів, який може використовуватися є інформаційні матеріали із переліком послуг, які надає лікарня, та ключові правила доступу (приклад додається).

Крім того, у лікарні мають бути розроблені вимоги щодо поведінки і ставлення пацієнтів до персоналу. Серед іншого:

- дотримуватися загальноприйнятих правил та вимог для взаємного комфортного перебування у лікарні;
- ставитися з повагою до медичних працівників, не грубити;
- не підвищувати голос при спілкуванні з медичними працівниками;
- уважно вислухати пояснення медичного персоналу щодо питань, які цікавлять;
- чітко виконувати призначені медичними працівниками заходи, зокрема виконувати вимоги та рекомендації медичних працівників щодо порядку та умов лікування;
- додержуватися режиму роботи лікарні, вимог щодо інфекційного контролю;
- не вживати наркотичні речовини та алкоголь у приміщенні лікарні та не приходити до лікарні в стані інтоксикації (за винятком невідкладних станів);
- не застосовувати силу проти працівників лікарні;
- ставитися з повагою до інших пацієнтів.

Політика лікарні щодо дотримання гідності пацієнтів

Положення, визначені у даному документі, носять рекомендаційний характер. Запровадження деяких рекомендацій вимагає мінімальних ресурсів від закладу охорони здоров'я, у той час як для реалізації окремих положень необхідні капітальні інвестиції. Заклади охорони здоров'я можуть самостійно визначатися із темпами та етапністю впровадження рекомендацій, враховуючи власні ресурси та загальну ситуацію.

Відповідно до визначеної стратегії впровадження цих рекомендацій, пропонується, щоб заклад охорони здоров'я розробив власну політику надання медичних послуг з дотриманням принципів гідності пацієнтів. Перш за все, внутрішньою політикою лікарні мають бути визначені існуючі бар'єри до надання якісної допомоги, зокрема стереотипи та стигма у зв'язку з національністю, соціальним статусом, статтю, віком, віруванням, сексуальною орієнтацією тощо, та запропоновані базові кроки для їх попередження. Будь-які прояви зловживання, дискримінації, експлуатації, нехтування та переслідування пацієнтів має засуджуватися. Всім пацієнтам лікарні має надаватися якісна допомога з урахуванням їх цінностей та переконань.

Рекомендується, щоб до розробки політики були залучені весь колектив лікарні. Такий крок забезпечить краще спільне розуміння принципів такої політики та в результаті її дотримання та сталість.

У внутрішній політиці лікарні щодо дотримання принципів гідності пацієнтів мають увійти механізми та інструменти впровадження та контролю за реалізацією принципів політики, серед іншого:

- визначені ключові цінності лікарні щодо комунікації між працівниками та з пацієнтами

Приклад. Вдала комунікація - це передумова успішного функціонування лікувального закладу, закладення підвалин довіри між пацієнтами та лікарнею.

При вибудовуванні комунікації із пацієнтами та зовнішньою аудиторією – важливою складовою постає розуміння та знання персоналом ціннісних орієнтирів. Саме вони задають тон та відтінки спілкування, як всередині колективу так і з пацієнтами. Перелік основних цінностей має бути коротким та таким, що легко запам'ятати. Адже для дієвості працівники мають знати ці цінності та керуватися ними у своїй щоденній діяльності:

- Професійність
- Інноваційність
- Пацієнторієнтовність
- Командність
- Доброзичливість
- Повага

- запропонована система реагування на формальні та анонімні скарги пацієнтів (приклад такої системи запропонований у додатках),

Приклад. Не рідкими бувають випадки у лікарнях, коли пацієнт скаржиться або незадоволений рівнем обслуговування. Це надзвичайно важливий момент, що містить емоції та переживання, а відповідно адекватна відповідь лікарні є важливим етапом правильної комунікації. Варто виважено та спокійно підійти до опрацювання скарг та врахувати їх у подальшій діяльності, за умови прийнятності.

В таких випадках медичному персоналу важливо:

- зберігати спокій для правильного вирішення ситуації;
- не піддаватися емоціям, які висловлює пацієнт;
- не сприймайте зауваження як щось особисте чи направлене на Вас;
- поінформуйте пацієнта, яким чином він може офіційно подати скаргу у Вашій лікарні.

4 кроки у роботі зі скаргами

- спокійно вислухати пацієнта, не сперечатися;
- висловити щире співчуття щодо ситуації яка сталася «мені шкода що так трапилось..»;
- спробувати вирішити питання або підказати алгоритм подання офіційної скарги;
- запевнити, що скарга буде розглянута керівництвом лікарні;
- подякувати, що скористалися послугами лікарні

- система та програма навчання персоналу, зокрема обов'язкові тренінги для нових працівників (навчальна програма може включати питання щодо спілкування з пацієнтами, у тому числі старшими людьми та їх сім'ями, знаходження правильних слів для обговорення складних питань, таких як обмеження життєдіяльності, деменція, помирання та смерть),
- система розв'язання складних етичних питань та випадків з щоденної практики в лікарні з метою знаходження найкращого рішення та поширення інформації про нього серед всіх працівників лікарні (наприклад, запровадження практики обговорення або презентації нестандартних випадків на регулярних зустрічах колективу),
- процедура визначення, вимоги до профілю, функції та повноваження відповідальної особи щодо дотримання принципів гідності пацієнтів,
- закладом може бути розглянуто питання створення окремого комітету з питань етики в рамках лікарні (це досить поширена практика у лікарнях США та країн ЄС, однак цей захід потребує суттєвих зусиль, навчання членів, запровадження відповідних процедур) або віднести окремі питання щодо дотримання принципів гідності пацієнтів у лікарні до відання спостережної ради лікарні,
- запровадження системи постійного моніторингу дотримання принципів гідності пацієнтів у лікарні (приклад опитувальника для пацієнтів додається)
- також може бути розглянуто можливість впровадження системи повідомлень співробітниками лікарні про порушення стандартів щодо гідності пацієнтів в лікарні (працівники, що повідомляють про такі порушення, мають бути захищені від переслідувань з боку адміністрації лікарні або колег),
- має бути забезпечений механізм комунікацій та передання інформації між персоналом, що надає медичну допомогу та догляд одному пацієнту, всередині лікарні, а також у разі переведення до іншого закладу чи виписці.

Така інформація може включати дані щодо прогресу лікування, проведені процедури, особливості проведених процедур, побажання та переваги пацієнта, запитання тощо. Кожен працівник, що надає допомогу та догляд пацієнту повинен мати вчасний доступ до цієї інформації. Електронні медичні записи можуть бути таким механізмом, якщо персонал лікарні забезпечений та працює з планшетами. Також записи, що постійно зберігаються біля ліжка пацієнта, можуть бути ефективними.

При переведенні або виписці пацієнта рекомендовано провести бесіду з лікарем, що буде супроводжувати пацієнта у подальшому та передати всі особливості та потреби пацієнта наступному надавачу послуг.

У закладі охорони здоров'я також рекомендується розробити правила щодо дотримання принципів гідності і поваги до персоналу лікарні. Такі правила мають включати як вимоги щодо корпоративної культури, ставлення працівників один до одного, механізми повідомлення про їх порушення адміністрації лікарні без страху зазнати переслідування, дисциплінарні санкції щодо порушників, а також вимоги до пацієнтів та алгоритми дій працівників у разі порушення відповідних правил пацієнтами.

Додатки

1. Презентація
2. Результати опитування пацієнтів (вересень 2020 р.)
3. Листівка «Рекомендації медичному персоналу»
4. Листівка «Права пацієнтів»
5. Опитувальник пацієнтів у лікарні
6. Шаблон Політики лікарні щодо роботи зі скаргами пацієнтів
7. Приклад "Decision aid" і посилання

Посилання

1. <http://www.adhb.health.nz/assets/Documents/Patients-and-Visitors/Patient-Experience/Inpatient-Report-No-9-September-2016-Dignity.pdf>
2. https://www.dignityincare.org.uk/assets/RCN_Dignity_at_the_heart_of_everything_we_do.pdf
3. <https://www.dignityincare.org.uk/Discuss-and-debate/download/20/>
4. <https://www.scie.org.uk/dignity/care>
5. https://www.forhighlandschildren.org/4-icspublication/index_39_65501420.pdf
6. <https://www.iow.nhs.uk/Downloads/Policies/Privacy%20and%20Dignity%20Policy.pdf>
7. <https://rcni.com/hosted-content/rcn/first-steps/communication>
8. <https://leanforward.hms.harvard.edu/2018/07/31/setting-the-stage-why-health-care-needs-a-culture-of-respect/>
9. <https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250%2817%2930554-8/fulltext>
10. <https://www.dignityincare.org.uk/>
11. <https://www.americansentinel.edu/blog/2016/06/14/patient-advocacy-preserving-human-dignity/#:~:text=Human%20dignity%20can%20be%20thought,privacy%2C%20respect%2C%20and%20autonomy.>
12. <https://www.uhhospitals.org/patients-and-visitors/patient-rights-and-responsibilities/>
13. https://www.researchgate.net/publication/282534699_Understanding_and_safeguarding_patient_dignity_in_intensive_care
14. <https://www.nmbi.ie/Standards-Guidance/Code/Respect-Dignity>
15. <http://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2013/04/Design-and-Dignity-Guidelines-for-Physical-Environments-of-Hospitals-Supporting-End-of-Life-Care-HfH-2008.pdf>
16. https://www.virtualhospice.ca/Assets/Dying,%20Dignity,%20and%20New%20Horizons%20in%20Palliative%20End-of-Life%20Care_20140819105955.pdf
17. https://www.virtualhospice.ca/Assets/Dying,%20Dignity,%20and%20New%20Horizons%20in%20Palliative%20End-of-Life%20Care_20140819105955.pdf
18. <https://www.theosthinktank.co.uk/cmsfiles/Reportfiles/Dignity-and-Dying-v7-web-1.pdf>
19. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng142/resources/end-of-life-care-for-adults-service-delivery-pdf-66141776457925>
20. <https://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf?ua=1>
21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4166879/>
22. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/treatment-and-care-towards-the-end-of-life--english-1015_pdf-48902105.pdf?la=en&hash=41EF651C76FDBEC141FB674C08261661BDEFD004
23. <https://www.theosthinktank.co.uk/cmsfiles/Reportfiles/Dignity-and-Dying-v7-web-1.pdf>
24. <https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/44937/6646.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. https://www.researchgate.net/publication/261255418_Integrative_review_of_dignity_in_end-of-life_care
26. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:347195/FULLTEXT01.pdf>
27. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-1837387324357>
28. https://www.researchgate.net/publication/282003616_Defining_dignity_in_end-of-life_care_in_the_emergency_department

29. <https://www.scie.org.uk/dignity/care>
30. <https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250%2817%2930554-8/fulltext>
31. Improving Patient-Provider Communication: A Call to Action.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904301/>
32. [Patient dignity in an acute hospital setting: A case study](#)
33. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748908002083?via%3Dihub>
34. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51885>
35. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf>
36. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000192371/PDF/192371eng.pdf.multi>
37. <https://rm.coe.int/1680700281>
38. <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-dignidad-del-paciente-bajo-un-enfoque-de-derechos-humanos>
39. <https://bariatrictimes.com/maintaining-dignity-of-patients-with-morbid-obesity-in-the-hospital-setting/>
40. <https://www.devonlive.com/news/devon-news/devon-man-who-nipple-removed-2540712>
41. <https://www.bbc.com/news/health-44665560>
42. <https://www.nhs.uk/nhs-services/help-with-health-costs/what-is-a-personal-health-budget/>
43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5771520/>
44. <https://vtethicsnetwork.org/medical-ethics/right-to-refuse-treatment#:~:text=Every%20competent%20adult%20has%20the,that%20the%20person%20may%20die.>
45. <https://www.verywellhealth.com/exceptions-to-your-right-to-refuse-medical-treatment-2614973>
46. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16010917/>
47. <https://www.frommedicalpractice.co.uk/chaperone-policy#:~:text=Chaperoning%20is%20the%20process%20of,sometimes%20to%20provide%20practical%20support.>
48. <https://www.nhft.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjim4n4597.pdf&ver=9128>
49. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/342769/Check-list-Child-rights-in-hospital_layoutOPE.pdf
50. <https://www.chp.edu/for-parents/before-your-childs-visit/during-visit/nursing-services/nursing-standards>
51. <https://www.togetherforshortlives.org.uk/resource/guide-end-life-care/>
52. <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/final-days/care-after-death>

53. http://endoflifecareambitions.org.uk/wp-content/uploads/2016/09/care_after_death.pdf
54. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/10/Guidance-for-Staff-Responsible-for-Care-after-Death.pdf>
55. <https://www.journalmtm.com/2018/use-of-personal-devices-in-healthcare-guidelines-from-a-roundtable-discussion/>
56. <https://www.health.nsw.gov.au/Performance/Publications/ct-8ways-booklet.pdf>
57. http://www.cec.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0011/295976/TOP-5-Toolkit-Hospital.pdf
58. https://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/health-and-wellbeing/id6953_the_challenge_of_dignity_in_care_upholding_the_rights_of_the_individual_2007.pdf?dtrk=truehttps://www.nhsconfed.org/-/media/Confederation/Files/Publications/Documents/Delivering_Dignity_final_report150612.pdf
59. https://gme.dartmouth-hitchcock.org/policies/code_of_ethical_conduct.html
60. <https://www.istor.org/stable/3766856?seq=1>
61. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466898/#:~:text=CONCLUSIONS%20Being%20treated%20with%20dignity,by%20treating%20them%20with%20dignity>
62. <http://palcare.streamliners.co.nz/DIGNITY.pdf>
63. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/resources/pressure-ulcers-prevention-and-management-pdf-35109760631749>
64. <https://www.msmanuals.com/professional/geriatrics/providing-care-to-older-adults/hospital-care-and-older-adults>
65. https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130123200700/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_107278
66. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7850907.stm>
67. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/02/safe-comp-care.pdf>
68. <https://www.rcem.ac.uk/docs/College%20Guidelines/5z9.%20Quality%20Care%20for%20Older%20people%20with%20urgent%20and%20emergency%20care%20needs.pdf>
69. https://www.saem.org/docs/default-source/saem-documents/education/geri_ed_guidelines_final.pdf?sfvrsn=6
70. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/407244/CHOICE_REVIEW_FINAL_for_web.pdf
71. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs144/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-75545479508677>
72. <https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/covid-19/communities-of-practice/Pages/guide-training-end-of-life.aspx>
73. Caring for a child at end of life
74. Getting it right every time Fundamentals of nursing care at the end of life

75. <https://www.wsha.org/wp-content/uploads/End-of-Life-Care-Manual.pdf>
76. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/01/transforming-end-of-life-care-acute-hospitals.pdf>
77. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng142/resources/end-of-life-care-for-adults-service-delivery-pdf-66141776457925>
78. SUPPORTING FAMILIES AND CHILDREN IN HOSPITAL: POLICIES AND PRACTICAL APPROACHES TO PEDIATRIC PSYCHOSOCIAL CARE
79. <http://www.patientprovidercommunication.org/pdf/news/25.pdf>
80. Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information
81. <http://medicallaw.org.ua/vydavnytstvo/praktychnyi-posibnyk-prava-liudyny-u-sferi-okhorony-zdorovia/6-prava-ta-obovjazki-pacijentiv-za-zakonodavstvom-ukrajini/61-prava-pacijentiv/6117-pravo-na-povagu-do-gidnosti-pri-nadanni-medichnoji-dopomogi/>