



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АЛЬ-ФАРАБИ
ФАКУЛЬТЕТ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Кафедра Политики и организации здравоохранения



ЛЕКЦИЯ 6
ДОРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ.
ОРГАНИЗАЦИЯ ПАТРОНАЖНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ПЕРИОД
НОВОРОЖДЕННОСТИ И ДО ГОДА

к.м.н., доцент Калмаханов Сундетгали Беркинулы,
кафедра Политики и организации здравоохранения

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 декабря 2017 года № 1027. **«Об утверждении Стандарта организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан»**

- 1) регионализация перинатальной помощи** - распределение медицинских организаций в масштабах области по трем уровням оказания перинатальной стационарной помощи женщинам и новорожденным в соответствии со степенью риска течения беременности и родов;
- 2) интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ)** - стратегия, рекомендованная ВОЗ и Детским фондом Организации Объединенных наций (ЮНИСЕФ), направленная на своевременное и качественное оказание медицинской помощи, снижение заболеваемости, смертности и инвалидизации детей в возрасте до 5 лет, а также улучшение их физического, психосоциального и эмоционального развития;
- 3) патронаж** – проведение медицинскими работниками профилактических и информационных мероприятий на дому (патронаж к новорожденному, патронаж к беременной, родильнице, диспансерному больному);
- 4) активное посещение** - посещение больного на дому врачом/средним медицинским работником по инициативе врача, а также после передачи сведений в организации ПМСП из стационаров о выписанных больных, из организаций скорой помощи после обслуживания вызова к пациентам, нуждающимся в активном осмотре медицинским работником.

Основными направлениями деятельности МО, оказывающих педиатрическую помощь являются:

- 1) оказание доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг детям, в том числе новорожденным;
 - 2) проведение мероприятий, обеспечивающих доступность медицинской помощи и качество медицинских услуг;
 - 3) оказание качественной консультативной, диагностической, лечебной помощи, соблюдение ИВБДВ;
 - 4) проведение диспансеризации медицинской реабилитации детям;
 - 5) оказание профилактической помощи:
-

5) оказание профилактической помощи:

- патронаж беременных;
- формирование и пропаганда здорового образа жизни, рекомендации по рациональному и здоровому питанию;
- проведение информационно-разъяснительной работы с родителями по уходу за ребенком, тревожным признакам заболеваний и угрожающим состояниям;
- консультирование по вопросам поддержки грудного вскармливания и лактации, по практике исключительно грудного вскармливания детей до 6-ти месяцев и продолжения грудного вскармливания до 2 лет;
- проведение скрининговых обследований для выявления врожденной патологии и нарушений психофизического развития, зрительных и слуховых функций у детей раннего возраста;
- консультирование по вопросам раннего развития ребенка;
- медицинские профилактические осмотры;
- проведение вакцинации;
- диспансеризация и динамическое наблюдение, патронаж детей, в том числе новорожденных;
- социально-психологическое консультирование;

На амбулаторно-поликлиническом уровне в соответствии с Правилами оказания первичной медико-санитарной помощи и Правилами прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 проводится:

2) патронажи и активные посещения беременных, новорожденных и детей раннего возраста в соответствии с универсально-прогрессивной моделью патронажной службы;

Оказание профилактической помощи детям на уровне МО ПМСП осуществляется путем организации:

- 1) работы кабинета развития ребенка (далее – КРР) во всех медицинских организациях, оказывающих ПМСП детскому населению, оснащение КРР осуществляется согласно приложению 1 к настоящему Стандарту;
- 2) неонатального скрининга, аудиологического скрининга новорожденных и детей раннего возраста, скрининга психофизического развития детей раннего возраста, офтальмологического скрининга недоношенных новорожденных в целях ранней диагностики врожденных и наследственных заболеваний у детей, снижения детской заболеваемости и инвалидности;
- 3) патронажного наблюдения на дому беременных, новорожденных и детей раннего возраста.

Организация патронажного наблюдения на дому беременных, новорожденных и детей раннего возраста проводится на основе универсально-прогрессивной модели, рекомендуемой Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) с целью выявления и снижения рисков медицинского или социального характера, угрожающих жизни, здоровью, развитию ребенка, а также уменьшения количества обязательных посещений в семье, не имеющих рисков. При универсально-прогрессивной модели патронажа наряду с обязательными плановыми посещениями (универсальный подход), внедряются дополнительные активные посещения по индивидуальному плану (прогрессивный подход) для беременных, новорожденных и детей, нуждающихся в особой поддержке, в связи с наличием медицинских или социальных рисков для жизни, здоровья или развития ребенка.

Универсальное (обязательное) патронажное наблюдение предоставляется всем беременным женщинам и детям до 5 лет и состоит из 2 дородовых патронажей к беременной женщине (в сроки до 12 недель и 32 недели беременности) и 9 посещений к детям по Общей схеме наблюдения беременных, новорожденных и детей до 5 лет врачом/фельдшером и средним медицинским работником на дому и на приеме в МО на уровне ПМСП согласно приложению 2 к настоящему Стандарту.

Прогрессивный подход предусматривает патронажное наблюдение беременных женщин и детей, у которых были выявлены риски медицинского или социального характера, представляющие угрозу для их жизни, здоровья, развития и безопасности по Схеме универсально-прогрессивной модели патронажа беременных и детей до 5 лет (патронажных посещений на дому средним медицинским работником) согласно приложению 3 к настоящему Стандарту.

При выявлении умеренного риска (в том числе проблем с грудным вскармливанием, прикормом, затруднений с навыками гигиены, с игрой, общением и других) средний медицинский работник проводит работу по устранению самостоятельно или совместно с участковым врачом. В случае высокого риска (жестокое обращение, насилие, пренебрежение, инвалидность ребенка и другое), когда семья нуждается в социальном сопровождении, сведения передаются социальному работнику, психологу или представителям других секторов при необходимости (образования, социальной защиты, внутренних дел, акиматов, неправительственных организаций и других).

При патронажном посещении на дому новорожденных и детей раннего возраста фельдшер или медицинская сестра берет с собой детский тонометр, измерительную ленту, термометр.

При патронажном посещении беременной женщины средний медицинский работник:

- 1) спрашивает у беременной женщины жалобы, измеряет артериальное давление, осматривает на наличие отеков и признаков анемии;

- 2) оценивает настроение (наличие депрессии), безопасность домашней обстановки и условий жизни, гигиену помещения и личную гигиену, факторы риска беременности;
- 3) информирует о физических и психических изменениях, связанных с беременностью; о вредных последствиях стресса при беременности; о вредных последствиях курения и употребления алкоголя и наркотиков;
- 4) дает рекомендации по сбалансированному питанию, контролю веса, физической активности, соблюдению гигиены полости рта, соблюдению личной гигиены;
- 5) обучает семью тревожным признакам беременности, когда необходимо немедленно обратиться к врачу и планирует дородовое наблюдение у терапевта и гинеколога;
- 6) консультирует и обучает подготовке к родам, как подготовить комнату, место, предметы ухода и одежду для новорожденного, основному уходу за новорожденным, значению исключительно грудного вскармливания и технике грудного вскармливания.

При патронажном посещении новорожденного средний медицинский работник:

- 1) оценивает признаки заболевания или местной бактериальной инфекции у новорожденного и при их наличии немедленно информирует врача;
- 2) оценивает настроение матери (родителя или иного законного представителя) с целью выявления депрессии, безопасность домашней среды и потребности новорожденного;
- 3) спрашивает о самочувствии родильницы (жалобы, состояние молочных желез, физическая активность, питание, сон, контрацепция);
- 4) информирует, консультирует и обучает мать (родителя или иного законного представителя) основному уходу за новорожденным: грудное вскармливание, температурный режим, уход в целях развития и настроенность на ребенка, участие обоих родителей (при наличии) в воспитании ребенка, вопросы гигиены и мытья рук, безопасность при купании, безопасность во сне, предупреждение синдрома внезапной смерти, гигиенический уход за пуповиной и кожей;
- 5) обучает семью опасным признакам заболеваний, при которых необходимо немедленно обратиться в медицинскую организацию: проблемы с кормлением, сниженная активность новорожденного, учащенное дыхание более 60 в минуту, трудности с дыханием, лихорадка или снижение температуры, судороги, озноб и другие;
- 6) содействует проведению своевременной вакцинации;
- 7) проводит первичную оценку социальных рисков, угрожающих жизни, здоровью, безопасности и развитию ребенка и в случае выявления рисков информирует социального работника МО, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь;
- 8) выявляет новорожденных, нуждающихся в дополнительной помощи и планирует для них индивидуальные посещения (дети с низкой массой тела при рождении, больные или рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей).

При патронажном посещении детей раннего возраста средний медицинский работник:

1) оценивает общие признаки опасности, основные симптомы заболеваний (кашель, диарея, лихорадка и другие), проверяет наличие анемии или низкого веса; оценивает настроение матери (родителя или иного законного представителя) с целью выявления депрессии; потребности ребенка в зависимости от возраста; безопасность домашней обстановки в плане травм и несчастных случаев; признаки пренебрежения, жестокого обращения и насилия по отношению к ребенку;

2) проводит мониторинг физического, моторного, психосоциального развития;

3) спрашивает о самочувствии роженицы (жалобы, состояние молочных желез, физическая активность, питание, сон, контрацепция), роженицу по вопросам исключительно грудного вскармливания до 6 месяцев, введению прикорма в 6 месяцев;

4) обучает родителя(ей) или законного представителя содействию развития ребенка через игру, общение, чтение; вопросам гигиены, совместному участию в воспитании ребенка обоими родителями (при наличии), опасным признакам заболеваний, при которых необходимо немедленно обратиться за медицинской помощью;

5) информирует родителя(ей) или законного представителя о признаках болезней детского возраста (кашель, диарея, температура и другие) и дает рекомендации при их возникновении;

6) содействует проведению вакцинации;

7) проводит оценку социальных рисков, угрожающих жизни, здоровью, безопасности и развитию ребенка и в случае выявления рисков информирует социального работника поликлиники.

В случае выявления умеренного риска средний медицинский работник совместно с социальным работником, психологом и с участием беременной женщины или родителя(ей) ребенка или законного представителя составляет в рамках прогрессивного подхода индивидуальный план мероприятий патронажного наблюдения согласно приложению 4 к настоящему Стандарту Индивидуальный план мероприятий с целью снижения или устранения рисков для жизни, здоровья, развития и безопасности ребенка включает оценку потребностей ребенка, анализ положения ребенка в семье, информирование старшей медицинской (ого)сестры/брата, участкового врача, заведующего отделением и социального работника.

Настоящие Методические рекомендации основаны на опыте работы национальных экспертов Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), сопровождавших в 2016-2018 годы пилотный проект по внедрению универсальной прогрессивной модели патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста в Кызылординской области.

Методические рекомендации написаны с целью оказания поддержки руководителям организации здравоохранения, врачам, социальным работникам, патронажным сестрам, работающим в ПМСП, преподавателям медицинских колледжей и кураторам клинических баз по подготовке медицинских сестер, в более глубоком понимании идей новой модели патронажа и предупреждения ошибок при внедрении.

Методические рекомендации являются результатом сотрудничества национальных экспертов ЮНИСЕФ в области раннего развития детей, социальной работы, сестринского дела совместно с Объединением юридических лиц «Союз медицинских колледжей Казахстана» и Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК.



Отличие новой модели патронажа от традиционной:

- Акцент на качество проведения патронажных посещений, а не на их количество;
- Переход от принципа «выявить проблему и перенаправить», к принципу «вовремя выявить и устранить или значительно снизить риск, который может привести к проблеме»;
- Акцент на комплекс медицинских, социальных, образовательных и других мер по созданию здоровья, а не только на выявление болезней и чисто медицинские проблемы;
- Акцент на физическое, психоэмоциональное, социальное развитие, безопасность и благополучие ребенка, а не только на его физическое здоровье;
- Здоровье ребенка рассматривается в контексте семьи (например, наличие депрессии у матери или отца, пренебрежительное или жестокое обращение) и местного сообщества, а не изолированно от семьи и окружения;
- С родителями и членами семьи ребенка строятся равноправные партнерские отношения, к ним не относятся как к подчиненным, обязанным слепо выполнять советы медработника;
- Патронажный работник не работает изолированно, он – член команды вокруг ребенка наряду с врачом, социальным работником, психологом, другими специалистами. Развивается командная работа внутри ведомства и механизмы эффективного взаимодействия с другими ведомствами;
- Патронажная сестра становится главным доверенным лицом семьи, связующим звеном между существующими услугами и потребностями ребенка.

Рекомендуемая последовательность действий

Шаг 1

Ориентационный трехдневный информационный тренинг для руководителей управления здравоохранения, заместителей по охране здоровья матери и ребенка, главных педиатров и первых руководителей учреждений ПМСП.

Шаг 2

Оценка исходной ситуации и расчет потребности в кадрах на уровне каждого учреждения, т.е. сколько необходимо патронажных сестер, старших сестер, врачей, соцработников, которые обеспечат работу по новой модели?

Шаг 3

Планирование обучения. Первичный тренинг, на котором проводится обучение 16 модулям ЮНИСЕФ, содержащих основную информацию для патронажной сестры по программе, проводится с отрывом от производства в 2 этапа.

Шаг 4

Планирование кураторских поддерживающих визитов к обученным. Обучение без последующего кураторского визита (супервизии) является малоэффективным.

Шаг 5

Планирование мониторинга внедрения. Вначале провести оценку исходного уровня качества услуг. Затем по той же форме отслеживать индикаторы в динамике.

Патронажная сестра, обеспечивая универсальный охват домашними визитами всех семей, где проживают беременные женщины и дети раннего возраста, оценивает социально-бытовые риски, угрожающие здоровью, развитию и безопасности ребенка и совместно с социальным работником планирует мероприятия по снижению рисков, угрожающих здоровью, развитию и безопасности ребенка.

Ситуации, в которых находятся семьи и дети раннего возраста, могут иметь разную степень выраженности рисков: высокого риска, умеренного риска и низкого риска.

Алгоритм ведения случая на уровне первичной медико-санитарной помощи. 9 шагов кейс-менеджмента



Благодарю за внимание!

Вопросы???