



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН



РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР
РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



әрбір бала үшін
for every child
для каждого ребенка



СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ
КОЛЛЕДЖЕЙ КАЗАХСТАНА
объединение юридических лиц

УНИВЕРСАЛЬНАЯ ПРОГРЕССИВНАЯ МОДЕЛЬ ПАТРОНАЖНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ



**Методические рекомендации для внедрения в
организациях первичной медико-санитарной помощи**

Астана, 2018

УДК
ББК

Авторы:

Бабаева Б.Н., областной координатор ИВБДВ по Южно-Казахстанской области;
Ким Н.Г., доцент кафедры педиатрии Казахстанского медицинского университета непрерывного образования;
Есимова Д.Г., профессор PhD по социальной работе Евразийского национального университета им. Л.Гумилева;
Суханбердиев К.А., координатор программ здравоохранения и питания ЮНИСЕФ;
Тихонова Л.С., консультант ЮНИСЕФ.

Рецензенты:

Зав.кафедрой детских болезней №1 КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, д.м.н. Ташенова Г.Т.
Зав.кафедрой социологии ЕНУ им. Л.Н.Гумилева, доктор PhD Байгабылов Н.О.

«Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи»: Методические рекомендации для внедрения в организациях первичной медико-санитарной помощи / Бабаева Б.Н., Ким Н.Г., Есимова Д.Г., Суханбердиев К.А., Тихонова Л.С. - Астана, 2018 - 87 с.

ISBN

Стандарт организации педиатрической помощи, принятый приказом МЗ РК от 25 января 2018 года №1027, регламентирует внедрение универсальной прогрессивной модели патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста на уровне ПМСП.

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.

Фотография на титульном листе ЮНИСЕФ / Зарина Нурмухамбетова.

УДК
ББК

Методические рекомендации обсуждены и одобрены на заседании _____. Протокол № ____ от ____ года. Утверждены и рекомендованы к изданию МЗ РК.

ISBN

© Бабаева Б.Н.
Ким Н.Г.
Есимова Д.Г.
Суханбердиев К.А.
Тихонова Л.С.

Вступительное слово и выражение признательности Представителя Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Казахстане Юрия Оксамитного



Данное методическое руководство является 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.

С целью оказания содействия в реформировании системы услуг посещения на дому на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), Представительство ЮНИСЕФ в Казахстане поддержало разработку методических рекомендаций для руководителей организаций ПМСП по внедрению модели патронажного обслуживания.

Методические рекомендации, в первую очередь, направлены на улучшение качества обслуживания беременных женщин и семей с детьми с помощью выстроенного алгоритма предоставления услуг на уровне менеджмента, планирования на основе выявленных нужд населения с детьми, мобилизации человеческих и финансовых ресурсов, обогащения знаний и профессиональных навыков среди практиков, патронажных медсестер и социальных работников.

Мы благодарим всех сотрудников организаций первичной медико-санитарной помощи, руководителей, патронажных медицинских сестер, социальных работников и психологов, принявших активное участие в предоставлении информации об опыте внедрения новой универсальной-прогрессивной модели патронажного обслуживания семей с детьми для написания данного методического материала.

За эффективный вклад в разработку содержания и содействие в описании извлеченных уроков хотелось бы выразить особую благодарность международным и национальным экспертам: Тамар Гоцадзе, Беттине Шветхельм, Баян Бабаевой, Наталье Ким, Динаре Есимовой, Розе Абзаловой, Гульнар Кумаровой. Надеемся, что практические рекомендации экспертов помогут не только руководителям, но и тем сотрудникам, которые ежедневно оказывают поддержку родителям в вопросах воспитания детей, здорового питания, безопасной среды, защиты от насилия и травм, значения раннего развития ребенка.

Содействие развитию детей младшего возраста является одной из наиболее эффективных стратегий для реализации прав детей, уменьшения социально-экономических разрывов между группами населения, а также продвижения справедливости и инклюзии.

Для создания условий устойчивого развития системы оказания патронажных услуг беременным женщинам и семьям детей младшего возраста в течение последних лет ЮНИСЕФ оказал содействие ПМСП в обновлении профессиональных компетенций, образовательных стандартов обучения и переподготовки медсестер, врачей общей практики (ВОП) в соответствии с международными стандартами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Предлагаемые методические рекомендации ЮНИСЕФ нацелены на развитие профессиональных навыков медицинских сестер, ВОП, социальных работников и психологов, необходимых для поддержания обновленной модели патронажного обслуживания в Казахстане.

В данном методическом сборнике Вы сможете найти советы и рекомендации по планированию работы патронажной службы, мониторингу данных качества обслуживания семей, методологии «кейс менеджмента», супервизии и обучения профессиональных кадров.

Юрий Оксамитный

Содержание

Перечень сокращений	7
ВВЕДЕНИЕ (автор Бабаева Б.Н.)	8
ЧАСТЬ 1. ЧТО НАДО ЗНАТЬ ОБ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ПРОГРЕССИВНОЙ МОДЕЛИ ПАТРОНАЖНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ. ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ (авторы Бабаева Б.Н., Суханбердиев К.А., Тихонова Л.С.).	10
1.1. Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания детей раннего возраста	11
Определение	11
Обоснование для внедрения	11
Ключевые убеждения новой модели патронажа	11
Отличие новой модели и традиционной модели патронажного обслуживания	12
Основные принципы	13
Ожидаемые результаты	13
Кратко об опыте пилотного внедрения новой модели в Кызылординской области	14
1.2. Практические рекомендации по внедрению	15
Обязательные предпосылки для внедрения	15
Факторы, препятствующие эффективному внедрению новой модели	16
Рекомендуемая последовательность действий	17
1.3. Как построить повседневную работу патронажной сестры	18
Планирование визитов	18
Текущий инструктаж	18
Обратная связь от патронажных сестер	18
Командный подход	18
Непрерывное профессиональное развитие	19
Поддерживающая супервизия	19
Документация	23
Мониторинг внедрения и индикаторы	23
1.4. Резюме первой части	24
ЧАСТЬ 2. УПРАВЛЕНИЕ СЛУЧАЯМИ РИСКА В ПРАКТИКЕ ПАТРОНАЖНОЙ СЕСТРЫ (КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ). СОСТАВЛЕНИЕ ЭКО-КАРТЫ И ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ПАТРОНАЖА (авторы Есимова Д.Г., Тихонова Л.С.).	25
2.1. Введение в управление случаем риска	26
2.2. Управление случаем риска или кейс-менеджмент	27
Алгоритм ведения случая на уровне первичной медико-санитарной помощи. 9 шагов кейс-менеджмента	27
Пример эко-карты ребенка	28
Перечень возможных потребностей семьи, которые при первичном	29

посещении может выявить патронажная сестра для передачи социальному работнику	
2.3. Практические рекомендации для патронажной сестры по составлению индивидуального плана	34
Требования к составлению плана	34
Пример индивидуального плана	34
2.4. Резюме второй части	36
ЧАСТЬ 3. НЕПРЕРЫВНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ПАТРОНАЖНЫХ СЕСТЕР (автор Ким Н.Г.).	37
3.1. Введение в непрерывное повышение квалификации	38
3.2. Виды непрерывного повышения квалификации	39
3.3. Категории непрерывного повышения квалификации	41
3.4. Роль администрации в планировании НПК	43
3.5. Процесс планирования НПК	46
ЧАСТЬ 4. ПРОВЕДЕНИЕ ОЦЕНКИ ОХВАТА И КАЧЕСТВА УСЛУГ ПАТРОНАЖНОЙ СЛУЖБЫ ПО АНТЕНАТАЛЬНОМУ УХОДУ И ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПМСП ЧЕРЕЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ДОМОХОЗЯЙСТВ	48
<i>МЕТОД Lot quality assurance survey (LQAS) / Качественная оценка методом случайной выборки лотов (LQAS) (автор Суханбердиев К.А.)</i>	
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	51
ПРИЛОЖЕНИЯ	52
Приложение 1.1. Схема универсальной прогрессивной модели патронажного обслуживания	53
Приложение 1.2 Шкала потребностей ребенка	54
Приложение 1.3 Программа ориентационного тренинга для руководителей	56
Приложение 1.4 Программа Базового тренинга для врачей, социальных работников, патронажных сестер	57
Приложение 1.5 Программа Расширенного тренинга для врачей, социальных работников, патронажных сестер «Новая роль патронажной сестры»	59
Приложение 1.6 Схема планирования универсальных патронажных визитов	61
Приложение 1.7 Схема планирования прогрессивных патронажных визитов	65
Приложение 1.8 Мониторинг основных показателей	66
Приложение 1.9 Инструмент куратора по оценке качества работы патронажной службы	70
Приложение 1.10 Отчет о заседании по супервизии	72
Приложение 1.11 Годовой отчет супервизора	73
Приложение 2.1. Таблица расчета степени и направленности риска при проведении родового патронажа и определении рисков по социально-бытовым условиям семьи	74
Приложение 2.2. Глубинная оценка потребностей ребенка и семьи	76
Приложение 2.3. Индивидуальный план сопровождения семьи	83
Приложение 2.4. Картирование ресурсов	85
Приложение 2.5. Схема процесса оценки, направления информации и отчетности на уровне ПМСП	87

Перечень сокращений

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ИББДВ, ИКАТ	Интегрированное ведение болезней детского возраста Компьютеризированное обучение ИББДВ
ИПРС	Индивидуальный план развития семьи
ЗНПК	Занятия по непрерывному повышению квалификации
КНПК	Комитет по непрерывному повышению квалификации
НПК	Непрерывное повышение квалификации
НПО	Неправительственные организации
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН

ВВЕДЕНИЕ



Фото: ЮНИСЕФ/ Зарина Нұрмұхамбетова

Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2020 г. предусматривает внедрение универсальной прогрессивной модели патронажной службы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) как эффективной системы улучшения показателей здоровья, развития и благополучия детей.

Необходимость модернизации патронажной службы ПМСП и перехода на новую модель патронажа возникла в связи с тем, что существующая система домашних посещений беременных женщин и детей раннего возраста перестала в достаточной степени соответствовать современным требованиям качества оказания ПМСП. Как показали исследования, проведенные в странах Центральной и Восточной Европы, в том числе в Казахстане, во время патронажных визитов не достигаются основные цели, направленные на первичную профилактику заболеваний, травм, несчастных случаев, жестокого обращения и насилия, на раннее выявление рисков, нарушающих траекторию физического, психосоциального и эмоционального развития ребенка. Чрезмерно большое количество регламентируемых посещений (более 20 раз) идет в ущерб качеству

патронажа. Визиты на дому сведены к кратковременному контакту с матерью, во время которого патронажная сестра в основном обращает внимание на факт физического здоровья ребенка, приглашает ребенка на очередную вакцинацию или профилактический прием врача или выполняет активное посещение больных детей. Остальную часть времени медсестра тратит на записи в амбулаторной карте или выполнения указаний врача во время приема детей.

Во время визита патронажная сестра не оценивает социальные риски, угрожающие здоровью и благополучию ребенка, не акцентирует внимание на таких важных аспектах, как настроенность родителей на ребенка и привязанность, депрессия матери или отца, наличие напряженных взаимоотношений в семье, отсутствие навыков позитивного воспитания и другие факторы, которые в конечном счете определяют здоровье, жизненную стойкость, развитие и благополучие ребенка. Если патронажная сестра в силу своего опыта и видит подобные риски, она не знает, какие конкретные шаги надо предпринимать для устранения или уменьшения рисков.

Универсальная прогрессивная модель патронажа беременных женщин и детей раннего возраста дает ответы на эти и многие другие вопросы. Данная модель рекомендована ВОЗ и ЮНИСЕФ как модель медико-социальной направленности, отвечающая современным требованиям качества оказания ПМСП:

- Обладает высокой эффективностью, так как модель основана на доказательной базе; применяемые в модели протоколы и руководства основаны на последних международных научных данных.
- Является обоснованной. Оптимизирует использование ресурсов, так как обеспечивается дифференцированный подход в предоставлении услуг. Все дети получают универсальный базовый пакет патронажных услуг, некоторые получают расширенный пакет услуг, и единицы получают интенсивный пакет услуг, что предотвращает ненужные траты. Инвестирование в ранний возраст приносит значительный доход на уровне самого человека, семьи и общества, так как в этом возрасте закладывается основа здоровья и благополучия человека.
- Улучшает доступность услуг. Патронажные услуги предоставляются своевременно, доступны в географическом, экономическом, культурном и других планах для любой семьи в интересах каждого ребенка. Особенно улучшается доступность для детей из уязвимых и социально отчужденных семей. Патронажный работник может донести нужную информацию и качественные услуги в семьи, которые по каким-либо причинам являются труднодоступными для медико-социальных услуг (мигрирующие семьи, культурные или религиозные убеждения, семьи в трудной жизненной ситуации, социально отчужденные и др);
- Является пациент-ориентированным, так как в центре услуг всегда находится ребенок, его интересы и права. Патронажная служба ПМСП оперативно реагирует на ценности семьи в отношении ребенка, способствует соблюдению прав ребенка на здоровье и развитие. Профессиональные качества нового патронажного работника ПМСП, хорошие коммуникативные навыки, стиль взаимоотношений с семьей, основанный на толерантном, деликатном и не осуждающем отношении, позволяют строить доверительные партнерские взаимоотношения с семьями. Поддерживающие отношения патронажного работника способствуют раскрытию сильных сторон семьи, позволяющей ей преодолеть жизненные трудности.

- Способствует равенству и справедливости в оказании услуг. Несмотря на общее снижение показателей младенческой и детской смертности, улучшение основных показателей здоровья и развития детей (показателей исключительно грудного вскармливания, физического развития и др), сохраняется разница этих показателей среди детей с разным уровнем благосостояния. Например, среди детей из бедных семей в 2,5 раза чаще встречается низкий вес и 1,7 раз чаще низкорослость. Данная модель дает возможность устранения неравенства и предоставления равного жизненного старта каждому ребенку, независимо от места проживания, уровня образования родителей или социально-экономического статуса.

- Является безопасным. В течение всего процесса оказания патронажных услуг, родители и члены семьи имеют возможность получать полную и достоверную информацию, принимать решение и участвовать в планировании мероприятий по устранению рисков, угрожающих здоровью, развитию, безопасности и благополучию ребенка. Родители рассматриваются как партнеры, информированные, обученные и мотивированные на максимальное раскрытие потенциала ребенка и достижение им максимально возможного уровня здоровья.

Настоящее руководство разъясняет цели, задачи, ключевую идею, принципы новой модели патронажа, содержит практические рекомендации, предостерегающие от поспешных и неправильных шагов при внедрении данной модели в практику.

Методические рекомендации состоят из четырех частей:

Часть 1 «Что надо знать об универсальной прогрессивной модели патронажного обслуживания. Общие рекомендации по внедрению» (авторы: Бабаева Б.Н., Суханбердиев К.А., Тихонова Л.С.).

Часть 2 «Управление случаями риска в практике патронажного обслуживания. Кейс-менеджмент в работе патронажной сестры и социального работника на уровне ПМСП» (авторы: Есимова Д.Г., Тихонова Л.С.).

Часть 3 «Непрерывное повышение квалификации патронажных сестер» (автор Ким Н.Г.).

Часть 4 «Проведение оценки охвата и качества услуг патронажной службы по антенатальному уходу и педиатрической помощи на уровне ПМСП через удовлетворенность домохозяйств» (автор Суханбердиев К.А.).

Часть 1

ЧТО НАДО ЗНАТЬ ОБ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ПРОГРЕССИВНОЙ МОДЕЛИ ПАТРОНАЖНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ. ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ.



Фото: ЮНИСЕФ/ Зарина Нурмухамбетова

1.1. Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания детей раннего возраста на уровне ПМСП

Определение

Патронажное обслуживание – система проведения «домашних визитов» патронажной сестры к детям раннего возраста, включая дородовой период. Встреча с семьей в ее собственной среде дает специалисту уникальную возможность понимания проблем и принятия правильного решения.

Существуют 3 основные модели патронажного обслуживания детей, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки:

Универсальная модель – это охват патронажным наблюдением всех детей раннего возраста, с обязательным посещением каждого ребенка в определенные возрастные периоды.

Целевая модель – это охват патронажным наблюдением только из группы повышенного риска, которые имеют особые потребности в связи с медицинскими или психосоциальными рисками.

Универсально-прогрессивная модель патронажных посещений на дому – это смешанная модель, которая комбинирует преимущества универсальной и целевой модели, преодолевая их ограничения и обеспечивая максимальную эффективность.

В рамках универсально-прогрессивной модели универсальные (обязательные) услуги по посещению специалиста на дому доступны для всех семей, а прогрессивные (усиленные + интенсивные) услуги посещения патронажного работника предоставляются ограниченному количеству семей, на основе оценки рисков и потребностей.

Усиленную поддержку получают те семьи, которые испытывают социально-экономические трудности, психосоциальный стресс, другие неблагоприятные обстоятельства (например, трудности с кормлением ребенка, проблемы развития, обеспечения безопасной среды и т.д.) для того, чтобы они могли позаботиться о себе и своих детях для обеспечения оптимального роста и развития.

Интенсивную поддержку получают семьи,

где дети имеют высокую уязвимость и для снижения риска нужна междисциплинарная поддержка и сотрудничество здравоохранения, социальных и образовательных служб.

Схема универсально-прогрессивной модели патронажного обслуживания в ПМСП дана в Приложении 1.1.

Обоснование для внедрения

Внедрение универсальной прогрессивной модели патронажного обслуживания имеет три ступени обоснования:

- 1) научные открытия, касающиеся значения безопасной, стимулирующей и эмоционально теплой среды для развития мозга ребенка и формирование раннего жизненного опыта, разрушительной роли токсического стресса на развивающийся детский мозг и ряд других открытий показывают, что в период от зачатия до третьего года жизни существуют окна уязвимости и возможности, которые не имеют аналогов на протяжении всей жизни. Меры, направленные на снижение уязвимостей и реализацию возможностей в раннем возрасте дают максимальный результат на протяжении всей жизни человека;
- 2) в этот период основным социальным институтом и медиатором здоровья и развития ребенка являются его родители и члены семьи, и посещение дому, когда встреча с семьей происходит в ее собственной среде, обеспечивает уникальное понимание проблем семьи и выбора стратегий преодоления трудностей.
- 3) наиболее нуждаются в патронажных посещениях беременные женщины, родители и дети, которые наиболее часто попадают в «трещины» системы здравоохранения, социальной защиты (в том числе защиты детей) и образования.

Ключевые убеждения новой модели патронажа:

- родители являются первыми воспитателями ребенка;



Фото: ЮНИСЕФ/ Лариса Тихонова

- любая семья имеет надежды и мечты в отношении своих детей, но семьи отличаются тем, как они поддерживают усилия своих детей в достижении этих целей; на результаты развития ребенка большее влияние оказывает поддержка ребенка семьей, чем социально-экономическое положение семьи.
- все родители имеют потенциал для поддержки развития своих детей и достижению ими успеха в жизни, но многим из них требуется поддержка для раскрытия своего потенциала, чтобы они могли почувствовать и развить свои сильные стороны;
- при предоставлении такой поддержки любая семья, в каких бы трудных условиях не находилась, способна дать лучший жизненный старт своему ребенку;
- лучше всего обращаться с родителями как с равными партнерами;
- патронажные работники могут способствовать повышению устойчивости семей и повышению качества жизни детей и семей путем оценки потребностей и глубокого понимании ситуации, обнаружения и поддержки сильных сторон (проактивный подход). При таком подходе семьи из потребителей услуг переходят в активные союзники;
- с любым родителем может быть «трудно установить контакт и работать», но основная ответственность за выстраивание взаимоотношений с родителями и семьями лежит на специалистах;
- необходимо подходить к родителям индивидуально – нельзя делать обобщения и навешивать ярлыки на основе их пола, этнической принадлежности, семейного положения, образования или материального благосостояния.

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, психосоциальное, 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. В глазах семьи патронажная семья перестает играть второстепенную после врача роль;

Основные принципы

Главная цель универсально-прогрессивной модели - защита и укрепление здоровья и благополучия детей в раннем возрасте в тесной связи с благополучием родителей и ближайшего окружения. Понимая, что на ребенка оказывает влияние ситуация в семье, на которую в свою очередь, оказывает влияние ситуация в месте жительства и в более широкой среде, патронажная служба, в соответствии с экологическими принципами, работает со всеми слоями. При этом в фокусе внимания всегда остается ребенок, его интересы и права.

Для успешного внедрения в практику новой модели патронажа, необходимо соблюдать следующие принципы:

1. Установить контакт с наиболее нуждающимися и уделить им наибольшее внимание, как правило, наиболее нуждающиеся бывают наименее охвачены имеющимися услугами.
2. Перейти от механической модели «обнаружения проблем и направления» к модели «оценить факторы риска и немедленно действовать, пока не возникла проблема», то есть перейти на риск ориентированный подход. Патронажная сестра оценивает основные потребности ребенка (Приложение 1.2).
3. Преодолеть фрагментацию услуг среди различных ведомств, системы здравоохранения, образования и социального обеспечения и отдельных служб, развивать прочное внутриотраслевое и межотраслевое сотрудничество.
4. Развивать профессиональной компетенции патронажных сестер.
5. Обеспечить соответствующее управление патронажными услугами.

Ожидаемые результаты

При успешном внедрении универсально-прогрессивной модели патронажного обслуживания в краткосрочной и долгосрочной перспективе можно ожидать позитивные результаты со стороны детей, семьи, родителей и общества.

Со стороны детей:

Улучшение неонатальных показателей, как малая масса тела, преждевременные роды, врожденные пороки развития, улучшение питания и роста, снижение заболеваемости и смертности, улучшение показателей иммунизации, улучшение когнитивного и социального развития, снижение уровня травматизма, снижение бремени инвалидности и сокращение случаев отказа от детей, снижение жестокого обращения и насилия в отношении детей.

Со стороны семьи и родителей:

Улучшение дородового ухода и профилактика акушерских осложнений, улучшение родительских знаний и навыков по детскому питанию (грудное вскармливание и прикорм), улучшение показателей обращения за медицинской помощью, улучшение осведомленности родителей о профилактике инфекционных заболеваний, улучшение привязанности и родительских знаний о практиках по развитию ребенка, безопасная домашняя среда, улучшение поддержки семей с детьми с ограниченными возможностями, снижение уровня родительского стресса, материнской депрессии и тревоги.

Со стороны общества:

Снижение расходов на медицинское обслуживание, улучшение готовности к школе, уровня успеваемости и показателей развития, снижение затрат на лечение вакциноуправляемыми болезнями, снижение расходов здравоохранения, связанных с госпитализацией, снижение затрат на уход за детьми, оставшихся без родительского попечения, за детьми, пострадавшим от жестокого обращения, затрат, связанных с борьбой с преступностью и наркоманией, снижение случаев суицида.

Пилотный проект внедрения новой модели патронажного обслуживания в Кызылординской области

показал значимые результаты менее, чем за два года. На пилотных участках снизились смертность детей от управляемых причин, бытовой травматизм, увеличился охват иммунизацией, увеличилось количество детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании и продолжающих грудное вскармливание, соответственно снизились затраты на приобретение искусственных смесей, улучшилась самооценка и удовлетворенность работой патронажных сестер, заметно повысился уровень знаний и компетентности патронажных сестер, выросла удовлетворенность населения оказываемыми патронажными услугами и доверие к услугам здравоохранения и социальным услугам, улучшилась координация деятельности неправительственных организаций, возросла роль НПО в секторе здравоохранения и другие.

Но опыт работы в пилотном проекте показал, что достижение результатов возможно только при тщательно продуманной и планомерной работе большого количества людей, работающих на разных уровнях, от патронажной сестры до руководителей разного ранга, представителей акиматов и смежных ведомств, системы подготовки медсестер и т.д.

Внедрение универсальной прогрессивной модели не может быть одномоментным действием. Требуются планомерные поэтапные действия. На данный момент, начало 2018 года, завершен пилотный проект и мы находимся на этапе внедрения реформированной универсальной модели патронажа по всей стране. Прежде всего, потребуется большая ответственность руководителей органов здравоохранения, чтобы за короткое время достичь критического (60%) уровня обученного по новой программе персонала, потребуется

эффективная организация работы, чтобы развить командный подход, воспитать супервизоров, правильно организовать непрерывное профессиональное развитие патронажных сестер, без которых не будет функционировать новая модель.

Предоставление усиленных прогрессивных услуг в основном отработано на пилотной модели, его внедрение будет происходить медленнее, по мере накопления опыта и улучшения организации работы по универсальной модели. Если обеспечено правильное руководство процессом работы патронажной службы, заключающееся в постоянной поддержке, доверии и участии, патронажные сестры с каждым новым случаем довольно быстро набирают профессиональное мастерство, учатся проводить глубокую оценку («делать невидимое видимым»), выделять приоритеты, планировать работу, устанавливать контакт с семьями, правильно вести диалог, убеждать, они работают спокойно, внимательно, не пропуская важные детали, удовлетворены своей работой. В противном случае происходит эмоциональное выгорание.

Как показал опыт Кызылординской области, отработка механизмов предоставления интенсивных прогрессивных патронажных услуг, основанных на межведомственном взаимодействии, требуют еще больших усилий и еще большего времени. На начальном этапе, укрепление потенциала социальных работников, правильная организация их работы и особое внимание к их участию в патронажной работе, а также личное умение руководителя наладить контакт с комиссиями акиматов, НПО, другими ведомствами играет решающую роль.

Следующая глава содержит рекомендации, основанные на практическом опыте, которые помогут предостеречь от ошибок при внедрении новой модели патронажа.

1.2. Практические рекомендации по внедрению универсальной прогрессивной модели патронажного обслуживания

Обязательные предпосылки для внедрения новой модели

1. Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания может быть внедрена на участке, где работает ВОП, так как работа проводится на уровне всей семьи. Обязательно наличие социального работника и психолога в учреждении здравоохранения, которые являются ключевыми членами команды вокруг ребенка

2. Наличие трех участковых медицинских сестер, одна из которых полностью переводится на домашние посещения (дородовой патронаж беременной женщины, новорожденного и детей до 5 лет).

3. Работа патронажных сестер должна быть организована так, чтобы они могли уделять достаточное время эффективной работе с семьями. Как показывает наблюдение экспертов и опыт пилотного проекта, в среднем из каждых 5 семей одна семья будет в группе умеренного или высокого риска, с которыми патронажная сестра проводит индивидуальную работу. Наиболее часто встречаются риски по исключительно грудному вскармливанию, по срокам введения и качеству прикорма, по развитию ребенка (особенно развитие активной речи), вовлечению отцов в воспитание ребенка, безопасного окружения и предупреждения травм, в вопросах ухода в целях развития ребенка (чтение, игра, общение). На проведение первичной оценки рисков и обучение семьи потребуется в среднем 40 -60 минут, на повторные визиты по индивидуальному плану – 15-30 минут, в зависимости от типа выполняемой работы. Таким образом, в течение рабочего дня патронажная сестра может качественно обслужить 6-8 визитов.

4. Патронажные работники должны быть хорошо подготовленными, обладать достаточными знаниями и навыками для предоставления необходимых услуг

5. Руководство области должно обеспечить эффективное функционирование ресурсных тренинговых центров (в большинстве областей это центры ИББДВ, в которых работают тренеры и координаторы, которые прошли курс подготовки по универсально-

прогрессивной модели патронажа). Центры должны быть готовы для проведения планомерной подготовки патронажных сестер по новой программе

6. Первичное обучение должно проводиться сертифицированными тренерами, с отрывом от производства, на базе тренинговых центров или учреждениях последипломного образования. Тренеры должны быть хорошо мотивированы, должны хорошо знать и соблюдать рекомендуемую методику.

7. Знание и практические навыки ИББДВ является неременным условием для работы патронажной сестры, ИББДВ является одним из 16 модулей, включенных в базовую подготовку патронажных сестер. Обучение по ИКАТ (компьютеризированное обучение ИББДВ) должно быть запланировано на базе ресурсных центров, знания и навыки ИББДВ должны поддерживаться постоянно.

8. Должны быть созданы материальные и технические возможности (оплата, транспорт) для развития системы поддерживающего кураторства. Координатор и тренеры ресурсного центра должны регулярно проводить поддерживающие кураторские визиты к обученным работникам для закрепления практических навыков, анализа возникающих проблем и их решения..

9. На уровне учреждения должно быть помещение, где патронажные сестры могут проводить занятия, обсуждать случаи, хранить документацию и раздаточный материал. Помещение должно иметь проектор, компьютер, учебную доску, шкаф, закрывающийся на ключ (для хранения конфиденциальной документации).

10. Патронажные работники должны быть обеспечены необходимым набором материалов для качественного проведения патронажа (переносной ростомер и весы, см-лента, 2 вида термометра -для измерения температуры тела и температуры комнаты, тонометр, планшет или смартфон с мобильным приложением, дезинфектант для обработки рук, минимальный набор для оказания первой помощи), необходимый источник информации (Буклет схем ИББДВ и Буклет информационных схем, схему оповещения в экстренных ситуациях),

раздаточный материал для семьи (брошюры, памятки и др) по предполагаемой теме консультирования.

Факторы, препятствующие эффективному внедрению новой модели

Как показывает опыт пилотного проекта, некоторые факторы могут негативно влиять на результаты работы патронажной службы и снижать эффективность работы.

- Исходные слабые знания и навыки медицинских сестер по базовым вопросам, как интегрированное ведение болезней детского возраста, грудное вскармливание, правильное введение прикорма, оценка состояния новорожденного ребенка, определение опасных признаков и состояний, требующих немедленной госпитализации у больных детей и другие может значительно замедлить внедрение модели. Без базовых знаний невозможно дальнейшее продвижение новой модели.
- Слабые коммуникативные навыки патронажной сестры. Построение доверительных отношений с семьей является основой новой модели. Без правильно выстроенных взаимоотношений патронажной сестры и членов семьи, модель не будет работать эффективно, более того может представлять угрозу для самой медсестры или ребенка. Есть риски формирования нежелательных отношений со стороны семьи как иждивенчество, потребительское отношение, а не партнерство и взаимная ответственность.

- Эмоциональное выгорание сотрудников. Происходит, когда патронажные сестры, чувствуя ответственность перед семьями, которые им доверяют, пытаются решать проблемы, которые выходят за рамки их компетенции или человеческих возможностей. Если при этом нет рефлексивного консультирования, поддерживающего кураторства, восстановительной супервизии, у патронажной сестры истощаются душевные силы.
- Отсутствие поддержки руководства учреждения. Чтобы правильно понимать и контролировать риски, которые патронажные работники выявляют в семьях и местном сообществе, руководителям необходимо пройти обучение по модулям, понимать ключевые идеи каждого модуля, способствовать развитию командной работы, развитию внутренней супервизии (поддерживающего кураторства) и межведомственного взаимодействия, создать условия для максимального использования имеющихся в сообществе возможностей (НПО, группы поддержки, волонтеры и т.д.). Такая деятельность руководства гарантирует устойчивость результатов.
- Отсутствие системы непрерывного профессионального развития патронажных сестер. Глубоко ошибочным является представление, что однократно обучившись на тренинге, патронажная сестра сразу научится делать все, будет все успевать и не будет допускать ошибок.



Фото: ЮНИСЕФ/ Лариса Тихонова

На тренинге патронажная сестра получает первоначальные знания. А закрепление навыков происходит в повседневной практике, с каждым случаем проведенной оценки, выявления риска, составления и выполнения индивидуального плана и т.д.

- Отсутствие командной работы. Патронажная сестра в одиночку не может эффективно выявлять и управлять рисками. Такая возможность возникает только при хорошо организованной командной работе, координируемой врачом общей практики. Координировать работу команды может только ВОП, который информирован о случаях риска, знает работу патронажной сестры, возможности социального работника, психолога, других специалистов, также услуги, которые могут быть предоставлены в сообществе. Для этого врач общей практики должен пройти обучение совместно с патронажной сестрой, социальным работником и психологом. Возможность открыто обсуждать проблемы без страха наказания, взаимоотношения поддержки между членами команды способствуют профессиональному росту каждого члена команды, предупреждает эмоциональное выгорание патронажных работников и помогает в решении сложных случаев.

- Отсутствие правильной расстановки кадров и распределения обязанностей. Пилотный проект показал, что универсальная прогрессивная модель может быть эффективной, только при наличии трех медсестер на участке и при условии, что одна из трех медицинских сестер полностью занимается домашними визитами.

- Отсутствие поддерживающей супервизии. Отсутствие поддерживающей супервизии ведет к эмоциональному выгоранию персонала, снижению мотивации к работе и учебе, не поддерживается необходимый уровень знаний и навыков.

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. Программа в Приложении 1.3.

Шаг 2

Оценка исходной ситуации и расчет потребности в кадрах на уровне каждого учреждения:

- 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. Программа Базового и расширенного тренинга в Приложении 1.4.

- Сколько человек надо обучить на уровне учреждения? Составить список, подлежащих обучению. В список для обучения должны войти зам глав врача, эксперт, патронажные сестры, ВОП, зав отделения, старшая сестра отделения, соцработник и психолог.
- Обучение должно быть совместным, командным (врач, медсестры и соцработники учатся одновременно).
- Согласовать график с областным координатором ИВБДВ.
- Определить сколько займет времени достижение 60% охвата обучением на уровне учреждения, на уровне региона.

Шаг 4

Планирование кураторских поддерживающих визитов к обученным.

Обучение без последующего кураторского визита (супервизии) является малоэффективным.

Кураторский визит проводят областные тренеры, которые проводили первичное обучение или внешние кураторы, имеющие практический опыт работы (такие визиты проводятся на основании договоров).

С самого начала надо развивать внутреннее кураторство. Для этого заведующий отделением, старшая сестра или другие опытные патронажные сестры должны быть обучены базовому тренингу, через некоторое время практической работы – на тренингах по супервизии.

Шаг 5

Планирование мониторинга внедрения.

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

1.3. Как построить повседневную работу патронажной сестры

Планирование визитов

Правильное планирование патронажных визитов обеспечивает полноту охвата и своевременность оказания патронажных услуг. Источником планирования является перепись населения участка, регистр прикрепленного населения, регистр беременных.

Составляется два вида плана: универсальных посещений (ежемесячный план, контроль выполнения еженедельный) и прогрессивных усиленных услуг (ежедневный план). Ежедневно план корректируется активами к больным детям, новорожденными из роддома и отказывающимися от вакцинации. Мониторинг правильности составления плана и его выполнения проводит старшая сестра отделения. Старшая сестра активно помогает в составлении плана, в его коррекции по мере поступления информации.

Инструкция по планированию в Приложениях 1.5 и 1.6.

Примечание: при правильной организации патронажного обслуживания нет необходимости проведения подворных обходов (за исключением чрезвычайных обстоятельств), так как патронажная сестра ежедневно проводит углубленную планомерную работу по оценке рисков, по обучению родителей и т.д. Также нет необходимости делать визиты только лишь с целью приглашения на вакцинацию. Как правило, этот вопрос в большинстве случаев решается по телефону.

Текущий инструктаж

Перед началом визитов (обычно это в понедельник утром), патронажные сестры должны получать текущий инструктаж от старшей медсестры. Периодически при этом должен присутствовать ВОП (для контроля и поддержки старшей медсестры) и зав. отделением (для контроля и поддержки ВОП).

Задавая краткие вопросы по конкретным визитам, которые предстоит провести патронажной сестре, например, патронаж беременной в 32 недели, первичный дородовой патронаж, патронаж новорожденного, патронаж в 1 месяц, в 2 года и т.д., необходимо убедиться, что патронажная сестра правильно выполняет

задачи конкретного визита. Например, можно попросить продемонстрировать на кукле, в какой последовательности будет осматривать новорожденного, показать, как будет проводить оценку социальных рисков или безопасности среды, попросить перечислить вопросы индикативного интервью, или какие сигнальные индикаторы задержки активной речи у 2-х летнего ребенка и т.д.

Вопросы должны касаться предстоящих реальных визитов. Инструктаж не является экзаменом и не служит для наказания. Если ответы говорят о недостатке знаний, необходимо проинструктировать, обсудить в команде с другими сестрами. Возможно, будет принято решение, что медсестра, которая проявляет слабые знания, сегодня должна пойти на визит с другой, более подготовленной или со старшей медсестрой.

Необходимо запланировать индивидуальное или групповое занятие по теме, которая представляет сложности.

Обратная связь от патронажных сестер

В конце недели (обычно это пятница, вторая половина дня) патронажная сестра должна представить отчет и заполненную документацию по выполненному за неделю плану старшей сестре отделения (сколько было посещений по универсальной программе, какие риски выявлены, представить индивидуальный план и эко-карту на случаи выявленных рисков, сколько было посещений по индивидуальным планам, какие изменения произошли, сколько и каких рисков устранено).

Желательно присутствие ВОП, зав. отделением при проведении обратной связи по итогам работы за неделю. В любом случае список детей и беременных с умеренным и высоким риском должен постоянно находиться на столе у ВОП, а список с высоким риском – на столе у заведующего отделением. Они должны интересоваться, как продвигается работа по данному случаю, какая помощь требуется патронажной медсестре, какие ресурсы можно еще использовать.

Командный подход

Патронажная сестра является членом команды и работает в тесном сотрудничестве



Фото: ЮНИСЕФ/ Наталья Ким

с врачом общей практики, участковыми сестрами, социальным работником, психологом. Патронажная сестра хорошо знает возможности местного сообщества, которые можно использовать в работе, как группа поддержки матерей по грудному вскармливанию, неправительственные организации и другие ресурсы.

Непрерывное профессиональное развитие патронажных сестер

Как минимум 2 часа в неделю должно быть выделено на обучение (обычно занятие проводится в среду). При этом должна присутствовать вся команда (патронажные сестры, ВОП, старшая сестра, соцработник). Старшая сестра заранее дает задание патронажной сестре. Наиболее эффективной формой обучения является представление случая (трудный не разрешаемый случай или наоборот, успешно решенный случай).

Обычно это короткая презентация на 3-4 слайдах с описанием случая, представлением эко-карты, с четкой формулировкой проблемы и вопросов, которые надо обсудить. Важно, чтобы в обсуждении приняли участие члены команды и каждый мог открыто высказать свое мнение. Это укрепляет командную работу. Также важно, чтобы представляющий случай участник хорошо подготовился по соответствующему модулю.

Обсуждение должно быть в узком кругу команды, конфиденциальным, персонал не должен разглашать информацию о ребенке и

семье, которые стали известны в ходе выполнения служебных обязанностей.

Поддерживающая супервизия

Как показала практика, движущей силой улучшения качества патронажной работы является поддерживающая супервизия. Поддерживающая супервизия должна выстраиваться и продвигаться с самого начала и на всех уровнях (на уровне учреждения, на уровне области и на уровне страны). Ключевым моментом нового подхода к кураторству является преодоление тенденции традиционного кураторства, такие как строгая вертикальность (вышестоящий проверяет нижестоящего), нерегулярность проведения (как правило, проводится при подготовке какого-либо совещания), акцент на внешнюю курацию (в основном это проверка извне), нацеленность на поиск виновного и наказание, недостаток знаний и навыков самого куратора. Поддерживающая супервизия - это непрерывный процесс улучшения качества оказания услуг, который не ограничивается визитом куратора и продолжается на уровне каждого работника и всего учреждения на постоянной основе.

Цель поддерживающей супервизии — оказание помощи патронажным сестрам в их профессиональном росте и достижении эффективных результатов путем прямого наблюдения за их деятельностью, дискуссии, оказания практической поддержки и обучения.

Задачи поддерживающей супервизии:

1. Улучшение знаний и закрепление практических навыков
2. Улучшение организации работы
3. Предупреждение эмоционального выгорания

Уровни поддерживающей супервизии.

Поддерживающая супервизия является трехуровневой системой: самокураторство/кураторство коллег, внутренняя супервизия и внешняя супервизия.

Первым уровнем и основой поддерживающей супервизии является самокураторство и кураторство коллег. Самокураторство или кураторство коллег означает, что каждый работник самостоятельно и/или с помощью своих коллег, при поддержке внутреннего куратора проводит оценку качества выполнения профессиональных стандартов, намечает для себя конкретные задачи и сроки выполнения, оценивает и мониторирует собственный профессиональный уровень и коммуникативные навыки (план самокурации и профессионального развития в Приложении).

Вторым уровнем поддерживающей супервизии является внутренняя супервизия. Задача внутреннего супервизора - помочь каждому сотруднику выполнять свои обязанности наилучшим образом, путем наставничества и менеджмента исполнения. Старшая медсестра, участковый врач, заведующий отделением, заместитель главного врача, главный врач т.е. каждый на своем уровне является куратором для своих подразделений.

В идеале внутренним супервизором патронажной сестры является старшая медсестра отделения. Руководитель учреждения по согласованию с командой патронажных сестер на основе выборности может назначить освобожденного супервизора за счет перераспределения его нагрузки среди персонала. Руководитель совместно с отделом по управлению человеческими ресурсами назначает функционал супервизора и объемы работы с перераспределением обязанностей. К основным функциональным обязанностям сотрудника, назначаемого супервизором, добавляется нагрузка по ведению супервизии, а именно:

1. Обзор и пересмотр стандартов качества предоставляемых услуг сотрудниками организации;
2. Сопровождение и наставничество новых сотрудников в течение 3-х месяцев;

3. Проведение прямого наблюдения при патронаже домохозяйств (до 3-х семей еженедельно, около 3 часов в неделю);

4. Проведение индивидуальной консультации по разработке плана профессионального развития с сотрудником с использованием методологии рефлексии и самооценки (по 2 консультации в неделю);

5. Проведение групповых занятий для сотрудников по результатам самооценки и прямого наблюдения супервизором для повышения качества предоставляемых услуг населению в соответствии со стандартами услуг (по 2 занятия в месяц);

6. Проведение групп (от 4 до 7 человек) практического обучения с целью разбора клинических случаев с представлением ситуации каждым сотрудником на основе ротации (2 раза в месяц по 40 минут.);

7. Проведение групповых занятий по эмоциональной поддержке для формирования устойчивой резилентности (стрессоустойчивости) сотрудников и предупреждения эмоционального выгорания с привлечением партнерских организаций, психологов (1,5 часа в неделю);

8. Подготовка и предоставление отчета о проведенных мероприятиях по супервизии (2 часа ежеквартально) сотрудникам и руководству.

Стандартные процедуры администрирования внутренней супервизии на уровне организации являются:

- Утверждение приказа руководителя о внутренней супервизии с определением целей, задач, компетенций супервизора
- Описание объема работы по супервизии, количество часов и виды услуг
- Бюджетный план на оказание услуг супервизора согласно контракту, прилагаемому к трудовому договору «О ведении супервизии» с определенным сроком на 1 год.
- Определение объема компенсации к основному окладу работника за дополнительную нагрузку по выполнению супервизии. Компенсация должна быть пропорциональной объему нагрузки, то есть количеству домохозяйств, обслуживаемых сотрудниками учреждения.
- Подготовка супервизора (специальные обучающие тренинги не менее 40 часов обучения принципам и методам работы супервизора, а также методологии работы

с семьями на основе кейс менеджмента «управление случаем»). Каждый назначаемый супервизор обязан пройти не менее 20 часов обучения по теме «Супервизия, внутренняя поддерживающая курация сотрудников» и 18 часов по теме «Ведение случая».

- Заключение договора с супервизором либо подписание дополнительного соглашения к действующему договору о выполнении функций супервизора в соответствии с планом работы на определённый период. Сроки выполнения функций супервизора могут варьироваться от 6 месяцев до 1 года в зависимости от потребности организации и возможностей супервизора. Руководитель обязан провести беседу с супервизором предварительно и установить срок действия дополнительного соглашения с сотрудником по оказанию услуг внутреннего супервизора от 6 месяцев до 1 года с возможностью продления на 1 дополнительный год. Для обеспечения устойчивости процесса по супервизии необходимо учитывать ротацию сотрудников, выполняющих функции супервизора в организации.
- Обеспечение рабочего места/помещения и необходимых средств для обеспечения работы (оргтехника, компьютер, принтер, стол, стул, коммуникация) супервизора в организации.
- Утверждение форм по ведению работы супервизором.

Документация супервизора:

- Форма согласия супервизора о соблюдения конфиденциальности информации, полученной в ходе выполнения работ по супервизии и наставничеству (самооценки, индивидуальной консультации и групповых обсуждений) с сотрудниками;
- Анкета- опросник для проведения оценки потребностей в обучении сотрудников;
- Форма оценки профессиональных компетенций сотрудников по ранжированию в 10-балльной шкале;
- Форма самооценки супервайзера профессиональных компетенций супервайзера;
- Форма для проведения фокус-группы для получения данных от сотрудников об основных проблемах в работе;
- Лист проведения прямого наблюдения супервизором совместно с сотрудником (патронажная медсестра, социальный работник), предоставляющим услуги семье на дому или на участке в кабинете;
- Протокол группового обсуждения случая (в свободной форме, с описанием участников, случая, рекомендаций к плану по супервизии);
- План работы супервизора с разбивкой по видам мероприятий, временных рамок;
- Квартальный отчет о проведенных мероприятиях по супервизии;



Фото: ЮНИСЕФ/ Лариса Тихонова

- Оценочная форма работы супервизора сотрудниками (обратная связь);
- Форма оценки сильных, слабых сторон, возможностей и барьеров (SWOT анализ) сотрудников.
- Профессиональный план развития сотрудника.
- График непрерывного обучения сотрудников с разбивкой по именам, количеству часов, затраченных на следующие виды обучения и профессионального развития сотрудника: практическое обучение, участие на конференции, круглом столе, написание доклада для выступления, выступление, презентация, проведение тренинга. Более подробно см. часть 3 «Непрерывное профессиональное развитие»

Третьим уровнем поддерживающей супервизии является внешняя супервизия. Кандидатуры внешних супервизоров утверждаются на уровне города, области, страны. Внешними кураторами могут быть опытные тренеры и координаторы ИВБДВ, преподаватели ВУЗов и колледжей, прошедшие обучение на тренингах по универсальной прогрессивной модели патронажа, ИВБДВ и поддерживающей супервизии, а также патронажные сестры, врачи, социальные работники с практическим опытом работы по новой модели (из пилотных регионов). Внешние супервизоры являются экспертами высокого уровня, имеющие практический опыт в организации внедрения новой модели патронажа и решении сложных случаев. Внешние кураторы оказывают поддержку в планировании обучения и координации процесса внедрения, организации мониторинга, развитии внутреннего кураторства, проведении мастер-классов. Внешние супервизоры работают на основе договоров, в котором должны быть отражены дата визита, цели, задачи и ожидаемые результаты, условия для проведения визита и условия оплаты труда внешнего супервизора.

Методология проведения супервизии.

При проведении визита поддерживающей супервизии или выполнении внутренней супервизии патронажных сестер важно:

1. Помнить о главных подходах в организации универсальной прогрессивной модели патронажной службы:
 - Риск-ориентированный подход (т.е. переход от механического принципа «обнаружил и направил» к гибкой

системе «выявил риск и начал действия по его снижению путем наращивания возможностей ребенка и семьи и снижение уязвимостей»)

- Наличие механизмов внутриотраслевых связей направления и обратной связи (патронажная сестра знает кого, когда, куда и как направлять и поддерживать семью в ходе направления, отслеживает до конечного результата устранения риска)
 - Установление прочного межотраслевого сотрудничества и ведения случаев (развитие социальной сферы и тесное сотрудничество с образованием, соц защитой, НПО и др);
 - Развитие профессиональной компетентности (личные качества, коммуникативные навыки, профессиональный подход патронажной сестры);
 - Подход, ориентированный на обеспечение справедливости и равенства (выявляются и устраняются препятствия на пути доступности услуг, например, стоимость, транспорт; культурные и межличностные барьеры)
 - Соответствующее управление услугами (хороший управленческий потенциал на всех уровнях).
2. Использовать унифицированный подход в оценке работы патронажной сестры (инструменты куратора – см в Приложении 8). Использовать единую систему оценки:
 - 0 баллов – отсутствие технологии или опасная практика
 - 1 балл – технология начата, но требует значительного улучшения
 - 2 балла – технология применяется, требует некоторого улучшения
 - 3 балла – технология полностью выполняется в соответствии со стандартом Сопоставлять информацию из разных источников.
 3. Признавать достижения курируемого работника или учреждения.
 4. Выявлять проблемы и анализировать причины их возникновения.
 5. По ходу визита максимально оказать практическую поддержку по возникающим ситуациям (демонстрировать навыки,

провести практическое занятие, вместе решать клинические ситуации и др).

6. Помочь курируемому работнику и коллективу принять правильное решение, не навязывая свое собственное мнение.
7. Документировать визит (заполнить кураторские формы, в плане действий указать ответственных лиц, сроки выполнения, возможные риски).
8. Отслеживать выполнение принятых решений, обеспечить преемственность в выполнении решений между всеми заинтересованными структурами.

Документация патронажной сестры

Для документирования используется журнал учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (Форма №116/ у), история развития ребенка (Форма №112/ у); Индивидуальный план работы с семьей, эко-карта ребенка (подробное описание дано во втором разделе Методического руководства);

На этапе разработки в Республиканском центре электронного здравоохранения находится Мобильное приложение для патронажных сестер, которое даст возможность перевода документации в электронный формат и упростит заполнение всех форм.

Мониторинг качества внедрения

Индикаторы, отражающие структуру, процесс и результаты патронажной работы, также периодичность сбора информации – в Приложении 1.7. Ответственным за сбор информации и регулярное заполнение форм является старшая сестра отделения. За достоверность сведений несет ответственность патронажная сестра. Старшая сестра и заведующий отделением регулярно проверяют достоверность данных.

- Количественные данные (раздел Н – население) отбираются из журналов переписи, регистра прикрепленного населения, регистра беременных и женщин фертильного возраста. *Указываются абсолютные данные.*
- Сведения о беременных (раздел БЖ – беременные женщины отбираются из регистра беременных и женщин фертильного возраста, данные сверяются с кабинетом акушер-гинеколога по данному участку. БЖ 12: *При расчете показателя: в знаменателе – число женщин, к которым был запланирован визит по универсальному плану, в числителе – количество женщин, к*

*которым осуществлен визит*100.*

- Пункты БЖ 13-16 заполняются на основании Планирование и выполнение визитов по предоставлению универсального пакета услуг» и «Планирование и выполнение визитов по предоставлению прогрессивного пакета услуг» в Приложениях 5 и 6 данного руководства и индивидуальных планов. *Указывается % выполненных от числа запланированных.*
- Раздел об исходов родов (раздел Р – роды) также заполняются после сверки с кабинетом акушер-гинеколога по данному участку.
- Сведения о детей 0- 59 месяцев (до 5 лет) (раздел Д – дети) заполняются из нескольких источников.
 - Д1-Д4, из программы АИС стационар, обменной карты, кабинета акушер-гинеколога,
 - Д7 – из амбулаторной карты ребенка. *При расчете показателя: в знаменателе – количество детей, которые были посещены в 6 месяцев, в числителе – из них количество детей 6 месяцев, которые находятся на исключительно грудном вскармливании*100*
 - Д5-Д6 - на основании индивидуальных планов. *При расчете показателя: в знаменателе – число женщин, которые были посещены в этом месяце, в числителе – количество женщин, у которых выявлена депрессия в этом месяце*100*
 - Д8-Д9 - кабинета акушер-гинеколога и личного опроса
 - Д10- отбираются из журналов переписи, регистра прикрепленного населения
 - Д12 – сверка с формой №63
 - Д13-Д17 - из амбулаторной карты ребенка. *При расчете показателя: в знаменателе – число детей 0-5 лет, которым проведена антропометрия в этом месяце, в числителе – количество детей, у которых выявлено низкорослость, низкий вес и т.д. *100*
 - Д18 –Д23 – из программы АИС поликлиника, КМИС, амбулаторных карт, статкарт

- Д24-Д36 – из МЛАД, статистики смертности, журналов ЛКК
- Раздел, касающийся патронажа детей (ПД – патронаж детей 0-59 месяцев) и индивидуальных планов (ИП – индивидуальные планы семей) заполняется на основании еженедельной отчётности «Планирование и выполнение визитов по предоставлению универсального пакета услуг» и «Планирование и выполнение визитов по предоставлению прогрессивного пакета услуг» в Приложениях 5 и 6 данного руководства.
- Раздел о межсекторальном взаимодействии (МВ) заполняется совместно с социальным работником на основании журнала регистрации случаев по межсекторальному взаимодействию.

Резюме

Универсальная прогрессивная модель является эффективной технологией с высоким уровнем доказательности, подтвержденной на практике. Использование данной модели имеет долгосрочное влияние на показатели здоровья, развития и благополучие отдельных людей, семей и общества в целом. Инвестиции в ранний возраст являются высоко окупаемыми и экономически выгодными.

Модель не дает мгновенных и быстрых результатов, так как предполагает глубокие изменения взаимоотношений между семьей и патронажным работником, внутри системы здравоохранения и между разными ведомствами, основан на профессиональном и личностном росте патронажных работников. Но полученные результаты являются устойчивыми и долгосрочными, позитивно влияющими на будущее детей и передающиеся следующим поколениям.

Внедрение новой модели должно быть последовательным, поэтапным: от усовершенствованной универсальной модели к постепенному расширению прогрессивных услуг.



Фото: ЮНИСЕФ/ Наталья Ким

Часть 2

УПРАВЛЕНИЕ СЛУЧАЯМИ РИСКА В ПРАКТИКЕ ПАТРОНАЖНОЙ СЕСТРЫ (КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ). СОСТАВЛЕНИЕ ЭКО-КАРТЫ И ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ПАТРОНАЖА.



Фото: ЮНИСЕФ/ Зарина Нурмухамбетова

2.1. ВВЕДЕНИЕ В УПРАВЛЕНИЕ СЛУЧАЕМ РИСКА

При проведении домашних визитов патронажной сестре предоставляется уникальная возможность увидеть ребенка в его естественной среде. Наблюдение поведения ребенка в его собственной среде, наблюдение окружающей обстановки, взаимоотношений родителей и других членов семьи между собой и по отношению к ребенку позволяет патронажному работнику увидеть ребенка в контексте семьи, глубже понять риски, угрожающие здоровью, развитию и безопасности ребенка. Кроме того, домашние визиты позволяют выявить и имеющиеся в семье и местном сообществе сильные стороны или ресурсы для поддержки ребенка.

Профессиональная цель патронажной сестры – благополучие ребенка, защита его интересов и права на реализацию своего потенциала. Во время домашних визитов беременных женщин и семей с детьми от рождения до 5 лет патронажная сестра оценивает, насколько удовлетворены базовые потребности ребенка, в каком виде и уровне поддержки нуждается семья, чтобы обеспечить ребенку здоровое гармоничное развитие и безопасность.

Безусловно, у детей, живущих в социально неблагополучных семьях, живущих в бедности, нищете, имеющих малообразованных или употребляющих токсические продукты и т.д. родителей чаще встречаются риски для их развития и благополучия. Эти дети требуют особого внимания со стороны патронажной службы ПМСП.

Но необходимо помнить, что такие факторы как отсутствие надежной привязанности, настроенности на ребенка, отсутствие правильных родительских навыков

ухода и воспитания, невовлеченность отца в воспитание ребенка, депрессия одного или обоих родителей, пренебрежительное и жестокое отношение могут встречаться в любой семье, даже в той, которая по общим экономическим меркам дохода семьи может считаться благополучной. Поэтому важен универсальный охват домашними визитами всех беременных женщин и детей раннего возраста, более глубокий подход к оценке рисков и индивидуальный подход в каждой семье и каждой ситуации.

Чтобы обеспечить индивидуальный подход в решении проблем, патронажная сестра в каждом конкретном случае должна оценить потребности ребенка и определить объем и характер дополнительной помощи, в котором нуждается семья. Находясь в любой семье, общаясь с родителями, другими взрослыми людьми, патронажная сестра всегда задает себе вопросы: «А как эта ситуация отражается на ребенке?», «Удовлетворены ли потребности ребенка в правильном питании, в безопасности, в эмоционально теплом отношении, в развитии привязанности, в температурном режиме, в гигиене?», «Играют ли с ним, разговаривают ли, читают ему книги и т.д.?», «Какие могут быть последствия для ребенка, если не изменить ситуацию?», «Какие возможности есть у родителей?», «В чем они могут справиться сами и где необходима помощь?» (Шкала потребностей ребенка в первой части данного пособия, в Приложении 1.2).

Патронажная сестра оценивает потребности ребенка для того, чтобы устранить или максимально снизить существующие риски, то есть, чтобы управлять рисками.

2.2. УПРАВЛЕНИЕ СЛУЧАЕМ РИСКА ИЛИ КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ

(с англ. «case» -случай, «management» - управление)

Кейс-менеджмент — это процесс, в котором объединяется оценка, планирование, помощь и поддержка в получении услуг, соответствующих потребностям ребенка в здоровом росте, развитии, безопасности. Процесс осуществляется посредством общения с родителями и семьей ребенка, путем совместного обсуждения и поиска доступных ресурсов. В процессе осуществления кейс-менеджмента нужно учитывать вероятность работы с семьями, которые не готовы к сотрудничеству или с которыми тяжело установить контакт.

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. (Таблица выявления рисков социально-бытового характера в Приложении 2.1).

Управление случаем высокого риска проводится комплексно на мультдисциплинарном уровне, с участием разных специалистов как внутри организации здравоохранения, так и других ведомств (например, органов социальной защиты, образования, департамента внутренних дел, акимата, неправительственным организаций и других).

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



Шаг 1

Первичная оценка потребностей ребенка патронажной медсестрой

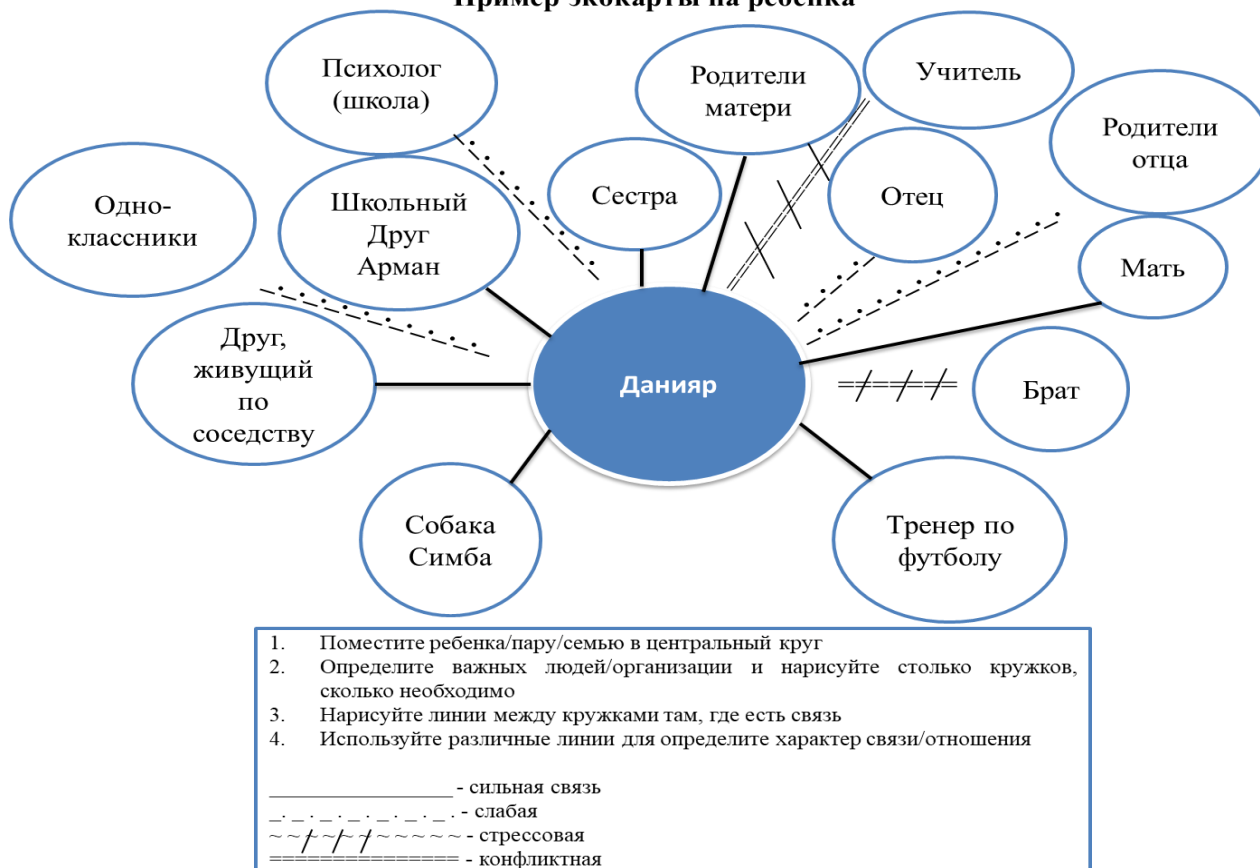
Патронажная сестра в силу специфики своей работы, является первым специалистом, который проводит первичную оценку потребностей ребенка и выявляет риски, угрожающие здоровью и развитию ребенка (высокий, умеренный или низкий). В ситуациях низкого риска (0) осуществляется планомерная работа по предоставлению семье универсального пакета услуг (формирование родительских навыков, информирование родителей по уходу и воспитанию ребенка, значению надежной привязанности, консультирование по грудному вскармливанию, прикорму, безопасной среде, игре, общению, физическому и психоэмоциональному развитию и т.д.).

В ситуации умеренного риска, когда требуется предоставление прогрессивных расширенных услуг и дополнительных посещений

(риски задержки развития, депрессия родителя, отсутствие надежной привязанности и настроенности на ребенка, проблемы питания, риски по возникновению травм и несчастных случаев и другие), патронажная сестра составляет эко-карту ребенка и индивидуальный план работы с семьей.

Составление эко-карты ребенка позволяет патронажной сестре в схематичной форме за короткое время (составление эко-карты занимает в среднем 15-20 минут) представить ситуацию ребенка в семье, понять взаимоотношения между ребенком и родителями, между другими членами семьи, с другими значимыми для ребенка людьми, связанных с этой семьей, понять уязвимости и найти сильные стороны семьи.

Пример экокарты на ребенка



В случае, если для ведения случая умеренного риска необходимо привлечь социального работника, психолога, также во всех случаях высокого риска, требующих предоставления прогрессивного интенсивного пакета услуг с привлечением

других секторов, информация о семье в этот же день передается социальному работнику ПМСП.

Перечень возможных потребностей семьи, которые при первичном посещении может выявить патронажная сестра для передачи социальному работнику:

Потребности			
Социальные	Правовые	Психолого-педагогические	Медицинские
Предоставление временного жилья; Оказание помощи в ремонте жилья; Оказание помощи в найме жилья; Содействие занятости; Назначение социальных пособий; Назначение пенсии по возрасту; Назначение пенсии по инвалидности; Назначение пенсии по утере кормильца; Оказание гуманитарной помощи продовольственной, мыло-моющие средства, одежда, др.); Оказание материальной помощи; Оказание помощи в получении микрокредитов; Предоставление услуг кризисных центров для жертв насилия; Предоставление услуг приюта; Предоставление услуг центров поддержки семьи и детей; Предоставление услуг реабилитационных центров; Предоставление услуг МСЭК; Помощь в обеспечении топливом в зимний период (обеспечение углем, дровами); Другое	Оказание юридической помощи в получении паспорта; Оказание поддержки в получении прописки; Консультирование юристом по правам граждан на социальное обслуживание в государственной системе социального обеспечения; Услуги адвокатской помощи; Помощь в сборе необходимых документов для получения пенсий, пособий, оформления опеки/попечительства, усыновления, помощь в предоставлении материалов в суд; Поиск и восстановление родственных связей; Защита имущественных интересов недееспособных граждан; Оказание правовой помощи по защите и соблюдению прав несовершеннолетних; Другое.	Оказание морально-психологической поддержки; Предоставление услуг психолога; Помощь в восстановлении детско-родительских отношений; Консультирование в ПМПК; Предоставление услуг центра "раннего вмешательства"; Предоставление услуг дневных центров по вопросам абилитации и реабилитации детей; Оказание поддержки для интеграции лиц с тяжелыми или множественными ограничениями здоровья в специализированные учреждения; Укрепление взаимосвязи между школой и родителями; Организация и проведение занятий в группах взаимоподдержки, клубах общения; Социально-педагогическое консультирование; Другое.	Предоставление услуг территориальной больницы; Предоставление высококвалифицированной медицинской помощи; Санаторно-курортное лечение; Предоставление услуг психотерапевта; Оказание материальной помощи на приобретение медикаментов; Консультирование при риске отказа от ребенка в организациях здравоохранения; Предоставление услуг (Дом Мамы и т.д); Проведение профилактических бесед о пропаганде здорового образа жизни и планировании семьи; Другое.
Мнения и замечания членов семьи (включая несогласие):			



Фото: ЮНИСЕФ/ Лариса Тихонова

Шаг 2

Назначение ответственного за ведение случая высокого риска (кейс-менеджера)

После этого, в течение 1 дня главный врач назначает ответственного работника за ведение семьи. Ответственный работник — это специалист, который будет вести семью и ребенка на протяжении всего периода реализации мероприятий, указанных в плане работы с семьей, осуществлять мониторинг качества оказываемых услуг, а также проводить необходимые консультации. В универсальной - прогрессивной модели патронажных услуг ответственным за ведение случая высокого риска (кейс-менеджером) выступает семейный врач (ВОП). Назначение кейс-менеджера случая высокого риска проводится приказом главного врача.

Шаг 3

Посещение семьи и вторичная оценка

Вторичная оценка осуществляется в случаях умеренного и высокого риска социальной уязвимости семей, проводится социальным работником при его/ее посещении семьи на основе результатов первичной оценки патронажного работника. Передачу информации о первичной оценке координирует и передает ВОП.

Социальный работник после получения информации от ВОП в течение 3-7 дней проводит более глубокую и всестороннюю оценку, используя формат оценки в соответствии со специальными утвержденными формами

(треугольник потребности, эко-карта семьи и другие).

Полезные формы при сборе информации о ребенке и семье в процессе проведения глубокой оценки с помощью треугольника потребностей для определения нужд по вопросам здоровья, раннего развития ребенка, образования, социальной защиты, жилья, в том числе формы опроса родственников и специалистов, имеющих отношение к ребенку и семье, предоставлены в **Приложении 2.2**.

Шаг 4

Составление проекта плана сопровождения семьи

В течение 7-10 дней после посещения и вторичной оценки социального работника командой специалистов ПМСП (патронажной медсестрой, ВОП, социальным работником с привлечением по необходимости других специалистов государственных организаций и неправительственного сектора) составляется индивидуальный **ПЛАН СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ** по развитию ребенка и родительского потенциала (См. **Приложение 2.3**).

План семьи должен учитывать потребности каждого члена семьи и может включать такие направления, как образование (устройство ребенка в группу детского сада, центр раннего развития или дошкольной подготовки) и развитие навыков родителей (например, продвижение здорового образа жизни и наращивания родительских навыков позитивного воспитания), управление острыми и хроническими состояниями, стратегия поиска работы, повышение квалификации, повышение мотивации каждого члена семьи, нуждающе-

гося в помощи, реабилитация в случае выявленной психо-эмоциональной травмы, полученной в результате насилия, пренебрежения, потери близких членов семьи.

Цели семьи и действия Плана семьи должны быть разработаны в тесном сотрудничестве с ребенком, родителями/опекунами и другими партнерами и/или организациями, которые могли бы содействовать выполнению плана.

Согласованные с ребенком/семьей задачи должны быть обоснованными и достижимыми. Для достижения желаемых результатов необходимо запланировать достаточно времени. Планируемые действия должны учитывать способность ребенка/семьи выполнить их, а также доступные ресурсы для финансирования этих действий.

Составленный План подписывается родителями/опекунами ребенка, патронажной медсестрой, социальным работником и ВОП, участвующих в осуществлении мероприятий, мониторинге их качества и координации их выполнения.

Интервенции, определяемые мультидисциплинарной командой специалистов, направлены на повышение устойчивости семьи ребенка определение долгосрочных перспектив. При необходимости прибегнуть к психотерапии, используя разные модальности, такие как семейные конференции, консультирование семейных пар с поиском решений, групповые занятия. Оказывать сильную помощь и заботу о детях, планировать оказание услуг с перенаправлением (финансы, жилье, юридические, медицинские, или поведенческие) в соответствующие органы. Проводить координацию услуг, особенно в переходный период, мониторинг и оценку оказания услуг при завершении получения помощи.

10 шагов эффективного планирования сопровождения семьи

Как показала практика работы со случаем в пилотировании универсальной-прогрессивной модели, многие сотрудники имели непонимание в последовательности четкого алгоритма при составлении плана, не привлекали к формулированию цели и необходимых услуг членов семьи ребенка, что отрицательно сказывалось на качестве интервенций.

На основе извлеченных уроков специалистами и партнерами были сформулированы следующие инструкции для составления плана:

1. После того, как вы оценили уязвимость

семьи и выявили ее потребности, составьте индивидуальный план семьи.

2. Сформулируйте ясные и простые цели семьи и действия. Делать это нужно в тесном сотрудничестве с ребенком, родителями/опекунами и другими партнерами и/или организациями.

3. Привлеките ребенка. Участие ребенка зависит от его возраста и уровня развития. Ограничение подвижности, отсутствие речи или умственные расстройства не являются препятствием к участию в планировании.

4. Включите услуги поликлиники и других организаций на основе выявленных потребностей семьи и ребенка. Например, если вы выявили потребности в развитии речи, то в план добавляется работа со специалистами по развитию речи других организаций. потребности в развитии, потребности в семейном окружении, способность родителей реализовать потребности ребенка.

5. Планируйте сроки выполнения плана исходя из потребностей ребенка.

6. Помните, сроки выполнения плана зависят от степени угрозы безопасности и потребности в услугах, защиты (незначительная, умеренная, высокая). Чем выше угроза, тем более сжатыми должны быть сроки по конкретным действиям.

7. Не планируйте того, что семья не сможет выполнить. Учитывайте способности и ресурсы ребенка/семьи для выполнения планируемых действий. Помните о поддержке, которую могут оказать другие организации: НПО, Кризисный центр, Акимат, Центр занятости, Миграционная полиция, Детский центр развития.

8. Активно вовлекайте в планирование других специалистов (ФИО, организация, контактная информация) в зависимости от ответных мер на потребности ребенка и семьи.

9. При вовлечении других специалистов вместе с заведующим отделением поликлиники иницилируйте межведомственную комиссию для проведения оценки потребностей ребенка, семьи и планирования мероприятий. Помните, что индивидуальный план должен оставаться гибким.

10. Следите за выполнением плана (составьте план мониторинга), переоценивайте, меняйте цели и действия.

Шаг 5

Утверждение плана

Проект плана выносится на обсуждение и принятие консилиума (в случае умеренного риска - с участием старшей сестры, ВОП, социального работника, по потребности – других специалистов, в случае высокого риска -

также и заведующего отделением, заместителя главного врача или главного врача, а также с вовлечением специалистов других секторов и НПО). Принятие такого плана должно осуществиться не позднее, чем за 3 дня. Если семье необходимы неотложные мероприятия, то проводится экстренное совещание консилиума.

Шаг 6

Ведение случая и связь с другими секторами и НПО по оказанию услуг

У социального работника и патронажной сестры в обязательном порядке должна быть база данных государственных и негосударственных организаций по защите интересов и прав ребенка, с перечнем предоставляемых услуг, адресами и контактными телефонами ответственных лиц. Необходимо провести картирование ресурсов поддержки семьи в местном сообществе для того, чтобы визуально определять доступные ресурсы. Также необходимо предусмотреть варианты обращения в данные структуры в нерабочее время и экстренных ситуациях. При выявлении риска жестокого обращения, насилия, пренебрежительного отношения, отказа от ребенка и других факторов, угрожающих здоровью и безопасности ребенку, проводятся срочные меры, где социальный работник, совместно с патронажной сестрой и врачом планирует ряд превентивных мероприятий по недопущению или ликвидации негативных последствий (беседа с родителями или опекунами, информирование органов опеки районного отдела образования, взаимодействие с Департаментом внутренних дел, кризисными центрами, организациями семейного типа, центром адаптации несовершеннолетних: контактные телефоны, адрес, должность специалиста) с передачей данных о семье в соответствующие структуры межведомственного взаимодействия. Для примера база данных доступных ресурсов предоставлена в **Приложении 2.4.**

Шаг 7

Пересмотр плана

Необходимо периодически проводить обзор индивидуальных планов активного патронажа и планов развития семьи.

Пересмотр индивидуального плана сопровождения семьи позволяет корректировать работу, устанавливать новые цели и задачи, сроки, привлекать других специалистов по взаимодействию, а также официально завершить работу, если условия жизни ребенка стали стабильными и безопасными.

Шаг 8

Мониторинг

Регулярный мониторинг позволяет социальному работнику быстро отреагировать на изменения в потребностях ребенка/семьи и в соответствии с этим пересмотреть предоставление услуг.

Следовательно, социальный работник должен обеспечить постоянный мониторинг 1) статуса ребенка/семьи; 2) реализации ИПРС; 3) прогресса в развитии ребенка/семьи

Шаг 9

Заккрытие случая

Заккрытие случая – это процесс прекращения отношений между семьей и социальным работником и, возможно, команды ПМСП. Перед принятием решения о закрытии случая мультидисциплинарная команда специалистов, участвующих в планировании и реализации услуг должны пересмотреть прогресс выполнения Плана.

Обзор прогресса позволяет выявить, какие потребности были удовлетворены, частично удовлетворены и не были удовлетворены. Рассматривается влияние оказанных услуг на ребенка/семью и выявление услуг, которые не были предоставлены. В результате оценки потребностей по завершению предоставления всего спектра обозначенных услуг в плане сопровождения семьи в период завершения подводятся итоги о проведенной работе с семьей.

В процессе пересмотра реализации индивидуального плана по сопровождению семьи, может быть решение о закрытии случая, на основе следующих критериев:

- семья находится в ситуации относительной стабильности, например здоровье ребенка улучшилось, жилищные проблемы решены, трудоустроены родители;
- у родителей сформировались способности по уходу за ребенком и для создания условий для его оптимального развития;
- основные потребности у ребенка удовлетворены;
- улучшилась материальная ситуация семьи;
- улучшились взаимоотношения в семье;

Риск для ребенка сократился до приемлемого уровня (не представляет опасности и не способствует возникновению других рисков).

При завершении оказания услуг патронажная медсестра/социальный работник должны сделать следующее:

- Рассмотреть степень снижения риска: обсудить с семьей особые достижения, подчеркивая позитивные изменения в поведении и условиях жизни.
- Рассмотреть достигнутые цели и выполненные действия: обсудить встреченные препятствия и сосредоточиться на успехах и полученных знаниях.
- Рассмотреть общие шаги по решению проблем: напомнить семье о достигнутом прогрессе и о методах, которые они могут использовать, если в будущем возникнут другие проблемы.
- Обсудить любые остающиеся нужды или опасения: помочь членам семьи составить план по сохранению достигнутых изменений. Обсудить все потенциальные препятствия, которые могут встретиться, а также стратегии по их преодолению.

При закрытии случая социальный работник должен обеспечить, чтобы семья и другие вовлеченные лица из социального окружения знали, как можно связаться со социально-психологической службой в случае изменения обстоятельств и ситуации семьи.

После закрытия случая патронажная медсестра/социальный работник, который сопровождал ребенка и семью, должен продолжить прослеживать ситуацию на протяжении от 1-3 до 6-12 месяцев в зависимости от ситуации.

Если оценка потребностей при закрытии случая выявит нерешенные вопросы, а именно наличие каких-либо рисков уязвимости для ребенка и семьи, необходимо пересмотреть все предыдущие интервенции в Плане, оценить неэффективные меры и риски для семьи при закрытии случая, составить новый план с привлечением группы специалистов мультидисциплинарной команды или направить семью в другое ведомство для оказания необходимого спектра услуг и поддержки семье.

Схематичный обзор ведения случая представлен в **Приложении 2.5**.



Фото: ЮНИСЕФ/ Зарина Нурмхамбетова

2.3. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПАТРОНАЖНОЙ СЕСТРЕ ПО СОСТАВЛЕНИЮ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА

При выявлении рисков для здоровья ребенка патронажный сотрудник составляет самостоятельно план при совместной консультации с ВОП и старшей патронажной медсестрой.

Требования к составлению плана

Индивидуальный план работы должен быть:

- Конкретным
- Измеряемым
- Реалистичным и достижимым
- Иметь Временные рамки

Пример

При посещении семьи, мать ребенка выразила беспокойство, что старшая дочь 3 лет плохо разговаривает. При проведении оценки, патронажная сестра выявила проблему в развитии активной речи.

Комплексный подход к оценке развития ребенка по 10 шагам мониторинга развития показал, что мать занята в основном малышом 6 месяцев и старшей дочери не уделяет внимания.

Отец не вовлечен в процесс ухода и воспитания, так как считает что это женская прерогатива: «Нас в детстве не воспитывали, мы росли сами». Визуально: девочка меньше сверстников для данного возраста, худенькая и невысокого роста.

В данном случае, необходимо определить какие риски у ребенка 3 лет мы можем наблюдать. К какой группе риска, высокого, умеренного или низкого мы отнесем данного ребенка? Какие мероприятия необходимо поместить в план активного патронажа медсестры.

№	Цель: действия, мероприятия	Ответствен- ные лица/	Сроки	Ожидаемый результат	Отметка о выполнении
1	Оценка физического развития и консультирование по 10 шагам мониторинга	Патронажная медсестра /врач ВОП	12 февраля число 2018	Оценка физического развития, исключение задержек и рисков в 4 областях развития.	☐ Исполнено ☐ Не исполнено
2	Консультирование по Модулю №3 по вопросам питания	Патронажная медсестра	15 февраля	Организация питания ребенка по возрасту, нормы, объем, количество питания, его пищевая ценность	☐ Исполнено ☐ Не исполнено
3	Консультирование на дому по вопросам ухода в целях развития, модуль №5 вовлечение отцов. Примечание: консультация обоих родителей вместе, перед приходом патронажная медсестра согласовывает с отцом время визита и продолжительность визита для консультирования.	Патронажная медсестра	18 февраля	Вовлечение отца в процесс ухода и воспитание ребенка	☐ Исполнено ☐ Не исполнено

4	Консультирование на дому по вопросам ухода в целях развития, модуль №6 разговаривай, читай. Почему важно читать ребенку и разговаривать с ним.	Патронажная медсестра	22 февраля	Ребенок слышит не менее 2000 слов в день. Организация процесса вовлечения родителей в общение с ребенком. Появились книги по возрасту ребенка. Индикатор: отец читает на ночь 15 минут в день.	☐ Исполнено ☐ Не исполнено
5	Консультирование на дому по вопросам ухода в целях развития, модуль №6 любви, играй. Почему критически важно любить ребенка и играть с ним.	Патронажная медсестра	26 февраля	Организация игровой деятельности с ребенком соответственно его возрасту. Родители обзавелись, в случае если отсутствовали игрушки по возрасту.	☐ Исполнено ☐ Не исполнено
6	Консультация на дому по модулю №7 психическое благополучие родителей. С использованием Эдинбургской шкалы	Патронажная медсестра	3 марта	Результаты по Оценке психоэмоционального состояния матери. В случае группы риска вовлечение в план психолога.	☐ Исполнено ☐ Не исполнено
7	Консультирование семьи по стилям воспитания детей. Модуль №8 Юнисеф	Патронажная медсестра	7 марта	Изменение родительских стратегий по отношению к дочери.	☐ Исполнено ☐ Не исполнено
ФИО родителей / опекунов			Подпись	Дата	
1					
ФИО ребенка (детей)			Подпись	Дата	
1					
ФИО патронажной медсестры			Подпись	Дата	
ФИО ВОП			Подпись		
ФИО социального работника			Подпись	Дата	

Практика реализации пилотного внедрению универсальной – прогрессивной модели патронажа показала, что при одном домашнем визите не следует проводить консультирование по нескольким темам. Наиболее эффективной на практике оказывается стратегия «Один визит – одна тема консультирования»

В среднем консультация занимает как минимум 40 минут, при соблюдении всех этапов консультирования (опрос, активное слушание, похвала, рекомендации, обратная связь). В случае совмещения двух тем консультирование на дому займет по меньшей мере 1.5 часа, что нежелательно.

Резюме

Внедрение универсальной прогрессивной модели патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста дает возможность не только выявлять, но и управлять рисками, угрожающим жизни, здоровью, развитию и безопасности ребенка.

Рекомендуемые в данном разделе методы работы, применяемые квалифицированной патронажной сестрой, такие как кейс-менеджмент, составление эко-карты, индивидуального плана работы с семьей, определение потребностей и рисков, позволяют успешно решать многие вопросы, связанные с благополучием детей.



Фото: ЮНИСЕФ/ Лариса Тихонова

Часть 3

НЕПРЕРЫВНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ПАТРОНАЖНЫХ СЕСТЕР



Фото: ЮНИСЕФ/ Зарина Нурмхамбетова

3.1. ВВЕДЕНИЕ В НЕПРЕРЫВНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ

Непрерывное повышение квалификации (НПК) - это деятельность, в которой любое лицо осваивает новые навыки или знания, относящиеся к его профессиональным обязанностям. НПК представляет собой постоянный циклический процесс, в котором лица на практике применяют и оценивают свои знания и навыки, определяют цели обучения, принимают решения о необходимых для достижения таких целей мерах, реализуют план обучения и оценивают эффективность своего обучения.

НПК необходимо проводить для того чтобы укреплять профессиональное

развитие патронажных медицинских сестер в рамках программ по патронажному посещению.

Достижение результатов на основе патронажного посещения требует преданной и добросовестной реализации. Преданность и добросовестность обусловлены повышением профессиональной квалификации для воспитания и совершенствования компетенций патронажных медицинских сестер. Развитые и усовершенствованные компетенции применяются в повседневной практике и вносят свой вклад в здоровье и благополучие детей и их семей.

Ключевые моменты

Достижение результатов на основе патронажного посещения требует преданного и добросовестного подхода к реализации

Преданность и добросовестность обусловлены повышением профессиональной квалификации для улучшения компетенций

Компетенции применяются в повседневной практике

Гарантия здоровья и благополучия ребенка

Почему патронажным медсестрам необходимо участвовать в НПК?

Преимущества участия в мероприятиях по НПК:

Преимущества для семей:	Преимущества для патронажной сестры:	Преимущества для организации ПМСП	Преимущества для профессии:
Семьи получают обслуживание, с учетом выявленных проблем и рисков, с фокусом на ребенка.	Повышает уверенность в оказании профессиональных услуг; Способствует и поддерживает компетентность на практике; Повышает удовлетворенность от работы; Обеспечивает структуру и поддержку патронажных медицинских сестер, способствует достижению их целей; Открывает возможности для карьерного роста.	Организация получает профессиональные и компетентные кадры; Улучшает работу мультидисциплинарной команды специалистов ПМСП; Повышает мотивацию и дисциплину персонала; Позволяет достичь организационных целей; Способствует обеспечению качества оказываемых услуг.	Повышает статус профессии; Способствует научно обоснованной клинической практике с повышением профессионального признания; Подтверждает профессиональную приверженность и высокое качество обслуживания сотрудниками организации.

3.2. ВИДЫ КВАЛИФИКАЦИИ

НЕПРЕРЫВНОГО

ПОВЫШЕНИЯ

К НПК относят любую деятельность, в процессе которой лицо непрерывно обучается. НПК основано на повседневном опыте, анализе производительности, обсуждении с коллегами, обучении без отрыва от производства, критическом анализе и личных размышлениях.

К НПК относятся клиническое наблюдение, чтение лекций, обучение у койки больного,

написание отчетов, анализ и обсуждение конкретного клинического случая.

Любое мероприятие, которое не имеет четко поставленной цели обучения, относящегося к деятельности патронажных медицинских сестер и их специализации, не считается НПК.

Примеры мероприятий по НПК для патронажных медицинских сестер:

№	Мероприятие по НПК	Формальные	Неформальные	Участие	Презентации	Вклад в знания
1	Посещение профессиональных курсов, конференций и производственных тренингов (с четко поставленными целями и результатами обучения, где по запросу могут быть предоставлены подкрепляющие доказательства)	★				
2	Формальное обучение и развитие в учреждении здравоохранения, например, посещение тренинга без отрыва от производства по технической тематике	★				
3	Формальное обучение/подготовка для других (интерактивное и сопутствующее репетиторство и/или обучение других лиц, которое включает в себя обозначение четких целей и результатов обучения)	★				
4	Самостоятельное обучение (например, репетиторство, включая текущие технические, управленческие и коммерческие журналы)		★			
5	Участие в конференциях		★			
6	Семинары, технические презентации, внеплановые технические посещения предприятий и семинары (в категории формальных мероприятий могут быть заявлены семинары и курсы продолжительностью более четырех часов);		★			
7	Развитие личностных и практических навыков посредством таких мероприятий, как наблюдение и репетиторство (активное и пассивное)		★			
8	Неформальное обучение/тренинг для других			★		
9	Наставничество (предоставление инструкций, указаний и поддержки обучающимся или студентам)			★		
10	Разработка новой политики или процедур для рабочего места			★		
11	Обсуждение клинического случая с коллегами			★		
12	Экспертная оценка (клинический аудит, наблюдение и т.д.)			★		
13	Участие в обсуждении клинического случая с коллегами					

14	Проведение презентаций во время производственного мероприятия или практического семинара и/или конференции, семинара				★	
15	Выступление с докладом о "затруднительном случае" на техническую тематику, где для повышения уровня собственного понимания/знаний требовалось исследование и подготовка				★	
16	Написание статей для информационного бюллетеня или журнала					★
17	Диссертация на уровне магистра, на разовой основе после успешной защиты и утверждения					★
18	Обзор статей для публикации					★
19	Рецензирование статей для публикации					★

Патронажным медицинским сестрам рекомендовано пройти курс НПК средней продолжительностью 80 часов в год (240 часов за три года в общей сложности). Например, если за первый год обучения суммарная наработка составила 70 часов,

а в следующем году – 90 часов, в третьем году такая наработка должна составить минимум 80 часов. Часы засчитываются на основе проведенных занятий по непрерывному повышению квалификации (ЗНПК).



Фото: ЮНИСЕФ/ Зарина Нурмухамбетова

3.3. КАТЕГОРИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО НЕПРЕРЫВНОМУ ПОВЫШЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИИ

1. Формальные (максимум 50 ЗНПК в год)

Формальные мероприятия часто предназначены для академического зачета, и могут включать в себя процесс оценки. Если такая оценка отсутствует, зачет может быть заявлен в этой категории для мероприятий продолжительностью не менее четырех часов, таких как семинар по профессиональному развитию, курс или практический семинар.

Для заявленных в этой категории мероприятий требуется доказательство посещаемости (сертификат, и т.д.). Обучение может проходить в традиционной аудиторной форме или при помощи средств дистанционного обучения, таких как переписка, онлайн-конференции, видеоконференции, компакт-диски или интерактивный электронный обмен информацией.

Формальные мероприятия включают в себя:

- Обучение предлагаемое университетами, техническими институтами, колледжами, работодателями.
- Формальное обучение и развитие в учреждении здравоохранения, например, посещение тренинга без отрыва от производства по технической тематике.
- Формальное обучение/подготовка для других (интерактивное и сопутствующее репетиторство и/или обучение других лиц, которое включает в себя обозначение четких целей и результатов обучения).

Один час посещения курсов равен одному ЗНПК.

2. Неформальные (максимум 50 ЗНПК в год)

Неформальные мероприятия обычно короче по продолжительности, не предусматривают никакой оценки, но тем не менее, повышают уровень знаний, умений и навыков.

Неформальные мероприятия включают в себя:

- Самостоятельное обучение (например, репетиторство, включая текущие технические, управленческие и коммерческие журналы).

- Участие в конференциях.
- Семинары, технические презентации, внеплановые технические посещения предприятий и семинары (в категории формальных мероприятий могут быть заявлены семинары и курсы продолжительностью более четырех часов);
- Развитие личностных и практических навыков посредством таких мероприятий, как наблюдение и репетиторство (активное и пассивное)

Один час посещения неформального мероприятия равен одному ЗНПК.

3. Участие (максимум 40 ЗНПК в год)

Направленные на взаимодействие со сверстниками и обеспечивающие доступ к новым идеям и технологиям мероприятия способствуют повышению профессиональной компетенции и служат общественным интересам.

Эти мероприятия включают в себя:

- Наставничество/репетиторство в качестве назначенного наставника для учащегося или заявителя.
- Неформальное обучение/тренинг для других
- Разработка новой политики или процедур для рабочего места
- Обсуждение клинического случая с коллегами
- Экспертная оценка (клинический аудит, наблюдение и т.д.)

Один час мероприятия по участию равен одному занятию по повышению квалификации (ЗПК).

4. Презентации (максимум 20 ЗНПК в год) профессионального характера.

Презентации проводятся:

- на конференциях, встречах, курсах, совещаниях или семинарах;
- выступление с докладом о "затруднительном случае" и/или на

техническую тематику, где для повышения уровня собственного понимания/знаний требовалось исследование и подготовка.

Несколько докладов в рамках одной презентации считаются как одна презентация. Один час подготовки и доклада равен одному ЗПК.

5. Вклад в знания (максимум 30 ЗНПК в год)

Эта категория включает в себя мероприятия, которые расширяют или развивают базу технических знаний. Эти мероприятия включают в себя:

- Написание статей для информационного бюллетеня или журнала (каждый опубликованный документ равен 10 ЗПК, максимум 10 ЗПК в год).
- Диссертация на уровне магистра, на разовой основе после успешной защиты и утверждения (каждая диссертация равна 30 ЗПК)
- Анализ статей для публикации (один час анализа равен одному ЗПК, максимум 10 ЗПК в год).
- Рецензирование статей для публикации (один час рецензирования равен одному ЗПК).

Краткое описание мероприятий по НПК:

Категория	Часы (занятия)	Максимум в год
Формальные	1 час = 1 ЗНПК (занятие по непрерывному повышению квалификации	50 НПК
Неформальные	1 час =1 ЗНПК	50 НПК
Участие	1 час =1 ЗНПК	40 НПК
Презентация	1 час =1 ЗНПК	20 НПК
Вклад в знания		30 НПК
• Написание статей для журнала	1 статья =10 ЗНПК	
• Магистерская диссертация	1 диссертация = 30 ЗНПК	
• Обзор статей для публикации	1 час=1 ЗНПК (Максимум 10 ЗНПК)	
• Рецензирование статей для публикации	1 час = 1 ЗНПК	

3.4. РОЛЬ АДМИНИСТРАЦИИ УЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ПЛАНИРОВАНИИ НПК

В Казахстане с целью совершенствования системы патронажного посещения, планируется создание неформальной системы НПК на основе пилотных медицинских учреждений. Реализация такой системы НПК в других учреждениях, а также разработка и внедрение формальной системы НПК в большой степени зависят от результатов ее работы.

Чтобы экспериментальная индивидуальная система НПК работала эффективно, на администрацию медицинского учреждения возложено обязательство по планированию, организации и контролю мероприятий и результатов НПК в рамках системы патронажных медсестринских посещений.

Руководитель медицинского учреждения формирует Комитет НПК (КНПК) в лице заместителей руководителя учреждения, старшей медсестры, старшей патронажной медсестры и заместителя начальника ревизионного отдела. Администрация медицинского учреждения может выполнить свои обязанности по подготовке разными способами, чтобы обеспечить компетенцию своих сотрудников (патронажных медсестер).

Оказание помощи сотрудникам в процессе обучения - Сотрудникам необходимо оказывать поддержку в персональном обучении – это важная часть обязанностей работодателя. Сотрудникам может быть предложена финансовая поддержка в обучении, выделено свободное от работы время для обучения или посещения курсов, или время для обучения на рабочем месте.

Обеспечение системы подготовки и повышения квалификации – передовая практика установления политики в контексте подготовки и повышения квалификации сотрудников. Для этой цели могут быть предусмотрены курсы обучения без отрыва от производства или курсы дистанционного обучения. КНПК должен учесть разные способы обеспечения и организации всех категорий мероприятий по НПК. Не нужно ограничиваться только техническими умениями и навыками, а включить также навыки работы с компьютером, написания отчетов или ИТ.

Определение и устранение пробелов в обучении – администрация медицинского учреждения должна разработать и внедрить процедуру для определения любых пробелов в обучении на личностном уровне, на уровне объекта или отдела. Руководители должны определить области подготовки участников, которые должны быть непосредственно связаны с процессом оценки медицинского учреждения в контексте подготовки и повышения квалификации участников. Примечательно, что методика и система оценки эффективности работы патронажной медсестры, которую планируется реализовать в пилотных медицинских учреждениях, в настоящее время находится в стадии разработки.



Фото: ЮНИСЕФ/ Лариса Тихонова

Внедрение системы для учета мероприятий по обучению сотрудников – система учета на уровне медицинского учреждения является ценным инструментом для сотрудников (патронажных медсестер) в контексте учета мероприятий по обучению, успешности и профессионального роста, а также позволяет администрации медицинского учреждения вести учет выполненных и/или организованных мероприятий НПК.

Администрация медицинского учреждения может позволить участникам вести учет персонального и корпоративного обучения. Система учета должна позволить участникам планировать цели обучения, мероприятия, оценивать результаты обучения, а также учитывать другие навыки и умения, которые должны быть улучшены. Ввиду отсутствия электронной системы учета на уровне медицинского учреждения, используется бумажная система учета (описана выше).

Планирование мероприятий по НПК. Образец плана НПК:

№	Мероприятие по НПК	ЗНПК	Даты	Ответственное лицо
1	Подготовка “.....”	20	02.02.18-05.02.18	Руководитель отделения ВОП
2	Презентация затруднительных случаев	20	Еженедельно	Старшая патронажная медсестра
3	Участие в еженедельных обсуждениях патронажной службы	2	Еженедельно	Старшая патронажная медсестра
4	Экспертная оценка – прямое наблюдение	4	Один раз в месяц	Старшая патронажная медсестра
5	Клинический аудит учета ПМ	5	Один раз в месяц	
6	Подготовка “.....”	10	05.06.18-06.06.18	Руководитель отделения ВОП
7	Конференция по оценке патронажной медсестринской службы 1 раз в 6 мес		10.06.18	Руководитель медицинского учреждения
	Участники	3		
	Докладчики	5		

Ведение индивидуального журнала участников НПК

КНПК несет ответственность за ведение отдельных журналов НПК по персоналу (патронажным медсестрам). Комитет может назначить ответственное лицо за ведение отдельных журналов по каждой патронажной медсестре.

В идеале, это старшая патронажная медсестра. После завершения всех мероприятий по НПК, индивидуальный журнал НПК заполняется, как показано на образце бланка ниже. Индивидуальный журнал НПК хранится в личной записи сотрудника.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ НПК

Имя ПМ: _____

Год: _____

№	Мероприятие по НПК	Тип деятельности по НПК	Дата	ЗНПК

Подпись: _____

Дата: _____

Старшая медсестра и старшая патронажная медсестра проводят ежеквартальный анализ всех журналов НПК по всему персоналу, организуют отдельные встречи с теми патронажными медсестрами (если необходимо), которые отстают в достижении установленной нормы ЗНПК.

В этой связи, на основе индивидуальных журналов НПК старшая медсестра и старшая патронажная медсестра заполняют годовой журнал НПК (ниже приводится образец бланка) по всему персоналу.

ГОДОВОЙ ЖУРНАЛ НПК

Год: _____

№	Имя ПМ	Накопленные ЗНПК					Общее количество накопленных ЗНПК в течение года	Общее количество ЗНПК, перенесенных из предыдущих лет	Установленная норма ЗНПК за год	Перенос на следующий период
		Формальные	Неформальные	Презентация	Участие	Вклад в знания				
1										
2										
3										
4										

Подпись: _____

Дата: _____



Фото: ЮНИСЕФ/ Лариса Тихонова

3.5. ПРОЦЕСС ПЛАНИРОВАНИЯ НПК

Процесс планирования НПК состоит из четырех этапов:

1. Постановка целей и задач
2. Выполнение анализа личных потребностей
3. Определение ваших потребностей
4. Определение пробелов в существующих навыках

Этап 1: Постановка целей и задач:

Определите цели, которых вы хотите достичь. Это могут быть кратко-, средне- и долгосрочные цели.

Профессиональные цели / задачи НПК

Дата определения	Цель / задача	Кратко-/средне-/долгосрочная перспектива	Прогнозируемое	Дата определения	Цель / задача
	Организация своего портфеля личностного развития	Краткосрочная			
	Улучшение навыков консультирования матерей с послеродовой депрессией	Среднесрочная			
	Улучшение навыков использования электронной формы учета патронажного посещения	Краткосрочная			
	Улучшение навыков презентации	Краткосрочная			
	Улучшение навыков делегирования задач	Среднесрочная			
	Улучшение навыков анализа управления рисками	Краткосрочная			

Этап 2: Выполнение анализа личных потребностей

Этот процесс включает в себя определения ваших текущих знаний, навыков и умений, а также сильных и слабых сторон.

Начните с перечисления идентифицируемой квалификации и компетенций, а затем перейдите к личным качествам., начните с описания навыков. Второй шаг состоит в описании существующих навыков до определения пробелов, которые должны быть заполнены.

Требуемые навыки	Существующие навыки	Пробелы
Навык консультирования матерей с послеродовой депрессией.	Сохранение акцента на проблемах пациента	Мастерство в проведении опроса, проверки на предмет зависимости, агрессии и опасности для себя и/или других, использование эффективной вербальной или невербальной коммуникации
Возможность пользоваться интернетом для электронной переписки.	Нет	Теория и практика требуемого навыка.

Этап 3: Определение ваших потребностей

- Оценить возможность обучения и требуемых ресурсов.
- Попросить вашего руководителя назначить запланированные курсы обучения на отчетный период.
- Возможность проведения курса дистанционного обучения?
- Чтение профессиональных журналов?
- Организация покрывает расходы за обучение, или вы сами оплатите за обучение?
- Можете ли вы организовать свободное от работы время, или же вам придется любыми усилиями сделать это в сжатые промежутки времени между совещаниями?

Этап 4: Определение пробелов и составление личного плана НПК

Выполняя процесс систематически, вам станет ясно, что доступно, а что требуется. Заключительный этап состоит в создании списка ваших потребностей развития для заполнения имеющихся пробелов.

План профессионального развития

План профессионального развития - это ресурс для поддержки непрерывного обучения, который разработан как персональный документ для развития карьеры каждого патронажного работника. Составление плана предоставляет патронажному работнику возможность сосредоточить внимание на своих карьерных устремлениях и может стать инструментом фиксирования и рассмотрения решений и действий.

Список потребностей развития является истинной мерой ваших целей НПК.

Предложения должны четко указывать то, что должно быть достигнуто, важно учитывать их в плане профессионального роста. Это сделано в таблице выше. Не обязательно делать это именно таким образом, важно другое – иметь средства для создания списка ваших потребностей развития.

Этот четырехэтапный процесс предусматривает индивидуальное выполнение, или обсуждение с непосредственным руководителем.

Оцените свой прогресс.

Периодически оценивайте свой успех в достижении ваших плановых показателей:

Определите, действительно ли вы усвоили или выработали новые навыки, достигли поставленных целей обучения и выполнили требования по НПК.

Регулярно анализируйте свои требования к обучению и принимайте необходимые меры.

ФИО: ФИО супервайзера: Место работы: Дата:						
Цель и необходимость в развитии - область интересов	Соответствующая область моей работы и карьеры	Требуемое количество часов и даты достижения целей	Что я сделаю для Достижения цели (необходимы ресурсы и поддержка)	Как я буду применять извлеченные уроки в своей работе	Как я узнаю, что успешно развиваюсь (что изменилось)	Как я поделюсь знаниями и с коллегами

Часть 4

ПРОВЕДЕНИЕ ОЦЕНКИ ОХВАТА И КАЧЕСТВА УСЛУГ ПАТРОНАЖНОЙ СЛУЖБЫ ПО АНТЕНАТАЛЬНОМУ УХОДУ И ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПМСП ЧЕРЕЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ДОМОХОЗЯЙСТВ

*МЕТОД Lot quality assurance survey (LQAS) / Качественная
оценка методом случайной выборки лотов (LQAS)*



Фото: ЮНИСЕФ/ Светлана Пономарева

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Данный метод основан на стратифицированной случайной выборке для сбора данных и для проверки односторонней гипотезы при анализе данных.

Методика LQAS (*Качественная оценка методом случайной выборки лотов / Lot Quality Assurance Sampling*) является эффективным инструментом оценки качества услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) через проведение исследования домохозяйства с целью изучения удовлетворенности населения. Метод LQAS представляет собой методологию выборки, в которой используются малые по размеру выборки из каждой местности для того, чтобы определить, были ли достигнуты основные показатели/цели общественного здравоохранения. Несмотря на то, что этот метод изначально был разработан для контроля качества промышленной продукции, он успешно и широко используется во всем мире для проведения мониторинга и оценки разнообразных программ общественного здравоохранения (Robertson S.A., 2006; Valadez J.J., 2003; Valadez J.J., 1991). На уровне определенной территории, LQAS использует биномиальную вероятность для определения того, достигнуты ли на территории заданные цели. Тем не менее, когда результаты компилируются на национальном уровне и взвешиваются в соответствии с количеством населения каждой территории, можно также рассчитать численные показатели охвата и на национальном уровне (на основе сообщений матерей на момент проведения исследования).

Преимуществом проведения оценки методом LQAS является выявление основных факторов, влияющих на качество услуг, и формулирование ответных мероприятий по внедрению универсальной прогрессивной модели патронажного обслуживания.

Результаты оценки помогают менеджерам организаций ПМСП выстроить пошаговый план действий улучшения системы ухода за матерями и детьми в раннем возрасте.

Для проведения оценки качества патронажной службы, антеннатального ухода или педиатрической помощи на уровне ПМСП по методике LQAS необходимо провести обучение для команды интервьюеров, специалистов по сбору данных для проведения исследований на уровне сообществ. Для избежания субъективности в процессе проведения оценки, необходимо привлекать партнеров на уровне области, представителей акимата, НПО, руководителей организаций ПМСП. Благодаря вовлечению различных сторон в процесс планирования оценки, вопросы относительно основы выборки, команды интервьюеров, их подготовки, графика реализации решаются совместно с учетом всех возможных рисков и расчетом ответных интервенций для их нивелирования.

Регулярное проведение LQAS дает возможность отслеживать прогресс в рамках совершенствования медицинских услуг ПМСП. Для получения большей объективности данных в рамках проведения исследований LQAS, важно заменить карательные меры, нередко используемые в системе здравоохранения, современными эффективными методами контроля качества. И наконец, для успешного внедрения методики LQAS в стране, чрезвычайно важно стимулировать использование LQAS на локальном уровне вкупе с непрерывным поддерживающим наблюдением.

В этой связи, нельзя недооценивать важность расширения охвата качественных услуг ПМСП при решении этих и других проблемных вопросов. Обучение команды интервьюеров и проведение исследования рекомендуется проводить с обученными экспертами Республиканского центра электронного здравоохранения (РЦЭЗ) и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ).

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ LQAS

Целью LQAS является качественная оценка охвата и качества услуг ПМСП в участках одной области методом случайной выборки лотов.

Задачи исследования методом LQAS:

- Задачи исследования методом LQAS:
- Оценка охвата и качества патронажной службы в антенатальный период (патронаж беременных)
 - Оценка охвата и качества патронажной системы в рамках педиатрической помощи с акцентированием на таких приоритетных вопросах, как исключительно грудное вскармливание, прикорм и уход за больным ребенком.
 - Определение участков наблюдения «не достигших» целевого показателя, которые нуждаются в поддержке, и участков наблюдения «достигших» целевого показателя, которые могут служить в качестве примеров в рамках обучения «равный-равному».
 - Укрепление потенциала на республиканском и областном уровнях для периодического проведения исследований с использованием методики LQAS.

МЕТОДОЛОГИЯ

Первый этап – определяется актуальный перечень населенных пунктов с указанием численности населения в каждом из них. Данный перечень является инструментом выборки. Чем больше населенный пункт, тем больше вероятность его отбора для участия в исследовании и отбора большего количества респондентов в нем.

Второй этап предусматривает произвольный выбор ссылочного домохозяйства для оценки с использованием метода сегментации. При составлении карты большого населенного пункта метод сегментации помогает сэкономить время. Основная идея этого метода состоит в том, чтобы не рисовать карту всего населенного пункта, а разделить его на относительно равные сегменты, используя ориентиры, после чего каждому сегменту присвоить номер, и произвольно выбрать любой из сегментов. Если выбранный сегмент обозримого размера, составляется карта этого участка, каждое домохозяйство нумеруется, после чего выбирается в случайном порядке. Если выбранный сегмент слишком большой, его необходимо разделить на суб-сегменты, (если потребуется на суб-суб-сегменты) чтобы добиться необходимой численности домохозяйств.

Произвольно выбранное домохозяйство считается ссылочным. Оно не исследуется. Первый респондент выбирается из следующего ближайшего домохозяйства, которое является отправной точкой для проведения опросов.

Третий этап – это выбор респондента в домохозяйстве. Респондентами могут быть представители нескольких целевых групп в одном доме или несколько потенциальных респондентов из одной целевой группы. Интервьюер должен набросать построение дома, и если в домохозяйстве живет несколько дееспособных лиц, то одно из них выбирается для опроса (методом произвольной выборки). Проводится опрос респондента.

После завершения опроса необходимого количества респондентов проводится обработка полученных данных способом ручной табуляции, а также возможно применение компьютерного анализа данных.

Обработанные данные обсуждаются внутри коллектива после которого разрабатывается список приоритетных задач по улучшению качества услуг, основанные на выявленных показателях.

Оценку методом LQAS необходимо проводить только после прохождения тренинга совместно с представителями Республиканского центра электронного здравоохранения.

Список использованных источников

Часть 1:

Оценка патронажной службы и предложения по ее оптимизации. Тамара Гоцадзе, февраль, 2015. ЮНИСЕФ, международный фонд «Curatio»

Mentoring and Supervision in Healthcare THIRD EDITION, Neil Gopee - Coventry University, UK (2007, 2015) - Менторство и супервизия в здравоохранении, Нейл Гопи, Университет Кавентри, Объединенное Королевство 2007, 2015.

Social Work supervision Guidelines, July 2017, Social Work Accreditation and Advisory board. - Руководство по социальной работе, июль 2017, Совет по Аккредитации и Консультации в социальной работе, Сингапур.
www.swab.org.sg

ЮНИСЕФ, МОДУЛЬ 16 «Супервизия», Автор-разработчик – Др. Карен Виттакер, Профессор Департамента материнства и детства. Университет Центрального Ланкашира, Объединенное королевство, 2017.

Institute of Health Visiting (2015) Lifelong Learning in Health Visiting. DH and HEE <http://ihv.org.uk/for-health-visitors/resources/frameworks/>

Часть 2:

Interagency guidelines for case management & child protection (January 2014) (USAID, European commission, Global Protection Cluster)

Глобальные стандарты Международной федерации социальных работников (*International Federation of Social Workers (IFSW). Global standards.*)
<http://www.ifsw.org/f38000222.html>

Американская ассоциация по управлению случаем (*American Case Management Association*)
<http://www.acmaweb.org/section.asp?SID=4&mn=mn1&sn=sn1&wpg=mh>

Стандарты управления случаем Американской ассоциации социальной работы (*NASW Standards for Social Work Case Management*)
http://www.naswdc.org/practice/standards/sw_case_mgmt.asp

Рамка для оценки (*The Common Assessment Framework – CAF*)
<http://www.cwdcouncil.org.uk/caf>

Рамка для оценки детей и молодых людей. Руководство для практиков. (*The common assessment framework for children and young people. A guide for practitioners.*)
http://www.cwdcouncil.org.uk/assets/0000/9081/CAF_Practitioner_Guide.pdf

Интегрированная работа (*Integrated working*)
<http://www.cwdcouncil.org.uk/integrated-working/integrated-working-training-packages>

Часть 3:

Система непрерывного повышения квалификации для патронажных медицинских сестер,- Тамар Гоцадзе, ноябрь 2015 г

Супервизия патронажных работников, Д-р Карен Уиттакер: Университет Центрального Ланкашира, Кэт Коусил (Cath Coucill): Университет Центрального Ланкашира.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.1

Схема универсальной-прогрессивной модели патронажа детей до 5 лет (посещений на дому медсестрой, осуществляющей патронаж)

Тип предоставляемых услуг	Получатели услуг	Время проведения	Кто осуществляет визит на дому
Универсальный пакет услуг	Все беременные	До 12 недель беременности или при первой явке 32 недели беременности	Медицинская сестра, осуществляющая патронаж
	Все новорожденные и дети до 3-х лет	Первые 3 дня после выписки из родильного дома 7 дней жизни 1-2 месяца 3 месяца 6 месяцев 12 месяцев 18 месяцев 24 месяца 36 месяцев	Медицинская сестра, осуществляющая патронаж
Прогрессивный пакет услуг	Беременные из группы риска	В соответствии с индивидуальным планом	Медицинская сестра, осуществляющая патронаж, социальный работник, психолог при необходимости
	Новорожденные и дети до 5 лет из группы риска	В соответствии с индивидуальным планом	Медицинская сестра, осуществляющая патронаж, социальный работник, врач общей практики/педиатр, психолог при необходимости – определяется индивидуальными потребностями ребенка

Приложение 1.2

Шкала оценки потребностей детей раннего возраста

	Критерии потребностей детей раннего возраста	Возраст ребенка, в котором необходимо оценить данную потребность									
		Внутриутробно (дорожный патронаж)	3 дня	7 дней	1 месяц	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев	18 месяцев	24 месяца	36 месяцев
1	Безопасная среда в плане синдрома внезапной смерти грудного ребенка		+	+	+	+	+	+			
2	Безопасная среда в плане травм, отравлений и несчастных случаев	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3	Жилищные условия соответствуют требованиям температурного режима, освещенности, отсутствия сырости.		+	+	+	+	+	+	+	+	+
4	Место для сна есть, постельное белье чистое, теплое одеяло есть		+	+	+	+	+	+	+	+	+
5	Есть одежда, соответствующая возрасту, размеру и по сезону. Тоже - обувь у детей постарше		+	+	+	+	+	+	+	+	+
6	Заботу о ребенке проявляют оба родителя, даже если они не живут вместе	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7	Ребенок не испытывает по отношению к себе пренебрежения, жестокого обращения, любого вида насилия от кого-либо	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
8	В окружении ребенка нет жестоких взаимоотношений между людьми, скандалов, драк, сквернословия	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
9	В окружении ребенка нет жестокого отношения к животным	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10	Ребенок и его близкие не испытывают никакого вида дискриминации или стигматизацию	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
11	Ребенок, с ограниченными возможностями здоровья, получает социальное пособие		+	+	+	+	+	+	+	+	+
12	Ребенок зарегистрирован, имеет свидетельство о рождении		+	+	+	+	+	+	+	+	+
13	Родители ребенка имеют все необходимые документы, отсутствие которых каким-то образом влияет на благополучие ребенка	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
14	Родители ребенка информированы о всех видах медицинских и социальных услуг, предоставляемых государством в их ситуации и знают порядок их оформления этих услуг	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
15	Родители ребенка информированы о своих правах и обязанностях по уходу и воспитанию ребенка	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
16	Родители ребенка соблюдают свои обязанности по воспитанию ребенка	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
17	Родители знают и соблюдают права ребенка	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
18	Ребенок ощущает заботу взрослых и находится под их постоянным присмотром		+	+	+	+	+	+	+	+	+
19	Ребенок имеет условия и возможности для игр – безопасное место, безопасные игрушки, место для физически активных игр, детские книги и картинки		+	+	+	+	+	+	+	+	+
20	Ребенок имеет возможность для гармоничного развития: физического, моторного, речевого, социально-эмоционального, когнитивного и коммуникативного		+	+	+	+	+	+	+	+	+

21	Ребенок имеет возможность посещать дошкольное учреждение										+
22	Ребенок живет в психологически благоприятной эмоционально-теплой среде и имеет надежную привязанность к родителю		+	+	+	+	+	+	+	+	+
23	Ребенок не находится в состоянии токсического стресса		+	+	+	+	+	+	+	+	+
24	Родители выбирают правильный стиль воспитания (не применяют физическое наказание, психологическое давление)		+	+	+	+	+	+	+	+	+
25	Родители взаимодействуют с ребенком качественно: уделяют время игре, общению, чтению и обучению навыкам		+	+	+	+	+	+	+	+	+
26	У родителей ребенка нет депрессии	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
27	Ребенок получает исключительно грудное вскармливание		+	+	+	+					
28	Ребенок продолжает получать грудное вскармливание						+	+	+	+	
29	Ребенок получает полноценный прикорм (соответствующий 6 требованиям)						+	+	+	+	+
30	Ребенок употребляет чистую питьевую воду						+	+	+	+	+
31	Родители обеспечивают соблюдение личной гигиены ребенка и гигиены жилища (наличие средств гигиены и воспитание навыков гигиены)		+	+	+	+	+	+	+	+	+
32	Беременная женщина и кормящая мать имеет возможность принимать полноценную пищу и регулярно питаться	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
33	Ребенок получает все профилактические прививки в соответствии с утвержденным с календарем		+	+	+	+	+	+	+	+	+
34	Беременная женщина своевременно становится на учет для прохождения всех необходимых обследований и регулярно посещает врача (не менее 4 раз при благополучном течении беременности)	+									
35	Ребенок проходит все необходимые скрининги и профилактические осмотры в соответствии с возрастом.		+	+	+	+	+	+	+	+	+
36	Ребенок получает правильное лечение распространенных болезней (диарея и др) в соответствии с ИВБДВ, исключая ненужные медикаменты и ненужную госпитализацию		+	+	+	+	+	+	+	+	+
37	Ребенок получает правильный уход во время болезни в домашних условиях		+	+	+	+	+	+	+	+	+
38	Беременная женщина и члены семьи знают тревожные признаки беременности и индивидуальный план действий при экстренных ситуациях	+									
39	Родители ребенка знают опасные признаки болезни ребенка и немедленно обращаются за медицинской помощью		+	+	+	+	+	+	+	+	+
40	Ребенку доступны лекарства первой необходимости и своевременная качественная неотложная помощь		+	+	+	+	+	+	+	+	+
41	Ребенок с тяжелой хронической болезнью имеет доступ ко всем современным видам диагностики и лечения, имеющейся в стране		+	+	+	+	+	+	+	+	+
42	Ребенок, с ограниченными возможностями здоровья, получает услуги по реабилитации		+	+	+	+	+	+	+	+	+

Приложение 1.3

Программа информационно-практического тренинга для главных врачей и заместителей главных врачей «Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания детей раннего возраста»

Время	Тема	Форма подачи материала
1-день		
09.00-09.20 (20 мин)	Регистрация. Приветствие. Претест.	
09.20-10.00 (40 мин)	Обоснование для модернизации патронажа беременных женщин и детей раннего возраста на уровне ПМСП	Интерактивная презентация
10.00-11.00 (1 час)	Модуль 1 «Ранний возраст – время безграничных возможностей»	Интерактивная презентация
11.00-12.00 (1 час)	Модуль 2 «Новая роль патронажной сестры»	Интерактивная презентация
12.00-13.00 (1 час)	Модуль 3 Грудное вскармливание	Интерактивная презентация
13.00-14.00	Обед	
14.00-15.00 (1 час)	Практика по грудному вскармливанию	Практика в роддоме
15.00-16.00 (1 час)	Модуль 3 Прикорм	Интерактивная презентация
16.00-17.00 (1 час)	Прикорм. Технология приготовления	Практическое занятие
2-день		
09.00-10.00 (1 час)	Прикорм	Практика в поликлинике
10.00-11.00 (1 час)	Модуль 4 «Развиваем привязанность между родителем и ребенком»	Интерактивная презентация
11.00-11.30 (30 мин)	Модуль 5 «Вовлечение отцов»	Интерактивная презентация
11.30-12.00 (30 мин)	Модуль 6 «Искусство воспитания: люби, играй, разговаривай, читай»	Интерактивная презентация
12.00-13.00 (1 час)	Практика по игре, общению, чтению, формированию привязанности и вовлечению отцов	Практика в поликлинике
13.00-14.00	Обед	
14.00-14.30 (30 мин)	Модуль 7 «Благополучие родителей»	Интерактивная презентация
14.30-15.30	Пирамида питания беременной и кормящей матери	Практика в поликлинике
15.30-16.00 (30 мин)	Модуль 8 «Распространенные тревоги родителей»	Интерактивная презентация
16.00-17.00 (1 час)	Модуль 9 «Домашняя среда и безопасность»	Интерактивная презентация
3-день		
09.00-09.30 (30 мин)	Модуль 10 «Коммуникативные навыки»	Интерактивная презентация
09.30-10.30 (30 мин)	Модуль 11 «Работа по преодолению стигмы, дискриминации. Продвижение справедливости, инклюзии и уважение многообразия»	Интерактивная презентация
10.30-11.00 (30 мин)	Модуль 12 «Дети, которые развиваются иначе»	Интерактивная презентация
11.00-12.00 (1 час)	Модуль 13 «Мониторинг и скрининг развития»	Интерактивная презентация
12.00-13.00 (1 час)	Модуль 14 «Стараемся уберечь детей от плохого обращения, недостатка внимания и заброшенности»	Интерактивная презентация
13.00-14.00	Обед	
14.00-15.00 (1 час)	Модуль 15 «Межведомственное взаимодействие»	Интерактивная презентация
15.00-16.00 (1 час)	Модуль 16 «Супервизия»	Интерактивная презентация
16.00-17.00 (1 час)	«Как я могу организовать работу для улучшения партнерства с семьями для повышения благополучия детей раннего возраста» Обратная связь	Групповая работа и презентация групп
17.00	Посттест. Завершение тренинга	

Приложение 1.4

Программа тренингов для врачей, медицинских сестер, социальных работников ПМСП «Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания детей раннего возраста»

Часть 1 Базовый тренинг «Развитие детей раннего возраста» (с учетом новых рекомендаций ЮНИСЕФ. Модули 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13)

Продолжительность - 5 дней, 40 часов.

Теории- 28 часов, практики -12 часов

1-день		
09.00-09.30	Регистрация. Знакомство. Претест. Цели и задачи обучения.	Презентация
09.30-11.00	Модуль №1. «Раннее детство – время бесконечных возможностей»	Интерактивная презентация
11.00-11.15	Перерыв	
11.15-13.00	Модуль №3. Грудное вскармливание	Интерактивная презентация. Видео ролик из ИКАТ
13.00-14.00	Обед	
14.00-15.30 (с учетом дороги)	Клиническая практика по грудному вскармливанию	В роддоме
15.30-15.45	Перерыв	
15.45 -17.30	Модуль №3. Прикорм	Интерактивная презентация.
17.30	Домашнее задание. Читать Модуль 1, 3 (разделы «Грудное вскармливание» и «Прикорм»)	
2-день		
09.00-11.00 (с учетом дороги)	Клиническая практика по прикорму	В поликлинике
11.00-11.15	Перерыв	
11.15 -13.00	Технология приготовления прикорма. Технический семинар по прикорму.	Практическое занятие в ресурсном центре. Презентация. Фильм центра ИБДВ «Питание детей раннего возраста».
13.00-14.00	Обед	
14.00-15.30	Модуль 5 «Вовлечение отцов»	Интерактивная презентация.
15.30-15.45	Перерыв	
15.45-17.30	Модуль № 6 «Искусство воспитания ребенка – люби, разговаривай, играй, читай»	Интерактивная презентация. Демонстрация правильного использования игрушек (по возрасту, безопасность, предметы домашнего обихода, самодельные игрушки). Требования к книгам.
17.30	Домашнее задание читать Модуль 5 и 6	
3-день		
09:00-11.00 (с учетом дороги)	Клиническая практика по искусству воспитания ребенка и вовлечению отцов в воспитание ребенка	В поликлинике
11.00-11.15	Перерыв	

11.15-13.00	Модуль 4 «Привязанность»	Интерактивная презентация.
13.00-14.00	Обед	
14.00-15.30	Оценка физического развития. Интерпретация графиков, мониторинг физического развития.	Использование раздела ИКАТ «Консультируйте». Часть «Физическое развитие». Видеоматериалы, графики, задачи.
15.30-15.45	Перерыв	
15.45-17.30	Модуль №13 «Мониторинг и скрининг развития».	Интерактивная презентация. Использование руководства по 10 шагам мониторинга.
17.30	Домашнее задание читать Модуль 4 и 13	
4-день		
09.00-11.00 (с учетом дороги)	Клиническая практика по мониторингу развития ребенка	В поликлинике
11.00-11.15	Перерыв	
11.15-13.00	Модуль №8 «Распространенные проблемы воспитания детей»	Интерактивная презентация.
13.00-14.00	Обед	
14.00-15.30	Модель №7 «Благополучие родителей»;	Интерактивная презентация.
15.30-15.45	Перерыв	
15.45-17.30	Задачи дородового патронажа. Пирамида питания беременных. Консультирование беременной и кормящей матери.	Метод 24-часового воспроизведения (практическое занятие в аудитории). Использование 112 формы.
17.30	Домашнее задание читать Модуль 7,8	
5-день		
09.00-13.00 (с учетом дороги)	Большая клиническая практика по модулям 3,4,5,6,7,8,13 (пирамида питания беременной и кормящей женщины, выявление депрессии беременных, консультирование детей по игре, общению, чтению, выявление привязанности, вовлечение отцов в воспитание).	В поликлинике
13.00-14.00	Обед	
14.00-15.30	Модуль №9 «Домашняя среда и безопасность».	Интерактивная презентация.
15.30-15.45	Перерыв	
15.40-16.10	Самостоятельная работа «Как я начну применять полученные знания на практике. Составление личного плана.	Представление и обсуждение планов.
16.10-16.30	Посттест. Заключительная анкета; вручение сертификатов.	

Приложение 1.5

Часть 2 Расширенный тренинг «Новая роль патронажной сестры» (с учетом новых рекомендаций ЮНИСЕФ. Модули 2, 10, 11, 12, 14, 15, 16)

Продолжительность - 5 дней, 40 часов.

Теории - 20 часов, практики – 20 часов

1-день		
09.00-09.30	Регистрация. Знакомство. Цели и задачи обучения. Связь с первой частью обучения.	Презентация
09.30-10.00	Ситуация по уходу и воспитанию детей раннего возраста в Казахстане по данным ЮНИСЕФ Роль и значение патронажной службы ПМСП. Данные исследований патронажной службы в Казахстане. Современные требования к организации патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста.	Вводная презентация
10.00-11.00	Модуль №2 «Новая роль патронажной сестры»	Интерактивная презентация
11.00-11.15	Перерыв	
11.15-13.00	Практическое занятие по составлению эко-карты ребенка и индивидуального плана.	Работа в малых группах. Презентация групп.
13.00-14.00	Обед	
14.00-15.30	Модуль №10 «Коммуникативные навыки»	Интерактивная презентация
15.30-15.45	Перерыв	
15.45 -17.30	Практическая часть по модулю №10	Практическая работа
17.30	Домашнее задание читать Модули 2, 10	
2-день		
09.00-11.00	Модуль №11 «Работа по преодолению стигмы, дискриминации. Продвижение справедливости, инклюзии и уважения многообразия»	Интерактивная презентация. Практическая часть – 1 час (представление случаев)
11.00-11.15	Перерыв	
11.15 -13.00	Модуль №12 «Дети, которые развиваются иначе»	Интерактивная презентация
13.00-14.00	Обед	
14.00-15.30	Практическая часть модуля №12	Практическая часть. Работа в группах
15.30-15.45	Перерыв	
15.45-17.30	Модуль №14 «Защита детей от жестокого обращения»	Интерактивная презентация
17.30	Домашнее задание читать Модули 11, 12, 14	
3-день		
09.00-11.00	Модуль №15 «Работа с другими секторами». Групповая работа по кейс-менеджменту.	Интерактивная презентация. Работа в группах. Представление случаев.
11.00-11.15	Перерыв	
11.15-13.00	Модуль №16 «Супервизия»	Интерактивная презентация
13.00-14.00	Обед	
14.00-15.30	Супервизия по СОПу «Патронаж беременной женщины». Тренировка проведения индикативного интервью. Выявление	Практическое занятие. Ролевые игры с использованием чек-

	депрессии. Стандартные вопросы по жестокому обращению. Обучение тревожным признакам беременности. Составление экстренного плана	листов курации.
15.30-15.45	Перерыв	
15.45-17.30	Продолжение супервизии по СОПу «Патронаж беременной женщины». Мотивация на грудное вскармливание. Обучение технике грудного вскармливания. Оценка готовности семьи новорожденному.	Продолжение практического занятия.
17.30	Домашнее задание читать Модули 15, 16, СОП «Патронаж беременной женщины».	
4-день		
09:00-12:00	Проведение супервизии в поликлинике по СОПам: • Патронаж новорожденного • Мониторинг развития ребенка разных возрастов по 10 шагам (включая физическое развитие). • Консультирование по грудному вскармливанию • Консультирование по прикорму • Консультирование по игре, общению, чтению • Консультирование по вовлечению отцов в воспитание	Практика в поликлинике по супервизии выполнения СОПов
12.00-13.00	Обсуждение реальных примеров из практики. Обратная связь по навыкам супервизии.	Интерактивное обсуждение
13:00-14:00	Обед	
14:00-15:30	Оценка безопасности среды. Использование оценочной шкалы по безопасности среды. Решение ситуационных задач.	Практическое занятие
15.30-15.45	Перерыв	
15.45-17.30	Обучение семьи оказанию первой помощи.	Практическое занятие по оказанию первой помощи
17.30	Домашнее задание. Повторить все СОПы.	
5-день		
09.00-10.00	Заключительный тест и клинические задачи по всем модулям.	
10.00-11.00	Планирование визитов патронажной сестры. Подготовка патронажной сестры к визиту.	Практическое занятие
11.00-11.15	Перерыв	
11.00-13.00	Объем выполняемой работы при каждом визите. Документация. Тренировка работы с мобильным приложением 1 и 2.	Практическое занятие
13:00-14:00	Обед	
14.00-16.00	Представление результатов тестов и решения клинических задач. Групповая работа «Представление плана работы патронажной сестры и организации работы на уровне поликлиники»	Презентация групп
16.00	Завершение тренинга. Вручение сертификатов.	

Приложение 1.6

Планирование и выполнение визитов по предоставлению универсального пакета патронажных услуг

Инструкция по заполнению

Планирование плановых визитов на своем участке проводит патронажная сестра. Планирование выполняется в Excel. Электронная копия плана передается старшей сестре отделения. Старшая сестра контролирует достоверность плана и проводит мониторинг выполнения плана.

К началу месяца у патронажной сестры должен быть адресный план, подлежащих плановому патронажному визиту в течение этого месяца. План посещений распределяется на каждую неделю месяца. Все графы с отметкой «1-ая неделя» и т.д. заполняются реальными датами. Например «12.02.-16.02.2018». Запланированные визиты обозначаются цифрой 1 напротив фамилии пациента. В течение недели патронажная сестра самостоятельно регулирует график посещений, так, чтобы к концу недели план был выполнен.

После выполнения визита и проведения оценки рисков, графа закрашивается красным (высокий риск), желтым (умеренный риск) или зеленым цветом (нет риска).

Если визит не выполнен, цифра меняется на 0.

Формулы суммы задаются по горизонтали в графах «Число визитов за месяц», «Число визитов за квартал», «Число визитов за год», по вертикали – в каждой колонке напротив «Итого сделано посещений»

Плановые посещения к беременным женщинам (12 недель и 32 недели)									
		Адрес	Дата рождения	1-ая неделя (даты)	2-ая неделя (даты)	...	Число визитов за месяц	Число визитов за квартал	Число визитов за год
	Фамилия имя беременной женщины								
1	...								
2	...								
	...								
	Итого сделано посещений к беременным								
	Результаты оценки:								
	имеют высокий риск								
	имеют умеренный риск								
	не имеют рисков								
Плановые посещения к новорожденным, выписанным из роддома (1-ый визит)									
		Адрес	Дата рождения	1-ая неделя (даты)	2-ая неделя (даты)	...	За месяц	За квартал	За год
	Фамилия, имя новорожденного								
1	...								
2	...								
	...								

	Итого сделано первичных посещений к новорожденным								
	Результаты оценки:								
	имеют высокий риск								
	имеют умеренный риск								
	не имеют рисков								
Плановые посещения к детям, которым на указанной неделе исполняется 7 дней (2-ой визит)									
	Фамилия, имя ребенка	Адрес	Дата рождения	1-ая неделя (даты)	2-ая неделя (даты)	...	За месяц	За квартал	За год
1	...								
2	...								
	...								
	Итого сделано посещений к детям 7 дней								
	Результаты оценки								
	имеют высокий риск								
	имеют умеренный риск								
	не имеют рисков								
Плановые посещения к детям, которым на указанной неделе исполняется 1 месяц (3-ий визит)									
	Фамилия, имя ребенка	Адрес	Дата рождения	1-ая неделя (даты)	2-ая неделя (даты)	...	За месяц	За квартал	За год
1	...								
2	...								
	...								
	Итого сделано посещений к детям 1 месяца								
	Результаты оценки								
	имеют высокий риск								
	имеют умеренный риск								
	не имеют рисков								
Плановые посещения к детям, которым на указанной неделе исполняется 3 месяца (4-ый визит)									
	Фамилия, имя ребенка	Адрес	Дата рождения	1-ая неделя (даты)	2-ая неделя (даты)	...	За месяц	За квартал	За год
1	...								
2	...								
	...								

	Итого сделано посещений к детям 3 месяцев								
	Результаты оценки								
	имеют высокий риск								
	имеют умеренный риск								
	не имеют рисков								
Плановые посещения к детям, которым на указанной неделе исполняется 6 месяцев (5-ый визит)									
	Фамилия, имя ребенка	Адрес	Дата рождения	1-ая неделя (даты)	2-ая неделя (даты)	...	За месяц	За квартал	За год
1	...								
2	...								
	...								
	Итого сделано посещений к детям 6 месяцев								
	Результаты оценки								
	имеют высокий риск								
	имеют умеренный риск								
	не имеют рисков								
Плановые посещения к детям, которым на указанной неделе исполняется 12 месяцев (6-й визит)									
	Фамилия, имя ребенка	Адрес	Дата рождения	1-ая неделя (даты)	2-ая неделя (даты)	...	За месяц	За квартал	За год
1	...								
2	...								
	...								
	Итого сделано посещений к детям 12 месяцев								
	Результаты оценки								
	имеют высокий риск								
	имеют умеренный риск								
	не имеют рисков								
Плановые посещения к детям, которым на указанной неделе исполняется 18 месяцев (7-й визит)									
	Фамилия, имя ребенка	Адрес	Дата рождения	1-ая неделя (даты)	2-ая неделя (даты)	...	За месяц	За квартал	За год
1	...								
2	...								
	...								

	Итого сделано посещений к детям 18 месяцев								
	Результаты оценки								
	имеют высокий риск								
	имеют умеренный риск								
	не имеют рисков								
Плановые посещения к детям, которым на указанной неделе исполняется 24 месяца (8-ой визит)									
	Фамилия, имя ребенка	Адрес	Дата рождения	1-ая неделя (даты)	2-ая неделя (даты)	...	За месяц	За квартал	За год
1	...								
2	...								
	...								
	Итого сделано посещений к детям 24 месяцев								
	Результаты оценки								
	имеют высокий риск								
	имеют умеренный риск								
	не имеют рисков								
Плановые посещения к детям, которым на указанной неделе исполняется 36 месяцев (9-й визит)									
	Фамилия, имя ребенка	Адрес	Дата рождения	1-ая неделя (даты)	2-ая неделя (даты)	...	За месяц	За квартал	За год
1	...								
2	...								
	...								
	Итого сделано посещений к детям 36 месяцев								
	Результаты оценки								
	имеют высокий риск								
	имеют умеренный риск								
	не имеют рисков								
	Общее количество визитов по предоставлению универсального пакета патронажных услуг								

Приложение 1.7

Планирование и выполнение визитов по предоставлению прогрессивного пакета услуг (по индивидуальному плану)

Инструкция по заполнению

Выполняется в Excel.

После проведения оценки и выявления рисков, патронажная сестра переносит в план прогрессивных услуг данные тех, кто имеет риски (высокие и умеренные). Указывает причину взятия на индивидуальный учет и дату взятия. Все графы с отметкой «1-ый день» и т.д. заполняются реальными датами. Сразу проставляет цифру 1 напротив дня ближайшего посещения, который она согласовала с семьей. После составления индивидуального плана, даты дальнейших визитов также заносятся в график под цифрой 1. Все выполненные посещения маркируются красным, желтым или зеленым цветом в зависимости от сохраняемой степени риска. Если риск устранен, дата снятия с учета вносится в соответствующую графу. Если запланированный визит не выполнен, цифра 1 заменяется 0.

Формулы суммы задаются по горизонтали напротив каждой фамилии в графах «Число визитов за неделю» и «Число визитов за месяц», по вертикали – в каждой колонке напротив «Итого сделано посещений по индивидуальному плану» (число визитов ежедневно, еженедельно, ежемесячно).

№	Фамилия, имя	Адрес	Дата рождения	Возраст	причина взятия на индивидуальный учет	дата взятия на индивидуальный учет	дата снятия с индивидуального учета	1-ая неделя				2-ая неделя	Число визитов за месяц
								1-ый день	...	5-ый день	Число визитов за 1-ую неделю	...	
1	...												
2	...												
	Итого сделано посещений по индивидуальному плану												

Приложение 1.8

Индикаторы мониторинга основных показателей патронажной работы

		отчетный период
Н	Население	
Н1	Общее количество домашних хозяйств на пилотных участках (за 6 месяцев)	2 раза в год
Н2	Общее количество домашних хозяйств с детьми от 0 до 5 лет на пилотных участках (за 6 месяцев)	2 раза в год
Н3	Общее количество домохозяйств, живущих в городских районах на пилотных участках(за 6 месяцев)	2 раза в год
Н4	Общее количество домашних хозяйств, живущих в сельских районах на пилотных участках(за 6 месяцев)	2 раза в год
Н5	Количество прибывших домохозяйств в текущем месяце (1 раз в месяц)	ежемесячно
Н6	Количество выбывших домохозяйств в текущем месяце (1 раз в месяц)	ежемесячно
Н7	Общая численность населения на пилотных участках (за 6 месяцев)	2 раза в год
Н8	Количество прибывшего населения на участок в этом месяце*	ежемесячно
Н9	Количество выбывшего населения на участок в этом месяце*	ежемесячно
Н10	Общее количество женщин репродуктивного возраста на пилотных участках (за 6 месяцев)	2 раза в год
Н11	Общее количество женщин репродуктивного возраста на пилотных участках, прибывших в текущем месяце*	ежемесячно
Н12	Общее количество женщин репродуктивного возраста на пилотных участках, выбывших в текущем месяце*	ежемесячно
Н13	Количество детей в возрасте 0 до13 месяцев (1 год) на пилотных участках за 6 месяцев	2 раза в год
Н14	Количество детей в возрасте 0 до13 месяцев, прибывших в текущем месяце*	ежемесячно
Н15	Количество детей в возрасте 0 до13 месяцев, выбывших в текущем месяце*	ежемесячно
Н16	Количество детей в возрасте 1-5 лет на пилотных участках	2 раза в год
Н17	Количество детей в возрасте 1-5 лет, прибывших в текущем месяце*	ежемесячно
Н18	Количество детей в возрасте 1-5 лет, выбывших в текущем месяце*	ежемесячно
БЖ	Беременные женщины	
БЖ1	Количество беременных женщин в расчетном периоде (18 и старше) за 6 месяцев	2 раза в год
БЖ2	Количество и процент беременных женщин на участках, которые стали на учет в женской консультации на сроке беременности до12 недель за 6 месяцев	2 раза в год
БЖ3	Количество беременных женщин, прибывших в текущем месяце*	ежемесячно
БЖ4	Количество беременных женщин, выбывших в текущем месяце*	ежемесячно
БЖ5	Количество беременных подросткового возраста на пилотных участках (12 - 18 лет) за 6 месяцев	2 раза в год
БЖ6	Количество беременных подросткового возраста, прибывших в текущем месяце*	ежемесячно
БЖ7	Количество беременных подросткового возраста, выбывших в текущем месяце*	ежемесячно
БЖ8	Количество и процент беременных женщин на пилотных участках, которые, по крайней мере, 4 раза посещали поликлинику в течение беременности (в течение года)	2 раза в год
БЖ9	Количество и процент беременных женщин на участках с осложненной беременностью в текущем месяце	ежемесячно
БЖ10	Количество и процент беременных женщин на участках с экстрагенитальными заболеваниями в текущем месяце	ежемесячно
БЖ11	Количество и процент женщин на участке, страдающих дородовой депрессией в текущем месяце	ежемесячно
	Работа патронажной сестры с беременными женщинами:	
БЖ12	Количество беременных женщин, которые были посещены на дому до 12 недель и 32 недели (% выполнения универсального плана)	ежемесячно
БЖ13	Из них – выявлено группы риска (%)	ежемесячно
БЖ14	Из них составлены индивидуальные экстренные планы совместно с	ежемесячно

	акушеркой (%)	
БЖ15	Количество посещений беременных женщин по индивидуальным планам (% выполнения прогрессивного плана)	ежемесячно
БЖ16	Из них – снято с учета в связи с устранением или уменьшением риска (%)	ежемесячно
Р	Исходы родов	
Р1	Количество случаев материнской смертности на участке	1 раз в год
Р2	Количество случаев материнской смертности на участке за 1 месяц	ежемесячно
Р3	Общее количество родов в год на участке	1 раз в год
Р4	Количество родов в текущем месяце на участке	ежемесячно
Р5	Количество родивших женщин на участке в текущем месяце	ежемесячно
Р6	Количество и процент родов на участке в перинатальном центре 1 ^{ого} уровня за месяц	ежемесячно
Р7	Количество и процент родов на участке в перинатальном центре 2 ^{ого} уровня за месяц	ежемесячно
Р8	Количество и процент родов на участке в перинатальном центре 3 ^{ого} уровня за месяц	ежемесячно
Р9	Количество преждевременных родов на участке в текущем месяце	ежемесячно
Р10	Процент преждевременных родов на участке от общего числа родов в текущем месяце	ежемесячно
Р11	Количество кесаревых сечений на участке в текущем месяце	ежемесячно
Р12	Процент кесаревых сечений на участке от общего числа родов в текущем месяце	ежемесячно
Р13	Количество и процент новорожденных на участке, родившихся до 34 недели беременности в текущем месяце	ежемесячно
Р14	Количество и процент детей, рожденных на участке, родившихся с низким весом в текущем месяце	ежемесячно
Р15	Количество мертворождений на участке в текущем месяце	ежемесячно
Р16	Количество случаев неонатальной смертности на участке (до 28 дней) в текущем месяце	ежемесячно
Д	Дети в возрасте 0-59 месяцев	ежемесячно
Д1	Из них, количество домохозяйств с новорожденными на участке, посещенных на дому в течение первых 7 дней после родов в текущем месяце	ежемесячно
Д2	Процент домохозяйств с новорожденными на участке, посещенных на дому в течение первых 7 дней после родов в текущем месяце	ежемесячно
Д3	Количество родивших женщин на участке, которые в течение 7 дней с момента родов имеют послеродовые осложнения и которых посещают на дому патронажные медсестры или акушерки в текущем месяце	ежемесячно
Д4	Процент родивших женщин на участке, которые в течение 7 дней с момента родов имеют послеродовые осложнения и которых посещают на дому патронажные медсестры или акушерки в текущем месяце	ежемесячно
Д5	Количество и процент женщин на участке, страдающих послеродовой депрессией в текущем месяце	ежемесячно
Д6	Количество и процент женщин на участке с послеродовой депрессией, направленных к специалистам в текущем месяце	ежемесячно
Д7	Количество и процент матерей на участке, дети которых находятся исключительно на грудном вскармливании до 6 месяцев в текущем месяце	ежемесячно
Д8	Количество и процент женщин на участке, получивших консультацию по современным методам контрацепции	ежемесячно
Д9	Количество и процент женщин на участке, использующих современные методы контрацепции в текущем месяце	ежемесячно
Д10	Количество детей на участке в возрасте 12 месяцев за текущий месяц	ежемесячно
Д12	Из них количество и процент детей, иммунизированных в полной мере	ежемесячно
Д13	Количество и процент молодых мам на участке, дети которых находятся исключительно на грудном вскармливании до 6 месяцев	ежемесячно
Д14	Количество и процент молодых мам на участке, дети которых своевременно начали получать прикорм в 6 месяцев	ежемесячно
Д15	Количество и процент детей на участке в возрасте 0-5 лет, страдающих низким весом или истощением (Z-2 - Z-3)	ежемесячно
Д16	Количество и процент детей на участке в возрасте 0-5 лет, страдающих избыточным весом или ожирением (Z-2 - Z-3)	ежемесячно
Д17	Количество и процент детей на участке в возрасте 0-5 лет, страдающих	ежемесячно

	низкорослостью (Z-2 - Z-3)	
Д18	Количество и процент детей на участке в возрасте до 5 лет с диагнозом диареи, получающих лечение на дому	ежемесячно
Д19	Количество и процент детей на участке в возрасте до 5 лет с диагнозом ОРИ/пневмонии, получающих лечение на дому	ежемесячно
Д20	Количество и процент детей на участке в возрасте от 0 до 13 месяцев, умерших в результате полученной травмы или несчастного случая на дому в текущем месяце	ежемесячно
Д21	Количество и процент детей на участке в возрасте до 5 лет, госпитализированных в результате полученной травмы	ежемесячно
Д22	Количество и процент детей на участке в возрасте до 5 лет, госпитализированных с диагнозом диареи	ежемесячно
Д23	Количество и процент детей на участке в возрасте до 5 лет, госпитализированных с диагнозом пневмонии	ежемесячно
Д24	Количество детей, умерших в возрасте 29 дней до 13 месяцев	ежемесячно
Д25	Количество детей, умерших в возрасте 29 дней до 13 месяцев на дому	ежемесячно
Д26	Количество детей умерших в возрасте от 0 до 12 месяцев всего	ежемесячно
Д27	Количество детей умерших в возрасте от 0 до 12 месяцев в роддоме	ежемесячно
Д28	Количество детей умерших в возрасте от 0 до 12 месяцев в стационаре	ежемесячно
Д29	Количество детей умерших в возрасте от 0 до 12 месяцев в стационаре до суток	ежемесячно
Д30	Количество детей умерших в возрасте от 0 до 12 месяцев на дому	ежемесячно
Д31	Количество детей, умерших в возрасте от 13 - 59 месяцев	ежемесячно
Д32	Количество детей, умерших в возрасте от 13- 59 месяцев на дому	ежемесячно
Д33	Количество детей умерших в возрасте 12 месяцев до 5 лет всего	ежемесячно
Д34	Количество детей умерших в возрасте 12 месяцев до 5 лет в стационаре	ежемесячно
Д35	Количество детей умерших в возрасте 12 месяцев до 5 лет в стационаре до суток	ежемесячно
Д36	Количество детей умерших в возрасте 12 месяцев до 5 лет на дому	ежемесячно
ПД	Патронаж детей от 0 до 59 месяцев	
ПД1	Количество запланированных обязательных посещений на дому к детям 0 -3 лет (универсальный план)	ежемесячно
ПД2	Количество выполненных обязательных посещений на дому к детям 0- 3 лет (% выполнения универсального плана)	ежемесячно
ПД3	Количество детей 0 -3 лет, впервые взятых в группу риска по медицинским и социальным проблемам (% от числа посещенных детей)	ежемесячно
ПД4	Количество запланированных дополнительных посещений на дому к детям от 0 – 5 лет по индивидуальным планам (прогрессивный план)	ежемесячно
ПД5	Количество выполненных дополнительных посещений на дому к детям 0- 5 лет (% выполнения прогрессивного плана)	ежемесячно
ПД6	Количество детей 0 - 5 лет, которые сняты с учета по группе риска медицинского или социального характера (% от числа наблюдаемых детей из группы риска)	ежемесячно
ПД7	В том числе по рискам социального характера	ежемесячно
ПД8	По рискам медицинского характера	ежемесячно
ПД9	По рискам для развития	ежемесячно
ПД10	По рискам травм на дому	
ПД11	По рискам пренебрежения и жестокого обращения	
ИП	Индивидуальные планы сопровождения семей на участке	ежемесячно
ИП1	Количество индивидуальных планов сопровождения семей на участке, которые ведет патронажная медсестра	ежемесячно
ИП2	Количество индивидуальных планов сопровождения семей на участке, которые ведет социальный работник	ежемесячно
ИП3	Количество открытых индивидуальных планов (случаев) сопровождения семей в текущем месяце	ежемесячно
Ц1	Количество и процент домохозяйств с детьми до 5 лет имеющие социальные проблемы, которые были взяты на учёт в текущем месяце по основным группам проблем:	ежемесячно
А	Плохие жилищные условия (сырость, холод, отсутствие водопроводной системы, скученность и др)	ежемесячно
Б	Низкий материальный уровень всех членов домохозяйства (отсутствие работы или низкооплачиваемая работа у одного или обоих родителей/членов домохозяйства)	ежемесячно

В	Плохие санитарно-гигиенические условия	ежемесячно
Г	Отсутствие безопасности домашней среды для ребенка, риски травм, отравлений и несчастных случаев	ежемесячно
Д	Плохой психологический микроклимат в семье (постоянные споры, драки, физическое наказание, пренебрежение нуждами ребенка)	ежемесячно
Е	Употребление алкоголя, наркотиков, токсических продуктов у членов семьи	2 раз в год
Ж	Курящие мать, отец или другие члены семьи. Курение в присутствии ребенка	ежемесячно
З	Пренебрежение, жестокое обращение, насилие по отношению к ребенку	ежемесячно
И	Ребенок и мать получают несбалансированное, плохое питание	ежемесячно
К	Ребенок не владеет определенными навыками развития для своего возраста	ежемесячно
Л	Другие	ежемесячно
Ц2	Количество и процент домохозяйств с детьми до 5 лет, которые посещались социальными работниками в течение расчетного периода	ежемесячно
Ц3	Количество и процент домохозяйств с детьми до 5 лет имеющие социальные проблемы, которые были сняты с учёта в расчетном периоде	ежемесячно
Ц4	Количество и процент домохозяйств с детьми до 5 лет имеющие социальные проблемы, которые были сняты с учёта в расчетном периоде по основным группам проблем:	ежемесячно
Ц5	Количество закрытых индивидуальных планов (случаев) сопровождения семей в текущем месяце	ежемесячно
А	Плохие жилищные условия (сырость, холод, отсутствие водопроводной системы скученность и др)	ежемесячно
Б	Низкий материальный уровень всех членов домохозяйства (доход ниже 50% от прожиточного минимума на каждого члена домохозяйства, отсутствие работы или низкооплачиваемая работа у одного или обоих родителей/членов домохозяйства)	ежемесячно
В	Плохие санитарно-гигиенические условия	ежемесячно
Г	Отсутствие безопасности домашней среды для ребенка, риски травм, отравлений и несчастных случаев	ежемесячно
Д	Плохой психологический микроклимат в семье (постоянные споры, драки, физическое наказание, пренебрежение нуждами ребенка)	ежемесячно
Е	Употребление алкоголя, наркотиков, токсических продуктов у членов семьи	ежемесячно
Ж	Курящие мать, отец или другие члены семьи. Курение в присутствии ребенка	ежемесячно
З	Ребенок и мать получают несбалансированное, плохое питание	ежемесячно
И	Ребенок не владеет определенными навыками развития для своего возраста	ежемесячно
К	Пренебрежение, жестокое обращение, насилие по отношению к ребенку	ежемесячно
Л	Другие	ежемесячно
МВ	Межсекторальное взаимодействие	
МВ1	Количество случаев, переданных на рассмотрение межсекторальной комиссии за 6 месяцев	2 раза в год
МВ2	Из них, количество рассмотренных случаев за 6 месяцев	2 раза в год
МВ3	Из них, количество закрытых случаев	2 раза в год
МВ4	Количество встреч межсекторальной группы за 6 месяцев	2 раза в год

Приложение 1.9

Инструмент оценки качества патронажной службы

Учреждение _____ Главный врач _____

Куратор _____ Дата курации _____

№	Критерии оценки	Укажите, из какого источника взята информация				Примечание куратора
		Прямое наблюдение	Анкета родителей	Анкета мед работника/соцработника	Документация	
ОЦЕНКА И ВЫЯВЛЕНИЕ РИСКОВ						
1	Выявляет риски социального благополучия семьи					
2	Выявляет риски жесткого обращения, насилия, пренебрежения в семье					
3	Выявляет риски в безопасности среды, травматизма и несчастных случаев					
4	Выявляет перинатальную депрессию					
5	Мониторинг развития ребенка проводит совместно с родителями. Помогает им в ведении индивидуальной карты развития ребенка.					
6	Выявляет степень и направленность рисков во время дородового патронажа					
7	Выявляет степень и направленность рисков при посещении ребенка на дому					
УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ						
8	Правильно составляет индивидуальный план по снижению рисков, исходя из экологического принципа и использует проактивный подход					
9	Использует внутриведомственные механизмы взаимодействия в решении проблем (привести примеры)					
10	Использует и вневедомственные механизмы взаимодействия в решении проблем (привести примеры)					

РЕКОМЕНДАЦИИ, ИНФОРМИРОВАНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СЕМЬИ						
11	Владеет навыками правильной коммуникации, правильно взаимодействует с родителями и коллегами					
12	На патронаж приходит подготовленным (знает конкретную цель, задачи, просматривает актуальную информацию)					
13	Предоставляет свежую информацию семье					
14	Владеет знаниями и навыками по вопросам:					
a)	Оценки состояния новорожденного и детей раннего возраста (знание опасных признаков и признаков «розового ряда»)					
b)	Грудного вскармливания и исключительно грудного вскармливания					
c)	Ввода прикорма в 6 месяцев					
d)	Ухода в целях развития: укрепление взаимосвязи и привязанности					
e)	Основных элементов воспитания: игра и игрушки, чтение, общение и проявление любви к ребенку					
f)	Вовлечение отца в воспитание ребенка					
g)	Послеродовой депрессии					
h)	Безопасной среды и предупреждения травм и несчастных случаев					
i)	Оказания неотложной помощи при остром инородном теле дыхательных путей, ожогах, утоплении, падении с высоты, отравлении					
j)	10 шагов мониторинга развития ребенка					
k)	Выявление признаков пренебрежения, жестокого обращения и насилия и тактики при их выявлении					

Основные сильные стороны

Основные слабые стороны

Что сделано куратором:

Дополнительные сведения

Приложение 1.10

Отчет о заседании по супервизии

Супервизор: _____

Сотрудники: _____

Тип заседания
(индивидуальное, групповое, выезд
на место в целях наблюдения): _____

Дата проведения заседания _____

Место проведения заседания _____

Повестка дня:

Обсужденные темы и вопросы	Рекомендуемые мероприятия и необходимые ресурсы	Ответственное лицо	Срок исполнения

Подпись супервизора: _____

Подписи патронажных сотрудников,
социальных
работников,
участвовавших в заседании: _____

Дата следующего заседания /выезда на место в целях супервизии

Приложение 1.11

Годовой отчет супервизора

Дата проведения заседания	Тип супервизии	Обсужденные темы	Место проведения	Присутствовавшие

Анализ проблем, обсужденных на заседании, трудностей в реализации задач, наиболее частые способы решения задач, предложения для повышения эффективности деятельности социальных работников, др. (представить в описательной форме).

Подпись _____ менеджера/ _____ Руководителя _____ Медицинского _____ учреждения

Дата представления отчета _____

Приложение 2.1

Таблица расчета степени и направленности риска при проведении дородового патронажа и рисков по социально-бытовым условиям семьи

	Направленность риска	 = 1 балл,  = 0 балл в следующих пунктах:	Высокий риск (сумма баллов)	Умеренный риск (сумма баллов)	Нет риска (сумма баллов)
I. По социально-бытовым условиям семьи					
1	Характеристика состава семьи				
2	Психологический микроклимат в семье. Уровень социального здоровья семьи				
3	Жилищные условия (сырость, холод, скученность)				
4	Материальное положение семьи по уровню доходов				
5	Отсутствие работы или низкооплачиваемая работа у одного или обоих супругов				
6	Низкий уровень образования одного или обоих супругов				
7	Санитарно-жилищные условия семьи				
8	Возможность управлять хозяйством (проблемы при приготовлении пищи, стирке, уборке, утилизации отходов и др)				
9	Безопасность домашней среды в плане травм, отравлений и несчастных случаев				
10	Тяжелая физическая работа (подъем тяжести, носить воду и др)				
11	Злоупотребление алкоголем или употребление наркотиков у членов семьи				
12	Наличие курящих членов семьи				
13	Наличие проблем с правоохранительными органами у членов семьи				
14	Проблемы с партнером/мужем (постоянные споры, агрессивность, сексуальные проблемы, насилие, отсутствие привязанности)				
15	Проблемы с другими взрослыми в семье (постоянные споры, пренебрежительное отношение друг к другу, длительная разлука и др)				
16	Проблемы с подростками в семье				
17	Наличие сексуальных домогательств, жестокого обращения и насилия в семье (последние 6 месяцев). Длительный стресс, жизнь в страхе.				
18	Наличие хронических больных, инвалидов, психических больных, требующих постоянного ухода				
19	Наличие хронических инфекционных больных в семье (ВИЧ, туберкулез, ИППП)				
20	Воздействие стигмы или маргинализации				
	Общий балл по социально- бытовым условиям жизни семьи		0-12	13-18	19-20
II. По состоянию здоровья беременной					
1	Возраст до 18 лет или старше 35 лет				
2	Имеет 4 и более беременностей до настоящей беременности				
3	Интервал между родами менее 2-х лет				

4	В анамнезе – преждевременные роды или рождение ребенка с весом менее 2-х кг				
5	В анамнезе – мертворождение				
6	В анамнезе – кесарево сечение				
7	В анамнезе – дети, рожденные с ВПР				
8	В анамнезе - дети, рожденные с наследственными заболеваниями				
9	В анамнезе – дети, умершие от болезней				
	Общий балл по состоянию здоровья беременной женщины		0-5	6-8	9
III.	По течению настоящей беременности				
1	Настоящая беременность желанная/запланированная				
2	Своевременность постановки на учет				
3	Беременность протекает на фоне нормального Индекса массы тела (на момент наступления беременности ИМТ – 19-24)				
4	Наличие экстрагенитальных заболеваний (по заключению терапевта)				
5	Наличие осложнений беременности (по заключению акушер-гинеколога)				
6	На УЗИ выявлена патология				
7	АД нестабильное				
8	Физическая активность				
9	Полноценное питание				
	Токсическое воздействие на плод. Со стороны матери:				
10	• Курение				
11	• Употребление алкоголя				
12	• Употребление наркотиков				
13	• Употребление других токсических веществ				
14	Наличие стресса, тревожности, депрессии				
	Общий балл по течению настоящей беременности		0-8	9-13	14
IV.	По необходимости оказания экстренной медицинской помощи				
1	Кровотечение из половых путей				
2	Судороги				
3	Сильная головная боль				
4	Боль в животе				
5	Обильная и непрекращающаяся рвота				
6	Редкое или отсутствие шевеления плода				
7	Высокая температура				
8	Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела				
9	Излитие околоплодных вод				
	Общий балл по необходимости оказания экстренной медицинской помощи		0-8	-	9
	ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ОБЩАЯ СТЕПЕНЬ и НАПРАВЛЕННОСТЬ РИСКОВ ДЛЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ				

Примечание: наличие ответа «да» в пунктах, связанных с насилием, жестоким обращением, токсическим воздействием на плод или любого угрожающего признака, требующего экстренной помощи, независимо от общего количества баллов, расценивается как высокий риск.

Приложение 2.2

Глубинная оценка потребностей ребенка и семьи

Организация:	Участок	ФИО ребенка и родителей:
Адрес:	ФИО социального работника, работающего с семьей	
Даты начала и окончания глубинной оценки (день/месяц/год)	Дата вступления в программу по сопровождению (день/месяц/год)	

Адрес семьи (включая почтовый индекс, если применимо):	Телефон:

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ РЕБЕНКА (ДЕТЕЙ), ПРОХОДЯЩЕГО ОЦЕНКУ:

(Заполните эту таблицу, если эта информация не была получена во время Первоначальной оценки)

Имя ребенка	Фамилия ребенка	Дата рождения (или ожидаемая дата рождения)	Пол (✓)	
			Ж ☐	М ☐
			Ж ☐	М ☐
			Ж ☐	М ☐

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНА

Родитель/опекун	ФИО	Дата рождения	Пол	Гражданство
Количество членов семьи старше 18 лет, распределенные по полу и возрасту:				
Возраст	18-24	25-59	60+	
Мужчины				
Женщины				

Данные других лиц, проживающих совместно с семьей:

ФИО	Дата рождения	Кем приходится ребенку (детям) / молодому человеку
Тип семьи		

☐ возглавляемая родителями

☐ возглавляемая дядей или тетей

☐ возглавляемая одним родителем

☐ возглавляемая другим родственником

☐ возглавляемая ребенком (до 18 лет)

☐ возглавляемая приемными родителями

- ☐ возглавляемая братом или сестрой (18+) ☐ возглавляемая не родственниками
☐ возглавляемая бабушкой или дедушкой ☐ возглавляемая усыновителями
☐ беременная женщина, намеревающаяся оставить ребенка

Целевая группа (возможен выбор нескольких вариантов)

- ☐ страдающие ВИЧ / СПИДом ☐ беременная женщина, намеревающаяся оставить ребенка
☐ пострадавшие от домашнего насилия ☐ ребенок, готовящийся к воссоединению с семьей, или воссоединившийся с семьей
☐ представители этнических, религиозных или других меньшинств ☐ ребенок или родитель с тяжелой болезнью
☐ беженец/вынужденный переселенец ☐ низкий уровень родительских навыков
☐ родитель - одиночка ☐ страдающие от алкогольной или наркотической зависимости
☐ многодетная семья ☐ семьи с очень низким источником дохода
☐ несовершеннолетний родитель ☐ ребенок или родитель с инвалидностью
☐ другое:

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ ДЛЯ ГЛУБИННОЙ ОЦЕНКИ

РЕБЕНОК (ДЕТИ), ЧЛЕНЫ СЕМЬИ И ОРГАНИЗАЦИИ (включая школьное/дошкольное учреждение, посещаемое ребенком (детьми) И ДРУГИЕ ЛИЦА, ПРИНЯВШИЕ УЧАСТИЕ В ГЛУБИННОЙ ОЦЕНКЕ

Дата проведения интервью:	ФИО лица (ребенка, молодого человека, членов семьи, других лиц), с которым проведена встреча / интервью:	Название организации (если применимо) / должность	Кем приходится ребенку / молодому человеку	Контактный адрес / телефон

ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ГЛУБИННОЙ ОЦЕНКИ СЕМЬИ И РЕБЕНКА

Название документа	Да	Не применимо
Заключение патронажной медсестры/медбрата или ВОП	☐	☐
Заключение психологической оценки	☐	☐
Заключение правовой оценки	☐	☐
Заключение другого специалиста (напр., специалист по трудоустройству, педагог, логопед, и т.д.)	☐	☐
Экокарта семьи	☐	☐
Генограмма семьи	☐	☐
Другое	☐	☐

**Примечание: Должны быть рассмотрены юридические и другие документы (например: паспорт, справки о состоянии здоровья / инвалидности, табель успеваемости и т.д.); при необходимости, к форме Глубинной оценки семьи прилагаются их копии, а также заключения оценки психолога и других специалистов.*

ТРЕУГОЛЬНИК ПОТРЕБНОСТЕЙ РЕБЕНКА



ОЦЕНКА: СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ И ПОТРЕБНОСТИ

1. РАЗВИТИЕ МЛАДЕНЦА (ВКЛЮЧАЯ ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД) ИЛИ РЕБЕНКА

Социальный работник должен принять профессиональное решение о том, необходимо ли заполнить все разделы оценки или сосредоточиться на наиболее важных. Не является необходимым делать комментарии по каждому элементу. Везде, где это возможно, комментарии должны основываться на доказательствах, а не на мнениях, и необходимо указать, что является доказательством. При этом, в случаях сильного расхождения во мнениях, такое расхождение также должно быть зарегистрировано.

1.1. ФИО РЕБЕНКА:

1.2. ЗДОРОВЬЕ: ПОТРЕБНОСТИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Включает в себя получение универсального пакета услуг патронажных медсестер ПМСП на дому и прогрессивного пакета в случае умеренного и высокого уровня социальной уязвимости, подходящей медицинской помощи в случае болезни, соответствующее питание, физические упражнения, необходимые иммунизации и проверка развития, включая проверку состояния зубов и зрения, а для старших детей – предоставление соответствующей информации и советов по проблемам, влияющим на здоровье, включая вопросы сексуального образования и употребления наркотических веществ. Подразумевает рост и развитие, а также физическое и психическое благополучие. Возможно также, что необходимо принять во внимание генетические факторы.

Питание и рост:

Иммунизации:

Ограниченные возможности / Инвалидность (физическая, умственная, сенсорная, множественная) и тяжелое заболевание (ВИЧ/СПИД, туберкулез и т.д.):

<u>Физическое развитие (зрение и слух, мелкая моторика, крупная моторика):</u>						
<u>Одежда и личная гигиена:</u>						
<u>Доступ и использование профессиональных медицинских услуг</u> (информация от патронажной медсестры, семейный врач, педиатр, логопед, дефектолог, узкие специалисты, наблюдение за развитием, стационарное лечение, травматизм, медицинские советы и и т.д.):						
<u>Жестокое обращение с ребенком:</u>						
Ребенок получил необходимые прививки в соответствии с национальными стандартами	☐ да	☐ нет	☐ нет информации	Примечание (например, тип вакцины):		
1.3. ЗДОРОВЬЕ						
Ограниченные возможности/инвалидность	☐ психическое нарушение	☐ физическое нарушение	☐ множественные нарушения	☐ сенсорные нарушения	☐ нет	☐ нет информации
Описание ограниченных возможностей/инвалидности: _____						
Ребенок с ограниченными возможностями получает поддержку:	☐ да	☐ нет	☐ нет информации	Тип поддержки для детей с ограниченными возможностями:		
Тяжелое заболевание:	☐ да	☐ нет	Если да, вид тяжелого заболевания:			
ЗДОРОВЬЕ: ВОЗМОЖНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ <i>В какой степени родитель/опекун осознает и отвечает потребностям развития ребенка в области здоровья? Ребенку предоставляется питание, питье, тепло, жилье, чистая и подходящая одежда, и адекватная личная гигиена. Родитель/опекун принимает меры для удовлетворения физических потребностей ребенка и обеспечения соответствующей медицинской и стоматологической помощи. Ребенок адекватно защищен от опасностей или нанесения вреда. Он защищен от контактов с опасными взрослыми/другими детьми и от причинения вреда самому себе. Осознаются риски и опасность, как в доме, так и вне его.</i>						
Резюме социального работника. Запишите, пожалуйста, информацию о сильных сторонах, о неудовлетворенных потребностях и о доказательствах, указывающих на то, что ребенку наносится или может быть нанесен ущерб в отношении его здоровья.						
Сильные стороны						
Слабые стороны						

Выводы и комментарии

1.4. ОБРАЗОВАНИЕ: ПОТРЕБНОСТИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Покрывает все области когнитивного развития ребенка с момента рождения.

Включает в себя возможности игры и взаимодействия с другими детьми, доступ к книгам, приобретение различных навыков и интересов, переживание успеха и ощущение собственных достижений.

Включает участие взрослого, заинтересованного в образовательной активности ребёнка, его прогрессе и достижениях, который учитывает начальную точку развития и специфические образовательные потребности ребенка.

Участие в обучении и образовании (формальном, неформальном и неформализованном):

Прогресс и достижения в обучении:

Детский труд и другие аспекты:

ОБРАЗОВАНИЕ

Ребенок посещает образовательное учреждение

☐ да

☐ нет

Если да, название учреждения образования:

Уход в раннем детстве:

☐ да

☐ нет

Получение образования на настоящий момент

☐ законченное образование

школьное

☐ не применимо (ребенок - младенец)

☐ школа для детей с особыми потребностями

☐ бросил школу

☐ другие виды / внешкольное обучение

☐ профессиональное обучение

☐ высшее/среднее образование

☐ дошкольное образование

☐ никогда не посещал

☐ начальная школа

Если ребенок зачислен в детский сад/ центр детского развития/подготовительный класс/школу:

Год начала обучения: _____

Детский труд:

☐ да

☐ нет

ОБРАЗОВАНИЕ: ВОЗМОЖНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ

В какой степени родитель/опекун осознает и отвечает потребностям развития ребенка в области образования? Обучение и интеллектуальное развитие ребенка обеспечивается посредством поощрения, когнитивной стимуляции и доступа к социальным возможностям.

Резюме социального работника. Запишите, пожалуйста, информацию о сильных сторонах, о неудовлетворенных потребностях и о доказательствах, указывающих на то, что ребенку наносится или может быть нанесен ущерб в отношении его образования.

Сильные стороны

Слабые стороны

Выводы и комментарии

1.5. ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ <i>Включает параметры Эмоциональное и поведенческое развитие, Идентичность, Семейные и социальные связи, Социальная презентация и Навыки заботы о самом себе.</i>			
Эмоциональное и поведенческое развитие <i>Затрагивает адекватность реакций ребёнка, проявляющихся в его чувствах и действиях, первоначально в отношении родителей и опекунов, а затем, по мере взросления, в отношении к людям за пределами семьи. Включает в себя характер и качество ранних привязанностей, характеристики темперамента, адаптацию к изменениям, реакцию на стресс и степень адекватного самоконтроля.</i>			
Эмоциональное развитие			
Поведенческое развитие			
Семейные и социальные связи <i>Способность сопереживать и строить устойчивые и нежные взаимоотношения с другими людьми, включая членов семьи, сверстников и другими людьми в сообществе.</i>			
Ребенок сейчас живет с семьей	☐ да	☐ нет	
Статус сироты:	☐ смерть матери	☐ смерть отца	☐ смерть обоих родителей ☐ ни одно из перечисленного
Рожденный вне брака:	☐ да	☐ нет	☐ нет информации
ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ: ВОЗМОЖНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ <i>В какой степени родитель/опекун осознает и отвечает потребностям психосоциального развития ребенка? Стабильная семейная среда обеспечена родителем/опекуном. Эмоциональные потребности ребенка удовлетворены, и ребенок чувствует, что родитель/опекун его ценит. Потребность ребенка в надежных, стабильных и любящих отношениях со значимым взрослым удовлетворяется, обеспечена адекватная чувствительность и отзывчивость к нуждам ребенка. Ребенку позволяется самому регулировать свои эмоции и поведение. Это включает избегание гиперопеки и ограждения ребенка от познавательной активности и учебы. Родитель/опекун устанавливает соответствующие правила и границы поведения в таких областях как: решение социальных проблем, управление гневом, уважение и внимание к другим, эффективная дисциплина и формирование поведения.</i>			
Резюме социального работника. Запишите, пожалуйста, информацию о сильных сторонах, о неудовлетворенных потребностях и о доказательствах, указывающих на то, что ребенку наносится или может быть нанесен ущерб в отношении его эмоционального и поведенческого развития			
Сильные стороны			
Слабые стороны			
Выводы и комментарии			

**Добавьте листы для оценки потребностей развития другого ребенка (детей) в семье и проведите оценку согласно структуре*

2. ФАКТОРЫ СЕМЬИ И ОКРУЖЕНИЯ

2.1. ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ

Имеет ли семья собственное жилье или снимает квартиру/дом? Имеются ли в месте проживания ребенка все необходимые условия и удобства, соответствующие возрасту и развитию ребенка и других членов семьи, проживающих в доме. Включает внутренние и внешние особенности жилья и его непосредственного окружения. Основные удобства включают в себя воду, отопление, санитарные условия, условия для приготовления пищи, наличие спального места, а также чистоту, гигиену, безопасность и их влияние на воспитание ребенка.

СТАБИЛЬНОСТЬ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ

1. Место проживания надежное.	2. Место проживания стабильно на текущий момент времени, но есть риск его потери в будущем.	3. Место проживания нестабильное с непосредственным риском потери жилья и постоянной сменой места проживания.	4. Семья на текущий момент бездомная или проживает в приюте.
-------------------------------	---	---	--

2.2. ЗАНЯТОСТЬ

Кто работает в семье, каков характер работы и были ли какие-нибудь изменения в связи с занятостью? Какое влияние это оказывает на ребенка? Как наличие или отсутствие работы воспринимается членами семьи? Как это влияет на их взаимоотношения с ребенком? *Включает* опыт работы ребенка и его влияние на семью.

2.3. ДОХОД

Наличие дохода в течение продолжительного периода времени. Является ли доход достаточным для удовлетворения потребностей семьи? Как используются ресурсы, доступные семье? Существуют ли финансовые трудности, которые оказывают влияние на ребенка?

ДОСТАТОК И УСТОЙЧИВОСТЬ ДОХОДОВ

1. Стабилен и достаточен	2. Стабилен, но ограничен	3. Нестабилен, ограничен или неадекватно управляется	4. Нестабилен, крайне ограничен или плохо управляется
--------------------------	---------------------------	--	---

Сумма доходов _____

Источник дохода

- | | |
|--|---|
| ☐ заработная плата от случайных работ (сдельная работа) | ☐ пенсия |
| ☐ заработная плата от сезонных работ | ☐ сбережения семьи |
| ☐ заработная плата от постоянной работы | ☐ нет |
| ☐ заработная плата от самозанятости | ☐ другое |
| ☐ социальная помощь/ социальные пособия | |

Резюме социального работника о том, как условия жизни, занятость и доход оказывают влияние на ребенка и на возможности родителей/опекунов адекватно ответить на потребности ребенка.

Сильные стороны

Слабые стороны

Выводы и комментарии

2.4. ИСТОРИЯ СЕМЬИ И ЕЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

Наследственность ребенка включает как генетические, так и психосоциальные факторы. На функционирование семьи влияет то, кто живёт в семье и как они связаны с ребенком; значимые изменения в составе семьи; история детства родителей; хронология значимых для семьи жизненных событий и их значение для членов семьи; характер функционирования семьи, включая связь с братьями и сестрами и ее влияние на ребенка; сильные стороны и трудности родителей, в том числе отсутствующих родителей; взаимоотношения между родителями, которые живут раздельно.

Приложение 2.3

Индивидуальный план сопровождения семьи

Организация:		№ Участка		ФИО социального работника, работающего с семьей	
		ФИО Патронажной медсестры, направляющей информацию и данные о ребенке и семье			
Дата начала реализации Плана :		Дата завершения реализации Плана:		Адрес проживания семьи:	
ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ РЕБЕНКА (ДЕТЕЙ):					
Имя ребенка	Фамилия ребенка	Дата рождения (или ожидаемая дата рождения)	Пол (✓)		
			Ж ☐	М ☐	
			Ж ☐	М ☐	
			Ж ☐	М ☐	
			Ж ☐	М ☐	
Члены семьи, включая детей, вовлеченные в процесс планирования развития семьи (родители/опекуны, родственники, другие члены семьи и т.д.):					
ФИО		Кем приходится ребенку	Контактные данные:		
1					
2					
3					
Представители государственных органов, НПО, местных социальных служб и т.д., вовлеченные в процесс планирования развития семьи:					
ФИО		Организация	Контактные данные:		
1					
2					
3					

№	Цель: действия, мероприятия	Ответственные лица/ Организация	Сроки	Отметка выполнении
1			____/____ число / месяц/ год	☐ Исполнено ☐ Не исполнено
2			____/____/ число / месяц/ год	☐ Исполнено ☐ Не исполнено

3			____/____ число / месяц/ год	☐ Исполнено ☐ Не исполнено
СОГЛАСОВАННЫЕ ДАТЫ ОБЗОРА ПРОГРЕССА:				

Подписи:

ФИО родителей / опекунов	Подпись	Дата
1		
ФИО ребенка (детей)	Подпись	Дата
1		
ФИО патронажной медсестры	Подпись	Дата
ФИО ВОП	Подпись	
ФИО социального работника	Подпись	Дата

План подписан в ... экземплярах и предоставлен:

Семье _____ Патронажной медсестре _____

Приложение 2.4

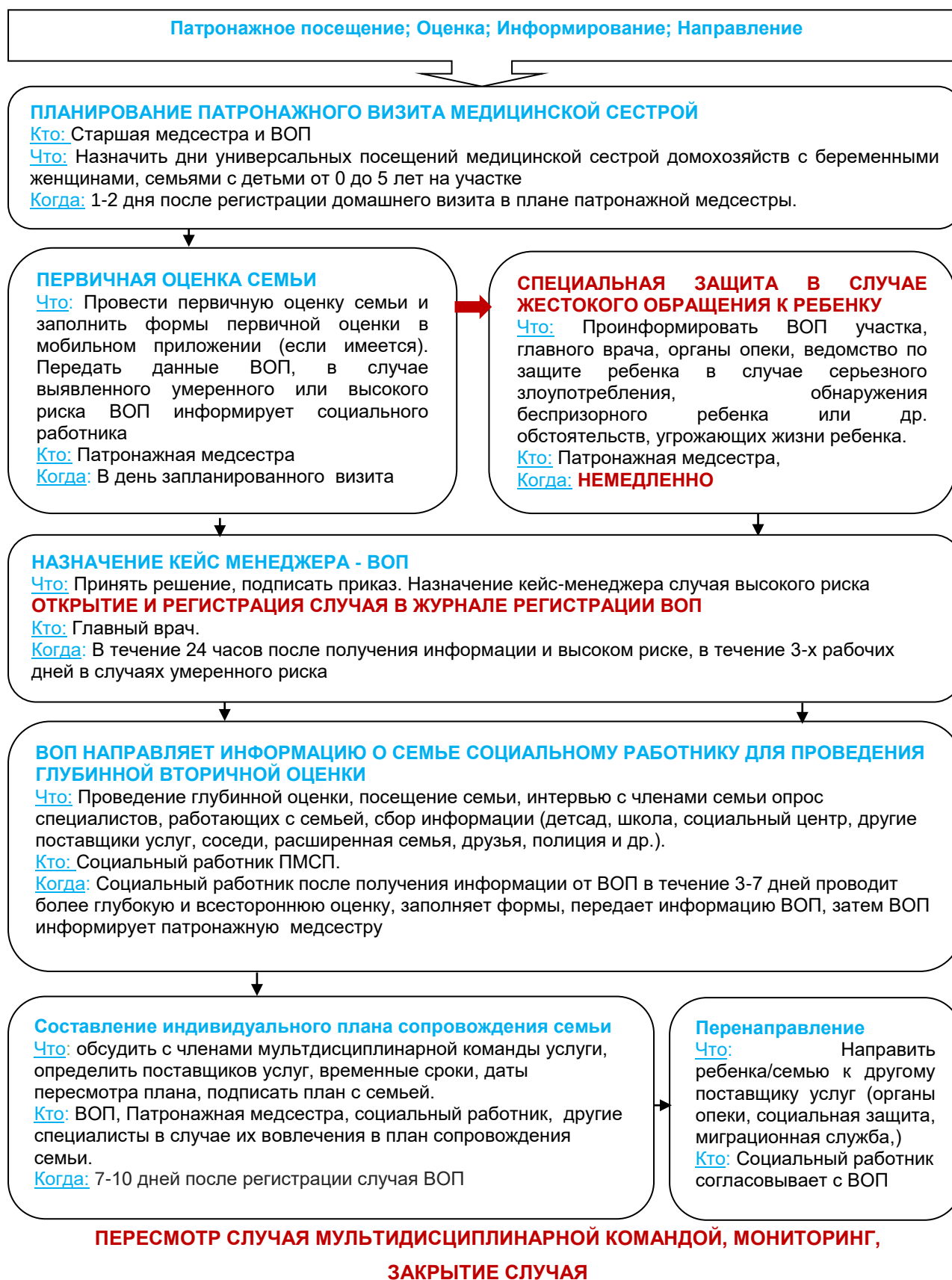
Картирование ресурсов (пример)

Список организаций и индивидуальных лиц в (районе/городе/области) _____, оказывающих услуги беременным женщинам и семьям с детьми от 0 до 5 лет					
№	Потребности ребенка	Услуги	Партнеры, организации	Должность, ФИО	Контакты, Адрес
ПЕРВОСТЕПЕННЫЕ НУЖДЫ РЕБЕНКА					
1	проживание и рост ребенка в семье, семейном окружении	профилактика отказов, временное проживание, родственники ребенка, услуги юристов			
2	питание	получение исключительно грудного вскармливания от 0-6 мес, ввод прикорма, консультации по введению сбалансированного прикорма, консультации родителей по здоровому питанию и профилактике ожирения			
3	здоровье	услуги патронажной медсестры поликлиники, иммунизация, оценка потребностей ребенка и его родителей/опекунов			
4	привязанность родителей	услуги по формированию позитивного родительства			
5	проживание в безопасном для жизни жилье (имеется доступ к канализации, воде, электричеству, теплу)	постановка на очередь, ремонт жилья, обеспечение доступа к питьевой воде, санитарии			
РАННЕЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА					
6	речь, игра, чтение	услуги по развитию речи, обучение родителей игре с детьми, доступ семей и детей к детским книгам для семей, читальные залы библиотек для детей и родителей			
7	вовлечение отца	сообщество отцов, группы поддержки			
8	подготовка к школе				
9	отдых	детские площадки, лагерь летнего отдыха			
10	дополнительное образование (спорт, музыка, рисование, танцы, шахматы)				
11	навыки самостоятельного обслуживания				
БЕЗОПАСНАЯ СРЕДА И ПРОФИЛАКТИКА НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ДОМУ					
12	защита от пренебрежения	услуги психолога семейного, консультации по родительским навыкам воспитания			
13	защита от травм и несчастных случаев	Услуги по консультированию родителей			

14	защита от отравления и ожогов	Услуги информирования родителей и опекунов о важности безопасного окружения ребенка			
15	ненасильственные методы воспитания	школы позитивного родительства, консультирование родителей и опекунов			
ПОТРЕБНОСТИ РЕБЕНКА С ОСОБЕННОСТЯМИ В РАЗВИТИИ					
16	доступ к специальным услугам специалистов	услуги психотерапевта, логопеда, дефектолога, педагога			
17	доступ ребенка к игровым площадкам				
18	доступ ребенка в инклюзивный детский сад, центр развития				
19	потребность в лечении	получение квоты, сопровождение семьи во время получения услуг в другом городе, регионе, за пределами страны.			
20	эмоциональная разгрузка родителей детей	психологические консультации, организация групп самоподдержки родителей детей с особыми потребностями, поддержка семьи по принципу равный-равному			
21	занятия спортом				
22	занятия творчеством				
23	подготовка к школе				
СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА					
24	занятость/трудоустройство одного или обоих родителей				
25	курсы переподготовки, обучения, повышения квалификации одного или обоих родителей				
26	выплата пособий на ребенка, пособий по инвалидности, по утере кормильца, по уходу за ребенком, АСП, ОДП и т.д.				
27	получение лекарств и других средств поддержки				
ПРАВОВАЯ ЗАЩИТА					
28	консультации по вопросам семейного, жилищного права				
29	защита прав и интересов ребенка в случаях насилия и пренебрежения				
30	защита прав и интересов детей в семьях мигрантов				

Приложение 2.5

Схема процесса оценки, направления информации и отчетности на уровне ПМСП





әрбір бала үшін
for every child
для каждого ребенка

Представительство Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Казахстане

010000, Астана

ул. Бейбитшилик, 10а, Блок 1

тел.: +7 (7172) 32 29 69, 32 28 78, 32 17 97

www.unicef.kz