

Кафедра соціальної медицини
та організації охорони здоров'я

**Методична розробка для лікарів – інтернів за фахом
«Педіатрія»**

ТЕМА: Основні накази та інструкції з охорони здоров'я дітей. Правові аспекти роботи педіатра. Документація у роботі педіатра.

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин

Актуальність теми: Різноманітна діяльність амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів потребує оперативної корекції та планування на основі поточного обліку та аналізу роботи закладів в цілому, окремих підрозділів і медичного персоналу. Проведення його є однією з складових частин процесу управління, що потребує оптимального інформаційного забезпечення.

Навчальні цілі заняття:

ЗНАТИ:

- організацію роботи дільничного педіатра, завантаженість, посадові обов'язки, документацію, паспорт педіатричної дільниці;
- організацію роботи педіатра у стаціонарі. План роботи, завантаженість, посадові обов'язки, звітну документацію;
- основні принципи роботи лікувального закладу, який має статус «Лікарні, доброзичливої до дитини»;
- основні принципи надання лікувально-профілактичної допомоги дітям в сільській місцевості. Основні документи та накази.

ВМІТИ:

- організувати роботу дільничного педіатра, розрахувати завантаженість, визначити посадові обов'язки, вести документацію;
- організувати роботу педіатра у стаціонарі, визначити план роботи, розрахувати завантаженість, визначити посадові обов'язки, оформлювати звітну документацію;
- організувати надання лікувально-профілактичної допомоги дітям у сільській місцевості.

Зміст

теми заняття

Основні накази та інструкції з ОЗ дітей

Здоров'я населення є показником цивілізованості суспільства та відображає рівень соціально-економічного розвитку держави. Соціальна значущість здоров'я дітей підліткового віку визначається тим, що вони представляють репродуктивний, інтелектуальний, економічний, соціальний, політичний та культурний потенціал суспільства. Медична допомога підліткам повинна вирішувати широкий спектр медико-соціальних проблем з профілактичною спрямованістю.

Робота закладів охорони здоров'я підпорядковується певним законодавчим актам і підлягає обов'язковому обліку, тому кожний медичний працівник повинен суворо, у повній відповідності з вимогами та інструкціями, своєчасно заповнювати медичну документацію. Уся медична документація незалежно від закладу підрозділяється на облікову і звітну.

Основними формами медичної документації поліклініки є:

- історія розвитку дитини — 112/о;
- карта профілактичних щеплень — 063/о;
- журнал виклику лікаря додому — 031/о;
- контрольна карта диспансерного спостереження — 030/о;
- журнал відвідування кабінету здорової дитини — б/н;
- екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення — 058/о;
- медична довідка про перебування дитини під спостереженням лікувального закладу — 103—I/о;
- рецепт (дорослий, дитячий) — Ф-1;
- талон на прийом до лікаря — 025—4/о;
- карточка попереднього запису на прийом до лікаря — 040/о;
- статистичний талон реєстрації остаточних (уточнених) діагнозів —

025. Основні форми медичної документації в педіатричному стаціонарі:

- журнал прийому хворих — 00 I/о;
- журнал відмови у госпіталізації — 001—I/о;
- медична карта стаціонарного хворого (історія хвороби) — 003/о;

- температурний листок — 004/о;
- листок лікарських призначень — 003—4/о;
- листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару — 007/о;
- статистична карта хворого, який вибув зі стаціонару, — 066/о.

При зверненні дитини або її батьків у поліклініку реєстратор видає талон на прийом до лікаря, в якому мають бути зазначені прізвище та ім'я, номер амбулаторної карти, прізвище лікаря, номер кабінету, час відвідування, вік, місце проживання і причини звернення. Якщо потрібна консультація іншого фахівця поліклініки (оториноларинголога, ортопеда, травматолога, невропатолога, ревматолога та ін.), медсестра виписує додатковий талон для консультативного висновку спеціаліста.

Основним документом у поліклініці є історія розвитку дитини. До неї окрім паспортної частини вносять дані анамнезу життя, родинного анамнезу, антропометрії, результати спостереження за здоров'ям і розвитком дитини, відомості про перенесені захворювання, лабораторні та інструментальні дослідження, профілактичні щеплення, усі призначення щодо режиму, харчування, профілактичних і лікувальних заходів. На листку для запису остаточних (уточнених) діагнозів фіксують у хронологічному порядку діагнози всіх хвороб, перенесених дитиною; це допомагає швидко орієнтуватися щодо стану її здоров'я.

Історія розвитку також доповнюється листком, у якому відображено заходи щодо профілактики рахіту, тематику бесід "Школи молодой матері", а також стандартними бланками допологового патронажу і виписки з карти розвитку новонародженого.

На виявлене під час прийому в поліклініці і вдома захворювання оформлюють статистичний талон реєстрації остаточних діагнозів.

У разі виявлення у хворого інфекційного захворювання лікар зобов'язаний заповнити карту екстреного повідомлення і відіслати її протягом 12 год у районну СЕС. Одночасно з відправленням повідомлення необхідно зателефонувати до СЕС. Кожен новий виявлений випадок реєструють у журналі з поміткою про сповіщення в СЕС.

Виклик педіатра додому фіксують у журналі викликів. Реєстратор заповнює останню частину статистичного талона, відшукує в картотеці історію розвитку дитини. У разі госпіталізації дитини історію розвитку направляють у стаціонар або видають супроводжувальну докладну виписку з неї з відомостями про проведені лікувальні заходи і епідеміологічне оточення. На виписаного зі стаціонару хворого оформляють епікриз із докладними записами про проведене лікування із зазначенням заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я дитини, який вклеюють у форму 112/о. У разі зміни діагнозу в стаціонарі заповнюють статистичний талон і направляють його в поліклініку, а діагноз, зареєстрований раніше на статистичному талоні, знімають з обліку.

Під час проведення диспансеризації основним документом є історія розвитку дитини, на обкладинці якої залежно від діагнозу і диспансерної групи роблять кольорове маркування, що дає можливість фіксувати увагу будь-якого медичного працівника під час прийому хворого, а також для швидкого віднаходження цієї облікової форми в реєстратурі. Одночасно на кожного хворого оформлюється контрольна карта диспансерного спостереження. За допомогою цієї карти проводять облік диспансерних хворих та складають план профілактичних заходів. У формі ОЗО/о записують паспортні дані, діагноз та його зміни за час спостереження, терміни повторних оглядів і госпіталізації.

Планування профілактичних щеплень, проведення і облік їх проводять за допомогою карти профілактичних щеплень, яку зберігають у картотеці відповідно до дільниць і термінів проведення чергового щеплення. План профілактичних щеплень складають на рік по кожній дільниці і за допомогою форми ОБЗ/о щомісяця контролюють його виконання. Перед кожним профілактичним щепленням дитину оглядає лікар. Результати огляду, а також перебіг поствакцинального періоду фіксують в історії розвитку дитини.

Навантаження педіатра протягом робочого дня фіксують у відомості обліку відвідувань у поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації, удома, яку заповнюють на підставі талонів усіх хворих, що були на прийомі у лікаря, списку дітей, що підлягають цільовому огляду, і книги записів викликів лікаря додому.

Основним медичним документом у школі є індивідуальна медична карта дитини, у якій фіксують дані поглиблених профілактичних оглядів, профілактичних щеплень, висновок про стан здоров'я і розподіл дітей по групах на уроках фізичного виховання. Дітей, що потребують диспансерного спостерігання, беруть на облік і на кожну дитину заводять контрольну карту диспансерного спостерігання.

Під час госпіталізації дитини до стаціонару медична сестра приймального відділення заповнює журнал прийому хворих, вносячи паспортні дані дитини, ким направлена (у тому числі і самозвернення), діагноз установи, яка направила. У разі відмови від госпіталізації заповнюють журнал відмови у госпіталізації і вказують причину відмови.

Основним документом у стаціонарі є медична карта стаціонарного хворого (історія хвороби).

Медсестра приймального відділення заповнює титульний аркуш, вкладає в історію хвороби температурний листок і листок лікарських призначень. Паралельно заповнюють паспортну частину статистичної карти хворого, який вибув зі стаціонару. Після огляду і запису лікаря дитину разом з оформленою історією хвороби у супроводі молодшої медичної сестри направляють у відділення за профілем захворювання.

Медична карта стаціонарного хворого включає: дату і час госпіталізації, паспортну частину із зазначенням прізвища, імені та по батькові, віку хворої дитини, дитячого закладу або школи, що їх відвідує дитина, домашньої адреси, прізвища, імена та по батькові батьків, місця їх роботи, а також діагноз установи, яка направила, діагноз під час госпіталізації, діагноз клінічний основний, клінічний заключний, супутній, ускладнення основного захворювання.

Діагнози, як основний, так і супутній, мають бути розгорнутими згідно із сучасними класифікаціями нозологічних форм захворювань. Потрібно приділити особливу увагу збору анамнезу захворювання і життя, скаргам, об'єктивним дослідженням, що є одним з основних чинників постановки правильного діагнозу. Під час первинного огляду дитини складають план

обстеження і лікування. У історії хвороби слід висвітлювати динаміку перебігу як основного, так і супутнього захворювання, трактування отриманих додаткових інструментальних і лабораторних даних, обґрунтування терапії з урахуванням етіології і патогенезу основного та супутнього захворювань. Під час виписування зі стаціонару батькам видається виписний епікриз, у якому стисло характеризується перебіг захворювання, результати клінічних і лабораторних досліджень та рекомендації щодо реабілітаційних заходів, які слід проводити дитині. Заповнюють карту хворого, який вибув зі стаціонару.

Медична карта стаціонарного хворого — юридичний документ, який повинен заповнюватися чітко і розбірливо. Категорично заборонено будь-які виправлення і дописування. Зникнення історії хвороби з відділення є кримінальною справою і карається відповідно до закону.

Відомості про дитину, яку госпіталізовано до стаціонару, заносять у листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару, який заповнює медична сестра і підписує завідувач відділення, а за його відсутності — старший ординатор або черговий лікар.

У температурному листку щодня вказують динаміку температурної кривої хворої дитини (уранці і ввечері), АТ і пульс у вигляді графіка; масу і зріст під час госпіталізації і далі 1 раз на 7—10 днів; вказують дату проведення гігієнічних ванн, переміну білизни і результати огляду з приводу педикульозу; щодня — кількість випорожнень, добову кількість сечі. Температурний листок заповнює медична сестра.

У листку лікарських призначень лікар фіксує: лікувально-охоронний режим, дієтичне харчування, лікарські засоби, що їх отримує хвора дитина, з позначенням методів введення препарату (перорально, внутрішньом'язово, внутрішньовенно), дози і кратність уведень. Медична сестра вказує час уживання хворим препарату або час ін'єкції і ставить підпис. Окрім цього, у листку призначень лікар призначає додаткові дослідження із зазначенням дати проведення; медична сестра відмічає виконання і ставить підпис.

Направляючи дитину на консультацію у діагностичні кабінети або матеріали (кров, сеча, кал, мокротиння тощо) для лабораторного дослідження,

заповнюють форму 028—I/о, де обов'язково вказують прізвище, ім'я, вік дитини, номер історії хвороби, діагноз, назву відділення і які дослідження провести.

У разі виникнення у відділенні інфекційного захворювання або підозри на нього лікар чи середній медичний персонал, який виявив чи запідозрив захворювання, заповнює форму екстреного повідомлення в СЕС, яку обов'язково протягом 12 год надсилають до територіальної СЕС за місцем реєстрації захворювання і, крім цього, по телефону — одразу після виявлення.

Окрім офіційної документації відповідного профілю відділення для зручності й чіткішої роботи медичного персоналу у відділеннях є й інша довільна документація.

Медична сестра веде журнал руху хворих (кількість дітей, що вибули і прибули у відділення); журнал передачі чергувань, де вказують кількість дітей на посту (у відділенні), прізвище, діагнози дітей, що поступили і вибули: хворих з гарячкою, показники температури, стан і особливості поведінки тяжко хворих дітей, прізвища дітей, підготовлених до призначеної лікарем процедури (діагностичної або лікувальної); журнал для реєстрації інфекційних захворювань у відділенні та вжитих заходів профілактики. У журналі фіксують паспортні дані хворої дитини, діагноз інфекційного захворювання, дату захворювання і вжиті заходи.

Усю профілактичну і лікувальну роботу, що її проводять у дитячих установах, фіксують у відповідній звітній медичній документації.

До звітної документації поліклініки та стаціонару входять:

- щоквартальний звіт кожного відділення;
- піврічний звіт — один раз на півроку;
- річний звіт (1 раз на рік). Річний звіт про лікувально-профілактичну роботу стаціонару та дитячої поліклініки включає всі види діяльності установи за звітний період.

Уся медична документація повинна оформлюватися чітко, розбірливо, відповідно до чинних інструкцій. Відповідальність за порядок заповнення та надану в документі інформацію несе особа, яка його заповнювала.

Діяльність лікаря-педіатра

Медико-соціальним аспектам формування здоров'я людини, передусім у дитячому віці, сьогодні в усьому світі приділяється велика увага. Впливи, яких зазнає людина в ранні періоди її становлення, мають значно більше значення для подальшого її розвитку, як фізичного так і психологічного, ніж ті самі процеси у дорослому віці.

Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок і дітей ООН найбільш сміливо визначила фактори, що впливають на формування здоров'я матері і дитини. Вона визначила основні сфери, в яких необхідні невідкладні заходи для збільшення фінансування, посилення уваги та поліпшення роботи служб з надання послуг. До них належать:

- надання підтримки планам в галузі охорони здоров'я, прийнятим країнами і підкріпленим розширеними, передбачуваними і стійкими інвестиціями;
- комплексне надання послуг охорони здоров'я та надання заходів з порятунку життя з тим, щоб жінки та їхні діти могли мати доступ до профілактики, лікування та допомоги у той час і в тому місці, де вони мають потребу в цьому;
- зміцнення систем охорони здоров'я, основою яких є достатнє число кваліфікованих працівників охорони здоров'я;
- інноваційні підходи до фінансування, розробки продукції і ефективного надання послуг в галузі охорони здоров'я;
- покращення моніторингу та оцінки з метою забезпечення підзвітності всіх причетних до процесу охорони материнства і дитинства сторін.

У нашій країні для надання медичної допомоги створено потужну мережу дитячих лікувально-профілактичних закладів. В усіх обласних центрах і великих містах діти отримують загальну та профільну допомогу в багатопрофільних дитячих лікарнях. До складу цих лікувальних установ входять кардіологічне, пульмонологічне, гастроентерологічне, нефрологічне та інші відділення, а також відділення інтенсивної терапії та реанімації, відділення патології новонароджених, відділення виходжування недоношених дітей тощо.

Етапність і послідовність медичного забезпечення – це надання медичної допомоги дітям в певному порядку. Спочатку дитину обстежує дільничний лікар із залученням (у разі необхідності консультацій) фахівців вузького профілю. Для подальшого обстеження та лікування дитину направляють в районну або міську лікарню, далі – в обласну лікарню. За потреби медична допомога може бути надана в центрах охорони материнства і дитинства та науково-дослідних інститутах. Останнім етапом допомоги дітям є реабілітаційно-оздоровчі заклади (санаторії та курорти).

Провідним закладом у наданні лікувально-профілактичної допомоги дітям є сімейна амбулаторія, яка працює за дільничним принципом. Робота лікаря і медичної сестри на дільниці включає безперервне динамічне спостереження за дітьми, починаючи з народження, надання медичної допомоги дітям з гострими та хронічними захворюваннями, диспансеризацію дітей із груп ризику, дітей, які перенесли гострі захворювання, та дітей з хронічною патологією.

В основу дільничного принципу покладено розподіл території населених пунктів на дільниці таким чином, щоб на одній дільниці проживало не більше ніж 800 дітей віком до 15 років, з них до 100 дітей 1-го року життя. Медична допомога дітям надається дільничним педіатром і медичною сестрою.

Лікарі-педіатри проводять профілактичні та протиепідемічні заходи, спрямовані на забезпечення правильного фізичного та нервово-психічного розвитку дітей, на зниження захворюваності та смертності, підготовку та проведення щеплень. Крім того, важливим аспектом діяльності лікаря-педіатра і медичної сестри є санітарно-просвітницька робота та правовий захист дітей.

Ефективні профілактичні заходи на дільниці починаються ще до народження дитини. Дільнична медична сестра здійснює допологовий патронаж вагітної протягом 10 днів після одержання повідомлення про вагітну з жіночої консультації. Вона проводить бесіду про значення режиму дня і харчування жінки для розвитку плода і процесу пологів. Вдруге медична сестра відвідує майбутню матір на 32-му тижні вагітності з метою визначення підготовленості сім'ї до появи дитини, наявності необхідного для догляду за

новонародженим, розповідає про особливості його поведінки, вигодовування і розвитку. Лікар-педіатр відвідує вагітну наприкінці вагітності тільки в разі необхідності.

Велике значення в зниженні захворюваності та дитячої смертності має організація обслуговування дитини після виписування з пологового відділення. Перший патронаж новонародженої дитини лікар-педіатр і медична сестра проводять упродовж перших 3 днів після одержання повідомлення. Мета першого відвідування – визначити стан здоров'я дитини, оцінити її фізичний та нервово-психічний розвиток. Після ретельного обстеження дитини дають оцінку її стану, намічають оздоровчі заходи, складають план подальшого спостереження за дитиною. Також під час першого відвідування необхідно ознайомити матір з правилами вигодовування, купання та догляду за новонародженим, догляду за грудьми, технікою зціджування грудного молока. Протягом 1-го місяця педіатр повинен тричі оглянути новонародженого, а дитину з групи ризику – не менше ніж 4 рази. Під час повторних відвідувань новонародженої дитини дільничний педіатр і медична сестра пересвідчуються в правильному її розвитку.

Особливу увагу слід приділити таким дітям: недоношеним, близнюкам; дітям, які перебувають на штучному вигодовуванні; дітям, які перенесли асфіксію, пологову травму; хворим на рахіт, гіпотрофію, анемію, діатез; дітям, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання. Ці діти належать до групи підвищеного ризику, підлягають клінічному обстеженню разом з фахівцями (невропатологом, окулістом, хірургом, отоларингологом та ін.) за індивідуальним графіком.

В поліклініці на дитину оформляється "Карта індивідуального розвитку дитини", яку ведуть до настання 15-річного віку. У ній відзначають дати відвідувань, вік дитини, динаміку фізичного та психічного розвитку, особливості вигодовування, порушення догляду, дані про захворювання.

Подальше спостереження здорових дітей 1-го року життя дільничний лікар-педіатр і медична сестра здійснюють щомісяця в поліклініці. Лікар оцінює фізичний та нервово-психічний розвиток дитини, стан різних

функціональних систем дитячого організму. Призначає заходи з профілактики найбільш поширених захворювань (рахіт, анемія тощо). Здорових дітей віком від 1 до 2 років педіатр оглядає 1 раз на квартал, від 2 до 3 років – 1 раз на 6 міс.

Дільничний педіатр встановлює терміни проведення профілактичних щеплень й імунобіологічних проб відповідно до останніх інструкцій. Важливо правильно відібрати дітей для проведення профілактичних щеплень. Перед проведенням щеплень педіатр повинен ретельно зібрати анамнез й оглянути дитину і в разі необхідності провести підготовку дитини до щеплення.

Диспансеризація дітей старшого віку – це динамічне спостереження та організація лікувально-оздоровчих заходів серед дітей із виявленою патологією. Усі дані про виявлену патологію лікар заносить до "Контрольної карти диспансерного спостереження", намічає в ній обсяг та характер необхідних заходів, спрямованих на запобігання рецидивам захворювань, фіксує кількість оглядів протягом року.

На педіатричній дільниці велика увага приділяється санітарно-просвітницькій роботі, яка включає індивідуальні та групові бесіди. Про виховання здорової, гармонійно розвиненої дитини, систематичне санітарно-гігієнічне виховання батьків та інших членів сім'ї, пропаганду здорового способу життя.

Педіатр повинен стати для батьків головним лікарем, до якого стікається інформація про здоров'я та умови життя дитини від усіх інших фахівців та педагогів. Якщо при проведенні профілактичного медичного огляду у дитини виявляється захворювання, то він повинен бути додатково обстежений (консультації фахівців, лабораторне, інструментальне обстеження) і йому має бути поставлений точний діагноз. Обсяг обстежень визначається відповідно до діагностичними стандартами, затвердженими для даного захворювання. Діти з хронічною патологією також проходять медогляд у відповідні терміни. Крім того, такі діти перебувають під диспансерним наглядом, алгоритм проведення якого (кратність оглядів, перелік фахівців, діагностичних процедур) визначається захворюванням.

Спілкування з дитиною, а в більшості випадків одночасно з її родичами, вимагає від лікаря особливих підходів, доброго знання вікової психології та окремих елементів педагогіки різних вікових груп. Також робота лікаря пов'язана з необхідністю дотримання численних норм, правил та інструкцій, що регламентують його фахову діяльність.

Висновок:

Одне з найважливіших питань сучасної педіатрії в нашій країні – це охорона здоров'я дітей, яка ґрунтується на загальних принципах організації лікувально-профілактичної допомоги: доступності, безкоштовності, дільничності медичної допомоги, застосуванні диспансерного спостереження, послідовності амбулаторної та стаціонарної допомоги, етапності медичного забезпечення.

В Україні відбуваються перманентні процеси нормотворчості. Замість колишніх нормативно-правових урядових і відомчих актів розробляються сучасні, що відповідають європейській політиці охорони здоров'я. Останнім часом у МОЗ України напрацьовані документи, спрямовані на поліпшення стану здоров'я та демографічної ситуації, підтримку здорового способу життя, а саме: “Довгострокову програма поліпшення становища жінок, сім'ї, охорони материнства та дитинства”, “Планування сім'ї”, “Імунопрофілактика населення України”, “Комплексна програма розв'язання проблем інвалідності.

2. Актуальність :

Одним із найважливіших питань, що виникають у відносинах між лікарем і пацієнтом, між лікарем і закладом охорони здоров'я та державними органами, є питання якості медичної допомоги/послуг, що надаються пацієнтам. Як відомо, лікар та пацієнт дещо по-різному оцінюють якість наданої медичної допомоги/послуг. За справедливим твердженням авторів монографії «Проблема якості в охороні здоров'я», «пацієнт оцінює якість медичної допомоги з позицій стану свого здоров'я після лікування та ставлення до нього лікаря, а саме його чуйності, тактовності, здатності до співпереживання, достатності часу на бесіди тощо. Лікарі оцінюють якість надання медичної допомоги насамперед за технічною майстерністю, досягненням бажаного результату лікування». Проте існують певні юридичні критерії якості, які впливають із чинного законодавства.

3.Що повинен знати інтерн з даного питання :

Відповідно до статті 1 Закону України «Про захист прав споживачів» належна якість роботи або послуги – це властивість продукції, яка відповідає вимогам, встановленим для цієї категорії продукції у нормативно-правових актах і документах та умовами договору зі споживачем. Під продукцією вказаний закон розуміє виріб, роботу чи послугу, що виготовляється, виконується чи надається для задоволення суспільних потреб. Під послугою – діяльність виконавця з надання (передачі) споживачеві певного визначеного договором матеріального чи нематеріального блага, що здійснюється за індивідуальним замовленням споживача для задоволення його особистих потреб. На жаль, чинне законодавство не визначає поняття «медична послуга», проте зрозуміло, що правила надання послуг, встановлені ним для всіх видів послуг, поширюються і на медичні послуги. Водночас відсутність законодавчої дефініції «медичної послуги» значно ускладнює розмежування та встановлення співвідношення понять «медична послуга» та «медична допомога». Відповідно до Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України № 955 від 11 липня 2002 р., медична допомога – це вид діяльності, який включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності, що здійснюються професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства. Питання щодо того, чи охоплює поняття «послуга», визначене в Законі України «Про захист прав споживачів», медичну допомогу і чи поширюється дія цього закону на відносини з приводу надання медичної допомоги, є дискусійним. Проте очевидно, що і медичні послуги, і медична допомога повинні відповідати вимогам нормативно-правових актів, спрямованих на регулювання порядку надання певних видів медичної допомоги/послуг, а також таким документам, як клінічні протоколи та нормативи надання медичної допомоги з відповідних лікарських спеціальностей.

4.Цивільна відповідальність у сфері медицини.

Розглядаючи питання якості медичної допомоги/послуг, не можна не звернути увагу на Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» від 28 грудня 2002 р. № 507. До цих показників належать: доступність, економічність, ефективність, наступність та науково-технічний рівень медичної допомоги; рівень якості диспансеризації, діагностики, лікування, обстеження, профілактики та реабілітації; ступінь задоволення пацієнтів отриманою медичною допомогою. Як правило, питання про визначення якості медичної допомоги/послуг з особливою гостротою постає у разі спричинення шкоди здоров'ю пацієнта. Переважна більшість «медичних» справ, що розглядаються судами, – це цивільні справи за позовами про відшкодування шкоди, завданої погіршенням здоров'я внаслідок надання медичної допомоги чи послуг неналежної якості. Звертаючись до суду, позивачі (здебільшого пацієнти), як правило, просять стягнути на свою користь майнову (збитки) і моральну (немайнову) шкоду. Відповідачами у таких справах є заклади охорони здоров'я, які несуть відповідальність за шкоду, завдану їхніми працівниками при виконанні своїх трудових обов'язків (ст. 1172 Цивільного кодексу України). У разі, якщо шкода завдана лікарем, який зареєстрований як суб'єкт підприємницької діяльності (приватний підприємець) і, маючи ліцензію на медичну практику, надає медичні послуги у такій якості, відповідальність за завдану пацієнтові шкоду несе він. Підставою цивільно-правової відповідальності за завдану шкоду є так званий цивільно-правовий делікт, конструктивними елементами якого є: шкода, протиправність поведінки (дія або бездіяльність) заподіювача шкоди, його вина і причинно-наслідковий зв'язок між шкодою та протиправною поведінкою її заподіювача. Презумується, що дія або бездіяльність, які заподіюють шкоду здоров'ю, є протиправними, за винятком випадків, що передбачені законом (наприклад, у разі, коли лікар, здійснюючи медичне втручання з додержанням вимог ст. 42 Закону України

«Основи законодавства України про охорону здоров'я», заподіює шкоду, яка є меншою, ніж та, що очікується в разі відмови від медичного втручання). У таких випадках для звільнення від відповідальності заподіювач шкоди зобов'язаний довести правомірність своїх дій (бездіяльності). Обов'язковою умовою відповідальності за заподіяння шкоди є причинний зв'язок між протиправною поведінкою та заподіяною шкодою. Якщо шкода не є наслідком протиправної поведінки заподіювача шкоди, а сталася з інших причин (наприклад, через недотримання пацієнтом медичних рекомендацій чи внаслідок індивідуальних особливостей організму пацієнта), у заподіювача шкоди не виникатиме обов'язку відшкодувати заподіяне. За загальним правилом для настання цивільно-правової відповідальності за шкоду здоров'ю необхідно, щоб така шкода була спричинена з вини її заподіювача. Однак з цього правила є виняток. Так, відповідно до ст. 1187 Цивільного кодексу України відповідальність за шкоду, завдану джерелом підвищеної небезпеки, настає за відсутності вини заподіювача шкоди. Джерелом підвищеної небезпеки визнається діяльність, пов'язана з використанням, зберіганням або утриманням транспортних засобів, механізмів та обладнання, хімічних, радіоактивних, вибухо- і вогнєнебезпечних та інших речовин; утриманням диких звірів, службових собак та собак бійцівських порід тощо, яка створює підвищену небезпеку для особи, що цю діяльність здійснює, та інших осіб. Певна медична діяльність (наприклад, здійснювана з використанням рентгенівських чи лазерних установок) може бути джерелом підвищеної небезпеки. Існує ще один виняток. Відповідно до ст. 1209 Цивільного кодексу України продавець, виготовлювач товару, виконавець робіт (послуг) несе відповідальність за шкоду, завдану особі внаслідок конструктивних, технологічних, рецептурних та інших недоліків товарів, робіт (послуг), а також недостовірної або недостатньої інформації про них. Відшкодування не залежить від їхньої вини, а також від того, чи перебував потерпілий з ними у договірних відносинах.

5. Кримінальна відповідальність у сфері медицини.

Щодо кримінальної відповідальності лікаря, то її підставою є наявність у діяннях медпрацівника складу злочину. Суб'єктом злочину може бути тільки фізична особа (у даному випадку – лікар). Обов'язковим елементом складу злочину є вина у формі умислу або необережності. Кримінальний кодекс України містить декілька злочинів, за вчинення яких за наявності певних об'єктивних та суб'єктивних ознак настає кримінальна відповідальність лікарів та інших медичних працівників. Серед медичних злочинів найбільш поширеними є ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 КК України) та неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 КК України). Кримінальний кодекс також передбачає відповідальність за неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної хвороби (ст. 131 КК), порушення прав пацієнта (ст. 141 КК)*, незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142 КК), порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин (ст. 143 КК), насильницьке донорство (ст. 144 КК), незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 КК) та інші злочини проти життя і здоров'я особи. Обов'язковою ознакою більшої частини вказаних злочинів є суспільно небезпечні наслідки – смерть хворого чи інші тяжкі наслідки. Проте кримінальна відповідальність може настати лише у випадку, якщо такі наслідки перебувають у причинно-наслідковому зв'язку з діянням (дія або бездіяльність) винної особи. Варто зазначити, що чинний Кримінальний кодекс України передбачає низку обставин, що виключають злочинність діяння, однією з яких є виправданий ризик. Це дуже важливо, адже професійна діяльність медичних працівників пов'язана з ризиком. Відповідно до ст. 42 Кримінального кодексу України не є злочином діяння (дія або бездіяльність), яке заподіяло шкоду правоохоронним інтересам, якщо це діяння було вчинене в умовах

виправданого ризику для досягнення значної суспільно корисної мети. Ризик вважається виправданим, якщо мету, що була поставлена, не можна було досягти в даній обстановці дією (бездіяльністю), не поєднаною з ризиком, і особа, яка допустила ризик, обгрунтовано розраховувала, що вжиті нею заходи є достатніми для відвернення шкоди правоохоронним інтересам. Торкаючись питання кримінальної відповідальності лікарів у зв'язку зі здійсненням ними своєї професійної діяльності, варто звернути увагу і на передбачені Кримінальним кодексом України суспільно небезпечні діяння, які полягають в одержанні незаконної оплати медичної допомоги, або хабара. Кримінальний кодекс України встановлює кримінальну відповідальність працівника державного підприємства, установи чи організації, який не є службовою особою, за незаконне одержання шляхом вимагання винагороди у значному розмірі (ст. 354 КК). У разі, якщо оплата вимагається не особисто для працівника, а на користь закладу охорони здоров'я, винна особа несе відповідальність за порушення права на безоплатну медичну допомогу (ст. 184 КК). Сьогодні багато (і цілком справедливо) говориться про необхідність боротьби з хабарництвом, у тому числі в медицині. Чинний кримінальний закон передбачає відповідальність за одержання службовою особою хабара за виконання чи невиконання в інтересах того, хто дає хабара, чи в інтересах третьої особи будь-якої дії з використанням наданої їй влади чи службового становища (ст. 368 КК). Необхідно зазначити, що цей злочин може вчинюватися тільки службовою особою. До службових осіб належать особи, які обіймають на підприємствах, в установах чи організаціях незалежно від форм власності посади, пов'язані з виконанням організаційно-розпорядчих чи адміністративно-господарських обов'язків (наприклад, головні лікарі, їх заступники, завідувачі відділень тощо). Лікарі, що не займають управлінських посад, виступають як службові особи у випадках, коли виконувані ними обов'язки набувають характеру організаційно-розпорядчих (наприклад, при видачі лікарем листка тимчасової непрацездатності). Досить поширеним явищем є здійснення певних видів медичної практики без ліцензії або з порушенням умов ліцензування.

Відносини щодо ліцензування медичної практики порівняно непогано відрегульовані чинним законодавством, передусім Законом України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» від 1 червня 2000 р. (із змінами), Ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з медичної практики, затвердженими Наказом Держкомпідприємництва та МОЗ України від 16 лютого 2001 р. № 38/63 (зі змінами) тощо, проте у знанні лікарями і навіть керівниками закладів охорони здоров'я юридичних аспектів ліцензування досі залишається чимало «білих плям». Відомі численні випадки, коли лікарі державних та комунальних закладів охорони здоров'я реєструвалися як суб'єкти підприємницької діяльності (приватні підприємці) й у вільний від основної роботи час, використовуючи обладнання своїх лікарень та поліклінік, надавали пацієнтам платні медичні послуги. Причому більшість з цих медиків не звертала належної уваги на те, що в разі здійснення ними своєї професійної діяльності не в якості працівників закладу охорони здоров'я, а як суб'єктами підприємницької діяльності, їм буде необхідна ліцензія на медичну практику, договір оренди тощо. Зауважимо, що наслідки подібних дій можуть бути дуже сумними, аж до кримінальної відповідальності лікарів за ст. 202 Кримінального кодексу України. У ліцензії на медичну практику зазначаються дозволені ліцензіату види діяльності з медичної практики. Якщо ж у ліцензії не зазначена, наприклад, хірургічна стоматологія, а вказана тільки терапевтична, то заклад не має права здійснювати хірургічне лікування. Додержання закладами охорони здоров'я ліцензійних умов контролюють Міністерство охорони здоров'я України та Держкомпідприємництва. Діяльність закладів охорони здоров'я мають право перевіряти декілька державних органів (регулятивних, контролюючих та правоохоронних) відповідно до компетенції останніх. Те ж саме стосується і питань трудових правовідносин, про які буде йти мова в окремих статтях. Слід зауважити, що, попри назву статті, кримінальна відповідальність настає не за будь-яке порушення прав пацієнта, а за проведення клінічних випробувань лікарських засобів без письмової згоди пацієнта чи його законного представника або стосовно неповнолітнього чи недієздатного, якщо ці дії

спричинили смерть або інші тяжкі наслідки.

6.Перелік основних наказів з охорони здоров'я дітей :

- Наказ МОЗ України № 434 від 20 листопада 2002 р. «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні»;
- Наказ МОЗ України № 149 від 20.03.2008 р. «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3-х років».
- Наказ МОЗ України та МОН України № 518/674 від 20.07.2009 року «Інструкція про розподіл учнів на групи для занять на уроках фізичної культури».
- Наказ МОЗ України № 595 від 16.09.2011 р. «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів».
- Наказ МОЗ України № 1086 від 31.12.2009 р. «Про затвердження форми первинної облікової документації N 063-2/о "Інформована згода та оцінка стану здоров'я особи або дитини одним з батьків або іншим законним представником дитини на проведення щеплення або туберкулінодіагностики" та Інструкції щодо її заповнення».
- Наказ МОЗ України № 152 від 04.04.2005 р «Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною».
- Наказ МОЗ України № 255 від 27.04.2006 р. «Про затвердження клінічного протоколу надання неонатологічної допомоги дітям «жовтениця новонароджених».
- Наказ МОЗ України № 437 від 31.08.2004 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і до шпитальному етапах».
- Наказ від 10.01.2005 № 9 «Про затвердження Протоколів лікування дітей за спеціальністю "Педіатрія"»
- Наказ МОЗ України № 354 від 09.07.2004 р. «Протоколи діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей».

- Наказ МОЗ України № 362 від 19 липня 2005 р. «Про затвердження протоколів лікування кардіоревматологічних хвороб у дітей»
- Наказ від 07.11.2009 № 814 "Про затвердження Клінічного протоколу діагностики та лікування у дітей пандемічного грипу, спричиненого вірусом (А Н1/Н1 Каліфорнія)"
- Наказ МОЗ України від 12.07.2010 № 551 "Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків".
- Наказ від 01.12.2009 № 889 "Про затвердження клінічного протоколу санаторно-курортної реабілітації дітей з церебральним паралічем".
- Наказ МОЗ України від 22.10.2012 № 832 "Про затвердження уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги дітям, хворим на ювенільний артрит"

7. Висновки :

Останнім часом проблеми правового забезпечення медичної діяльності привертають все більше уваги юридичної і медичної громадськості. Медичне право, покликане сприяти вирішенню цих проблем, впевнено прокладає свій шлях у правовому просторі й професійній свідомості лікарів і юристів. Проте постає чимало закономірних запитань: як буде розвиватися в Україні медичне право? Як змінюватиметься чинне законодавство – фрагментарно, як раніше, чи системно, на підставі концепції, розробленої фахівцями і узгодженої з громадськістю? Які зміни дозволять захистити і пацієнта, і медичного працівника?

Нам залишається лише очікувати і сподіватись на серйозний і відповідальний підхід до цих питань уповноважених осіб і якомога активніше спияти цьому процесу.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Природне вигодовування є єдиною формою харчування людини, що була сформована під час її біологічної еволюції. Воно є фізіологічно адекватним способом харчування новонароджених і дітей першого року життя. Природне вигодовування слід розглядати як феномен найбільшої мудрості еволюції життя, загальнобіологічного впливу на безпосереднє та віддалене здоров'я дитини й дорослої людини, включаючи й основи її духовності. Природне вигодовування виконує широке коло життєво важливих функцій не лише харчового та захисного характеру, але й найтоншої регуляції — управління розвитком і диференціюванням.

З ініціативи провідних педіатрів світу і ВООЗ проведені дослідження з епідеміології природного вигодовування як у розвинутих країнах, так і в країнах, що розвиваються. Це дозволило скласти об'єктивне уявлення про поширеність і тривалість природного вигодовування на різних континентах. На вигодовування в різних країнах впливають економічний рівень, соціальноекономічні умови життя матері, традиції щодо тривалості грудного вигодовування, що, безумовно, пов'язані з рівнем постачання продуктами дитячого харчування й поінформованістю матерів стосовно їх використання. Даними дослідженнями було встановлено, що в бідного міського і, особливо, сільського населення лактація триває не менше 1,5–2 років. Більшість дітей, які народилися в країнах Африки, отримують грудне молоко протягом тривалого часу (іноді до 3–4 років). У країнах Східної Азії тривалість природного вигодовування є найбільшою в сільських регіонах.

Дослідження, проведені в Австралії, показали, що такі фактори, як низький рівень освіти, недостатні знання про переваги природного вигодовування, неправильна техніка прикладання дитини до груді, негативно впливають на тривалість годування груддю. Важливим фактором, що впливає на тривалість природного вигодовування, є підтримка інших членів родини. У групі жінок, чоловіки яких не бачили різниці між природним і штучним вигодовуванням, 56,5 % матерів зовсім не годували дітей грудним молоком або годували впродовж одного місяця. Такі фактори, як зростання зайнятості жінок у виробництві, процес урбанізації, емансипація, призвели до відмови від годування дітей грудним молоком.

Після загального захоплення штучними замінниками грудного молока настало загальне отверезіння, причиною якого стали негативні результати поширення раннього штучного вигодовування. Так виникла потреба знову повернутися до природного вигодовування. З початку 80х років минулого століття за ініціативою ВООЗ/ЮНІСЕФ проводиться активна робота з підтримки природного вигодовування в усіх країнах світу. В останні десятиріччя дослідження динаміки тривалості природного вигодовування свідчать про тенденцію до його збільшення. За даними американських учених, середній щорічний показник підвищення тривалості лактації становить 9,4 %.

ВСТУП

У 1989 році ВООЗ і ЮНІСЕФ опублікували спільний звіт «Захист, сприяння і підтримка природного вигодовування: особлива роль родопомічних служб». У ньому зазначено, як служба охорони здоров'я материнства може підтримувати грудне вигодовування. «Десять кроків до успішного грудного вигодовування» — це стислий зміст основних рекомендацій цього звіту, в основу якого покладено фізіологічні принципи формування й підтримки лактації. Ці кроки покладені в основу ініціативи «Лікарня доброзичливого ставлення до дитини».

Розвиваючи ідею підтримки лактації та грудного вигодовування, ВООЗ та ЮНІСЕФ у 1991 році виступили з ініціативою “Лікарня, доброзичлива до дитини”.

Ініціатива “Лікарня, доброзичлива до дитини” перетворилась в міжнародний феномен, який залучає інші міжнародні організації працівників охорони здоров'я, представників правових організацій, а також матерів до підтримки грудного вигодовування у багатьох країнах.

Близько 15 000 лікувальних закладів у світі в результаті безкомпромісного відбору одержали почесне право називатись „Лікарня, доброзичлива до дитини”, що досягли значних успіхів:

- покращились показники здоров'я батьків і новонароджених;
- знизилась частота гнійно-септичних захворювань серед новонароджених;
- зникли вогнища кишкових інфекцій серед новонароджених.

З 2004 року в закладах системи охорони здоров'я матері та дитини України широко впроваджується Розширена Ініціатива ВООЗ/ЮНІСЕФ “Лікарня, доброзичлива до дитини”, яка передбачає, окрім питань підтримки грудного вигодовування, впровадження сучасних перинатальних технологій в родопомічних закладах, а саме – індивідуальні пологи, участь та психологічна підтримка породіллі членами родини, індивідуальне перебування матері та дитини, методична та інформаційна підтримка матерів і новонароджених щодо грудного вигодовування.

Пологові зали, орієнтовані на проведення партнерських пологів, створені в усіх родопомічних закладах, сертифікованих на відповідність статусу „Лікарня, доброзичлива до дитини”.

В акушерських стаціонарах та в стаціонарних відділеннях педіатричного профілю створено умови для спільного перебування матері та дитини.

РОЗВИТОК ІНІЦІАТИВИ ВООЗ/ЮНІСЕФ “ЛІКАРНЯ, ДОБРОЗИЧЛИВА ДО ДИТИНИ”

Здоров'я дитини починає формуватися на ранніх етапах внутрішньоутробного розвитку плоду та протягом перших годин, тижнів та місяців життя.

На формування здоров'я впливають:

Стан репродуктивного здоров'я батьків

Біологія та генетика

Перебіг вагітності та пологів

Ефективність перинатальної допомоги

Ранній початок грудного вигодовування

Стан вигодовування дитини – тривалість виключно грудного вигодовування, своєчасне введення пригодовування відповідно віку та стану дитини

Фізіологічний догляд за здоровою дитиною

Якість та своєчасність надання медичної допомоги

Виживання новонароджених залежить в основному не від дороговартісних медичних технологій, а від доступності основних медичних послуг.

Практичні заходи, які при високому рівні охоплення, можуть знизити смертність дітей віком до 5 років на 2/3

Комплексне ведення вагітності і пологів, включаючи дородову допомогу, кваліфіковану допомогу при пологах, надання допомоги після пологів і підтримку належної практики надання допомоги вдома

Інтегроване ведення хвороб дитячого віку, включаючи ведення випадків захворювання дітей у віці від 0 до 4 років і підтримку належної практики надання допомоги вдома

Розширена програма імунізації

Глобальна стратегія по харчуванню дітей грудного і раннього віку

Мета глобальної стратегії – покращення стану здоров'я, росту, розвитку та здоров'я дітей грудного і раннього віку шляхом оптимального вигодовування

Завдання стратегії:

Підняти рівень інформованості населення відповідно до провідних проблем з питань вигодовування дітей грудного і раннього віку, визначити напрямки вирішення, забезпечити основу для здійснення основних заходів

Привернути увагу уряду, суспільства і міжнародних організацій до оптимального вигодовування дітей грудного і раннього віку з втіленням відповідних дій і рішень держави

Створити умови, які дозволять матерям та іншим членам родини в будь-якій ситуації приймати і здійснювати обґрунтований вибір відносно оптимальної практики годування дітей грудного і раннього

Наказ № 540 МОЗ України від 04.08.2006 року “Про затвердження принципів підтримки грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу “Лікарня, доброзичлива до дитини”

МЕТА – поширення практики Лікарня доброзичлива до дитини на всіх рівнях надання лікувально-профілактичної допомоги матері та дитині шляхом впровадження сучасних технологій догляду та лікування дітей раннього віку, підтримки грудного вигодовування, що дасть можливість підвищити якість медичної допомоги дітям та матерям

Національні принципи та критерії розроблені для оцінки не тільки родопомічних закладів, а також - жіночих консультацій, дитячих поліклінік, дитячих стаціонарів, тобто всіх ланок надання медичної допомоги матері та дитині

Переваги практики “Лікарня, доброзичлива до дитини”

Ранні (безпосередні)

Зменшення рівня післяпологових ускладнень

Профілактика маститів

Забезпечення прав дитини на оптимальне харчування та розвиток

Зниження рівня гнійно-септичних інфекцій у новонароджених та дітей раннього віку
Профілактика внутрішньолікарняних інфекцій
Покращення психологічного клімату в колективі співробітників лікувального закладу
Економічні переваги (економія матеріальних витрат на придбання молочних сумішей, пляшечок, сосок, ліків для немовлят) +
Зменшення вірогідності, що дитина буде покинута або ображена матір'ю

Переваги практики "Лікарня, доброзичлива до дитини"

Віддаленні (глобальні)

Покращення здоров'я дітей раннього віку
Покращення репродуктивного здоров'я жінок
Покращення психо-емоційного стану суспільства
Покращення психо-емоційного стану сім'ї
Забезпечення прав людини
Зниження рівня агресії в суспільстві
Підвищення народжуваності
Покращення здоров'я нації
Покращення соціально-економічної ситуації на рівні держави

Особливості діяльності лікувально-профілактичного закладу зі статусом, визначеним ВООЗ, як "лікарня, доброзичлива до дитини"

1. Статус "Лікарня доброзичлива до дитини" може надаватись лікувально-профілактичному закладу, що надає медичну допомогу жінкам та новонародженим (пологовий будинок, жіноча консультація, дитяча лікарня/поліклініка).

2. Статус "Лікарня доброзичлива до дитини" і пам'ятний знак вищезазначені заклади отримують після проведення оцінки їх діяльності національними експертами відповідно до положень Глобальних критеріїв ВООЗ/ЮНІСЕФ та затвердження результатів оцінки Координаційною Радою МОЗ України.

3. Організація роботи лікувально-профілактичних закладів зі статусом "Лікарня доброзичлива до дитини" має бути направленою на реалізацію сучасних принципів ведення післяпологового періоду і лактації. З цією метою здійснюються наступні заходи:

3.1. Розробка і затвердження плану конкретних заходів щодо заохочення і підтримки грудного вигодовування немовлят у даному лікувально-профілактичному закладі, інформування медичного персоналу, вагітних і породіль, а також організація роботи всіх структурних підрозділів відповідно до цього плану.

3.2. Навчання всіх співробітників необхідному обсягу теоретичних знань і практичних навичок з питань грудного вигодовування за спеціально розробленими для різних категорій медичного персоналу планами, попереднього інструктажу кожного нового співробітника.

3.3. Впровадження у лікувально-профілактичному закладі системи інформування вагітних та жінок, які годують немовлят, а також членів їх сімей про переваги, сучасні принципи, техніку грудного вигодовування з використанням спеціально розроблених матеріалів, відеофільмів, наочних посібників.

3.4. Відповідно до наказу МОЗ України від 10.02.2003 № 59 "Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках (акушерських стаціонарах)" створювати в пологових відділеннях необхідні умови для здійснення раннього прикладання новонароджених до грудей матері. Медичні працівники забезпечують раннє прикладання дитини до грудей протягом перших 30 хвилин після пологів (за відсутності протипоказань). Матерям, які народили немовлят шляхом операції

кесаревого розтину, медичним персоналом забезпечується допомога з моменту можливості початку грудного вигодовування.

3.5. Надання інформації щодо правил прикладання дитини до грудей, профілактики лактостазу, а також методів збереження лактації у разі тимчасового відокремлення немовляти від матері.

3.6. Впровадження в практику правил грудного вигодовування (за умови відсутності медичних показань), виключення догодовування та/або напування новонароджених.

3.7. Організація спільного цілодобового перебування матері і дитини із забезпеченням умов згідно з вимогами чинних галузевих нормативних документів.

3.8. Грудне вигодовування здійснюється за вимогою немовляти, включаючи годування у нічний час.

Підтримка виключно грудного вигодовування до шестимісячного віку дитини за винятком випадків, зумовлених медичними та соціальними показаннями, і продовження грудного вигодовування до 1 року і більше із своєчасним введенням пригодовування.

3.9. Новонародженим, які знаходяться на грудному вигодовуванні, не застосовують заспокійливі засоби та пристрої, що імітують материнську грудь (соски, пустушки). У родопомічному закладі (відділенні) не проводиться реклама продукції, що замінює грудне вигодовування (молочні суміші та засоби, що імітують груди матері).

3.10. Здійснюються заходи щодо організації волонтерських груп з підтримки грудного вигодовування та надання матерям інформації про їх діяльність під час виписки з акушерського стаціонару.

3.11. Важливими моментами процесу становлення тривалої лактації є також підготовка вагітних до грудного вигодовування на етапі спостереження в жіночій консультації та підтримка роділлі її близькими.

3.12. Проведення постійної інформаційно-навчальної роботи з персоналом родопомічних лікувально-профілактичних закладів з питань грудного вигодовування новонароджених.

4. Впроваджуються сучасні перинатальні технології в акушерських стаціонарах (індивідуальні пологи, участь та психологічна підтримка роділлі членами родини, індивідуальне перебування матері та дитини, методична та інформаційна підтримка матері і новонародженого щодо грудного вигодовування). Пологові зали, орієнтовані на проведення партнерських пологів створені в усіх родопомічних закладах.

5. У лікувально-профілактичному закладі із статусом "Лікарня, доброзичлива до дитини" мають бути доступними для жінок інформаційні матеріали (плакати, альбоми, стенди, буклети, відеофільми, ін.) щодо пропаганди грудного вигодовування. Матерів забезпечують пам'ятками, що містять доступну інформацію з цих питань.

ОСНОВНІ ДОКУМЕНТИ ВООЗ/ЮНІСЕФ З ОРГАНІЗАЦІЇ ПІДТРИМКИ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ

1979р. Спільна заява ВООЗ/ЮНІСЕФ на нараді з питань харчування немовлят та дітей молодшого віку (Женева). "Грудне вигодовування є невід'ємною складовою частиною репродуктивного процесу, а також ідеальним способом годування немовляти"

1981р. Міжнародне зведення правил маркетингу заміників грудного молока

1989р. Спільна декларація ВООЗ/ЮНІСЕФ "Охорона, заохочення та підтримка практики грудного вигодовування. Особлива роль родопомічних служб". Резюме декларації – 10 принципів успішного грудного вигодовування

1990р. Нарада ВООЗ/ЮНІСЕФ “Грудне вигодовування в 90 – ті роки: глобальна ініціатива”, на якій прийнята Інносентійська декларація по захисту, пропаганді та підтримці грудного вигодовування

1991р.-Нарада Міжнародної педіатричної асоціації (Анкара), на якій прийнята програма – **Ініціатива ВООЗ/ЮНІСЕФ “Лікарня, дружня до дитини”**

У 2001 році в світі налічувалося близько 15 тисяч, які отримали статус “Лікарня, доброзичлива до дитини”

24 листопада 2001р. 109 – ю сесією виконавчого комітету ВООЗ прийнята “Глобальна стратегія з годування дітей грудного та раннього віку”

В Україні Ініціатива ВООЗ-ЮНІСЕФ “Лікарня доброзичлива до дитини”, сучасні принципи ведення лактації та грудного вигодовування почали впроваджуватись в 1996-1999 роках після проведення навчальних семінарів-тренінгів та розробки законодавчої бази.

В Україні прийняті і діють:

Програма “Підтримки грудного вигодовування”

Програма “Репродуктивне здоров’я”

Програма “Безпечне материнство”

Проект “Здоров’я матері та дитини”

Проект “Перинатальне здоров’я”

Основні документи та накази МОЗ України щодо підтримки грудного вигодовування

1995р. - розроблено і прийнято першу програму Підтримки грудного вигодовування дітей.

Метою першого етапу впровадження програми було:

збільшення розповсюдження та тривалості грудного вигодовування дітей в Україні шляхом організації спільного перебування матерів та новонароджених в родопомічних закладах (Наказ №4 МОЗ України від 5.01.1996 “Організація медичної допомоги новонародженим”)

навчання медичного персоналу сучасним методам ведення лактації і годування грудьми

розробка і впровадження регіональних програм підтримки грудного вигодовування дітей

Наказом МОЗ від 09.03.2000 року № 50 затверджено Програму підтримки грудного вигодовування дітей в Україні на 2000-2005рр.

Мета другого етапу реалізації програми:

Зниження рівня захворюваності і смертності дітей першого року життя, післяпологових ускладнень, поліпшення репродуктивного здоров’я жінок шляхом підвищення розповсюдженості та тривалості грудного вигодовування дітей на підставі впровадження сучасних методів ведення лактації і годування грудьми за єдиними принципами на етапах – жіноча консультація – пологовий стаціонар – дитяча поліклініка.

**Програма підтримки грудного вигодовування дітей в Україні
(Наказ МОЗ України від 31.07.2006 № 529/49)**

Очікувані результати впровадження заходів програми:

Зниження показників захворюваності новонароджених на шлунково-кишкові та інфекційні захворювання на 20 %;

Збільшення рівня виключно грудного вигодовування до 6 місяців до 20%;

Досягнення рівня, за яким 50% дітей в Україні будуть народжуватись в пологових будинках, які мають статус «Лікарня доброзичлива до дитини».

Збільшення питомої ваги закладів, які мають звання «Лікарня доброзичлива до дитини» до 50% - 420 закладів в 2010 році

З січня 2007р. працює, створений за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), методично - організаційний моніторинговий центр на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит»

Мета : координація та організаційно-методичне забезпечення впровадження заходів спільних проєктів МОЗ України та ЮНІСЕФ з проблем охорони здоров'я дітей та матерів

Центром створено Реєстри:

«Лікарень доброзичливих до дитини»

Національних тренерів з питань підтримки грудного вигодовування

Спеціалістів з оцінки закладів охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»

Спеціалістів з переоцінки закладів охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»

Функціонує веб-сторінка (www.ohmatdet-center.org.ua).

На виконання Галузевої програми та з метою методичного забезпечення і координації діяльності закладів охорони здоров'я з питань підтримки грудного вигодовування наказом МОЗ України від 05.02.08р. № 47 затверджено положення про Регіональний організаційно-методичний центр з впровадження заходів галузевої Програми. Таким чином, станом на 01.01.2009 року регіональні організаційно-методичні центри з впровадження заходів галузевої Програми підтримки грудного вигодовування дітей в Україні створені та функціонують в усіх регіонах, що сприяє подальшому впровадженню Розширеної Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини».

Положення Розширеної Ініціативи ВООЗ/ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини» щодо грудного вигодовування немовлят та дітей раннього віку та впровадження сучасних перинатальних технологій були внесені до наказів МОЗ України по акушерській та педіатричній службі:

Наказ №624

Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року №582 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги", наказ МОЗ України від 31.12.2004 року №676 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги"

Наказ №149

Про затвердження клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років

Наказ №484

Про затвердження клінічного протоколу надання допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами

Наказ №312

Про затвердження клінічного протоколу з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим

Наказ №234

Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах

Наказ №584

Про затвердження протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні

Наказ №255

Про затвердження клінічного протоколу надання неонатологічної допомоги дітям „Жовтятиця новонароджених”

Наказ №782

Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги (частина третя)

Наказ №676

Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги (частина друга)

Наказ №582

Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги (частина перша)

Наказ №152

Про затвердження протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною

МОЗ України та ЮНІСЕФ було проведено серію семінарів-тренінгів по підготовці спеціалістів з питань підтримки грудного вигодовування, в т.ч. тренерів та спеціалістів по оцінці та переоцінці закладів охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини».

Всі регіони мають достатню кількість даних спеціалістів.

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАХОДІВ РОЗШИРЕНОЇ ІНІЦІАТИВИ «ЛІКАРНЯ, ДОБРОЗИЧЛИВА ДО ДИТИНИ» В УКРАЇНІ

Створено методично - організаційний моніторинговий центр НДСЛ "ОХМАТДИТ" який здійснює моніторинг результатів впровадження Програм направлених на охорону здоров'я матерів та дітей (www.kdm-ldd.org.ua; e-mail: l_romanenko@ukr.net; тел: 044 2366016).

Створено регіональні центри підтримки лактації та грудного вигодовування в усіх регіонах України, що сприяє подальшому впровадженню Розширеної Ініціативи. Найбільш активно та ефективно працюють Центри в Донецькій, Дніпропетровській, Івано-Франківській, Львівській областях

Підготовлено 188 національних та регіональних тренерів, спеціалістів з оцінки - 178, спеціалістів з переоцінки - 29. Всі регіони мають достатню кількість спеціалістів з оцінки, що дозволяє проводити дану роботу на достатньому рівні.

З 2004 року в закладах системи охорони здоров'я матері і дитини України широко впроваджується Розширена Ініціатива ВООЗ/ЮНІСЕФ "Лікарня, доброзичлива до дитини". яка передбачає, окрім питань підтримки грудного вигодовування, впровадження сучасних перинатальних технологій в родопомічних закладах.

До програми підготовки вагітних та членів їх родини у "Школах відповідального батьківства" внесені питання грудного вигодовування та підготовки сімейних пар до партнерських пологів.

Впроваджуються сучасні перинатальні технології в акушерських стаціонарах (індивідуальні пологи, участь та психологічна підтримка роділлі членами родини, індивідуальне перебування матері та дитини, методична та інформаційна підтримка матері і новонародженого щодо грудного вигодовування). Пологові зали, орієнтовані на проведення партнерських пологів створені в усіх родопомічних закладах, сертифікованих на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини».

В акушерських стаціонарах та в стаціонарних відділеннях педіатричного профілю створено умови для спільного перебування матері та дитини.

Щорічно в жовтні проводиться Всеукраїнський тиждень підтримки грудного вигодовування. В рамках тижня проходяться прес-конференції, семінари-тренінги у лікувальних закладах, анкетування матерів щодо їх обізнаності з питань грудного вигодовування та підтримки лактації, тощо.

В рамках Тижня підтримки грудного вигодовування проводяться наради для керівників регіональних Центрів підтримки грудного вигодовування, на яких:

- Обговорюються актуальні питання щодо подальшого впровадження Розширеної Ініціативи "Лікарня, доброзичлива до дитини" в Україні;

- Досвідом роботи діляться керівники Центрів підтримки грудного вигодовування різних регіонів України;

- Вручаються пам'ятні знаки закладам охорони здоров'я, сертифікованим протягом року на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини».

На семінарах-тренінгах, які проводились МОЗ за підтримки ЮНІСЕФ протягом 10 років були підготовлені спеціалісти з питань підтримки грудного вигодовування для всіх регіонів України, в т.ч. тренери та спеціалісти з оцінки та переоцінки закладів охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини».

Станом на 01.01.2010р., згідно з даними Реєстру, статус національних та регіональних тренерів мають 188 спеціалістів, фахівців з оцінки - 176, з переоцінки – 29, що є достатнім для здійснення даної роботи на місцях.

Організовано систему проведення оцінки /переоцінки родопомічних та педіатричних закладів охорони здоров'я на відповідність статусу "Лікарня, доброзичлива до дитини" За період з 2001 року статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» присвоєно 355 закладам охорони здоров'я (в зоні ЧАЕС – 55). За 2010 рік даний статус присвоєно 80 закладам, в т.ч. в регіонах, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС – 17.

Найбільша кількість сертифікованих закладів охорони здоров'я: в Дніпропетровській – 71, Донецькій – 25, Львівській – 21, Полтавській – 21, АР Крим – 18. Відсутні регіони України, де б не було жодного такого закладу.

Питома вага дітей, які народились в родопомічних закладах сертифікованих на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини» значно збільшилась і становить 62%, що відповідає завданню поставленим Галузевою програмою «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки» - 50%,

Питома вага партнерських пологів збільшилась до 70.1 % (2006р. – 26.8%), що привело до зменшення використання медикаментозного знеболення.

Спільне перебування матері та дитини було забезпечено в 95 – 96% випадках.

В сертифікованих родопомічних закладах в 2006-2009рр відмічались поодинокі випадки захворюваності новонароджених на шлунково-кишкові та інфекційні захворювання.

В усіх сертифікованих родопомічних закладах створені пологові зали, орієнтовані на проведення партнерських пологів.

Питома вага нормальних пологів збільшилась до 62,3%

Зменшилась питома вага кесарських розтинів до 16.9% (2006р. – 19.2%);

Рівень виключно грудного вигодовування до 6 місяців – 58,7%,
(2006р. – 23.7%)

Зменшилась кількість дітей, які з 3-х місяців знаходились на штучному вигодовуванні до 32%, (2006р. – 34,1%).

Рівень дітей, які отримували грудне молоко у віці 12 місяців і більше – в 9р. – 21,4%, (2006р. – 10,5%).

Зменшилась кількість новонароджених, які потребували реанімаційних заходів з 15%-2006р. до 5.6% - 2010р.

рівень захворюваності дітей 1-го року життя знизився до 1501.3 на 1000 дітей (1786.12 – 2006р.);

Захворюваність на гострі кишкові інфекції становить 18.5, (23.6 – 2006р.);

За підтримки ЮНІСЕФ, делегація України прийняла участь 12-14.10.2010р. в 6-й зустрічі координаторів Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини», (Інноцентійський

центр, в м. Флоренція, Італія). зустріч була організована ВОЗ. Досвід України учасники зустрічі сприйняли позитивно. Висновки зроблені учасниками зустрічі:

Ініціатива «Лікарня, доброзичлива до дитини» - один з найкращих інструментів та стимулів для покращання надання перинатальної допомоги

Ініціатива «Лікарня, доброзичлива до дитини» – важлива складова охорони здоров'я

Подальше впровадження Розширеної Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» передбачає проведення наступних заходів:

Забезпечити ефективну роботу регіональних центрів підтримки грудного вигодовування.

Продовжити навчання спеціалістів з питань підтримки грудного вигодовування та сучасних перинатальних технологій.

Продовжити сертифікацію закладів охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»

Забезпечити дотримання Міжнародного зведення правил збуту заміників грудного молока в закладах охорони здоров'я.

Продовжити проведення активної інформаційно – просвітницької роботи серед населення з питань підтримки грудного вигодовування. Міжнародного зведення правил щодо збуту заміників грудного молока.

Забезпечити внесення відповідних змін до навчальних планів та програм вищих навчальних закладів та закладів післядипломної освіти з питань підтримки грудного вигодовування.

Продовжити проведення Всеукраїнських тижнів підтримки грудного вигодовування

Удосконалити систему моніторингу ефективності Розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» за участі проекту «Здоров'я матері та дитини».

Продовжити навчання спеціалістів з питань підтримки грудного вигодовування та сучасних перинатальних технологій.

Запровадити дистанційні методи навчання, використовуючи можливості відповідних кафедр вищих навчальних медичних закладів та методично-організаційного моніторингового центру НДСЛ «ОХМАТДИТ» (в т.ч. інтернет-сторінки на веб-сайтах).

Внести зміни та доповнення до навчального посібника (методичних рекомендацій) з питань підтримки грудного

Проводити наукові роботи з вивчення впливу грудного вигодовування на стан здоров'я дітей.

Майже 62% дітей в Україні народжуються у родопомічних закладах, які отримали статус «Лікарня, доброзичлива до дитини», що позитивно позначилось на показниках дитячої захворюваності і смертності.

8. Використана література :

1. Про охорону дитинства: закон України від 26 квітня 2001 р. № 2402-III [Текст] // Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. - 2015. - № 2. - С. 83-95.
2. Неділько, В. П. Невирішені питання організації охорони здоров'я дитячого населення України [Текст] / В. П. Неділько // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. - 2014. - Т. 6, № 1. - С. 61.
3. Пасічник, І. П. Міждисциплінарна сімейно-центрована програма раннього втручання на етапі первинної медико-санітарної допомоги дітям [Текст] / І. П. Пасічник, Г. В. Кукуруза // Перинатологія та педіатрія. - 2013. - № 4. - С. 105-107.
4. Аналітична оцінка засобів наукових комунікацій у галузі охорони здоров'я дітей шкільного віку та підлітків [Текст] / М. М. Коренів [та ін.] // Здоровье ребенка. - 2013. - № 8. - С. 66-70.
5. Кучма, В. Р. Охрана здоровья детей и подростков в национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 г. [Текст] / В. Р. Кучма // Гигиена и санитария : Двухмес. науч.-практ. журн. - 2013. - № 6. - С. 26-30.
6. Дедишина, Л. Здорова дитина — це реально [Текст] / Л. Дедишина // Фармацевт практик. - 2013. - № 12. - С. 26-27.
7. Моїсеєнко, Р. О. Окремі питання розвитку соціальної педіатрії в Україні [Текст] / Р. О. Моїсеєнко // Современная педиатрия. - 2013. - № 5. - С. 24-28.
8. Конституція України.
9. Кримінальний кодекс України.
10. Цивільний кодекс України.
11. Законом України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності».
12. Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

13. Законі України «Про захист прав споживачів».
14. Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» від 28 грудня 2002 р. № 507.
15. (А.М. Нагорна, А.В. Степаненко, А.М. Морозов. Проблема якості в охороні здоров'я: Монографія. – Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002. – 384 с. – С. 65).
16. (Р.Ю. Гревцова. Юридична відповідальність медичних працівників за правопорушення у сфері охорони здоров'я // Управління закладом охорони здоров'я – 2007. – № 4. – С. 19)

Тестові завдання:

1. Документ, яким в Україні регламентовано запровадження звітної ф. № 31 – здоров «Звіт про медичну допомогу дітям» до практичної охорони здоров'я ?

А)закон України «Про охорону дитинства» від 26 квітня 2001 року за № 24202-III

В)наказ МОЗ України за № 378 від 10.07.2007 року «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їх заповнення»

С)наказ МОЗ України за № 630 від 19.09.2006 року «Про затвердження форми звітності про медичну допомогу дітям до 18 років та Інструкції щодо її заповнення»

2. Інформація якого змісту відображається у звітній ф. № 31 – здоров?

А)про число пролікованих хворих в стаціонарі лікарні

В)про чисельність народжених та померлих в сім'ї, що обслуговується медзакладом

С)кількість захворювань, зареєстрованих у хворих дітей, які проживають на території, що закріплена за окремими вузькими лікарями-спеціалістами

Д)про надання медичної допомоги дітям, які проживають в районі обслуговування даного закладу

Е)всі відповіді вірні

3. Які дані потрібні для визначення частки випадків дифтерії серед усіх інфекційних захворювань у дітей?

А) кількість випадків дифтерії та кількість усіх інфекційних захворювань у дітей до 7 років

В) кількість дітей до 7 років

С) кількість усіх інфекційних захворювань у дітей до 7 років

Д) кількість випадків дифтерії серед дітей

Е) кількість усіх дітей

4. Які з нижченазваних документів належать до облікових форм?

А)звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання

В)контрольна карта диспансерного нагляду

С)звіт про хворих на туберкульоз

- D) історія розвитку дитини
- E) лікарське свідоцтво про смерть

5. Які з нижченазваних документів належать до звітних форм?

- A) список осіб, які підлягають періодичному медичному огляду
- B) контрольна карта диспансерного нагляду
- C) звіт лікувально-профілактичного закладу
- D) історія розвитку дитини
- E) лікарське свідоцтво про смерть

6. На другому етапі сільському населенню надається кваліфікована лікарська допомога як мінімум з 12 – 16 спеціальностей. Який заклад охорони здоров'я надає її на цьому етапі?

- A) центральна районна лікарня
- B) сільська дільнична лікарня
- C) сільська лікарська амбулаторія
- D) обласна лікарня
- E) обласний диспансер

7. Яким документом визначається конкретна технологія (порядок) фінансування державних та комунальних медичних закладів в Україні?

- A) конституцією України
- B) основними законодавствами про охорону здоров'я
- C) бюджетним кодексом України
- D) кодексом законів про працю
- E) кошторисом лікувальної установи

Список використаної літератури:

1. Наказ МОЗ України від 19.09.2006р. № 630 «Про затвердження форми звітності про медичну допомогу дітям до 18 років та Інструкції щодо її заповнення».
2. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг.ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
3. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутітус. – 2010. – 629с.
4. Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини / Г. С. Черешнюк, Л. В. Черешнюк // Донецьк: Видавець Заславський О. Ю., 2014. – 144с.
5. Наказ МОЗ України від 20. 03. 2008р № 149

Автор: ст. викладач Черешнюк Г. С. Затверджено на засіданні кафедри
«ЗО» _____ 08 _____ 2018 р. Протокол № 2