

Naujagimių, turinčių riziką raidos sutrikimams, raidos stebėjimo
(nuo 0 iki 4 metų) modelis

KAUNAS

2023

Turinys

Santrumpos ir terminai.....	3
Ižanga.....	4
Problemos aktualumas	4
Literatūros ir egzistuojančių stebėjimo modelių apžvalga	5
EFCNI standartai sveikatos ir raidos stebėjimui:	5
Modelių apžvalga.....	7
Siūlomas rizikos grupei priskirtų naujagimių raidos ir sveikatos vertinimo modelis.....	10
Modelio etapai.	10
Infrastruktūros aprašymas.	11
Specialistų komandų sudėtis.	14
Sveikatos priežiūros įstaigos pasirengimas vykdyti riziką raidos ir sveikatos sutrikimui turinčių naujagimių, kūdikių ir vaikų stebėsenai.....	15
Regioninis raidos centras	15
Universitetinis raidos centras.....	16
Indikacijos riziką raidos sutrikimams turinčių naujagimių ir vaikų stebėjimui.	18
Rizikos grupei priskirtų naujagimių ir vaikų stebėjimo schema	19
Mažos rizikos grupės naujagimių stebėjimas:.....	20
Vidutinės rizikos grupės naujagimių stebėjimas	21
Didelės rizikos grupės naujagimių stebėjimas.....	22
Paslaugų kokybės standartai ir kriterijai.....	25
Literatūros sąrašas	28

Santrumpos ir terminai

A&SQ, - Ages and Stages questionnaire – vaikų raidos vertinimo klausimynas

AABR - Automatinio kochlearinio atsako tyrimas (automated auditory brainstem response)

ASP asmens sveikatos priežiūra

Bayley-IV - Kūdikių ir vaikų raidos vertinimo skalė Bayley

CNS – centrinė nervų Sistema

DGZ – didelis gestaciniam amžiui

EFCNI - Europos Naujagimių sveikatos priežiūros fondas (European Foundation for the Care of Newborn Infants) – tėvų organizacija

EKMO - Ekstrakorporinė membraninė oksigenacija

Griffiths-III – vaikų raidos vertinimo skalė

HIE – hipoksinė – išeminė encefalopatija

IVH – Intraventrikulinės hemoragijos (intraskilvelinės kraujosrūvos)

JAV – Jungtinės Amerikos valstijos

LSMU – Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

MGA - mažas gestaciniam amžiui

M-CHAT-R/F – skrininginis 16-30 mėnesių vaikų autizmo testas

PSPC – pirminis sveikatos priežiūros centras

UK – Jungtinė karalystė

VU - Vilniau universitetas

Wechsler Intelligence Scale for Children – V (WISC-V) – 6-16 metų vaikų intelekto vertinimo skalė.

Wechsler Preschool & Primary Scale of Intelligence (WPPSI) - Wechsler ikimokyklinio amžiaus vaikų intelekto vertinimo skalė.

Ižanga

Lietuvoje kasmet gimsta apie 23000-24000 naujagimių. Kiek daugiau nei 5% gimsta neišnešioti ar turi kitų rizikos veiksnių galinčių nulemti sveikatos ir/ar raidos sutrikimų atsiradimą. Didžioji jų dalis augs sveiki. Kūdikių mirtingumas Lietuvoje yra vienas iš mažiausių Europoje, t.y. skaičius vaikų, kurie turės vienokį ar kitokį sveikatos ar raidos sutrikimą, didės. Vaikų, kuriems pirmą kartą nustatyta negalia skaičius tenkantis 1000 vaikų populiacijos 2021 m. buvo apie 3,9. Lietuvoje dar 2000 m. buvo išleistas SA ministro įsakymas numatantis vaikų profilaktinius sveikatos tikrinimus šeimos gydytojo tarnyboje (1). Nerimą kelia tai, kad apie 3000 kūdikių sveikata pirmais gyvenimo metais lieka nepatikrinta (2). Taigi egzistuojanti profilaktinių sveikatos tikrinimų sistema nėra efektyvi, joje neskiriamas joks specialus dėmesys tam tikrus raidos sutrikimus turinčių vaikų, socialinės rizikos šeimose gyvenančių vaikų, riziką raidos sutrikimams turinčių vaikų raidos ir sveikatos stebėsenai. Kita problema – šeimos gydytojai ir slaugytojos nėra parengti atpažinti raidos sutrikimų požymius, juos anksti įtarti ar diagnozuoti ir nukreipti specialisto konsultacijai. Dar viena labai svarbi priežastis kokybiškam raidos stebėjimui yra tėvų poreikis gauti suprantamą ir savalaikę informaciją apie vaiko sveikatos ir raidos sutrikimus esamuoju metu ar ateityje. Kita svarbi priežastis – ankstyva raidos sutrikimų diagnostika leidžia anksti pradėti terapines intervencijas ir tokiu būdu palengvinti raidos ar sveikatos sutrikimo pasekmes.

Ilgalaikių riziką raidos sutrikimams turinčių vaikų stebėjimo programų teigiami rezultatai aprašyti daugelyje mokslinių publikacijų. Ilgalaikės stebėjimo programos veikia daugybėje šalių, yra parengtos rekomendacijos šių programų įgyvendinimui, skirtingų šalių programų trukmė, indikacijos įtraukimui į programą, raidos vertinimų dažnis, rekomenduojami raidos vertinimo metodai skiriasi, todėl jų palyginimas yra sudėtingas, bet jų nauda jau neabejojama (3). Sėkmingam ilgalaikės stebėjimo programos įgyvendinimui reikalinga infrastruktūra, apmokyti specialistai, raidos vertinimo priemonės ir metodai, paslaugos kokybės standartai ir kt. Rekomendacijos raidos stebėjimui aprašytos metodiniame dokumente „Riziką raidos sutrikimams turinčių naujagimių stebėseną nuo 0 iki 4 m.“ (2022), kokybės standartai – metodiniame dokumente „Riziką raidos sutrikimams turinčių naujagimių stebėsenos nuo 0 iki 4 m. kokybės kriterijai“ (2022).

Šiame dokumente apžvelgsime kai kuriuos egzistuojančius stebėjimo modelius, aprašysime Lietuvos sveikatos sistemos kontekstui pritaikytą Naujagimių, turinčių riziką raidos sutrikimams, raidos stebėjimo (nuo 0 iki 4 metų) modelį.

Problemos aktualumas

Neišnešioti ar kitų rizikos veiksnių sveikatos ir/ar raidos sutrikimui turinčių naujagimių ir kūdikių judesių raidos sutrikimas gali būti pastebimas anksčiausiai. Jis nustatomas apie 10% visų gimusių naujagimių. Vėliau gali išaiškėti, jog judesių raidos sutrikimas maskavo kognityvinių funkcijų, regos, ortopedinių ar kitą raidos sutrikimą. Dažniausia neišnešiotų naujagimių judesių

raidos sutrikimo priežastis yra cerebrinis paralyžius, koordinacijos sutrikimas. Neretai susiduriama ir su dar viena priežastimi – nepakankama motorinė patirtis, t.y. vaikas daug laiko leidžia, lovelėje, kėdutėje ar kitoje jo motorinį aktyvumą ribojančioje aplinkoje. Neišnešioti ar dėl kitų priežasčių riziką raidos sutrikimui turintys naujagimiai taip pat dažniau kognityvinės raidos, socialinės-emocinės raidos, elgesio, kalbos ir komunikacijos, socialinių-emocinių problemų. Dėl šių priežasčių vaikams sunkiau integruotis ir mokytis kartu su bendraamžiais, įgyti profesiją.

JAV priskaičiuojama, kad apie 10-15% naujagimių gestacinis amžius yra <37 sav., gimimo svoris - <2500 g. (4) Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2021 m. Lietuvoje gimė 23330 naujagimių, 5 % buvo neišnešioti, 4,3% svėrė <2500 g.

Literatūros ir egzistuojančių stebėjimo modelių apžvalga

Įvairių šalių mokslininkai ir praktikai sutaria, kad aukštą riziką raidos sutrikimams turintys naujagimiai, kūdikiai/vaikai turi būti stebimi patyrusių specialistų raidos tarnybose, kurios vienaip ar kitaip yra susiję su tretinio lygio neonatologijos paslaugas teikiančiomis ligoninėmis turinčiomis naujagimių intensyvios terapijos skyrius (5, 6). Kuo trumpesnis naujagimio gestacijos amžius, tuo didesnė rizika sveikatos ir/ar raidos sutrikimui. Šiuo metu pakanka mokslinių įrodymų, kad naujagimiai, kurių gestacinis amžius <32 savaičių arba tie kurie naujagimystėje patyrė sudėtingas komplikacijas, turi didžiausią riziką sveikatos ir/ar raidos sutrikimui (7). Europos organizacija EFCNI parengė naujagimių sveikatos priežiūros standartus (8) ir nurodė pagrindines indikacijas naujagimių priskyrimui rizikos grupei ir tolimesniam sveikatos ir/ar raidos stebėjimui:

- Gestacinis amžius <32+0 sav.
- Gestacinis amžius >32+0 sav. ir naujagimiai turi ar turėjo vieną ar daugiau reikšmingų rizikos veiksnių:
 - Vaizdiniais tyrimais patvirtintas smegenų pažeidimas, kuris greičiausiai sąlygos raidos sutrikimą (pvz. 3 ar 4 laipsnio intraventrikulinės hemoragijos ar cistinė periventrikulinė leukomaliacija);
 - 2 ar 3 laipsnio HIE naujagimystėje;
 - Naujagimių bakterinis ar virusinis meningitas/encefalitas;
 - Žymus vaisiaus augimo sutrikimas;
 - Žinomos didelės socialinės ar šeimos problemos, galinčios turėti įtakos vaiko saugumui.

EFCNI standartai sveikatos ir raidos stebėjimui:

1. Koordinuotos ir integruotos paslaugos išvykus namo iš stacionaro. Tėvams suteikiama visapusiška ir integruota pagalba auginant savo didelės rizikos grupei priskirtą naujagimį namuose.

2. Regos patikra. Standartinė regos patikra atliekama kai vaikui yra 3,5-4 metai, kartojama, jam esant 5 metų.
3. Kognityvinė raida. Kognityvinė raida vertinama vaikui esant 2 metų, vertinimas kartojamas prieš pradėdant lankyti mokyklą.
4. Komunikacija, kalba ir kalbėjimas. Standartizuotas komunikacijos, kalbos ir kalbėjimo raidos vertinimas atliekamas vaikui sulaukus 2 metų ir prieš pradėdant lankyti mokyklą.
5. Klausos patikra. Standartizuota klausos patikra atliekama taikant automatinio kochlearinio atsako tyrimo (angl. AABR – automated auditory brainstem response) technologijas pirmą kūdikio gyvenimo mėnesį. Jei reikalingi tolesni klausos tyrimai, jie atliekami laike pirmų 3 gyvenimo mėnesių, o ankstyvoji intervencija pradėdama laike 6 gyvenimo mėnesių.
6. Sveikas gyvenimo būdas ir kardiovaskuliniai rizikos veiksniai. Pagrindiniai kardiometaboliniai rizikos veiksniai (arterinė hipertenzija, abdominalinis nutukimas, hipodinamija) turi būti monitoruojami visą vaiko gyvenimą.
7. Neišnešiotų naujagimių imunizacija. Neišnešioti kūdikiai skiepijami pagal jų chronologinį amžių nepriklausomai nuo jų gestacinio amžiaus gimus ar gimimo svorio. Labai neišnešiotų naujagimių imunizacija pradėdama dar jiems esant ligoninėje, kai tik jiems sueina amžius pirmam skiepui (8-12 sav.).
8. Specialiųjų ugdymosi poreikių patenkinimas mokykloje. Neišnešiotų ar turinčių kitų rizikos veiksnių raida ir pasirengimas mokyklai turi būti vertinama 6-12 mėn. prieš prasidedant formaliajam ugdymui. Ugdymo specialistai turi turėti žinių apie gimusių neišnešiotų ar turinčių kitų rizikos veiksnių galimus specialiuosius ugdymosi poreikius.
9. Psichinė sveikata. Elgesio, emocijų ir dėmesio koncentracijos sutrikimai turi būti vertinami 2 m ir prieš pradėdant lankyti mokyklą.
10. Motorinė ir neurologinė stebėseną ir vertinimas. Standartizuotas neurologinės būklės ir judesių raidos vertinimas atliekamas iki antro gimtadienio ir prieš pradėdant lankyti mokyklą.
11. Tėvų psichinė sveikata. Reguliarių vaiko sveikatos ir raidos stebėsenos apsilankymų gydymo įstaigoje metu tikslingą tėvų psichinės sveikatos patikrą atlikti praėjus 6 mėn. po išsirašymo iš ligoninės ir vaikui sulaukus 2 m.
12. Santykiai su bendraamžiais ir broliais bei sesėmis turi būti vertinami vykdant vaiko raidos ir sveikatos stebėseną.
13. Atsakingos tėvystės programos po išsirašymo iš ligoninės. Neišnešiotų naujagimių tėvams, po išvykimo iš ligoninės turi būti pasiūlytos prevencinės atsakingos tėvystės programos.
14. Reprodukcinis konsultavimas. Motinos pagimdžiusios neišnešiotą naujagimį ar turėję kitų nėštumo komplikacijų ir jų partneriai turi būti konsultuojami dėl galimų rizikos veiksnių pasikartojimo kitų nėštumų metu. Jiems turi būti pasiūlytos prevencinės strategijos taikytinos prieš pastojimą ir nėštumo metu.
15. Išvykimas iš ligoninės į namus. Išvykdamos į namus šeimos turi gauti išsamų išvykimo planą, kuris palengvintų aplinkos ir sąlygų pasikeitimų priėmimą.

Šių standartų aprašymuose akcentuojamas specialistų pasirengimas atlikti raidos vertinimus, regos ir klausos patikras ir kt. Taip pat atkreipiamas dėmesys, jog kiekviena ligoninė turi turėti atskirus protokolus ir procedūrų aprašymus. Rizikos grupei priskirtų naujagimių, kūdikių ir vaikų stebėjimo trukmė ir dažnis bei vertinimo testai/metodikos nėra griežtai apibrėžtos, bet vaikų sveikata ir raida turi būti išsamiai vertinama bent iki antro gimtadienio ir prieš pradėdant lankyti mokyklą.

Modelių apžvalga.

Kai kurių rizikos grupei priskirtų modelių apžvalga pateikiama žemiau esančiame tekste ir lentelėje Nr. 1.

Šveicarija. Stebėsenos tikslas – didelę rizika turinčių naujagimių raidos sutrikimų ankstyvoji diagnostika naudojantis standartizuotais vertinimo testais. Tai užtikrina ankstyvą terapiją ir geresnį tėvų konsultavimą. Elektroninis duomenų registravimas SwissNeoNet duomenų bazėje, užtikrina nacionalinį epidemiologinių duomenų apie išėtis kaupimą.

Šveicarijos perinataliniai III lygio centrai turi informaciją apie 95% naujagimių gimusių <32 sav. Ir patyrusių HIE. Renkami duomenys leidžia lyginti Šveicarijos centrų veiklos rezultatus tarpusavyje bei su tarptautinį pripažinimą pelniusių duomenų bazių duomenimis Vermont Oxford Network (9) ir EuroNeoNet (10). Riziką raidos sutrikimui turintys vaikai stebimi specializuotuose centruose, kurie turi patirties ir galimybes (personalą ir testus) atlikti raidos vertinimus. Tai raidos arba vaikų neurologijos centrai. Raidos vertinimus taip pat gali atlikti ir privačių gydymo įstaigų pediatrai turintys patirties, žinių ir priemonių atlikti raidos vertinimus. Visi reidos vertinimus atliekantys centrai ir privatūs pediatrai turi būti Šveicarijos neonatologų tinklo ir stebėjimo grupės (Swiss Neonatal Network & Follow up Group) nariais, ir dalyvauti kas antrus metus vykstančiose grupės konferencijose. Visi jie pateikia stebimų vaikų vertinimų duomenis į registrą.

Vaikų nuo 3 mėn. iki 2 m. vertinimo dažnis ir intervalai gali skirtis, vaikų amžius visada koreguojamas iki 2 m. Vaikų nuo 2 m. iki 5-6 m. raidos vertinimai visuose raidos centruose atliekami pagal nacionalinį raidos vertinimo protokolą.

Siekama, kad bent 80% vaikų grupėje iki 2 m. ir 5-6 m. vaikų būtų išsamiai įvertinta. Kokybiškas raidos ir neurologinis vertinimas 18-22 mėn. leidžia gana patikimai pastebėti cerebriniam paralyžiui ir kitiems raidos sutrikimams būdingus požymius (11).

Jungtinė Karalystė. Raidos stebėjimas yra pripažįstamas kaip svarbi neonatologinės priežiūros dalis siekiant koordinuoti paslaugas bendruomenėje ir jas audituoti. Tačiau šalyje nėra standartų šioms paslaugoms teikti. 2017 m. atlikto tyrimo duomenimis, tik 64% neonatologijos padaliniai turėjo galimybę nukreipti kūdikius specializuotam raidos vertinimui. 2017 m. UK buvo parengtos neišnešiotų naujagimių stebėjimo rekomendacijos (12). Jose rekomenduojama, kad daugiadisciplininė komanda iki 2 m. vertintų visus naujagimius, kurių gestacinis amžius <30 sav. ir tuos naujagimius, kurių gestacinis amžius <37 sav. bei jiems vaizdiniais tyrimais nustatyti

galvos smegenų pažeidimai sietini su raidos sutrikimais; 2-3 laipsnio HIE naujagimystėje; naujagimių bakterinis meningitas; Herpes simplex encefalitas naujagimystėje. 4 m. nekoreguoto amžiaus turėtų būti vertinti daugiadalykės specialistų komandos visi vaikai, kurių gestacinis amžius gimus buvo <28 sav. Šios rekomendacijos yra rekomendacinio pobūdžio, jos nėra paslaugų „auksinis standartas“.

Jungtinės Amerikos Valstijos. Kokybiškas rizikos grupei priskirtų naujagimių sveikatos ir raidos stebėjimas leidžia anksčiau identifikuoti raidos sutrikimą, pradėti terapinę intervenciją ir pasėkoje, pagerinti vaikų raidos ir sveikatos išėtis. JAV neturi vieningos rizikos grupei priskirtų naujagimių stebėjimo sistemos, bet dauguma centrų turi savo stebėjimo programas. Indikacijos stebėjimui yra gestacijos amžius mažesnis nei 28 sav., arba ilgesnį gestacijos amžių turintys naujagimiai, bet taip pat turintys kitų sveikatos problemų. Kai kurie centrai turi atskiras stebėjimo programas vaikams patyrusiems HIE, turintiems įgimtų širdies ydų, naujagimių abstinencijos sindromą, naujagimiai, kuriems reikalinga Ekstrakorporinė membraninė oksigenacija (EKMO). Rizikos grupei priskirtų naujagimių stebėjimo centrai įsikūrę prie vaikų ligoninių ar kitų sveikatos centrų. Rizikos grupei priskirtų vaikų stebėjimo trukmė skiriasi įvairiuose centruose ir įvairiose stebėjimo programose. Vienuose šios programos baigiasi vaikui sulaukus 2 m. (koreguoto amžiaus), kituose - vykdomos iki vaikui sukanka 5 m. Kadangi nėra vieningos rizikos grupei priskirtų naujagimių stebėjimo sistemos, neregistruojamos artimosios ir tolimosios vaikų sveikatos išėtis, sunku palyginti centrų darbą, įvertinti teikiamų paslaugų kokybę.

Australija. Šioje šalyje indikacijos pagal kurias naujagimis yra priskiriamas rizikos grupei yra gestacijos amžius <32 sav., gimimo svoris <1500 g. ir kitos riziką raidos ir sveikatos sutrikimui keliančios būklės: HIE, meningitas, herpes simplex encefalitas ir išplitusi herpes simplex infekcija, traukuliai, chirurginės intervencijos (pilvo, krūtinės ąstos ir CNS srityse) kraujo perpylimai. Vaikai, kurių gestacinis amžius yra <28 sav., stebimi iki 5 m., tie, kurių gestacinis amžius nuo 28 iki 30 sav., patyrę HIE ar chirurgines intervencijas, stebimi 24 mėnesius. Vaikai, kurių gestacijos amžius nuo 30 iki 31+6 sav., patyrę traukulius, sirgę neuro-infekcijomis, patyrę chirurgines intervencijas ir kraujo perpylimą –stebimi 12 mėnesių. Vaikai paprastai yra stebimi tose ligoninėse kuriose buvo gydomi naujagimių intensyvios terapijos skyriuje. Jų vizitai į gydymo įstaigą detaliam vertinimui suplanuojami tuo po išvykimo namo, 4, 8 ir 12 mėn. Tie vaikai, kurie gyvena toli nuo gydymo įstaigų, stebimi pagal individualią programą pediatro ar, jei jo nėra, - šeimos gydytojo. Su itin nuošaliai gyvenančiomis šeimomis susisiekiama nuotoliniu būdu, tėvai prašomi užpildyti tam tikrus klausimynus. Vaikams, kurių gestacinis amžius <32 sav., arba jų gimimo svoris <1500 g., yra organizuojamos žaidyminės kineziterapijos grupės, kuriose tėvai mokomi stimuliuoti savo vaikų fizinį aktyvumą. Raidos vertinimui dažniausiai naudojami standartizuoti klausimynai: A&SQ, Griffiths-III, Bayley-IV skalės, 5 m. vaikams – WPPSI-IV skalė.

Lentelė Nr. 1

Rizikos grupei priskirtų naujagimių stebėjimo modelių apžvalga

Eil. Nr.	Šaltinis	Šalis	Indikacijos	Dalyvauja	Statistiniai duomenys	Stebėjimo trukmė
1.	Adams et al. (2014) (13)	Šveicarija	Gestacijos amžius <32 sav. HIE (2-3 laipsnis pgl. Sarnat)	Perinatologijos centrai PSPC Regioniniai stebėjimo centrai	Nacionalinis elektroninis naujagimių registras	Iki 6 m.
2.	Mckinnon et al. (2019) (14) Chisholm et al. (2017) (15)	UK	Gestacijos amžius <37 sav. + papildomi rizikos veiksniai	Iki 2 m. siūloma stebėti tarnybose veikiančiose prie regioninių ligoninių, vėliau – bendruomenėse veikiančiose tarnybose.	National Neonatal Research Database (NNRD)	Iki 4 m.
3.	Litt et al. (2020). (16) High Risk Infant Follow-Up program (17)	JAV	Gestacijos amžius <28 sav. arba <37 sav. + papildomi rizikos veiksniai	Dauguma centrų yra susiję medikų rengimo įstaigomis, yra neonatologijos rezidentūros bazės.	Vermont Oxford Network (VON)	Iki 2 m. (kai kur – iki 5 m.)
4.	Follow-Up Program (18) Neonatal-Follow-up-Program (19)	Australija	Gestacijos amžius <32 sav. arba g. sv. <1500 g., arba papildomi rizikos veiksniai	Įvairaus lygio gydymo įstaigos	National Perinatal data collection (20) Australian & New Zealand Neonatal Network (ANZNN) (21)	Nuo 1 iki 5 m. (priklausomai nuo rizikos veiksnių).
5.	Albaghle et al.,	Kanada	Gestacijos	Įvairaus lygio	Vermont	Nuo 18 mėn.

	(2021) (22)		amžius <33, arba papildomi rizikos veiksniai	gydymo įstaigos	Oxford Network	iki 8 m.
--	-------------	--	--	--------------------	-------------------	----------

Kanada. Šioje šalyje yra 13 provincijų ir kiekviena iš jų siūlo bent kelias kūdikių stebėjimo, tėvų mokymo ir kitas susijusias programas (23). Pvz. Ontario provincijos naujagimių stebėjimo programoje detalai aprašoma kokiai rizikai esant, kokio lygio tarnybose turėtų būti atliekamas kūdikio stebėjimas, kokie specialistai jį turėtų vertinti, į ką atkreipti dėmesį (24). Pagal naujagimių stebėjimo programą kūdikiai paprastai vertinami 4, 10, 18 mėn. ir 4 m. Pagal kitas programas vaikai gali būti stebimi iki mokyklinio amžiaus ir vėliau (jei jiems nustatoma specifinė diagnozė). Naujagimis stebimas įvairaus lygio gydymo įstaigose priklausomai nuo rizikos veiksnių sudėtingumo. Priklausomai nuo vyraujančios patologijos ar rizikos veiksnių taip pat pateikiami kūdikio būklės stebėjimo/valdymo algoritmai (25). Pasirengimas naujagimio/kūdikių stebėjimui prasideda tuoj pat nuo jo patekimo į Naujagimių intensyvios terapijos skyrių (26). Albaghli ir bendraautorių (2019) tyrimo duomenimis, 2017 m. visos prie tretinio lygio gydymo įstaigų veikiančios raidos tarnybos vykdė raidos vertinimus, 96% - rūpinosi tėvų teisėmis, 87% - mokė ir palaikė tėvus, 91% - dalyvavo sveikatos priežiūros specialistų rengime, 87% - vykdė auditavimą ar/ir dalyvavo moksliniuose projektuose. Tretinio lygio raidos tarnybose dirbo vidutiniškai 8 darbuotojai (nuo 3 iki 13), papildomai centrai turėjo vidutiniškai 3 konsultuojančius specialistus (nuo 0 iki 10). Visose raidos tarnybose dirbo gydytojai, 87% - kineziterapeutai ir sekretorės/administratorės, 78% - psichologai, 74% - ergoterapeutai, 65% - logopedai ir slaugytojos ir kiti specialistai. Raidos tarnybos vertino vaikusveikatą ir raidą, jų tėvų psichinę sveikatą ir gerovę. 74% raidos tarnybų raidos vertinimui naudojo Bayley testą ir 70% - Albertos judesių raidos vertinimo testą (22).

Siūlomas rizikos grupei priskirtų naujagimių raidos ir sveikatos vertinimo modelis.

Modelio etapai.

Modelio įgyvendinimas yra nenutrūkstantis procesas. Jis turėtų būti nuolat peržiūrimas, tobulinamas ir keičiamas atsiradus naujiems mokslo įrodymams. Modelio sėkmingam įgyvendinimui yra keletas būtinų sąlygų, kurios gali būti įgyvendinamos etapais. Pirmame etape atliekamos šios veiklos ir įgyvendinamos sąlygos:

- Modelis turi būti priimtinas specialistams teiksiantiems paslaugas modelyje aprašytomis sąlygomis, t.y. jis turi būti apsvarstytas ir patvirtintas Lietuvos neonatologijos asociacijos ir Lietuvos vaikų negalios akademijos.
- Modelis turėtų būti patvirtintas SA ministro įsakymu ir tapti nacionaliniu.

- Visuose ASP lygmenyse suformuojami organizaciniai, paslaugų/veiklos ir išeičių standartai, suformuojami ir pagrindžiami kriterijai, numatomos jų apskaičiavimo metodikos.
- Turi būti sukurtas Nacionalinis riziką raidos sutrikimams ir raidos sutrikimus turinčių vaikų registras.
- Turėtų būti peržiūrėtas specialistų (gydytojų, kineziterapeutų, ergoterapeutų, logopedų, psichologų, slaugytojų) rengimas ir sudarytos privalomos kvalifikacijos kėlimo programos.
- Gydyimo įstaigos turi pasirengti atitinkamus paslaugų teikimo protokolus.
- Turi būti skirtos lėšos ir pakankamas dėmesys įvairiems testams validuoti, specialistai turi būti apmokyti jais naudotis.

Šis parengiamasis etapas galėtų užtrukti 3-5 metus. Būtina, kad šiame etape būtų apsispręsta dėl gydytojo – raidos specialisto rengimo ir sveikatos priežiūros specialisto – klinikinio logopedo rengimo. Šiuo metu esanti praktika, jog gydytojas raidos specialistu patampa per 4 mėnesius, o logopedas – klinikinio logopedu per 4 savaites, yra gėdinga.

Antrame etape turėtų vykti jau dirbančių specialistų mokymai, t.y. įgyvendinamos privalomos įvadinės ir tęstinės kvalifikacijos kėlimo programos tiems kas dirbs/dirba su rizikos grupei priskirtais naujagimiais: neonatologai ir neonatologijos skyriuose dirbančios slaugytojos, šeimos gydytojai ir PSPC dirbančios slaugytojos, vaikų neurologai ir kiti raidos centruose dirbantys specialistai. Mokymų metu privalo būti numatytos teorinės ir praktinės dalys. Atskiri mokymų ciklai galėtų būti išdėstyti per kelis mėnesius. Šias programas turėtų parengti ir mokymus vykdyti universitetai, kuriuose rengiami gydytojai. Šis etapas užtruks 2-3 metus. Mokymai turėtų vykti nuolat. Šiame etape turėtų būti sukurta infrastruktūra:

- Parengiamos patalpos kuriose vyks rizikos grupei priskirtų vaikų apžiūros.
- Suburiamos specialistų komandos.
- Specialistai aprūpinami reikiamomis priemonėmis: testais, žaislais ir kt.

Trečiajame etape rizikos grupei priskirtų naujagimių ir vaikų stebėseną pradėdama vykdyti Nacionalinių mastu vadovaujantis parengtu modeliu ir metodikomis. Teikiamų paslaugų kokybė ir atitikimas organizaciniam, paslaugų ir išeičių standartams vertinami nuolat.

Infrastruktūros aprašymas.

1. Infrastruktūros reikalingos raidos sutrikimų prevencijai, išaiškinimui ir tolimesniam valdymui sukūrimas:

1.1. Regioninių ir universitetinių raidos centrų sukūrimas;

Siekiant pagerinti kvalifikuotų prevencijos, diagnostikos, terapijos, ilgalaikės stebėsenos paslaugų prieinamumą ir kokybę, turi būti sukurtos raidos tarnybos prie universitetinių ligoninių turinčių vaikų ir naujagimių intensyvios terapijos skyrius ir regioninių ligoninių turinčių vaikų ligų skyrius. Tokia raidos tarnybų lokacija palengvintų keitimąsi informacija, reikiamų

specialistų pritraukimą konsultacijoms ar medicininėms intervencijoms. Siekiant, kad visi rizikos grupei priskirti naujagimiai ir vaikai gautų jiems reikiamas ASP paslaugas, taip pat siekiant išvengti bereikalingų stacionarizacijų ir ambulatorinių paslaugų dubliavimo, jų organizavimas turėtų vykti teritoriniu principu glaudžiai bendradarbiaujant šeimos gydytojo, regioninio ir universitetinio raidos centrų specialistų komandoms.

1.2. Diagnostinių testų adaptavimas ir validizavimas;

Šiuo metu Lietuvoje nėra nė vieno validuoto testo vaiko raidai vertinti.

Egzistuoja daug įvairių atrankinių arba skringinginių testų skirtų atrinkti vaikus tolimesniam detaliai vertinimui ir diagnostinių testų, kurie patikimai vertina atskiras raidos sritis ar prisideda prie diagnozės patvirtinimo/atmetimo. Analizuojant įvairių šalių rizikos grupės raidos stebėjimo rekomendacijas ar paslaugų modelius, patikimu atrankiniu testu dažniausiai įvardijamas A&SQ (Ages and Stages questionnaire). Jis skirtas vaikų nuo 1 mėn. iki 5,5 m. raidos vertinimui. Testas atliekamas gana greitai: tėvai klausimyną pildydami užtrunka 10-15 min., specialistas klausimyną apibendrina per 2-3 min. Klausimynas leidžia atskleisti vaiko stipriąsias puses ir vertinti problemas, suteikti tėvams žinių apie jų vaiką, įgūdžių atsiradimo laikotarpius. Klausimyną tėvai gali pildyti telefonu, savarankiškai namuose ar kitomis sąlygomis. Dažniausiai naudojamas skringinginis testas atrinkti vaikus kuriuos reikėtų detaliau vertinti dėl autizmo, yra M-CHAT-R/F. Testas skirtas vaikams nuo 16 iki 30 mėn. Testą sudaro 20 klausimų, jį pildo tėvai. Testas neatmeta ar nepatvirtina autizmo/autizmo spektro diagnozės, jis vertina mažą, vidutinę ar didelę riziką susirgimui. Jo patikimumas yra apie 50%.

Šių testų vertimai į lietuvių kalbą turėtų atsirasti artimiausiu metu. Deja, jų rezultatų patikimumas bus menkas, kadangi validizacija šiuo metu nėra numatyta.

Specialių testų kalbos ir judesių raidai vertinti šiuo metu nėra numatyta nei versti, nei adaptuoti, nei validuoti, nei yra sukurti nacionalinius.

Testai kognityvinėms funkcijoms vertinti. Lietuvoje šiuo tikslu plačiai vartojamas Wechsler testas. Trečioji jo versija yra adaptuota ir validuota naudojimui Lietuvoje, bet ji yra morališkai gerokai pasenusi ir neturėtų būti naudojama praktikoje. Pasaulyje šiuo metu naudojama penktoji šio testo versija skirta vaikams nuo 6 iki 16 m. (Wechsler Intelligence Scale for Children – V (WISC-V)).

Wechsler testas skirtas ikimokyklinio ir jaunesnio mokyklinio amžiaus vaikams vadinamas WPPSI- Wechsler Preschool & Primary Scale of Intelligence. Jo trečioji versija skirta vaikams nuo 2 m. 6 mėn. Iki 7 m. 3 mėn. Kadangi nemaža dalis vaikų turinčių raidos sutrikimus turi įvairaus laipsnio kalbos sutrikimus, jiems naudotini neverbaliniai testai kognityvinėms funkcijoms vertinti. Vienas iš tokių – Leiter testas. Jis yra neverbalinis, jo trečioji versija skirta asmenims nuo 3 m. iki 75+ m., atlikimas trunka nuo 25 iki 45 min. Jis nėra validizuotas Lietuvoje.

1.3. Lietuvos vaiko raidos standarto sukūrimas;

Vaikų raidos pagrindiniai principai, daugumos įgūdžių atsiradimo eiliškumas yra panašus įvairiose šalyse, bet jų atsiradimo laikas yra susijęs su auklėjimu, auginimu ir kultūriniais ypatumais. Naudojant kitoje šalyje ir kitoje kultūroje sukurtą ir validizuotą testą susiduriama su didžiule hiper- ar hipodiagnostikos galimybe. Todėl nacionalinio raidos standarto sukūrimas yra būtina sąlyga raidos vertinimams ir testų validizavimui.

1.4. Reikiamų metodinių priemonių sukūrimas/įsigijimas

Siekiant standartizuoti paslaugas, užtikrinti jų kokybę, būtina sukurti nacionalinius paslaugų organizavimo ir teikimo standartus ir metodinius dokumentus bei atskirų ligoninių procedūrų teikimo protokolus, aprašus. Jie turi būti pritaikyti šalies/ligoninės galimybėmis teikti vienokias ar kitokias paslaugas tam tikra apimtimi.

2. Specialistų rengimas:

Specialistai kurie neabejotinai privalo dalyvauti riziką raidos sutrikimui turinčių naujagimių ir vaikų stebėjime yra:

- Neonatologijos specialistai: gydytojai neonatologai, slaugytojos. Rezidentūros studijų ir kitų praktikų metu nei vieni, nei kiti nedalyvauja riziką raidos sutrikimams turinčių kūdikių ir vaikų stebėjimo praktiniame procese raidos tarnybose, nebendrauja su tėvais, neišgirsta jų komentarų ir išvalgų apie buvimą stacionare su sergančiu naujagimiui, neįgyja praktinių žinių apie naujagimio sveikatos ir raidos stebėjimą, ankstyvųjų raidos sutrikimo požymių atpažinimą, tolesnes stebėjimo ir terapijos galimybes.
- Šeimos gydytojai ir slaugytojos. Šeimos gydytojų ir slaugytojų rengimo programos nėra standartizuotos nacionaliniu mastu. Pvz. VU studijuojantys šeimos gydytojai raidos tarnybose rezidentūros metu nedirba, LSMU besimokantys šeimos gydytojai – rezidentai į raidos tarnybą atvyksta vienam mėnesiui ir neturi galimybių įgyti praktinių žinių ir įgūdžių apie ankstyvojo amžiaus vaikų raidos sutrikimų išaiškinimą. Slaugytojos nei teorinių, nei praktinių studijų metu raidos tarnybose nesilanko.
- Socialiniai pediatrai. Jų dalyvavimas riziką raidos sutrikimams turinčių vaikų stebėjime šiuo metu skatinamas. Deja, bet jų rengimas yra apgailėtinas: bet kurios specializacijos vaikų ligų gydytojas, vaikų neurologas ar fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas (kuris net nėra pediatras), išklauses 4 mėn. kursus patampa socialiniu pediatru, kuris laikomas įgijusiu kompetenciją ir turinčiu praktinius įgūdžius vertinti rizikos grupei priskirtų naujagimių, kūdikių ir vaikų sveikatą ir raidą, diagnozuoti raidos sutrikimus, interpretuoti šių vaikų vertinimo rezultatus, sudaryti tolesnio stebėjimo ir terapijos planus.
- Slaugytojos, reabilitacijos specialistai, socialiniai darbuotojai, atvejo vadybininkai tiesiogiai dalyvaujantys riziką raidos sutrikimui turinčių naujagimių ir vaikų vertinime ir stebėjime, jų tėvų konsultavime. Deja, bet studijų metais nė viena iš šių darbuotojų grupių neįgyja praktinių įgūdžių ir žinių būtinų riziką raidos sutrikimams turinčių naujagimių raidos ir sveikatos vertinimui ir jų tėvų konsultavimui.

Jei nepasikleis požiūris į šių specialistų rengimą, nebus peržiūrėtos ir pakeistos jų studijų programos, nebus galima tikėtis kokybiškos rizikos grupei priskirtų naujagimių ir vaikų ankstyvo raidos sutrikimų išaiškinimo ir savalaikio gydymo. Siūlomi žingsniai infrastruktūros kūrimui:

- 2.1. Gydytojų raidos pediatrų arba vaikų neurologų turinčių papildomų žinių raidos srityje rengimas;
- 2.2. Slaugytojų rengimo peržiūrėjimas
- 2.3. Į šeimos gydytojų ir visų sričių vaikų ligų gydytojų studijų programas įtraukiama daugiau kreditų skirtų vaikų normaliai ir sutrikusiai raidai studijuoti.
- 2.4. Vaikų kineziterapeutų, logopedų, psichologų, ergoterapeutų rengimas.

Specialistų komandų sudėtis.

1. Neonatologijos skyrius
 - 1.1. Gydytojas neonatologas
 - 1.2. Slaugytoja
 - 1.3. Esant reikalui, vertinimui ir/ar konsultacijai kviečiami kiti raidos specialistai dirbantys susijusiame regioniniame ar universitetiniame raidos centre.
2. Šeimos gydytojo tarnyboje:
 - 2.1. Šeimos gydytojas
 - 2.2. Slaugytoja
3. Regioniniame raidos centre turėtų dirbti šie specialistai:
 - 3.1. vaikų neurologas,
 - 3.2. raidos pediatras,
 - 3.3. medicinos psichologas,
 - 3.4. klinikinis logopedas,
 - 3.5. kineziterapeutas,
 - 3.6. ergoterapeutas,
 - 3.7. socialinis darbuotojas,
 - 3.8. slaugytoja,
 - 3.9. atvejo vadybininkas.
 - 3.10. kiti specialistai (vaikų psichiatras, vaikų ortopedas, dietologas, pediatras) - pagal poreikį.
 - 3.11. sudarant individualius vaiko poreikius atitinkančią specialistų komandą, pasirenkami tie specialistai, kurių reikia vaiko klinikinėms problemoms spręsti.
 - 3.12. specialistų komandai vadovauja vaikų neurologas arba raidos pediatras.
4. Universitetiniame raidos centre turėtų dirbti šie specialistai:
 - 4.1. vaikų neurologas,
 - 4.2. raidos pediatras,
 - 4.3. medicinos psichologas,
 - 4.4. klinikinis logopedas,

- 4.5. kineziterapeutas,
- 4.6. ergoterapeutas,
- 4.7. socialinis darbuotojas,
- 4.8. slaugytoja,
- 4.9. atvejo vadybininkas.
- 4.10. kiti specialistai (vaikų psichiatras, vaikų ortopedas, dietologas, visų sričių vaikų gydytojai, vaikų neurochirurgas, genetikas)- pagal poreikį.
- 4.11. turi būti galimybė atlikti kvalifikuotus GSUT, MRT ir kitus reikiamus tyrimus.
- 4.12. sudarant individualius vaiko poreikius atitinkančią specialistų komandą, pasirenkami tie specialistai, kurių reikia vaiko klinikinėms problemoms spręsti.
- 4.13. Specialistų komandai vadovauja gydytojas vaikų neurologas.

Sveikatos priežiūros įstaigos pasirengimas vykdyti riziką raidos ir sveikatos sutrikimui turinčių naujagimių, kūdikių ir vaikų stebėsenai

Regioninis raidos centras

1. Personalas:
 - 1.1. Vaikų neurologas, kineziterapeutas, klinikinis logopedas, medicinos psichologas, ergoterapeutas, slaugytoja, socialinis darbuotojas, pediatras. Prieš pradėdami dalyvauti naujagimių stebėjimo programoje, visi šiame punkte išvardinti specialistai turi turėti bent 3 m. darbo raidos tarnyboje patirtį.
 - 1.2. Atvejo vadybininkas,
 - 1.3. Galimybė konsultuoti neonatologui, vaikų ortopedui ir vaikų ir paauglių psichiatrui.
2. Būtinai turėti priemonės:
 - 2.1. Testai: Amžiaus ir raidos tarpsnių klausimynas (ASQ), Galių ir sunkumų klausimynas (SDQ), verbaliniai ir neverbaliniai intelekto testai.
 - 2.1.1. Galių ir sunkumų klausimyno (SDQ) lietuvišką versiją 2-4 m. vaikų tėvams galima rasti adresu: www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Lithuanian
 - 2.1.2. Klausimynas PSO-5 (geros savijautos rodiklis) motinos psichologinei būklei vertinti (27).
 - 2.2. Ūgio ir svorio matuoklės, centimetrinė juostelė, AKS matavimo prietaisas.
3. Rizikos grupės naujagimių/vaikų raidos vertinimo programoje dalyvaujančių specialistų kompetencijos:
 - 3.1.1. Bent vienas vaikų neurologas arba kineziterapeutas baigęs kūdikių vertinimo Hammersmith kūdikių neurologinio ištyrimo (HINE) (priedas Nr. 5) metodu mokymus.
4. Privalomų teikti sveikatos priežiūros paslaugų ir procedūrų sąrašas:
 - 4.1. Vertinti ir interpretuoti vertinimų rezultatus testais ASQ, SDQ, HINE.

- 4.2. Intelektu vertinimas verbaliniais ir neverbaliniais testais
- 4.3. Autizmo diagnostika skringo ir diagnostiniais testais (M-CHAT, ADOS) Neurologinis kūdikių ir vaikų iki 4 m. vertinimas
- 4.4. Kūdikių ir vaikų iki 4 m. stambiosios motorikos vertinimas
- 4.5. Kūdikių ir vaikų iki 4 m. smulkiosios motorikos vertinimas
- 4.6. Kūdikių ir vaikų iki 4 m. savarankiškumo vertinimas
- 4.7. Kūdikių ir vaikų iki 4 m. kalbos ir komunikacijos vertinimas
- 4.8. Kūdikių ir vaikų iki 4 m. kognityvinių funkcijų vertinimas
- 4.9. Kūdikių ir vaikų iki 4 m. mitybos sutrikimų vertinimas.
5. Privalomos turėti patalpos ir kitos priemonės:
 - 5.1. Gydytojo kabinetas, kuriame būtų vaiko amžių atitinkantys žaislai, kūdikio ir vaiko apžiūros stalas, kineziterapinis kilimėlis, centimetrinė juostelė, svarstyklės ir ūgio matuoklė, neurologinis plaktukas, kompiuteris;
 - 5.2. Kineziterapijos kabinetas, kuriame būtų vaiko amžių atitinkantys žaislai, kūdikio ir vaiko apžiūros stalas, kineziterapinis kilimėlis, centimetrinė juostelė, kompiuteris.
 - 5.3. Ergoterapijos kabinetas, kuriame būtų vaiko amžių atitinkantys žaislai, kūdikio apžiūros stalas, kineziterapinis kilimėlis, vaiko amžių atitinkanti kėdė, kompiuteris.
 - 5.4. Logopedo kabinetas, kuriame būtų vaiko amžių atitinkantys žaislai, kūdikio apžiūros stalas, kineziterapinis kilimėlis, vaiko amžių atitinkanti kėdė, maitinimo kėdutė, kompiuteris.
 - 5.5. Psichologo kabinetas, kuriame būtų vaiko amžių atitinkantys žaislai, kūdikio apžiūros stalas, kineziterapinis kilimėlis, vaiko amžių atitinkanti kėdė, kompiuteris.
 - 5.6. Slaugytojos ir socialinio darbuotojo kabinetai, kuriuose būtų vaiko amžių atitinkantys žaislai, kūdikio apžiūros stalas, kineziterapinis kilimėlis, kompiuteris.

Universitetinis raidos centras

1. Personalas:
 - 1.1. Vaikų neurologas, kineziterapeutas, klinikinis logopedas, medicinos psichologas, ergoterapeutas, slaugytoja, socialinis darbuotojas, neonatologas, pediatras. Prieš pradėdami dalyvauti naujagimių stebėjimo programoje, visi šiame punkte išvardinti specialistai turi turėti bent 3 m. darbo raidos tarnyboje patirtį.
 - 1.2. Atvejo vadybininkas,
 - 1.3. Galimybė konsultuoti neonatologui, odontologui, vaikų ortopedui, vaikų neurochirurgui, genetikui, vaikų ir paauglių psichiatrai ir kitiems vaikų ligų specialistams.
2. Būtinai turėti priemonės:
 - 2.1. Testai: Amžiaus ir raidos tarpsnių klausimynas (ASQ), Kūdikių ir vaikų raidos skalė Bayley – III (BSID – III), Galių ir sunkumų klausimynas (SDQ), Wechsler ikimokyklinio amžiaus vaikų intelekto skalė (WPPSI –IV), Leiter -2 ar kitas neverbalinis intelekto vertinimo testas.

- 2.1.1. Galių ir sunkumų klausimyno (SDQ) lietuvišką versiją skirtą 2-4 m. vaikų tėvams galima rasti adresu: www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Lithuanian
- 2.1.2. Klausimynas PSO-5 (geros savijautos rodiklis) motinos psichologinei būklei vertinti (27).
- 2.2. Ūgio ir svorio matuoklės (neįgaliems vaikams – gulint arba sėdint), kaliperis odos raukšlei vertinti, centimetrinė juostelė, AKS matavimo prietaisas.
- 2.3. Ultragarso aparatas su antgaliu galvos smegenų apžiūrai.
3. Rizikos grupės naujagimių/vaikų raidos vertinimo programoje dalyvaujančių specialistų kompetencijos:
 - 3.1.1. Vaikų neurologai ir kineziterapeutai baigę kūdikių vertinimo mokymus “Hammersmith kūdikių neurologinis ištyrimas (HINE)” (priedas Nr. 5).
 - 3.1.2. Kineziterapeutai baigę bendrųjų spontaninių judesių vertinimo mokymus.
4. Privalomų teikti sveikatos priežiūros paslaugų ir procedūrų sąrašas:
 - 4.1. Vertinti ir interpretuoti vertinimų rezultatus testais ASQ, SDQ, HINE.
 - 4.2. Bendrųjų spontaninių judesių vertinimas
 - 4.3. Intelektu vertinimas verbaliniais ir neverbaliniais testais
 - 4.4. Autizmo diagnostika skringo ir diagnostiniais testais (M-CHAT, ADOS)
 - 4.5. Neurologinis kūdikių ir vaikų iki 4 m. vertinimas
 - 4.6. Kūdikių ir vaikų iki 4 m. stambiosios motorikos vertinimas
 - 4.7. Kūdikių ir vaikų iki 4 m. smulkiosios motorikos vertinimas
 - 4.8. Kūdikių ir vaikų iki 4 m. savarankiškumo vertinimas
 - 4.9. Kūdikių ir vaikų iki 4 m. kalbos ir komunikacijos vertinimas
 - 4.10. Kūdikių ir vaikų iki 4 m. kognityvinių funkcijų vertinimas
 - 4.11. Kūdikių ir vaikų iki 4 m. mitybos sutrikimų vertinimas.
5. Privalomos turėti patalpos ir kitos priemonės:
 - 5.1. Bent 2 gydytojo kabinetai, kuriuose būtų vaiko amžių atitinkantys žaislai, kūdikio ir vaiko apžiūros stalas, kineziterapinis kilimėlis, centimetrinė juostelė, svarstyklės ir ūgio matuoklė, neurologinis plaktukas, kompiuteris;
 - 5.2. Kineziterapijos kabinetas, kuriame būtų vaiko amžių atitinkantys žaislai, kūdikio ir vaiko apžiūros stalas, kineziterapinis kilimėlis, centimetrinė juostelė, kompiuteris.
 - 5.3. Ergoterapijos kabinetas, kuriame būtų vaiko amžių atitinkantys žaislai, kūdikio apžiūros stalas, kineziterapinis kilimėlis, vaiko amžių atitinkanti kėdė, kompiuteris.
 - 5.4. Logopedo kabinetas, kuriame būtų vaiko amžių atitinkantys žaislai, kūdikio apžiūros stalas, kineziterapinis kilimėlis, vaiko amžių atitinkanti kėdė, maitinimo kėdutė, kompiuteris.
 - 5.5. Psichologo kabinetas, kuriame būtų vaiko amžių atitinkantys žaislai, kūdikio apžiūros stalas, kineziterapinis kilimėlis, vaiko amžių atitinkanti kėdė, kompiuteris.
 - 5.6. Slaugytojos ir socialinio darbuotojo kabinetai, kuriuose būtų vaiko amžių atitinkantys žaislai, kūdikio apžiūros stalas, kineziterapinis kilimėlis, kompiuteris.

Indikacijos riziką raidos sutrikimams turinčių naujagimių ir vaikų stebėjimui.

Bendros indikacijos stebėjimui pgl. EFCNI:

- Gestacinis amžius <32+0 sav.
- Gestacinis amžius >32+0 sav. ir naujagimiai turi ar turėjo vieną ar daugiau reikšmingų rizikos veiksnių:
 - Vaizdiniais tyrimais patvirtintas smegenų pažeidimas, kuris greičiausiai sąlygos raidos sutrikimą (pvz. 3 ar 4 laipsnio intraventrikulinės hemoragijos ar cistinė periventrikulinė leukomaliacija);
 - 2 ar 3 laipsnio HIE naujagimystėje;
 - Naujagimių bakterinis ar virusinis meningitas/encefalitas;
 - Žymus vaisiaus augimo sutrikimas;
 - Žinomos didelės socialinės ar šeimos problemos, galinčios turėti įtakos vaiko saugumui.

Pagal rizikos sunkumą naujagimiai skiriami į 3 rizikos grupes Lentelė Nr. 2.

Lentelė Nr. 2

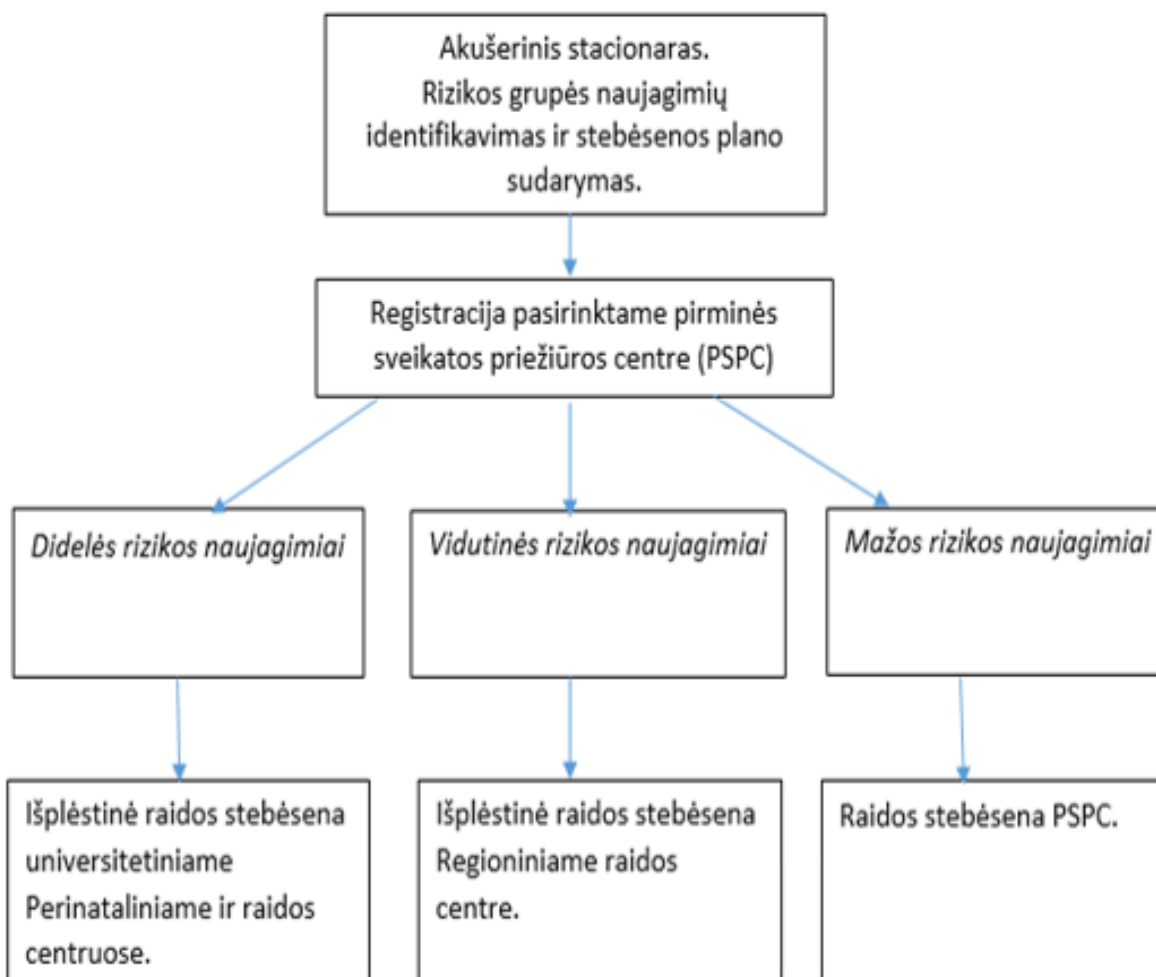
Naujagimių stebėjimo suskirstymas pagal rizikos sunkumą

Didelės rizikos	Vidutinės rizikos	Mažos rizikos
<ul style="list-style-type: none"> • Gestacinis amžius <32+0 sav. 	<ul style="list-style-type: none"> • <1500g • Gestacinis amžius 33 – <37+0 sav. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestacinis amžius >37 sav. • Gimimo svoris <2500 g. • Daugiavaisis nėštumas • MGA, DGA
<p>ARBA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestacinis amžius >32+0 sav. <p>IR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaizdiniais tyrimais patvirtintas smegenų pažeidimas, kuris greičiausiai sąlygos raidos sutrikimą (pvz. 3 ar 4 laipsnio intraventrikulinės hemoragijos ar cistinė periventrikulinė leukomaliacija); • 2 ar 3 laipsnio HIE 	<ul style="list-style-type: none"> • II° IVH • II stadija HIE • Gaivinti po gimimo 	<ul style="list-style-type: none"> • I° IVH • I stadija HIE

naujagimystėje; • Naujagimių bakterinis ar virusinis meningitas/encefalitas; • Žymus vaisiaus augimo sutrikimas; • Žinomos didelės socialinės ar šeimos problemos, galinčios turėti įtakos vaiko saugumui. •		
--	--	--

Rizikos grupei priskirtų naujagimių ir vaikų stebėjimo schema (1 paveikslas).

1. Informaciją apie naujagimį šeimos gydytojo tarnybai perduoda tėvai. Esant socialinės rizikos veiksniams ir rizikai, kad tėvai laiku neužregistruos naujagimio PSPC, informaciją apie naujagimį šeimos gydytojo tarnybai, kuri vykdė mamos sveikatos priežiūrą (prie kurios mama yra prisirašiusi) perduoda gydymo įstaigos socialinė tarnyba.
2. Už tolimesnį rizikos grupės naujagimio nukreipimą į regioninį ar universitetinį raidos centrą atsakingas šeimos gydytojas.
3. Visų vaikų skiepėjimus ir įprastinę priežiūrą atlieka šeimos gydytojo tarnyba.
4. Vaikai, turintys vidutinę ar sunkią riziką raidos sutrikimui stebimi daugiadalykės specialistų komandos. Daugiadalykės specialistų komandos sudėtis skiriasi priklausomai nuo vaiko amžiaus, raidos sutrikimo rizikos dydžio ir paslaugų teikimo vietos.
5. Stebėjimo metu nustatčius/įtarus raidos sutrikimą, mažos ir vidutinės rizikos vaikas nukreipiamas į regioninį raidos centrą, didelės rizikos – į universitetinį raidos centrą.
6. Patvirtinus raidos sutrikimą, toliau vaikas stebimas pagal tam raidos sutrikimui patvirtintą stebėjimo planą.
7. Kiekvieno apsilankymo pas šeimos gydytoją ar raidos centre raidos vertinimui metu, būtina atlikti antropometrinius matavimus (pasverti, išmatuoti ūgį ir galvos apimtį), išmatuoti AKS.
8. Nepriklausomai nuo rizikos laipsnio, visų vaikų raida turi būti išsamiai įvertinta 12 mėn. ir prieš pradėdant lankyti mokyklą regioniniame ar universitetiniame centre (priklausomai nuo rizikos laipsnio).



1 paveikslas. Išplėstinės stebėsenos taikymo algoritmas.

Mažos rizikos grupės naujagimių stebėjimas:

1. Atliekamas šeimos gydytojo tarnyboje;
2. Raidos stebėjimas atliekamas vadovaujantis profilaktinius sveikatos tikrinimus reglamentuojančiu teisės aktu (2000-05-31 SAM įsakymas Nr. 301);
3. Pirminį raidos skriningą atlieka ir šeimos pasirengimą priimti naujagimį namuose vertina atitinkamus mokymus baigusi slaugytoja. Vizitas atliekamas taip, kaip numatyta 2000-05-31 SAM įsakymu Nr. 301. Motinos psichologinei būklei vertinti užpildomas klausimynas PSO-5 (geros savijautos rodiklis).

4. Vėlesnius raidos skriningus (pvz. ASQ) (28) taip pat atlieka atitinkamus mokymus baigusi slaugytoja. Skriningų rezultatai pateikiami šeimos gydytojui arba PSPC dirbančiam pediatrai. Kūdikį apžiūri šeimos gydytojas arba PSPC dirbantis pediatras. PSO-5 testas kartojamas atvykus į PSPC, praleidus 1 mėn. namuose su kūdikiu.
5. Pastebėjus ar įtarus raidos vėlavimą/sutrikimą, kūdikis nukreipiamas į regioninį raidos centrą raidos vertinimui/tolimesniam stebėjimui.

Vidutinės rizikos grupės naujagimių stebėjimas

1. Atliekamas regioniniame raidos centre. Naujagimį į regioninį raidos centrą nukreipia šeimos gydytojas elektroninėmis ryšio priemonėmis pateikdamas visą su naujagimio sveikata susijusią informaciją.
2. Regioniniame raidos centre sudaroma individuali specialistų komanda, jei reikia - koreguojamas vaiko stebėjimo planas.
3. Kiekvieno apsilankymo metu būtina atlikti antropometrinius galvos apimties, ūgio ir svorio matavimus, aptarti miego, valgymo, elgesio, žaidimų, laiko leidžiamo prie ekrano ypatumus, savarankiškumo, burnos ir bendrosios higienos, kitus tėvams aktualius klausimus.
4. 3-5 mėn. ir 12 mėn. kūdikį vertina vaikų neurologas taikydamas HINE (29, 30) vertinimo skalę ir kitus jo kompetencijai priskiriamus vertinimus. Psichologas, logopedas, kineziterapeutas vertina vaiko raidą naudodamiesi atitinkamomis Bayley testo skalėmis bei atlikdami kitus jų kompetencijai priskiriamus vertinimus. Konsultacijos ir vertinimai vyksta tiesioginio kontakto būdu.
5. 24 mėn. vaiką vertina vaikų neurologas taikydamas HINE vertinimo skalę ir kitus jo kompetencijai priskiriamus vertinimus. Psichologas, logopedas, kineziterapeutas vertina vaiko raidą naudodamiesi atitinkamomis Bayley testo skalėmis bei atlikdami kitus jų kompetencijai priskiriamus vertinimus. Psichologas atlieka vaiko elgesio ir emocijų vertinimą SDQ testu.
6. Vaikui sulaukus 36 mėn., vaiką regioniniame raidos centre kuriojantis pediatras arba vaikų neurologas skambina jo tėvams ar globėjams ir išsiaiškina, ar vaikas turi kokių raidos problemų, o tėvai ar turi kokių nors skundų. Esant reikalui, organizuojama tiesioginė konsultacija į kurią įtraukiami reikiami specialistai ir atliekami reikiami raidos vertinimai. Pokalbio metu itin daug dėmesio skiriama vaiko kalbai, elgesio problemoms, laikui leidžiamam prie ekrano, valgymui, darželio lankymui ir kitiems tėvams aktualiems klausimams.
7. 48 mėn. vaikui atliekami SDQ ir ASQ testai. Konsultacijos vyksta tiesioginio kontakto būdu, daug dėmesio skiriama vaiko kalbai, elgesio problemoms, laikui leidžiamam prie ekrano, valgymui ir kitiems tėvams aktualiems klausimams. Tėvams sutikus, į šio vertinimo rezultatų aptarimą gali būti kviečiami darželio, kurį lanko vaikas, atstovai (tiesiogiai dirbantys su vaiku).
8. Kiti testai/vertinimai, specialistų konsultacijos skiriami pagal poreikį.

9. Vertinimų rezultatai aptariami specialistų komandos pasitarime dalyvaujant vaiką vertinusiems specialistams, atvejo vadybininkui ir bent vienam iš tėvų. Tėvams sutikus, į vertinimo rezultatų aptarimą gali būti kviečiami darželio, kurį lanko vaikas, atstovai (tiesiogiai dirbantys su vaiku).
10. Bet kuriame amžiuje diagnozavus raidos sutrikimą/ligą (pvz.: cerebrinį paralyžių) toliau vaikas stebimas ir gydomas pagal tos ligos protokolą.
11. Bet kuriame amžiuje nustatčius/įtarus raidos sutrikimą kurio diagnostikos, terapijos ir/ar stebėjimo galimybės viršija regioninio centro kompetencijas, vaikas nukreipiamas į Universitetinį raidos centrą.
12. Prieš kiekvieną vaiko apsilankymą Regioniniame raidos centre, šeimos gydytojas pateikia Regioninio raidos centro specialistams (elektroniniu būdu) vaiko raidos vertinimus ASQ testu (31).
13. Atvejo vadybininkas pasirūpina dokumentacijos sutvarkymu, tolimesnių vaiko apsilankymų planavimu ir organizavimu, sekančių raidos vertinimų priminimu vaiko tėvams.
14. Regioniniame raidos centre turėtų dirbti šie specialistai: vaikų neurologas, raidos pediatras, medicinos psichologas, klinikinis logopedas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, socialinis darbuotojas, slaugytoja, atvejo vadybininkas. Kiti specialistai (vaikų psichiatras, vaikų ortopedas, dietologas, pediatras) - pagal poreikį. Sudarant individualius vaiko poreikius atitinkančią specialistų komandą, pasirenkami tie specialistai, kurių reikia vaiko klinikinėms problemoms spręsti. Specialistų komandai vadovauja vaikų neurologas arba raidos pediatras.

Didelės rizikos grupės naujagimių stebėjimas

1. Pirmą mėnesį naujagimis yra stebimas perinatologijos centre. Naujagimį į Perinatologijos centrą nukreipia šeimos gydytojas elektroninėmis ryšio priemonėmis pateikdamas visą su naujagimio sveikata susijusią informaciją.
2. Tolesnis stebėjimas atliekamas Universitetiniame raidos centre. Naujagimį į Universitetinį raidos centrą nukreipia šeimos gydytojas elektroninėmis ryšio priemonėmis pateikdamas visą su naujagimio sveikata susijusią informaciją.
3. Universitetiniame raidos centre sudaroma individuali specialistų komanda, jei reikia - koreguojamas vaiko stebėjimo planas.
4. Kiekvieno apsilankymo metu būtina atlikti antropometrinius galvos apimties, ūgio ir svorio matavimus, aptarti miego, valgymo, elgesio, žaidimų, laiko leidžiamo prie ekrano ypatumus, savarankiškumo, burnos ir bendrosios higienos, kitus tėvams aktualius klausimus.
5. 3-5 mėn. kūdikį vertina vaikų neurologas taikydamas HINE vertinimo skalę ir kitus jo kompetencijai priskiriamus vertinimus. Kineziterapeutas vertina ir analizuoja BSJ.(32, 33). Psichologas, logopedas, kineziterapeutas vertina vaiko raidą naudodamiesi atitinkamomis Bayley testo skalėmis bei atlikdami kitus jų kompetencijai priskiriamus vertinimus. Kūdikis nukreipiamas klausos ir regos tyrimui (nukreipia šeimos gydytojas

- prieš vaikui vykstant raidos vertinimui). Esant įtarimui dėl cerebrinio paralyžiaus, vaikas nukreipiamas atlikti branduolių magnetinio rezonanso tyrimui. Kitais atvejais – atliekamas GSUT. Konsultacijos ir vertinimai vyksta tiesioginio kontakto būdu.
6. 12 mėn. kūdikį vertina vaikų neurologas taikydamas HINE vertinimo skalę ir kitus jo kompetencijai priskiriamus vertinimus. Psichologas, logopedas, kineziterapeutas vertina vaiko raidą naudodamiesi atitinkamomis Bayley testo skalėmis bei atlikdami kitus jų kompetencijai priskiriamus vertinimus.
 7. 24 mėn. vaiką vertina vaikų neurologas taikydamas HINE vertinimo skalę ir kitus jo kompetencijai priskiriamus vertinimus. Psichologas, logopedas, kineziterapeutas vertina vaiko raidą naudodamiesi atitinkamomis Bayley testo skalėmis bei atlikdami kitus jų kompetencijai priskiriamus vertinimus. Psichologas atlieka vaiko elgesio ir emocijų vertinimą SDQ testu.
 8. Vaikui sulaukus 36 mėn., universitetiniame raidos centre neurologas jam atlieka įprastinį neurologinį vertinimą. Pokalbio su tėvais metu metu itin daug dėmesio skiriama vaiko kalbai, elgesio problemoms, laikui leidžiamam prie ekrano, valgymui, darželio lankymui ir kitiems tėvams aktualiems klausimams. Psichologas atlieka vaiko elgesio ir emocijų vertinimą SDQ testu. Kartojamas regos tyrimas. Regos tyrimui vaiką nukreipia šeimos gydytojas prieš vykstant raidos vertinimui į universitetinį raidos centrą.
 9. 48 mėn. vaikui atliekami SDQ ir A&SQ testai. Konsultacijos vyksta tiesioginio kontakto būdu, daug dėmesio skiriama vaiko kalbai, elgesio problemoms, laikui leidžiamam prie ekrano, valgymui ir kitiems tėvams aktualiems klausimams. Tėvams sutikus, į šio vertinimo rezultatų aptarimą gali būti kviečiami darželio, kurį lanko vaikas, atstovai (tiesiogiai dirbantys su vaiku). Psichologas atlieka intelekto vertinimą Leiter/WPPSI, testu.
 10. Kiti testai/vertinimai, specialistų konsultacijos skiriami pagal poreikį.
 11. Vertinimų rezultatai aptariami specialistų komandos pasitarime dalyvaujant vaiką vertinusiems specialistams, atvejo vadybininkui ir bent vienam iš tėvų. Tėvams sutikus, į vertinimo rezultatų aptarimą gali būti kviečiami darželio, kurį lanko vaikas, atstovai (tiesiogiai dirbantys su vaiku).
 12. Bet kuriame amžiuje diagnozavus raidos sutrikimą/ligą (pvz.: cerebrinį paralyžių) toliau vaikas stebimas ir gydomas pagal tos ligos protokolą.
 13. Prieš kiekvieną vaiko apsilankymą Universitetiniame raidos centre šeimos gydytojas pateikia Universitetinio raidos centro specialistams (elektroniniu būdu) vaiko raidos vertinimus A&SQ testu.
 14. Komandoje turi būti atvejo vadybininkas. Atvejo vadybininko funkcija – koordinuoti vaikui teikiamas ASP (komandos narių, kitų sveikatos priežiūros specialistų) paslaugas ir sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą su kitose sistemose (švietimo, socialinės apsaugos) dirbančiais specialistais. Atvejo vadybininkas pasirūpina dokumentacijos sutvarkymu, tolimesnių vaiko apsilankymų planavimu ir organizavimu, sekančių raidos vertinimų priminimu vaiko tėvams.

Lentelė Nr. 2

Rizikos grupės vaikų vertinimų ir rekomenduojamų naudoti testų išdėstymas pagal amžių

Amžius	Didelės rizikos vaikai		Vidutinės rizikos vaikai		Mažos rizikos vaikai	
1 mėn. (neišnešioti ems KA)	Sveikatos ir raidos vertinimas Perinataliniame centre	Profilaktiniai sveikatos tikrinimai ir vakcinacija PSPC kaip numatyta SAM 2000-05-31 įsakymu Nr. 301		Profilaktiniai sveikatos tikrinimai ir vakcinacija PSPC kaip numatyta SAM 2000- 05-31 įsakymu Nr. 301	Profilaktiniai sveikatos tikrinimai ir vakcinacija PSPC kaip numatyta SAM 2000-05-31 įsakymu Nr. 301	
3-5 mėn. (neišnešioti ems KA).	BSJ, HINE. MRT, klausos ir regos tyrimas		HINE klausos ir regos tyrimas			
12 mėn. (neišnešioti ems KA)	HINE		HINE			HINE, klausos ir regos tyrimas
18 mėn. (neišnešioti ems KA)	M-CHAT (tėvai g.b. apklausiami nuotoliniu būdu)		M-CHAT (tėvai g.b. apklausiami nuotoliniu būdu)			
24 mėn. (neišnešioti ems KA)	HINE, SDQ, M- CHAT Kalbos raidos tyrimas		HINE, SDQ, M- CHAT Kalbos raidos tyrimas			
36 mėn.	SDQ, regos tyrimas		Nuotolinė konsultacija			
48 mėn.	A&SQ, Leiter/WPPSI- IV, SDQ		SDQ, A&SQ			

Prieš pradedant lankyti mokyklą	Klausos ir regos tyrimas Kalbos raidos tyrimas <i>IQ tyrimas</i> <i>Leiter-R/WISC</i>		Klausos ir regos tyrimas Kalbos raidos tyrimas <i>IQ tyrimas</i> <i>Leiter-R/WISC</i>		Klausos ir regos tyrimas Kalbos raidos tyrimas <i>IQ tyrimas</i> <i>Leiter-R/WISC</i>
---------------------------------	--	--	--	--	--

Pastabos:

Visų tiesioginių konsultacijų metu vaiką apžiūri vaikų neurologas, kineziterapeutas, logopedas, psichologas. Nuo 24 mėn. – ir ergoterapeutas.

Neišnešiotiems naujagimiams iki 24 mėn. imtinai, amžius yra koreguojamas.

- 15 Universitetiniame raidos centre turėtų dirbti šie specialistai: vaikų neurologas, raidos pediatras, medicinos psichologas, klinikinis logopedas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, socialinis darbuotojas, slaugytoja, atvejo vadybininkas. Kiti specialistai (vaikų psichiatras, vaikų ortopedas, dietologas, visų sričių vaikų gydytojai, vaikų neurochirurgas, genetikas)- pagal poreikį. Turi būti galimybė atlikti kvalifikuotus GSUT, MRT ir kitus reikiamus tyrimus. Sudarant individualius vaiko poreikius atitinkančią specialistų komandą, pasirenkami tie specialistai, kurių reikia vaiko klinikinėms problemoms spręsti. Specialistų komandai vadovauja vaikų neurologas arba raidos pediatras.
- 16 Vaiko raidos vertinimų aptarimuose pirmais ir antrais vaiko gyvenimo metais kviečiamas dalyvauti neonatologas.
- 17 Komanda turi turėti galimybę konsultuotis su vaikų psichiatru, neurochirurgu, radiologu, dietologu, endokrinologu, oftalmologu, otorinolaringologu, ortopedu, burnos higienistu, socialiniu darbuotoju, šeimos gydytoju.

Paslaugų kokybės standartai ir kriterijai

Paslaugų kokybės standartai ir kriterijai, jų apskaičiavimo metodika aprašyta metodiniame dokumente „Riziką raidos sutrikimams turinčių naujagimių raidos stebėsenos kokybės kriterijai ir jų vertinimas,.. Jų tikslas:

- Siekti sėkmingesnės naujagimių, kūdikių ir vaikų iki 4 m. raidos
- Geresnio pasirengimo ugdymo įstaigai
- Identifikuoti vaiko specialiuosius poreikius
- Identifikuoti raidos sutrikimus ir negalias
- Padėti ir patarti tėvams ir globėjams
- Siekti didesnio tėvų ir globėjų pasitenkinimo paslaugomis
- Pagerinti visos šeimos gyvenimo kokybę.

ASP paslaugų kokybės kriterijai turi apimti 6 pagrindines sritis:

- **Saugumas:** svarbiausia – nepakenkti;
- **Efektyvumas:** paslaugos turi remtis ir būti įrodytos mokslu;
- **Paslaugos nukreiptos į pacientą** ir jo poreikius, vertybes ir užtikrinančios, kad į paciento vertybes atsižvelgiama priimant bet kokį klinikinį sprendimą;
- **Savalaikiškumas:** mažinti paslaugos laukimo laiką ir uždelstą paslaugos suteikimą
- **Veiksmingumas:** vengti švaistymo (resursų, priemonių, žmonių, idėjų, energijos)
- **Lygiateisiškumas:** teikti tokios pačios kokybės paslaugas nepriklausomai nuo asmeninių savybių: lyties, tautybės, rasės ir socio-ekonominės padėties

Siūlomi paslaugų standartai ir kriterijai:

I. Standartas. Tėvai-globėjai pasirengę išvykti namo iš ligoninės su rizikos grupei priskirtu naujagimiu/kūdikiu.

Kriterijai

- 1.1. Tėvai supažindinti su rizikomis vaiko raidai ir sveikatai. Tėvams įteikta informacinė rašytinė medžiaga, praversti mokymai.
- 1.2. Tėvai yra pasirašę pasirengimo išvykti namo planą
- 1.3. Tėvai apmokyti naujagimio-kūdikio maudymo, maitinimo ir kitų rizikos grupei priskiriamo naujagimio-kūdikio auginimo ypatumų
- 1.4. Tėvams suteikta informacija apie tai, kur kreiptis I-ą kūdikio gyvenimo namuose mėnesį iškilus problemoms ar klausimams (telefonai, adresai)
- 1.5. Išvykstant namo iš ligoninės, tėvams-globėjams parengtas ir įduotas į rankas tolesnio kūdikio raidos-sveikatos stebėjimo 1-ais gyvenimo metais planas.

II. Standartas. Rizikos grupės naujagimiui/kūdikiui išvykstant namo iš ligoninės, atlikti visi veikiančiuose teisės aktuose numatyti profilaktiniai sveikatos tikrinimai, skiepai ir kt. procedūros.

Kriterijai

- 2.1. Atlikti skiepai numatyti tuo metu veikiančiuose teisės aktuose (41, 42)
- 2.2. Naujagimių patikra dėl įgimtų medžiagų apykaitos ligų (39)
- 2.3. Patikra dėl kritinių įgimtų širdies ydų (40)
- 2.4. Visuotinis naujagimių klausos tikrinimas OAE metodu (38)
- 2.5. Akių dugno raudono reflekso tyrimas (37)
- 2.6. Patikra dėl neišnešiotų naujagimių retinopatijos (34, 35, 37)
- 2.7. Neurologinis naujagimio ištyrimas (35)

2.8.Vaizdiniai radiologiniai tyrimai (GSUT arba MRT) (35)

III. Standartas. Rizikos grupės naujagimiui ir jo mamai užtikrinta pirminė sveikatos priežiūra

Kriterijai:

- 3.1.Naujagimis priregistruotas PSpC prieš jam išvykstant iš ligoninės.
- 3.2.Šeima aplankyta gydytojo ir/arba slaugytojos, kaip tai numato veikiančios teisės aktai (11).
- 3.3.Mamos psichinė būklė įvertinta klausimynu PSO-5 (27).
 - 3.3.1. Sugrįžus iš ligoninės, pirmo gydytojo/slaugytojos apsilankymo namuose metu;
 - 3.3.2. Praėjus 2 mėn. po sugrįžimo namo iš stacionaro.
- 3.4.Šeima pasirengusi auginti rizikos grupei priskirtą kūdikį, turi vaiko raidos ir sveikatos stebėjimo planą bei yra pasirengusi jį įgyvendinti

IV. Standartas. Šeima pasirengusi tolimesniam vaiko raidos ir sveikatos stebėjimui

Kriterijai

- 4.1.Šeimai išrašytas ŠG siuntimas į regioninį/universitetinį raidos centrą raidos ir sveikatos stebėjimui
- 4.2.Šeimos registracija regioniniame/universitetiniame raidos centre raidos ir sveikatos stebėjimui
- 4.3.Šeimos apsilankymų skaičius vaiko pirmaisiais gyvenimo metais regioniniame/universitetiniame raidos centre raidos ir sveikatos vertinimui (kiek kartų apsilankė)
- 4.4.Šeimos apsilankymai regioniniame/universitetiniame raidos centre 2, 3, 4 m.

V. Standartas. Personalas pasirengęs stebėti rizikos grupei priskirto naujagimio, kūdikio, vaiko raidą ir sveikatą.

Kriterijai

- 5.1.ŠG, baigusius mokymus apie rizikos grupės naujagimių, kūdikių, vaikų raidos ir sveikatos ypatumus ir stebėjimą, skaičius.
- 5.2.PSpC dirbančiųjų slaugytojų baigusius mokymus apie vaiko raidos vertinimą ASQ santykinis skaičius
- 5.3.Daugiadalykės specialistų komandos sąstatas rizikos grupės naujagimių stebėjimui Regioniniame raidos centre
- 5.4.Daugiadalykės specialistų komandos sąstatas rizikos grupės naujagimių stebėjimui Universitetiniame raidos centre

5.5. Daugiadalykės specialistų komandos narių, baigusių mokymus apie rizikos grupei priskirtų naujagimių, kūdikių, vaikų raidos ir sveikatos ypatumus ir stebėjimą.

Literatūros sąrašas

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose (Suvestinė redakcija nuo 2021-11-17)
2. Lietuvos statistikos departamento duomenys. <https://osp.stat.gov.lt/gyventojai>
3. Doyle LW, Anderson PJ, Battin M et al. Long term follow up of high risk children: who, why and how? *BMC Pediatr.* 2014 Nov 17;14:279. doi: 10.1186/1471-2431-14-279. PMID: 25399544; PMCID: PMC4289257.
- 4.¹ Altimier L., Phillips R. The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care, *Newborn and Infant Nursing Reviews*, Volume 16, Issue 4, 2016, Pages 230-244, ISSN 1527-3369, <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>.
5. Kuppala VS, Tabangin M, Haberman B, Steichen J, Yolton K. Current state of high risk infant follow-up care in the United States: Results of a national survey of academic follow-up programs. *J Perinatol* 2012;32(4):293–8
6. Bockli K, Andrews B, Pellerite M, Meadow W. Trends and challenges in United States neonatal intensive care units follow-up clinics. *J Perinatol* 2014;34(1):71–4
7. Platt MJ. Outcomes in preterm infants. *Public Health.* 2014 May;128(5):399-403.
8. The European Standards of Care for Newborn Health (ESCNH)
9. Vermont Oxford Network <https://public.vtoxford.org/>
10. EuroNeoNet https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/20123305/20123305_d05-00_en_ps_results_euroneonet.pdf
11. Vohr BR., O'Shea M., Wright LL. Longitudinal multicenter follow-up of high risk infants: why, who when and what to assess. *Semin. Perinatol.* 2003 Aug; 27(4): 333-42.
12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017) Developmental follow-up of children and young people born preterm. NICE guideline 72.
13. Adams, M., Borradori-Tolsa, C. Bickle Graz M. et al. "Follow-up Assessment of High-Risk Newborns in Switzerland. Recommendations of the Swiss Society of Neonatology, the Swiss

Society of Developmental Pediatrics and the Swiss Society of Neuropediatrics.” *Paediatrica* 25 (November 29, 2014): 6–10.

14. Mckinnon K, Huertas-Ceballos A. *ArchDis Child Educ Pract Ed* 2019;104:221–223.
15. Chisholm P., Arasu A., Huertas-Ceballos A. et al. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2017; 102: F558-F559
16. Litt JS, Edwards EM, Lainwala S, Mercier C, Montgomery A, O'Reilly D, Rhein L, Woythaler M, Hartman T. Optimizing High-risk Infant Follow-up in Nonresearch-based Paradigms: The New England Follow-up Network. *Pediatr Qual Saf.* 2020 May 5;5(3):e287. doi: 10.1097/pq9.0000000000000287. PMID: 32656462; PMCID: PMC7297406.
17. The California Children's Services (CCS) High Risk Infant Follow-Up (HRIF) program (2021). <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/HRIF.aspx>
18. Government of WA Follow-Up Program (last updated 2022). Neonatal Guideline.
19. Government of Western Australia Child and Adolescent Health Service. Neonatal Follow up Program (last updated 2022) <https://cahs.health.wa.gov.au/Our-services/Neonatology/Neonatal-Follow-up-Program>
20. National Perinatal data collection. <https://www.aihw.gov.au/about-our-data/our-data-collections/national-perinatal-data-collection>
21. Australian & New Zealand Neonatal Network (ANZNN). <https://npsu.unsw.edu.au/data-collection/australian-new-zealand-neonatal-network-anznn>
22. Albaghli F, Church P, Ballantyne M, Girardi A, Synnes A. Neonatal follow-up programs in Canada: A national survey. *Paediatr Child Health.* 2019 Nov 29;26(1):e46-e51.
23. <https://cps.ca/en/first-debut>
24. www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/Levels_Neonatal_Followup_Care_NNFU_2017_Nov10.pdf
25. www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/Neonatal_Followup_Patient_Flow_Charts_2017_Apr21.pdf
26. Anderson N., Narvey M., Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Discharge planning of the preterm infant. Position statement. *Paediatr Child Health* 2022 27(2):129
27. LR SAM 2020 m. liepos 31 d. įsak. Nr. V- 1733 „Dėl psichologinės gerovės ir psichikos sveikatos stiprinimo paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“
28. Schonhaut, Luisa, Iván Armijo, Marianne Schönstedt, Jorge Alvarez, and Miguel Cordero. “Validity of the Ages and Stages Questionnaires in Term and Preterm Infants.” *Pediatrics* 131, no. 5 (May 1, 2013): e1468–74. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3313>

29. Romeo, Domenico M., Frances M. Cowan, Leena Haataja, Daniela Ricci, Elisa Pede, Francesca Gallini, Francesco Cota, et al. "Hammersmith Infant Neurological Examination for Infants Born Preterm: Predicting Outcomes Other than Cerebral Palsy." *Developmental Medicine & Child Neurology*, no. n/a. Accessed July 5, 2021. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14768>
30. Romeo DM, Ricci D, Brogna C, Mercuri E. Use of the Hammersmith Infant Neurological Examination in infants with cerebral palsy: a critical review of the literature. *Dev Med Child Neurol*. 2016 Mar;58(3):240-5. doi: 10.1111/dmcn.12876. Epub 2015 Aug 25. PMID: 26306473.
31. Agarwal, Pratibha K., Luming Shi, Lourdes M. Daniel, Phey Hong Yang, Poh Choo Khoo, Bin Huey Quek, Qishi Zheng, and Victor S. Rajadurai. "Prospective Evaluation of the Ages and Stages Questionnaire 3rd Edition in Very-Low-Birthweight Infants." *Developmental Medicine & Child Neurology* 59, no. 5 (2017): 484–89. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13307>
32. Spittle AJ, Doyle LW, Boyd RN: "A systematic review of the clinimetric properties of neuromotor assessments for preterm infants during the first year of life". *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50:254–266 (2008).
33. Novak, Iona, Cathy Morgan, Lars Adde, James Blackman, Roslyn N. Boyd, Janice Brunstrom-Hernandez, Giovanni Cioni, et al. "Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment." *JAMA Pediatrics* 171, no. 9 (September 1, 2017): 897. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1689>.
34. Metodika. Neišnešiotų naujagimių retinopatija. 2014 m.
35. Riziką raidos sutrikimams turinčių naujagimių stebėseną nuo 0 iki 4 m. Metodinis dokumentas, 2022 m.
36. SAM 2000– 05- 31 įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ (Suvestinė redakcija nuo 2021-11-17)
37. SAM 2012-05-28 įsakymas Nr. V-470 „Dėl naujagimių akių tikrinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“
38. SAM 2013-06-11 įsakymas Nr. V-612 „Dėl visuotinio naujagimių klausos tikrinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“
39. SAM 2014-05-22 įsakymas Nr. V-601 „Dėl visuotinio naujagimių tikrinimo dėl įgimtų medžiagų apykaitos ligų tvarkos aprašo patvirtinimo“
40. SAM 2015-07-02 įsakymas Nr. V-824 „Dėl naujagimių tikrinimo dėl kritinių įgimtų širdies ydų tvarkos aprašo patvirtinimo“
41. SAM 2018-08-29 įsak. Nr. V-955 „Dėl Lietuvos respublikos vaikų profilaktinių skiepimų kalendoriaus patvirtinimo“ (Suvestinė redakcija nuo 2022-07-01).

1. SAM 2019-01-28 įsak. Nr. v-115 „Dėl nacionalinės imunoprofilaktikos 2019–2023 metų programos patvirtinimo“ (Suvestinė redakcija nuo 2022-07-01)