



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)**

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

05 НОЯ 2014

№ 15-4/10/1-5853

На № _____ от _____

Министерство труда
и социальной защиты
Российской Федерации

Во исполнение пункта 2 протокола заседания Совета при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере под председательством Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 17 октября 2014 г. № 9 Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет рекомендации для органов государственной власти субъектов Российской Федерации «Профилактика отказов от новорожденных в родильных домах», разработанные специалистами Фонда профилактики социального сиротства, с целью их направления руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере социальной защиты населения для использования в работе по профилактике отказов от новорожденных.

Приложение: на 16 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева





**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

04 СЕН 2014

№

15-4/10/2-6425

На № _____ от _____

Руководителям органов
исполнительной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере здравоохранения

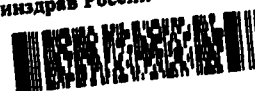
Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет рекомендации для органов государственной власти субъектов Российской Федерации «Профилактика отказов от новорожденных в родильных домах» для использования в работе медицинских организаций, оказывающих помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Приложение: на 15 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева

Е.В. Гусева: 627-24-00 * 1540

Минздрав России



1506725

04.09.14

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРОФИЛАКТИКА ОТКАЗОВ ОТ НОВОРОЖДЕННЫХ
В РОДИЛЬНЫХ ДОМАХ**

**(рекомендации для органов государственной власти
субъектов Российской Федерации)**

МОСКВА, 2014

Авторы:

А.М. Марова – директор Фонда профилактики социального сиротства, президент Ассоциации организаций, работающих в сфере профилактики отказов от новорожденных.

С.П. Борзов – программный директор Фонда профилактики социального сиротства, тренер, врач-психотерапевт.

Эксперты:

Е.Л. Альшанская – президент благотворительного фонда «Волонтеры в помощь детям-сиротам».

Е.Ю. Ключко – заместитель председателя Координационного совета по делам детей-инвалидов и других лиц с ограничением жизнедеятельности.

При участии специалистов Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В рекомендациях представлены цели, задачи, модель работы по профилактике отказов от новорожденных в родильных домах.

Рекомендации предназначены для руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, социальной защиты населения, образования, руководителей медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, врачей акушеров-гинекологов, а также других специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Цель: предотвращение отказа от новорожденного ребенка в акушерском стационаре.

Задачи:

1. Выявление женщин, изъявляющих устное намерение отказаться от новорожденного ребенка, неуверенных в решении сохранить ребенка или составивших документ «согласие на усыновление» (далее – женщины) в женских консультациях, акушерских стационарах, стационарах других медицинских организаций.
2. Проведение мероприятий по исследованию ситуации и мотивов отказа женщины от ребенка.
3. Помощь женщине в принятии осознанного решения по сохранению ребенка в семье.
4. Организация комплекса мер, направленных на поддержку семьи ребенка, в случаях, когда мать или ее родственники, представители ближайшего окружения сохранили ребенка в семье и нуждаются в поддержке.

Целевая группа:

- Беременные женщины, выявленные в женских консультациях и изъявляющие устное намерение отказаться от новорожденного ребенка или неуверенные в решении забрать ребенка после родов (в том числе, женщины с выявленным риском рождения ребенка с патологией).
- Женщины, находящиеся в акушерском стационаре и изъявляющие устное намерение отказаться от новорожденного ребенка.
- Женщины, находящиеся в акушерском стационаре, неуверенные в решении забрать ребенка.
- Женщины, находящиеся в акушерском стационаре, составившие документ «согласие на усыновление».
- Женщины, покинувшие стационар без ребенка, без составления документа «согласие на усыновление», не объяснив причину своего ухода из стационара.
- Женщины, находящиеся в родильном доме, родившие ребенка с врожденными нарушениями развития и/или нарушениями здоровья.

Примечание:

Специалисты, вовлеченные в деятельность по профилактике отказов от новорожденных, должны уделять особое внимание (даже при отсутствии

признаков наличия риска отказа от ребенка) женщинам с риском/фактом рождения детей с врожденными нарушениями развития (далее – детей/ребенка с ВНР).

В связи с высоким риском отказа от ребенка и наличием специфики в организации помощи для данной целевой группы, работа по профилактике отказов в этом случае требует специальной профессиональной подготовки, поэтому уже на первых этапах целесообразно привлечение специалистов службы ранней помощи. При отсутствии такой службы необходимо обеспечить привлечение специалистов, обладающих необходимыми компетенциями для оказания эффективной помощи, как самой женщине, так и ее семье.

Краткое описание основных организационных моделей деятельности по профилактике отказов от новорожденных детей.

Исходя из практики субъектов Российской Федерации, сложились или находятся в процессе становления несколько вариантов организации деятельности:

1. Выявление женщин осуществляется на базе женских консультаций и акушерских стационаров специалистами данных медицинских организаций. Работа по сохранению ребенка с матерью (по изменению решения об отказе) осуществляется специалистами медицинских организаций или их структурных подразделений – центры/кабинеты кризисной беременности или центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (например, Томская, Оренбургская, Тюменская, Иркутская области).
2. Выявление женщин осуществляется на базе женских консультаций и акушерских стационаров специалистами данных медицинских организаций. Работа по сохранению ребенка с матерью (по изменению решения об отказе) осуществляется специалистами этих же медицинских организаций в случаях, если в них предусмотрены штатные должности специалистов по социальной работе или психологов (например, Кировская область).
3. Выявление женщин осуществляется на базе женских консультаций и акушерских стационаров специалистами данных медицинских организаций. Работа по сохранению ребенка с матерью (по изменению решения об отказе) осуществляется специалистами учреждений социальной защиты населения или службы ранней помощи при рождении

детей с нарушениями, куда информация передается из медицинских организаций (например, Тюменская, Астраханская, Амурская, Калужская, Архангельская области, г. Уфа).

Примечание. В г. Архангельске работа по предотвращению отказов от новорожденных детей с нарушениями осуществляется через организацию взаимодействия родильных домов и отделения раннего вмешательства по инициативе персонала роддома, в том случае, когда:

- мама находится в тяжелом психологическом состоянии, не может полностью отвечать за свои намерения;
- нуждается в немедленной информационной поддержке, которая заключается в сообщении ей исчерпывающих сведений об особенностях организации и сопровождения семей, воспитывающих детей с ВНР и особыми возможностями здоровья (что ее и ее ребенка не бросят после выписки из роддома; ей и ее семье будет оказана помощь не только медицинская, но и другая: по воспитанию, развитию и психологическая).

4. Выявление женщин осуществляется на базе женских консультаций и акушерских стационаров специалистами данных медицинских организаций. Работа по сохранению ребенка с матерью (по изменению решения об отказе) осуществляется специалистами службы ранней помощи при рождении детей с нарушениями или социально ориентированных некоммерческих организаций, имеющих соответствующий договор с медицинской организацией, которая представляет информацию о таких женщинах (например, Новосибирская, Московская, Иркутская, Томская, Калужская, Пензенская, Оренбургская области, г. Санкт-Петербург, г. Екатеринбург и т.д.).

При этом в каждой из действующих моделей сопровождение после выписки женщины с ребенком осуществляется специалистами социальных служб или социально ориентированных некоммерческих организаций, службы ранней помощи при рождении детей с нарушениями.

Примеры нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации по профилактике отказов от новорожденных:

1. Амурская область

http://www.amurobl.ru/wps/portal/!ut/p/c5/Rcq7DkAwAAXQT7q3IcTYEtUOQgx0kQ4i4lGD-H42OeuBxed0z7q4e_Wn2zHARININIIJyUbHpJFVlvSZCLOIURf-

mDHCxv SzAVN27FgW7JUEXqMKa5NLy9snjiB/dl3/d3/L01DU0NtbUEhL3dP
b0JKaVVFSnJDSy80QzFiOFVBZy83XzQwME9BOjFBMEcwRjEwSVFSMEgw
UUswS0I2LzE!//

2. Калужская область

<http://doverieikaluga.ru/activities/212>

Организация подготовки специалистов, вовлеченных в деятельность по профилактике отказов от новорожденных.

При подготовке специалистов медицинских организаций, учреждений социальной защиты населения, службы ранней помощи, социально ориентированных некоммерческих организаций необходимо:

- обучать всех членов междисциплинарной команды специалистов, вовлеченных в процесс оказания данной услуги и в соответствии с их функциональными обязанностями в процессе реализации услуги;
- обучение должно быть межведомственным (т.к. часть образовательной программы модулей одновременно адресуется сотрудникам медицинских организаций и учреждений социальной защиты населения, службы ранней помощи и социально ориентированных некоммерческих организаций);
- специалисты должны иметь возможность прохождения краткосрочного повышения квалификации (дистанционного или очного).

Примечание: программа подготовки специалистов должна обязательно включать рассмотрение вопросов:

- особенности психологии женщин в послеродовом периоде (формирование привязанности к ребенку, признаков и особенностей протекания послеродовой депрессии, проживания травмы рождения ребенка с ВНР и пр.);
- технология организации реабилитационных мероприятий для целевой группы данной услуги;
- специальные знания, умения и навыки, которые необходимы для эффективной работы с целевой группой данной услуги (семейно-ориентированный подход в социальной работе; особенности профессиональной позиции специалиста; базовые коммуникативные навыки, работа с сопротивлением и вовлечение целевой группы в совместную деятельность и др.);

- особенности организации помощи для отдельных групп, потребителей услуги: с риском/фактом рождения ребенка с ВНР, без гражданства/регистрации по месту жительства, выпускниц интернатных учреждений и др.

Модель работы

Реализация услуги по профилактике отказов включает в себя 5 основных этапов:

1. Выявление женщин с риском отказа от новорожденного ребенка.
2. Прием информации о намерении или факте отказа, принятие решения о работе.
3. Выяснение ситуации и мотивов отказа от ребенка, «включение» семьи в работу.
4. Помощь в принятии женщиной и ее родственниками осознанного решения по сохранению ребенка в семье.
5. Реабилитационное сопровождение женщины (семьи), либо завершение работы с женщиной, не изменившей своего решения.

Этап № 1. Выявление женщин с риском отказа от новорожденного ребенка.

Реализуется специалистами той медицинской организации, на базе которой выявлена женщина с риском отказа от ребенка: женские консультации, акушерские стационары, детские стационары.

Цель этапа: выявить женщину с риском отказа от новорожденного в акушерских стационарах специалистами медицинских организаций.

Продолжительность этапа: от 1 до 5 дней. Более точные сроки зависят от каждого конкретного случая, т.к. свое намерение отказа женщина может озвучить в любой день пребывания в акушерском стационаре.

Основные технологические шаги данного этапа:

Выявление женщины с фактом или намерением отказа от ребенка. Все сотрудники акушерского стационара отвечают за выявление риска отказов от новорожденных.

Существуют три основных критерия для выявления:

- женщина открыто говорит о своем решении отказаться от ребенка и ее решение устойчивое;

- женщина выражает неуверенность в своем намерении забрать ребенка из родильного дома;
- рождение у женщины ребенка с нарушениями развития и/или патологиями.

Важно, что при выявлении женщин с риском отказа не имеет значения, составила женщина документ об отказе или еще нет.

Сотрудник, выявивший случай риска/факта отказа от ребенка, в течение 15-30 минут передает сведения о риске/факте отказа специалисту, который отвечает за передачу информации о риске отказа от новорожденного и является ответственным за работу с отказами по учреждению. Этим специалистом может быть дежурный врач-неонатолог, акушерка и любой другой специалист, назначенный главным врачом для выполнения указанной задачи (с внесением дополнений в его основные функциональные обязанности).

Обязанности специалистов в процессе выявления:

1. Специалист проводит с женщиной первичную беседу, целью которой является получение согласия женщины на работу с ней по сохранению ребенка в семье.
Все специалисты должны иметь необходимые для этого навыки, полученные в процессе предварительной подготовки.
Примечание: в случае рождения ребенка с нарушениями развития, в связи с особенностями организации помощи данной целевой группе (специальная информационная и психологическая помощь, совместное сообщение диагноза семье врачом и психологом, необходимость информирования по вопросам семейного воспитания ребенка с данным нарушением развития, перспективах дальнейшего сопровождения семьи и др.) целесообразно уже на первом этапе привлечение специалистов службы ранней помощи, а при отсутствии такой службы привлечение специалистов, имеющих необходимые компетенции для оказания такой помощи семье.
2. Регистрация случая возможного отказа. Случай регистрируется в специальную форму сотрудником медицинской организации после того, как ответственный специалист получает сведения о намерении матери отказаться от ребенка (Журнал регистрации случаев выявления риска/фактов отказа от новорожденного ребенка).

3. Передача информации о факте/риске отказа в службу профилактики отказов. После того, как ответственный специалист регистрирует сведения о возможном отказе, он в течение и не позднее 1-3 часов с согласия женщины передает полученную информацию в организацию, которая реализует на практике услугу по профилактике отказов. Это могут быть учреждения, подведомственные органам социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи в случае выявления риска рождения ребенка с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Документооборот на данном этапе:

- Журнал регистрации случаев выявления риска/фактов отказа от новорожденного ребенка (включает сведения о женщине, а также время выявления и передачи информации о факте/риска отказа в службу профилактики отказов от новорожденных).
- Согласие на передачу данных о женщине специалисту помогающей службы.

Этап № 2. Прием информации о намерении или факте отказа, принятие решения о выезде специалиста.

Данный этап осуществляется организацией, реализующей на практике услугу по профилактике отказов от новорожденных. Это могут быть учреждения, подведомственные органам социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи при рождении детей с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Цель этапа: своевременное получение информации о случаях нарушения прав новорожденного ребенка на жизнь в родной семье организацией, реализующей на практике услугу по профилактике отказов от новорожденных.

Продолжительность этапа: получение информации от стационара - непосредственно в момент получения информации. Принятие решения о выезде в течение от 10 минут до 4 часов с момента получения информации.

Мероприятия этапа:

1. Прием сигнала о выявленном случае. Специалист, ответственный за прием информации, принимает телефонограмму о выявленном в медицинской организации случае.
2. Регистрация информации о факте/риска отказа от ребенка. Специалист регистрирует полученную информацию в специальном регистрационном журнале.
3. Оценка экстренности выезда к женщине с намерением или фактом отказа. В зависимости от ситуации специалист, зарегистрировавший сигнал, оценивает экстренность выезда к женщине. В случае, если женщина только намерена отказаться от ребенка и находится с ним в стационаре, выезд осуществляется в течение 1-3 часов с момента регистрации сигнала.
4. Назначение специалиста, ответственного за ведение случая. Специалист, зарегистрировавший сигнал, передает сведения об этом своему руководителю, который назначает ответственного за дальнейшее ведение случая – куратора случая. Это может быть специалист по социальной работе или психолог.

Этап № 3. Исследование ситуации и мотивов отказа от ребенка, вовлечение семьи в работу по сохранению ребенка в семье.

Данный этап реализуется организацией, реализующей услугу по профилактике отказов от новорожденных. Это могут быть учреждения, подведомственные органу социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи при рождении детей с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Цель этапа: обеспечение мер, которые необходимы для полного исследования ситуации и выявления всех мотивов отказа. В итоге данного этапа женщина принимает осознанное решение по сохранению или не сохранению ребенка в своей семье.

Продолжительность этапа: от 0,5 до 5 дней.

Мероприятия этапа:

1. Выезд к женщине. Куратор случая выезжает не позднее времени, которое было определено по итогам проведения оценки экстренности выезда.
2. Беседа с женщиной. Взаимодействие со значимым окружением женщины. В рамках встречи куратор случая проводит диагностику причин отказа, оценку реабилитационного потенциала женщины и ее ближайшего окружения, сбор информации о ситуации женщины, ее жизни, отношения к ситуации. При согласии женщины возможно взаимодействие специалиста с родственниками или иными значимыми представителями ее ближайшего окружением. В некоторых случаях, возможно (как альтернатива сохранению ребенка с матерью) рассмотрение варианта семейного устройства ребенка у родственников или представителей ближайшего окружения.
3. Реализация согласованного комплекса мер по вовлечению женщины и/или представителей ее близкого окружения в сотрудничество с куратором случая и организацией, которую специалист представляет. Куратор случая предлагает женщине сотрудничество по принятию осознанного решения о возможности сохранения ребенка в семье. В случае ее согласия и готовности - вовлекает ее в процесс ухода за ребенком. В случае, если женщина отказывается от совместной работы по сохранению ребенка, ее родственное и/или близкое окружение может рассматриваться как возможный ресурс к сохранению ребенка с кровными родственниками.
4. Принятие решения об открытии случая. Случай открывается если:
 - женщина согласна сотрудничать с организацией, которую представляет куратор случая;
 - если женщина продолжает высказывать намерение отказаться от ребенка, может быть начата работа по семейному устройству ребенка, в том числе, в семью кровных родственников (при согласии женщины о разглашении информации о рождении ребенка).

Если женщина и ее близкое окружение не согласны на сотрудничество – случай не открывается и дальнейшая работа не проводится.

Этап № 4. Работа по сохранению ребенка в семье.

Данный этап осуществляется организацией, реализующей на практике услугу по профилактике отказов от новорожденных. Это могут быть учреждения, подведомственные органу социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи при рождении детей с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Цель этапа: принятие женщиной осознанного решения о сохранении ребенка в семье.

Продолжительность этапа: от 3-5 дней до 1 месяца.

Данный срок обусловлен тем, что в течение первого месяца после родов у матери наиболее сильны чувства по отношению к ребенку и переживаемой ситуации отказа и именно в этот период целесообразно проводить работу. Кроме того, в работе исходят из интересов ребенка, а месяц, как правило, тот срок, за который органам опеки и попечительства удается найти замещающие семьи для данной категории детей. Таким образом, если за месяц мать решение об отказе не поменяла, целесообразно прекратить работу с ней в целях обеспечения прав и интересов ребенка.

В редких случаях срок может быть рассчитан сугубо индивидуально и выходить за рамки одного месяца (например, ребенку сложно подобрать семью в силу различных обстоятельств, при этом мать настроена не категорично по отношению к отказу от ребенка).

Мероприятия этапа:

1. Разработка плана по сохранению ребенка в семье. Ключевой принцип эффективности – женщина вовлекается куратором случая в процесс планирования актуальных мероприятий, т.е. непосредственно в работу по сохранению ребенка в семье. В рамках разработки плана куратор случая проводит изучение природы возникновения отказа (причины отказа) через собеседование с женщиной, а при необходимости с ее близким окружением; через сбор информации от социальных служб (органы опеки, центры социального обслуживания). План должен включать в себя следующие пункты: проблема, причины проблемы, основная цель,

промежуточные цели, действия, ответственные исполнители и сроки выполнения мероприятий.

2. Реализация плана. В зависимости от выявленных причин отказа, специалист может осуществлять выезды к близкому окружению женщины, домой к самой женщине, привлекать необходимые для решения ее проблем услуги: к примеру, психологическое кризисное консультирование, услуги жизнеустройства.
3. Мониторинг плана. Мониторинг плана проводится 1 раз в 2-3 дня, в течение всего времени работы с женщиной по изменению решения об отказе. Мониторинг является основанием для принятия решения о дальнейшей работе по плану. В зависимости от его результатов возможна коррекция плана, закрытие случая или перевод на сопровождение.
4. Оценка способности матери самостоятельно заботиться о ребенке. В случае, когда ребенок находится в семье (в период от двух недель до шести месяцев), проводится оценка способности матери и/или ее окружения самостоятельно обеспечивать минимальные возрастные потребности ребенка. Данный документ является одним из оснований для принятия решения о дальнейшей работе со случаем.
5. Принятие решения о дальнейшей работе со случаем.

В зависимости от ситуации возможно два вида решения – закрытие случая либо перевод на сопровождение.

Случай закрывается, если:

- женщина не изменила решение об отказе;
- женщина решение об отказе изменила, ребенка забрала и проблемы, которые привели к отказу, минимизированы/устранены.

Случай переводится на сопровождение, если женщина изменила решение об отказе, однако проблемы, которые привели к отказу, не устранены и необходима дальнейшая совместная работа по их устранению и минимизации. В случае, если работа осуществлялась специалистами медицинских организаций (например, центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации), которые не имеют ресурсов и полномочий сопровождать женщину с ребенком после выписки из учреждения, то случай передается в установленном порядке в организации, уполномоченные это делать. Решение о работе со случаем фиксируется в установленном порядке.

Этап № 5. Реабилитационное сопровождение.

Данный этап осуществляется организацией, реализующей на практике услугу по профилактике отказов от новорожденных. Это могут быть учреждения, подведомственные органу социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи при рождении детей с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Цель этапа: ребенок находится с матерью, которая удовлетворяет его потребности в соответствии с минимальными возрастными потребностями, риска нарушения права ребенка на семью нет.

Продолжительность этапа: от 1 месяца до 1 года.

Мероприятия этапа:

1. Углубленная оценка природы проблемы и разработка плана мероприятий. Оценка природы проблемы проводится в срок до 1 месяца. За это время куратор случая устанавливает с женщиной доверительные отношения, в установленном порядке проводит ее интервьюирование, проводит анализ выявленных проблем, вовлекает женщину в совместную работу. Куратор случая помогает женщине сформулировать, проанализировать проблемы, а также спроектировать пути устранения проблем.
2. Разработка долгосрочного плана реабилитации. План разрабатывается совместно с матерью ребенка, куратор помогает женщине точно определить основные причины, способствующие принятию решения об отказе, пути их решения. Один экземпляр плана хранится у женщины, один – у специалиста.
3. Реализация плана. В процессе реализации согласованного плана куратор случая привлекает необходимые женщине услуги, организует, а затем контролирует процесс их получения. Содержание работы по плану зависит от природы проблемы, которая была выявлена на предыдущих этапах, и может включать в себя психологические, социально-экономические, социально-медицинские и правовые услуги.
4. Мониторинг плана. Проводится не реже 1 раза в 3 месяца. Осуществляется для анализа того, насколько реализуемый план

эффективен. Мониторинг предполагает оценку результатов по достижению поставленных в плане целей, анализ эффективности действий, предпринимаемых в рамках поставленных задач. От результатов мониторинга зависит принятие решения о дальнейшей работе со случаем. При отсутствии необходимого эффекта от реабилитационных мероприятий, куратор случая выясняет причины этого, и проводит корректировку плана реабилитации. В случае положительной динамики план реализуется без корректировки.

5. Оценка риска жестокого обращения (пренебрежения нуждами и потребностями) в семье с ребенком.

6. Принятие решения о дальнейшей работе со случаем.

Возможно несколько основных вариантов итогового решения:

– План реализован полностью, ребенок в семье, риска отказа нет, т.к. мать (семья) полностью удовлетворяет его минимальные возрастные потребности.

– План реализован не до конца, т.к. мать (семья) не выполняет свои обязательства по согласованному плану. В настоящий момент нарушений прав и законных интересов ребенка нет, однако существует большая вероятность, что в ближайшем будущем они могут возникнуть.

В таком случае информация передается в отделения, занимающиеся работой с семьей группы риска по социальному сиротству, которые, как правило, находятся на базе учреждений социальной защиты населения, или в органы опеки и попечительства.

– План не реализован, т.к. действия матери (семьи) нарушают права и законные интересы ребенка, создают угрозу его безопасности при дальнейшем нахождении в семье.

Случай передаётся в органы опеки и попечительства.

Примечание: в случаях сопровождения семьи с ребенком с нарушениями и определения состояния женщины, как тяжелого психологического, по согласованию с органами, уполномоченными принимать меры по защите прав и законных интересов детей, работа по сохранению ребенка в семье и стабилизации состояния женщины может быть продолжена специалистами службы ранней помощи в соответствии с утвержденным в ней порядком/алгоритмом.



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздрав России)

Министерство образования и науки
Российской Федерации

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

05 НОЯ 2014 № 15-4/10/1-5853

На № _____ от _____

Во исполнение пункта 2 протокола заседания Совета при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере под председательством Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 17 октября 2014 г. № 9 Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет рекомендации для органов государственной власти субъектов Российской Федерации «Профилактика отказов от новорожденных в родильных домах», разработанные специалистами Фонда профилактики социального сиротства, с целью их направления руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования для использования в работе по профилактике отказов от новорожденных.

Приложение: на 16 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

**Руководителям органов
исполнительной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере здравоохранения**

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

04 СЕН 2014

№

15-4/10/2-6425

На № _____ от _____

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет рекомендации для органов государственной власти субъектов Российской Федерации «Профилактика отказов от новорожденных в родильных домах» для использования в работе медицинских организаций, оказывающих помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Приложение: на 15 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева

Е.В. Гусева: 627-24-00 * 1540

Минздрав России



15-4/10/2-6425

04.09.14

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРОФИЛАКТИКА ОТКАЗОВ ОТ НОВОРОЖДЕННЫХ
В РОДИЛЬНЫХ ДОМАХ**

**(рекомендации для органов государственной власти
субъектов Российской Федерации)**

МОСКВА, 2014

Авторы:

А.М. Марова – директор Фонда профилактики социального сиротства, президент Ассоциации организаций, работающих в сфере профилактики отказов от новорожденных.

С.П. Борзов – программный директор Фонда профилактики социального сиротства, тренер, врач-психотерапевт.

Эксперты:

Е.Л. Альшанская – президент благотворительного фонда «Волонтеры в помощь детям-сиротам».

Е.Ю. Ключко – заместитель председателя Координационного совета по делам детей-инвалидов и других лиц с ограничением жизнедеятельности.

При участии специалистов Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В рекомендациях представлены цели, задачи, модель работы по профилактике отказов от новорожденных в родильных домах.

Рекомендации предназначены для руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, социальной защиты населения, образования, руководителей медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, врачей акушеров-гинекологов, а также других специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Цель: предотвращение отказа от новорожденного ребенка в акушерском стационаре.

Задачи:

1. Выявление женщин, изъявляющих устное намерение отказаться от новорожденного ребенка, неуверенных в решении сохранить ребенка или составивших документ «согласие на усыновление» (далее – женщины) в женских консультациях, акушерских стационарах, стационарах других медицинских организаций.
2. Проведение мероприятий по исследованию ситуации и мотивов отказа женщины от ребенка.
3. Помощь женщине в принятии осознанного решения по сохранению ребенка в семье.
4. Организация комплекса мер, направленных на поддержку семьи ребенка, в случаях, когда мать или ее родственники, представители ближайшего окружения сохранили ребенка в семье и нуждаются в поддержке.

Целевая группа:

- Беременные женщины, выявленные в женских консультациях и изъявляющие устное намерение отказаться от новорожденного ребенка или неуверенные в решении забрать ребенка после родов (в том числе, женщины с выявленным риском рождения ребенка с патологией).
- Женщины, находящиеся в акушерском стационаре и изъявляющие устное намерение отказаться от новорожденного ребенка.
- Женщины, находящиеся в акушерском стационаре, неуверенные в решении забрать ребенка.
- Женщины, находящиеся в акушерском стационаре, составившие документ «согласие на усыновление».
- Женщины, покинувшие стационар без ребенка, без составления документа «согласие на усыновление», не объяснив причину своего ухода из стационара.
- Женщины, находящиеся в родильном доме, родившие ребенка с врожденными нарушениями развития и/или нарушениями здоровья.

Примечание:

Специалисты, вовлеченные в деятельность по профилактике отказов от новорожденных, должны уделять особое внимание (даже при отсутствии

признаков наличия риска отказа от ребенка) женщинам с риском/фактом рождения детей с врожденными нарушениями развития (далее – детей/ребенка с ВНР).

В связи с высоким риском отказа от ребенка и наличием специфики в организации помощи для данной целевой группы, работа по профилактике отказов в этом случае требует специальной профессиональной подготовки, поэтому уже на первых этапах целесообразно привлечение специалистов службы ранней помощи. При отсутствии такой службы необходимо обеспечить привлечение специалистов, обладающих необходимыми компетенциями для оказания эффективной помощи, как самой женщине, так и ее семье.

Краткое описание основных организационных моделей деятельности по профилактике отказов от новорожденных детей.

Исходя из практики субъектов Российской Федерации, сложились или находятся в процессе становления несколько вариантов организации деятельности:

1. Выявление женщин осуществляется на базе женских консультаций и акушерских стационаров специалистами данных медицинских организаций. Работа по сохранению ребенка с матерью (по изменению решения об отказе) осуществляется специалистами медицинских организаций или их структурных подразделений – центры/кабинеты кризисной беременности или центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (например, Томская, Оренбургская, Тюменская, Иркутская области).
2. Выявление женщин осуществляется на базе женских консультаций и акушерских стационаров специалистами данных медицинских организаций. Работа по сохранению ребенка с матерью (по изменению решения об отказе) осуществляется специалистами этих же медицинских организаций в случаях, если в них предусмотрены штатные должности специалистов по социальной работе или психологов (например, Кировская область).
3. Выявление женщин осуществляется на базе женских консультаций и акушерских стационаров специалистами данных медицинских организаций. Работа по сохранению ребенка с матерью (по изменению решения об отказе) осуществляется специалистами учреждений социальной защиты населения или службы ранней помощи при рождении

детей с нарушениями, куда информация передается из медицинских организаций (например, Тюменская, Астраханская, Амурская, Калужская, Архангельская области, г. Уфа).

Примечание. В г. Архангельске работа по предотвращению отказов от новорожденных детей с нарушениями осуществляется через организацию взаимодействия родильных домов и отделения раннего вмешательства по инициативе персонала роддома, в том случае, когда:

- мама находится в тяжелом психологическом состоянии, не может полностью отвечать за свои намерения;
- нуждается в немедленной информационной поддержке, которая заключается в сообщении ей исчерпывающих сведений об особенностях организации и сопровождения семей, воспитывающих детей с ВНР и особыми возможностями здоровья (что ее и ее ребенка не бросят после выписки из роддома; ей и ее семье будет оказана помощь не только медицинская, но и другая: по воспитанию, развитию и психологическая).

4. Выявление женщин осуществляется на базе женских консультаций и акушерских стационаров специалистами данных медицинских организаций. Работа по сохранению ребенка с матерью (по изменению решения об отказе) осуществляется специалистами службы ранней помощи при рождении детей с нарушениями или социально ориентированных некоммерческих организаций, имеющих соответствующий договор с медицинской организацией, которая представляет информацию о таких женщинах (например, Новосибирская, Московская, Иркутская, Томская, Калужская, Пензенская, Оренбургская области, г. Санкт-Петербург, г. Екатеринбург и т.д.).

При этом в каждой из действующих моделей сопровождение после выписки женщины с ребенком осуществляется специалистами социальных служб или социально ориентированных некоммерческих организаций, службы ранней помощи при рождении детей с нарушениями.

Примеры нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации по профилактике отказов от новорожденных:

1. Амурская область

<http://www.amurobl.ru/wps/portal/!ut/p/c5/Rcq7DkAwAAXQT7q3IcTYEtU0Qgx0kO4i4IGD-N42OeuBxed0z7q4e Wn2zHARININIIJyUbHpJFVlvSZCLOIURf->

mDHCxv SzAVN27FgW7JUExqMKa5Nly9snjiB/dl3/d3/L0IDU0NtbUEhL3dP
b0JKaVVFSnJDSy80QzFiOFVBZy83XzQwME9BOjFBMEcwRjEwSVFSMEgw
UUswS0I2LzE!//

2. Калужская область

<http://doveriekaluga.ru/activities/212>

Организация подготовки специалистов, вовлеченных в деятельность по профилактике отказов от новорожденных.

При подготовке специалистов медицинских организаций, учреждений социальной защиты населения, службы ранней помощи, социально ориентированных некоммерческих организаций необходимо:

- обучать всех членов междисциплинарной команды специалистов, вовлеченных в процесс оказания данной услуги и в соответствии с их функциональными обязанностями в процессе реализации услуги;
- обучение должно быть межведомственным (т.к. часть образовательной программы модулей одновременно адресуется сотрудникам медицинских организаций и учреждений социальной защиты населения, службы ранней помощи и социально ориентированных некоммерческих организаций);
- специалисты должны иметь возможность прохождения краткосрочного повышения квалификации (дистанционного или очного).

Примечание: программа подготовки специалистов должна обязательно включать рассмотрение вопросов:

- особенности психологии женщин в послеродовом периоде (формирование привязанности к ребенку, признаков и особенностей протекания послеродовой депрессии, проживания травмы рождения ребенка с ВНР и пр.);
- технология организации реабилитационных мероприятий для целевой группы данной услуги;
- специальные знания, умения и навыки, которые необходимы для эффективной работы с целевой группой данной услуги (семейно-ориентированный подход в социальной работе; особенности профессиональной позиции специалиста; базовые коммуникативные навыки, работа с сопротивлением и вовлечение целевой группы в совместную деятельность и др.);

- особенности организации помощи для отдельных групп, потребителей услуги: с риском/фактом рождения ребенка с ВНР, без гражданства/регистрации по месту жительства, выпускниц интернатных учреждений и др.

Модель работы

Реализация услуги по профилактике отказов включает в себя 5 основных этапов:

1. Выявление женщин с риском отказа от новорожденного ребенка.
2. Прием информации о намерении или факте отказа, принятие решения о работе.
3. Выяснение ситуации и мотивов отказа от ребенка, «включение» семьи в работу.
4. Помощь в принятии женщиной и ее родственниками осознанного решения по сохранению ребенка в семье.
5. Реабилитационное сопровождение женщины (семьи), либо завершение работы с женщиной, не изменившей своего решения.

Этап № 1. Выявление женщин с риском отказа от новорожденного ребенка.

Реализуется специалистами той медицинской организации, на базе которой выявлена женщина с риском отказа от ребенка: женские консультации, акушерские стационары, детские стационары.

Цель этапа: выявить женщину с риском отказа от новорожденного в акушерских стационарах специалистами медицинских организаций.

Продолжительность этапа: от 1 до 5 дней. Более точные сроки зависят от каждого конкретного случая, т.к. свое намерение отказа женщина может озвучить в любой день пребывания в акушерском стационаре.

Основные технологические шаги данного этапа:

Выявление женщины с фактом или намерением отказа от ребенка. Все сотрудники акушерского стационара отвечают за выявление риска отказов от новорожденных.

Существуют три основных критерия для выявления:

- женщина открыто говорит о своем решении отказаться от ребенка и ее решение устойчивое;

- женщина выражает неуверенность в своем намерении забрать ребенка из родильного дома;
- рождение у женщины ребенка с нарушениями развития и/или патологиями.

Важно, что при выявлении женщин с риском отказа не имеет значения, составила женщина документ об отказе или еще нет.

Сотрудник, выявивший случай риска/факта отказа от ребенка, в течение 15-30 минут передает сведения о риске/факте отказа специалисту, который отвечает за передачу информации о риске отказа от новорожденного и является ответственным за работу с отказами по учреждению. Этим специалистом может быть дежурный врач-неонатолог, акушерка и любой другой специалист, назначенный главным врачом для выполнения указанной задачи (с внесением дополнений в его основные функциональные обязанности).

Обязанности специалистов в процессе выявления:

1. Специалист проводит с женщиной первичную беседу, целью которой является получение согласия женщины на работу с ней по сохранению ребенка в семье.

Все специалисты должны иметь необходимые для этого навыки, полученные в процессе предварительной подготовки.

Примечание: в случае рождения ребенка с нарушениями развития, в связи с особенностями организации помощи данной целевой группе (специальная информационная и психологическая помощь, совместное сообщение диагноза семье врачом и психологом, необходимость информирования по вопросам семейного воспитания ребенка с данным нарушением развития, перспективах дальнейшего сопровождения семьи и др.) целесообразно уже на первом этапе привлечение специалистов службы ранней помощи, а при отсутствии такой службы привлечение специалистов, имеющих необходимые компетенции для оказания такой помощи семье.

2. Регистрация случая возможного отказа. Случай регистрируется в специальную форму сотрудником медицинской организации после того, как ответственный специалист получает сведения о намерении матери отказаться от ребенка (Журнал регистрации случаев выявления риска/фактов отказа от новорожденного ребенка).

3. Передача информации о факте/риске отказа в службу профилактики отказов. После того, как ответственный специалист регистрирует сведения о возможном отказе, он в течение и не позднее 1-3 часов с согласия женщины передает полученную информацию в организацию, которая реализует на практике услугу по профилактике отказов. Это могут быть учреждения, подведомственные органам социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи в случае выявления риска рождения ребенка с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Документооборот на данном этапе:

- Журнал регистрации случаев выявления риска/фактов отказа от новорожденного ребенка (включает сведения о женщине, а также время выявления и передачи информации о факте/риске отказа в службу профилактики отказов от новорожденных).
- Согласие на передачу данных о женщине специалисту помогающей службы.

Этап № 2. Прием информации о намерении или факте отказа, принятие решения о выезде специалиста.

Данный этап осуществляется организацией, реализующей на практике услугу по профилактике отказов от новорожденных. Это могут быть учреждения, подведомственные органам социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи при рождении детей с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Цель этапа: своевременное получение информации о случаях нарушения прав новорожденного ребенка на жизнь в родной семье организацией, реализующей на практике услугу по профилактике отказов от новорожденных.

Продолжительность этапа: получение информации от стационара - непосредственно в момент получения информации. Принятие решения о выезде в течение от 10 минут до 4 часов с момента получения информации.

Мероприятия этапа:

1. Прием сигнала о выявленном случае. Специалист, ответственный за прием информации, принимает телефонограмму о выявленном в медицинской организации случае.
2. Регистрация информации о факте/риска отказа от ребенка. Специалист регистрирует полученную информацию в специальном регистрационном журнале.
3. Оценка экстренности выезда к женщине с намерением или фактом отказа. В зависимости от ситуации специалист, зарегистрировавший сигнал, оценивает экстренность выезда к женщине. В случае, если женщина только намерена отказаться от ребенка и находится с ним в стационаре, выезд осуществляется в течение 1-3 часов с момента регистрации сигнала.
4. Назначение специалиста, ответственного за ведение случая. Специалист, зарегистрировавший сигнал, передает сведения об этом своему руководителю, который назначает ответственного за дальнейшее ведение случая – куратора случая. Это может быть специалист по социальной работе или психолог.

Этап № 3. Исследование ситуации и мотивов отказа от ребенка, вовлечение семьи в работу по сохранению ребенка в семье.

Данный этап реализуется организацией, реализующей услугу по профилактике отказов от новорожденных. Это могут быть учреждения, подведомственные органу социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи при рождении детей с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Цель этапа: обеспечение мер, которые необходимы для полного исследования ситуации и выявления всех мотивов отказа. В итоге данного этапа женщина принимает осознанное решение по сохранению или не сохранению ребенка в своей семье.

Продолжительность этапа: от 0,5 до 5 дней.

Мероприятия этапа:

1. **Выезд к женщине.** Куратор случая выезжает не позднее времени, которое было определено по итогам проведения оценки экстренности выезда.
2. **Беседа с женщиной.** Взаимодействие со значимым окружением женщины. В рамках встречи куратор случая проводит диагностику причин отказа, оценку реабилитационного потенциала женщины и ее ближайшего окружения, сбор информации о ситуации женщины, ее жизни, отношения к ситуации. При согласии женщины возможно взаимодействие специалиста с родственниками или иными значимыми представителями ее ближайшего окружением. В некоторых случаях, возможно (как альтернатива сохранению ребенка с матерью) рассмотрение варианта семейного устройства ребенка у родственников или представителей ближайшего окружения.
3. **Реализация согласованного комплекса мер по вовлечению женщины и/или представителей ее близкого окружения в сотрудничество с куратором случая и организацией, которую специалист представляет.** Куратор случая предлагает женщине сотрудничество по принятию осознанного решения о возможности сохранения ребенка в семье. В случае ее согласия и готовности - вовлекает ее в процесс ухода за ребенком. В случае, если женщина отказывается от совместной работы по сохранению ребенка, ее родственное и/или близкое окружение может рассматриваться как возможный ресурс к сохранению ребенка с кровными родственниками.
4. **Принятие решения об открытии случая.** Случай открывается если:
 - женщина согласна сотрудничать с организацией, которую представляет куратор случая;
 - если женщина продолжает высказывать намерение отказаться от ребенка, может быть начата работа по семейному устройству ребенка, в том числе, в семью кровных родственников (при согласии женщины о разглашении информации о рождении ребенка).

Если женщина и ее близкое окружение не согласны на сотрудничество – случай не открывается и дальнейшая работа не проводится.

Этап № 4. Работа по сохранению ребенка в семье.

Данный этап осуществляется организацией, реализующей на практике услугу по профилактике отказов от новорожденных. Это могут быть учреждения, подведомственные органу социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи при рождении детей с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Цель этапа: принятие женщиной осознанного решения о сохранении ребенка в семье.

Продолжительность этапа: от 3-5 дней до 1 месяца.

Данный срок обусловлен тем, что в течение первого месяца после родов у матери наиболее сильны чувства по отношению к ребенку и переживаемой ситуации отказа и именно в этот период целесообразно проводить работу. Кроме того, в работе исходят из интересов ребенка, а месяц, как правило, тот срок, за который органам опеки и попечительства удается найти замещающие семьи для данной категории детей. Таким образом, если за месяц мать решение об отказе не поменяла, целесообразно прекратить работу с ней в целях обеспечения прав и интересов ребенка.

В редких случаях срок может быть рассчитан сугубо индивидуально и выходить за рамки одного месяца (например, ребенку сложно подобрать семью в силу различных обстоятельств, при этом мать настроена не категорично по отношению к отказу от ребенка).

Мероприятия этапа:

1. Разработка плана по сохранению ребенка в семье. Ключевой принцип эффективности – женщина вовлекается куратором случая в процесс планирования актуальных мероприятий, т.е. непосредственно в работу по сохранению ребенка в семье. В рамках разработки плана куратор случая проводит изучение природы возникновения отказа (причины отказа) через собеседование с женщиной, а при необходимости с ее близким окружением; через сбор информации от социальных служб (органы опеки, центры социального обслуживания). План должен включать в себя следующие пункты: проблема, причины проблемы, основная цель,

промежуточные цели, действия, ответственные исполнители и сроки выполнения мероприятий.

2. Реализация плана. В зависимости от выявленных причин отказа, специалист может осуществлять выезды к близкому окружению женщины, домой к самой женщине, привлекать необходимые для решения ее проблем услуги: к примеру, психологическое кризисное консультирование, услуги жизнеустройства.
3. Мониторинг плана. Мониторинг плана проводится 1 раз в 2-3 дня, в течение всего времени работы с женщиной по изменению решения об отказе. Мониторинг является основанием для принятия решения о дальнейшей работе по плану. В зависимости от его результатов возможна коррекция плана, закрытие случая или перевод на сопровождение.
4. Оценка способности матери самостоятельно заботиться о ребенке. В случае, когда ребенок находится в семье (в период от двух недель до шести месяцев), проводится оценка способности матери и/или ее окружения самостоятельно обеспечивать минимальные возрастные потребности ребенка. Данный документ является одним из оснований для принятия решения о дальнейшей работе со случаем.
5. Принятие решения о дальнейшей работе со случаем.

В зависимости от ситуации возможно два вида решения – закрытие случая либо перевод на сопровождение.

Случай закрывается, если:

- женщина не изменила решение об отказе;
- женщина решение об отказе изменила, ребенка забрала и проблемы, которые привели к отказу, минимизированы/устранены.

Случай переводится на сопровождение, если женщина изменила решение об отказе, однако проблемы, которые привели к отказу, не устранены и необходима дальнейшая совместная работа по их устранению и минимизации. В случае, если работа осуществлялась специалистами медицинских организаций (например, центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации), которые не имеют ресурсов и полномочий сопровождать женщину с ребенком после выписки из учреждения, то случай передается в установленном порядке в организации, уполномоченные это делать. Решение о работе со случаем фиксируется в установленном порядке.

Этап № 5. Реабилитационное сопровождение.

Данный этап осуществляется организацией, реализующей на практике услугу по профилактике отказов от новорожденных. Это могут быть учреждения, подведомственные органу социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи при рождении детей с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Цель этапа: ребенок находится с матерью, которая удовлетворяет его потребности в соответствии с минимальными возрастными потребностями, риска нарушения права ребенка на семью нет.

Продолжительность этапа: от 1 месяца до 1 года.

Мероприятия этапа:

1. Углубленная оценка природы проблемы и разработка плана мероприятий. Оценка природы проблемы проводится в срок до 1 месяца. За это время куратор случая устанавливает с женщиной доверительные отношения, в установленном порядке проводит ее интервьюирование, проводит анализ выявленных проблем, вовлекает женщину в совместную работу. Куратор случая помогает женщине сформулировать, проанализировать проблемы, а также спроектировать пути устранения проблем.
2. Разработка долгосрочного плана реабилитации. План разрабатывается совместно с матерью ребенка, куратор помогает женщине точно определить основные причины, способствующие принятию решения об отказе, пути их решения. Один экземпляр плана хранится у женщины, один – у специалиста.
3. Реализация плана. В процессе реализации согласованного плана куратор случая привлекает необходимые женщине услуги, организует, а затем контролирует процесс их получения. Содержание работы по плану зависит от природы проблемы, которая была выявлена на предыдущих этапах, и может включать в себя психологические, социально-экономические, социально-медицинские и правовые услуги.
4. Мониторинг плана. Проводится не реже 1 раза в 3 месяца. Осуществляется для анализа того, насколько реализуемый план

эффективен. Мониторинг предполагает оценку результатов по достижению поставленных в плане целей, анализ эффективности действий, предпринимаемых в рамках поставленных задач. От результатов мониторинга зависит принятие решения о дальнейшей работе со случаем. При отсутствии необходимого эффекта от реабилитационных мероприятий, куратор случая выясняет причины этого, и проводит корректировку плана реабилитации. В случае положительной динамики план реализуется без корректировки.

5. Оценка риска жестокого обращения (пренебрежения нуждами и потребностями) в семье с ребенком.

6. Принятие решения о дальнейшей работе со случаем.

Возможно несколько основных вариантов итогового решения:

- План реализован полностью, ребенок в семье, риска отказа нет, т.к. мать (семья) полностью удовлетворяет его минимальные возрастные потребности.
- План реализован не до конца, т.к. мать (семья) не выполняет свои обязательства по согласованному плану. В настоящий момент нарушений прав и законных интересов ребенка нет, однако существует большая вероятность, что в ближайшем будущем они могут возникнуть.

В таком случае информация передается в отделения, занимающиеся работой с семьей группы риска по социальному сиротству, которые, как правило, находятся на базе учреждений социальной защиты населения, или в органы опеки и попечительства.

- План не реализован, т.к. действия матери (семьи) нарушают права и законные интересы ребенка, создают угрозу его безопасности при дальнейшем нахождении в семье.

Случай передаётся в органы опеки и попечительства.

Примечание: в случаях сопровождения семьи с ребенком с нарушениями и определения состояния женщины, как тяжелого психологического, по согласованию с органами, уполномоченными принимать меры по защите прав и законных интересов детей, работа по сохранению ребенка в семье и стабилизации состояния женщины может быть продолжена специалистами службы ранней помощи в соответствии с утвержденным в ней порядком/алгоритмом.