



Спостереження і подальша допомога

Психічне здоров'я

Johnson S, Jaekel J, Wolke D, van Wassenaeer-Leemhuis A

Цільова група

Дуже передчасно народжені немовлята або немовлята з факторами ризику (див. преамбулу документа «Спостереження і подальша допомога») та їхні батьки

Група користувачів

Працівники у сфері охорони здоров'я, команди, які відповідальні за спостереження, неонатальні відділення, заклади охорони здоров'я, місцеві органи влади, які реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я

Формулювання стандарту

Оцінювання проблем із поведінкою, емоціями та увагою проводять на момент досягнення дитиною дворічного віку та, повторно – перед вступом до школи.

Обґрунтування

Мета полягає в оцінюванні стану психічного здоров'я дітей, виявленні дітей, яким може бути потрібна додаткова підтримка, та наданні зворотного зв'язку сім'ям та службам охорони здоров'я.

Немовлята, які народжуються дуже передчасно, мають підвищений ризик розвитку проблем із психічним здоров'ям у дитячому й підлітковому віці, у тому числі емоційних проблем та проблем з увагою; що меншим є період вагітності, то вищим є такий ризик (1,2). До 46% таких дітей мають клінічно значущі проблеми (1), щодо яких простежуються послідовні закономірності в різних когортах, попри розвиток сфери неонатальної допомоги. (3,4) Також такі діти мають у два–три рази вищий ризик виникнення психіатричних розладів, (5) здебільшого пов'язаних із розладом дефіциту уваги/гіперактивності (РДУГ), зокрема його неухвальною підтипом, тривожним розладом та розладами аутистичного спектра. (6,7) Проблеми з психічним здоров'ям також стають очевидними у дошкільному віці; (6,8–11) окрім того, батьки повідомляють про проблеми у віці 2–3 років, які пов'язують з розладами на пізніших етапах дитинства. (7,12–14) Результати повздовжніх досліджень свідчать про те, що проблеми з психічним здоров'ям залишаються у передчасно народжених дітей і надалі. (15,16)

Внутрішньочерепні аномалії впродовж неонатального періоду є незалежними факторами ризику розвитку психіатричних розладів у передчасно народжених дітей на пізніших етапах життя (1,7,17). Ризик проблем із психічним здоров'ям також може бути вищим серед немовлят, що народилися із внутрішньоутробною



затримкою розвитку. Результати низки досліджень свідчать про підвищений ризик емоційних і поведінкових проблем та проблем із увагою у дітей, які народилися із недостатньою масою тіла для відповідного гестаційного віку в порівнянні з однолітками, які народилися з масою тіла, що відповідає терміну гестації. (18,19)

Переваги

Переваги у довгостроковій перспективі

- Раннє виявлення дітей, що народилися дуже передчасно і мають поведінкові й емоційні проблеми та проблеми з увагою та їх направлення до надавачів спеціалізованих медичних послуг (12,20–22)
- Надання батькам зворотного зв'язку й підтримки в питаннях поведінкового й емоційного розвитку їхніх дітей (12,20–22)
- Поліпшення надання допомоги при проблемах із психічним здоров'ям (консенсус)
- Вдосконалення послуг із консультування батьків (консенсус)
- Покращення планування у сфері охорони здоров'я (23)

Компоненти стандарту

Компонент	Оцінка якості доказів	Індикатор дотримання стандарту
Для батьків і сім'ї		
1. Інформування батьків з боку працівників у сфері охорони здоров'я та їх запрошення до участі в програмі тривалого спостереження, що включає скринінг на наявність порушень психічного здоров'я (1,24)	A (Висока якість) B (Висока якість)	Інформаційний лист для пацієнтів
2. Отримання батьками стандартизованого зворотного зв'язку щодо результатів скринінгу стану психічного здоров'я їхньої дитини мовою, яку вони розуміють. (7,12)	B (Середня якість)	Зворотний зв'язок, наданий батькам
3. Надання дітям з групи ризику направлень до відповідних надавачів спеціалізованих медичних послуг (за згодою батьків).	B (Висока якість)	Звіт за результатами аудиту



- | | | |
|--|--------------------|---------------|
| 4. Необхідність згоди батьків для поширення результатів скринінгових тестів їхньої дитини серед надавачів освітніх послуг. | B (Середня якість) | Згода батьків |
|--|--------------------|---------------|

Для працівників у сфері охорони здоров'я

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| 5. Дотримання локальних настанов щодо програми тривалого спостереження, які охоплюють аспекти психічного здоров'я усіма працівниками у сфері охорони здоров'я. | B (Висока якість) | Настанова |
| 6. Застосування специфічних для країни норм тестування при інтерпретації результатів скринінгових тестів (25) | A (Висока якість) | Документація щодо підготовки |
| 7. Проведення для всіх відповідальних працівників у сфері охорони здоров'я навчання з питань стандартизованого оцінювання психічного здоров'я, в рамках якого враховуються строк вагітності та рідна мова (5,14–16) | A (Висока якість)
B (Висока якість) | Документація щодо підготовки |
| 8. Проведення скринінгу з використанням стандартизованих інструментів – спеціальних батьківських опитувальників (26,27) | A (Висока якість) | Звіт за результатами аудиту |

Для неонатального відділення та команди, відповідальної за спостереження

- | | | |
|--|---|-----------------------------|
| 9. Наявність та регулярне оновлення локальних настанов щодо програми тривалого спостереження, яка охоплює аспекти психічного здоров'я. | B (Висока якість) | Настанова |
| 10. Фінансування й підтримка програми тривалого спостереження після виписки, що охоплює аспекти психічного здоров'я. (28,29) | A (Висока якість)
B (Середня якість) | Звіт за результатами аудиту |



11. Безперервний моніторинг показників тривалого спостереження.	В (Середня якість)	Звіт за результатами аудиту
12. Використання результатів оцінки стану психічного здоров'я під час зворотного зв'язку з персоналом.	В (Середня якість)	Звіт за результатами аудиту

Для лікарні та команди, відповідальної за спостереження

13. Забезпечення підготовки в питаннях стандартизованого оцінювання стану психічного здоров'я.	В (Висока якість)	Документація щодо підготовки
--	-------------------	------------------------------

Для служб охорони здоров'я

14. Наявність та регулярне оновлення національних настанов щодо програми тривалого спостереження, яка охоплює аспекти психічного здоров'я.	В (Висока якість)	Настанова
15. Визначення, фінансування й моніторинг послуг тривалого спостереження, що охоплюють аспекти психічного здоров'я.	В (Середня якість)	Звіт за результатами аудиту

Наступні кроки — подальший розвиток допомоги

Подальший розвиток	Оцінка якості доказів
Для батьків і сім'ї	
• Забезпечення оцінювання стану психічного здоров'я при переході в середній/старший шкільний вік. (1,30)	А (Висока якість)
• Надання батькам підтримки з боку кейс-менеджера (медичного координатора) (див. «Спостереження і подальша допомога»). (30,31)	А (Висока якість)
• Стимулювання участі у програмах спостереження. (30)	А (Висока якість)
Для працівників у сфері охорони здоров'я	
• Впровадження стандартного скринінгу на наявність аутизму. (32)	А (Висока якість)
Для неонатального відділення та команди, відповідальної за спостереження	



- Створення інтегрованої електронної системи, до якої включено й надавачів послуг спостереження за станом психічного здоров'я задля планування візитів у рамках подальшого спостереження. В (Низька якість)
- Для лікарні та команди, відповідальної за спостереження
- Визначення закладу для проведення оцінювання. В (Середня якість)
- Для служби охорони здоров'я
- Розвиток національної мережі для проведення порівняльного аналізу результатів спостереження. (33,34) А (Висока якість)
 - Внесення інформації щодо спостереження до електронної системи охорони здоров'я та медичної карти пацієнта. В (Низька якість)

Початкові дії

Перші кроки

Для батьків і сім'ї

- Інформування батьків з боку фахівців у сфері охорони здоров'я щодо важливості спостереження, включно зі скринінгом стану психічного здоров'я та плановими профілактичними оглядами з метою загального скринінгу стану здоров'я, якщо такі послуги доступні.

Для працівників у сфері охорони здоров'я

- Проходження підготовки в питаннях стандартизованого оцінювання стану психічного здоров'я.
- Визначення відповідних анкет-опитувальників поведінкового скринінгу для заповнення батьками із затвердженими на національному рівні стандартами застосування.
- Впровадження програми підготовки та стандартизованого за віком графіка оцінювання.
- Розробка та впровадження стратегії комунікації з іншими надавачами медичних послуг, що забезпечують тривале спостереження.

Для неонатального відділення та команди, відповідальної за спостереження

- Розробка та реалізація локальних настанов щодо програми спостереження, яка охоплює аспекти психічного здоров'я.
- Розробка інформаційних матеріалів для батьків на тему важливості спостереження, включно зі скринінгом стану психічного здоров'я.
- Впровадження формалізованої інформаційної системи обліку сімей, які мають дітей з порушеннями розвитку або ризиком їх виникнення.
- Розробка структури та маршруту тривалого спостереження на місцевому рівні/на рівні громади.

Для лікарні та команди, відповідальної за спостереження

- Підтримка участі працівників у сфері охорони здоров'я у проходженні підготовки щодо стандартизованого оцінювання стану психічного здоров'я.



- Забезпечення місця й ресурсів для проведення додаткових оцінювань у надавачів медичних послуг чи поштою/онлайн.

Для служби охорони здоров'я

- Розробка й реалізація національних настанов щодо спостереження за станом психічного здоров'я в цільовій групі.

Джерела:

1. Johnson S, Marlow N. Preterm birth and childhood psychiatric disorders. *Pediatr Res*. 2011 May;69(5 Pt 2):11R–8R.
2. Lindström K, Lindblad F, Hjern A. Psychiatric morbidity in adolescents and young adults born preterm: a Swedish national cohort study. *Pediatrics*. 2009 Jan;123(1):e47–53.
3. Hille ET, den Ouden AL, Saigal S, Wolke D, Lambert M, Whitaker A, et al. Behavioural problems in children who weigh 1000 g or less at birth in four countries. *Lancet Lond Engl*. 2001 May 26;357(9269):1641–3.
4. Farooqi A, Hägglöf B, Sedin G, Gothefors L, Serenius F. Mental health and social competencies of 10- to 12-year-old children born at 23 to 25 weeks of gestation in the 1990s: a Swedish national prospective follow-up study. *Pediatrics*. 2007 Jul;120(1):118–33.
5. Burnett AC, Anderson PJ, Cheong J, Doyle LW, Davey CG, Wood SJ. Prevalence of psychiatric diagnoses in preterm and full-term children, adolescents and young adults: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2011 Dec;41(12):2463–74.
6. Scott MN, Taylor HG, Fristad MA, Klein N, Espy KA, Minich N, et al. Behavior disorders in extremely preterm/extremely low birth weight children in kindergarten. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. 2012 Apr;33(3):202–13.
7. Johnson S, Hollis C, Kochhar P, Hennessy E, Wolke D, Marlow N. Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 May;49(5):453–463.e1.
8. Spittle AJ, Treyvaud K, Doyle LW, Roberts G, Lee KJ, Inder TE, et al. Early emergence of behavior and social-emotional problems in very preterm infants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Sep;48(9):909–18.
9. Reijneveld SA, de Kleine MJK, van Baar AL, Kollée LAA, Verhaak CM, Verhulst FC, et al. Behavioural and emotional problems in very preterm and very low birthweight infants at age 5 years. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2006 Nov;91(6):F423–8.
10. Delobel-Ayoub M, Arnaud C, White-Koning M, Casper C, Pierrat V, Garel M, et al. Behavioral problems and cognitive performance at 5 years of age after very preterm birth: the EPIPAGE Study. *Pediatrics*. 2009 Jun;123(6):1485–92.



11. Delobel-Ayoub M, Kaminski M, Marret S, Burguet A, Marchand L, N'Guyen S, et al. Behavioral outcome at 3 years of age in very preterm infants: the EPIPAGE study. *Pediatrics*. 2006 Jun;117(6):1996–2005.
12. Treyvaud K, Doyle LW, Lee KJ, Roberts G, Lim J, Inder TE, et al. Social–Emotional Difficulties in Very Preterm and Term 2 Year Olds Predict Specific Social–Emotional Problems at the Age of 5 Years. *J Pediatr Psychol*. 2012 Aug 1;37(7):779–85.
13. Treyvaud K, Ure A, Doyle LW, Lee KJ, Rogers CE, Kidokoro H, et al. Psychiatric outcomes at age seven for very preterm children: rates and predictors. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013 Jul;54(7):772–9.
14. Johnson S, Kochhar P, Hennessy E, Marlow N, Wolke D, Hollis C. Antecedents of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Children Born Extremely Preterm. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. 2016 May;37(4):285–97.
15. Breeman LD, Jaekel J, Baumann N, Bartmann P, Wolke D. Attention problems in very preterm children from childhood to adulthood: the Bavarian Longitudinal Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016 Feb;57(2):132–40.
16. Gray RF, Indurkha A, McCormick MC. Prevalence, stability, and predictors of clinically significant behavior problems in low birth weight children at 3, 5, and 8 years of age. *Pediatrics*. 2004 Sep;114(3):736–43.
17. Ure AM, Treyvaud K, Thompson DK, Pascoe L, Roberts G, Lee KJ, et al. Neonatal brain abnormalities associated with autism spectrum disorder in children born very preterm. *Autism Res Off J Int Soc Autism Res*. 2016;9(5):543–52.
18. Indredavik MS, Vik T, Heyerdahl S, Kulseng S, Brubakk A-M. Psychiatric symptoms in low birth weight adolescents, assessed by screening questionnaires. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Jul;14(4):226–36.
19. Heinonen K, Räikkönen K, Pesonen A-K, Andersson S, Kajantie E, Eriksson JG, et al. Behavioural symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in preterm and term children born small and appropriate for gestational age: a longitudinal study. *BMC Pediatr*. 2010 Dec 15;10:91.
20. Johnson S, Hollis C, Marlow N, Simms V, Wolke D. Screening for childhood mental health disorders using the Strengths and Difficulties Questionnaire: the validity of multi-informant reports. *Dev Med Child Neurol*. 2014 May;56(5):453–9.
21. Briggs-Gowan MJ, Carter AS. Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*. 2008 May;121(5):957–62.
22. Lemer C. Annual report of the Chief Medical Officer 2012: our children deserve better: prevention pays. 2013;
23. Johnson S, Gilmore C, Gallimore I, Jaekel J, Wolke D. The long-term consequences of preterm birth: what do teachers know? *Dev Med Child Neurol*. 2015 Jun;57(6):571–7.



24. Johnson S, Wolke D. Behavioural outcomes and psychopathology during adolescence [Internet]. 2013 [cited 2018 Jun 15]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378213000236>
25. Westera JJ, Houtzager BA, Overdiek B, van Wassenhaer AG. Applying Dutch and US versions of the BSID-II in Dutch children born preterm leads to different outcomes. *Dev Med Child Neurol*. 2008 Jun;50(6):445–9.
26. Johnson S, Wolke D, Marlow N. Outcome monitoring in preterm populations – Measures and methods. *Z Für Psychol J Psychol*. 2008 Jan 1;216(3):135–46.
27. Drotar D, Stancin T, Dworkin PH, Sices L, Wood S. Selecting developmental surveillance and screening tools. *Pediatr Rev*. 2008 Oct;29(10):e52-58.
28. Hille ETM, Elbertse L, Gravenhorst JB, Brand R, Verloove-Vanhorick SP, Dutch POPS-19 Collaborative Study Group. Nonresponse bias in a follow-up study of 19-year-old adolescents born as preterm infants. *Pediatrics*. 2005 Nov;116(5):e662-666.
29. Wolke D, Söhne B, Ohrt B, Riegel K. Follow-up of preterm children: important to document dropouts. *The Lancet*. 1995 Feb 18;345(8947):447.
30. Relton C, Strong M, Thomas KJ, Whelan B, Walters SJ, Burrows J, et al. Effect of Financial Incentives on Breastfeeding: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 2018 Feb 5;172(2):e174523.
31. Hüning BM, Reimann M, Beerenberg U, Stein A, Schmidt A, Felderhoff-Müser U. Establishment of a family-centred care programme with follow-up home visits: implications for clinical care and economic characteristics. *Klin Pädiatr*. 2012 Nov;224(7):431–6.
32. Kallioinen M, Eadon H, Murphy MS, Baird G, Guideline Committee. Developmental follow-up of children and young people born preterm: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2017 10;358:j3514.
33. Wang CJ, McGlynn EA, Brook RH, Leonard CH, Piecuch RE, Hsueh SI, et al. Quality-of-care indicators for the neurodevelopmental follow-up of very low birth weight children: results of an expert panel process. *Pediatrics*. 2006 Jun;117(6):2080–92.
34. Mercier CE, Dunn MS, Ferrelli KR, Howard DB, Soll RF, Vermont Oxford Network ELBW Infant Follow-Up Study Group. Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford network: 1998-2003. *Neonatology*. 2010 Jun;97(4):329–38.

Перше видання, листопад 2018 р.

Пропоноване бібліографічне посилання:

EFCNI, Johnson S, Jaekel J et al., European Standards of Care for Newborn Health: Mental Health. 2018.



european standards of
care for newborn health

Особлива подяка Національній службі здоров'я України, Дитячому фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні та громадській організації «Ранні пташки» — Асоціації батьків передчасно народжених дітей — за переклад цього стандарту українською мовою та адаптацію відповідно до вимог GFCNI.