



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Улучшение качества акушерской и
перинатальной помощи

Внедрение цикла Анализа Критических Случаев в акушерской практике на уровне стационара

Пособие и практические инструменты





**Улучшение качества акушерской и
перинатальной помощи**

Внедрение цикла Анализа Критических Случаев в акушерской практике на уровне стационара

Пособие и практические инструменты

Резюме

Это руководство фокусируется на эффективном внедрении цикла анализа критических случаев (АКС) в родильных стационарах. Оно разработано для сотрудников клиник, оказывающих помощь матерям и новорожденным, руководителей программ и ответственных работников, отвечающих за качество перинатальной помощи на уровне министерства здравоохранения или в медицинских учреждениях. Цикл АКС определяется как непрерывный процесс улучшения качества акушерской помощи, направленный на улучшение ухода и клинических исходов путем анализа помощи, оказанной в критическом случае (определяемого как: женщина, выжившая после тяжелого осложнения во время беременности, родов или 42 дней после завершения беременности). Для цикла АКС отбираются отдельные критические случаи, и сотрудники стационара, привлеченные к ведению пациентки, систематически оценивают оказанную помощь на соответствие научно обоснованным руководствам, внутренним протоколам и стандартам помощи. Цель состоит не столько в том, чтобы решить проблему непосредственно анализируемого случая, сколько критически обсудить практику ведения случаев в клинике, процедуры и отношение, и определить области для дальнейшего улучшения. АКС фокусируется на определении факторов, поддающихся изменению, поиску и решению проблем, выявленных в условиях вовлеченности персонала, поддержки и динамичной работы в команде. Первостепенная цель АКС это снизить предотвратимую материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность.

Ключевые слова

NEAR-MISS CASE
MATERNITY HOSPITAL
MATERNAL AND PERINATAL CARE
QUALITY OF CARE
OBSTETRIC COMPLICATIONS

По вопросам публикаций обращаться в Европейское региональное бюро ВОЗ по адресу:
Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City,
Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

или заполнить на сайте Регионального бюро <http://www.euro.who.int/pubrequest> электронную форму запроса на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или получение разрешения на воспроизведение, цитирование или перевод.

© Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения принимает запросы на разрешение частичного или полного воспроизведения или переводов своих публикаций.

Использованные обозначения и изложение материала в данной публикации не подразумевают выражения какого-либо мнения со стороны Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или местности или их органов управления, или определения их границ. Там, где есть обозначение «страна или местность» в названиях таблиц, оно охватывает страны, территории, города или местности. Пунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, по которым еще может не быть полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продуктов конкретных производителей не означает, что они получили одобрение или рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения в предпочтении другим им подобным, которые не были упомянуты. Во избежание ошибок и упущений, названия запатентованных продуктов обозначаются начальными заглавными буквами.

Всемирной организацией здравоохранения были предприняты разумные меры предусмотрительности при верификации информации, содержащейся в данной публикации. Однако опубликованный материал распространяется без какой-либо конкретно обозначенной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материала возлагается на читателя. Ни при каких обстоятельствах Всемирная организация здравоохранения не несет ответственность за вред, возникший в результате использования этого материала. Точки зрения, выраженные авторами, редакторами или представителями экспертных групп, не обязательно представляют решения или заявленную политику Всемирной организации здравоохранения.

Ответственность за содержание этого отчета лежит на авторах, а содержание не отражает точку зрения Европейской комиссии; Комиссия не несет ответственность за любое использование информации содержащейся в настоящем документе.

Содержание

Благодарность	v
Сокращения	vii
Краткое резюме	vii
1. Введение	1
1.1 Точка зрения ВОЗ на качество помощи матерям и новорожденным	1
1.2 Здоровье матери и новорожденного в европейском регионе ВОЗ	2
1.3 Подходы и основные принципы публикации ВОЗ «Что кроется за цифрами»	3
1.4 Задача настоящего пособия и целевая аудитория	6
1.5 Цикл Анализа критических случаев (АКС) в акушерской практике	6
1.6 Возможные трудности и основные элементы для успешного внедрения	9
2. Внедрение цикла АКС в стране	10
2.1 Запуск процесса на национальном уровне	11
2.1.1 Последовательность действий	11
2.1.2 Необходимые условия	13
2.1.3 Подготовительная фаза	14
2.2 Пилотное внедрение	21
2.2.1 Оценка качества пилотной фазы	21
2.2.2 Распространение результатов пилотной фазы	22
2.3 Фаза расширения	22
2.3.1 План	22
2.3.2 Мероприятия	23
2.3.3 Обеспечение качества	23
2.4 Роль курирующих органов	24
2.4.1 Национальный уровень	24
2.4.2 Международный уровень	24
3. Анализ критических случаев на уровне стационара	26
3.1 Общая подготовка к каждой сессии	26
3.1.1 Частота встреч	26
3.1.2 Роли и обязанности координатора и фасилитатора	26
3.1.3 Определение и выбор случая	26
3.1.4 Приглашение участников	27
3.1.5 Установление базовых правил/ Кодекс поведения	28
3.1.6 Необходимые материалы	28
3.1.7 Сбор информации с точки зрения женщины и членов семьи	29
3.2 Этапы сессии АКС	30
3.3 После каждой сессии АКС	34
4. Обеспечение качества цикла анализа критических случаев	35
4.1 Почему важно обеспечить качество процесса	35
4.2 Использование имеющегося опыта	35
4.3 Ключевые элементы успешного внедрения, возможные проблемы и варианты их решения	36
4.4 Оценка и улучшение качества цикла АКС	39
4.4.1 Оценка качества	39
4.4.2 Перечень вопросов для оценки качества цикла АКС на уровне стационара	40
5. БИБЛИОГРАФИЯ	45
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Мероприятия на региональном и страновом уровне, организованные и проведенные при поддержке ВОЗ и партнеров	51
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Пример мероприятий по внедрению методики на уровне страны (Узбекистан)	53
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Критерии критических случаев	55
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Глоссарий	57

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Примеры операциональных определений	59
ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Пример стандартов помощи	61
ПРИЛОЖЕНИЕ 7. Принципы проведения интервью	63
ПРИЛОЖЕНИЕ 8. Анализ «от двери, до двери»: Основные стадии оказания помощи	65
ПРИЛОЖЕНИЕ 9. Категории факторов, которые могут влиять на качество помощи	67
ПРИЛОЖЕНИЕ 10. Шаблоны документации для сессии АКС	69
ПРИЛОЖЕНИЕ 11. Пример анализа критического случая эклампсии.....	72
ПРИЛОЖЕНИЕ 12. Предложения по составлению отчетности	78
ПРИЛОЖЕНИЕ 13. Типы отчетности для распространения результатов	80
ПРИЛОЖЕНИЕ 14. Перечень основных индикаторов мониторинга (пример).....	81
ПРИЛОЖЕНИЕ 15. Шаблон для комплексной отчетности о внедрении подхода АКС на уровне страны	84
ПРИЛОЖЕНИЕ 16. Список вопросов для оценки качества цикла АКС на уровне стационара и матрица для разработки местных рекомендаций	88
ПРИЛОЖЕНИЕ 17. Матрица для разработки плана действий на национальном уровне после оценки качества	94

Благодарность

Настоящее пособие разработано Сотрудничающим центром ВОЗ по охране здоровья матери и ребенка при Институте здоровья матери и ребенка Бурло Гарофоло (IRCCS materno infantile Burlo Garofolo), г. Триест, Италия. Основные авторы настоящей версии – Marzia Lazzerini (Мария Ладзерини) и Alberta Vassì (Альберта Баччи). Серьезный вклад в подготовку публикации также внесли Veronique Filippi (Вероник Филиппи), Лондонская школа гигиены и тропической медицины, и Stelian Hodorogea (Стелиан Ходороджа), кафедра акушерства и гинекологии, Государственный университет медицины и фармакологии им. Н. Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова.

Авторы также хотели бы выразить благодарность следующим рецензентам, которые внесли ценный вклад в публикацию: (в алфавитном порядке): Шохида Бабаджанова; Мавжуда Бабамурадова; Лариса Бодерскова; Vincent de Brouwere (Винсент де Брувер); Adriana Gomez Luz (Адриана Гомез Луз); Генрик Хачатрян; Тамар Хомасуридзе; Nemanta Senanayake (Хеманта Сенанайяке); Joao Paulo Souza (Жуан Паулу Соза).

Мы благодарим страновые офисы ВОЗ и партнеров по развитию за помощь, оказанную в процессе внедрения цикла АКС на национальном уровне и разработку отчетов. Отчеты и документы, которые не издавались, представлены в виде сносок в пособии. Читатель может обратиться за дополнительной информацией в Европейское региональное бюро ВОЗ и /или в Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам охраны здоровья матери и ребенка в Триесте/Италия.

Европейское региональное бюро ВОЗ выражает признательность Региональному офису ЮНФПА по странам Восточной Европы и Центральной Азии за оказанное содействие в переводе пособия на русский язык.

Обработка текста: Alessandra Knowles (Алекс Ноулз)

Сокращения

АКС	Анализ критических случаев
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДМ	Доказательная медицина
ЕС	Европейский союз
КС	Кесарево сечение
КСА	Критический случай в акушерстве
КП	Качество помощи
НМО	Непрерывное медицинское образование
МЗ	Министерство здравоохранения
МС	Материнская смертность
ОРИТ	Отделение реанимации и интенсивной терапии
ПДИД	«Планируй-делай-изучай-действуй»
ПМС	Показатель материнской смертности
ПК	Послеродовое кровотечение
РЦАК	Республики Центральной Азии и Казахстан
РБ ВОЗ	Региональное бюро Всемирной организации здравоохранения
СО ВОЗ	Страновой офис Всемирной организации здравоохранения
СНГ	Содружество независимых государств
УК	Улучшение качества
ЧКЦ	“Что кроется за цифрами”
ЭПП	Эффективная перинатальная помощь

Краткое резюме

В 2004 году ВОЗ опубликовала руководство «Что кроется за цифрами» (ЧКЦ), где описаны различные методики получения информации о том, что скрывается за цифрами предотвратимых причин материнской смертности и тяжелой заболеваемости. С момента внедрения накоплен обширный опыт реализации подходов, предложенных в публикации. Благодаря приверженности министерств здравоохранения, медицинских работников и профессиональных ассоциаций, а также техническому руководству со стороны ВОЗ и скоординированной поддержке агентств ООН и партнеров по развитию в ряде стран удалось успешно реализовать подходы ЧКЦ.

Данное пособие посвящено одному из подходов методики ЧКЦ - анализу критических случаев (АКС) в родильных стационарах. Публикация опирается на опубликованные ранее руководства и определения, а также на существующую литературу и многолетний опыт практической работы в европейском регионе и других регионах мира.

В пособии рассматриваются три вопроса: как внедрить подход АКС в стране (Глава 2); как организовать и провести сессию АКС на уровне стационара (Глава 3); и как обеспечить качество всего цикла АКС (Глава 4).

Пособие ориентировано на сотрудников клиник, оказывающих медицинскую помощь матерям и новорожденным, руководителей программ и ответственных работников, отвечающих за качество перинатальной помощи на уровне Минздрава или отдельного медицинского учреждения, а также на агентства ООН и партнеров по развитию, оказывающих поддержку в оказании акушерской и перинатальной помощи.

АКС в настоящем пособии определяется как непрерывный процесс повышения качества, направленный на усовершенствование медицинской помощи и клинических исходов путем систематического анализа оказанной помощи на соответствие четким критериям и, контроля за внедрением изменений. Цель АКС - снизить предотвратимую материнскую и перинатальную смертность и заболеваемость. Для цикла АКС отбираются отдельные критические случаи, и сотрудники стационара, привлеченные к ведению пациентки, систематически оценивают оказанную помощь на соответствие научно обоснованным руководствам и внутренним протоколам. При этом определяют надлежащие практики, а также некачественные практики. Участники согласовывают действия, необходимые для улучшения качества помощи (КП), а затем организуют мониторинг их выполнения. АКС должен иметь циклический характер и проводиться как непрерывный процесс, направленный на повышение качества оказываемой помощи.

В Главе 2 настоящего пособия шаг за шагом описывается, как выполнять цикл АКС на уровне акушерского стационара в отдельно взятой стране. Необходимое условие для того, чтобы приступить к реализации цикла АКС, - наличие национальных руководств по акушерским осложнениям. Основные шаги в ходе внедрения АКС: создание нормативно правовой базы, назначение координаторов, разработка национального плана действий, разработка/адаптация национального руководства с операциональными определениями и эталонными стандартами, развитие потенциала, создание механизмов подотчетности (обеспечение качества). Работа в стране обычно начинается с пилотного проекта (3-4 крупных или средних родильных дома) и лишь после того, когда качество выполнения будет на высоте, подход внедряется и в других родильных стационарах.

В Главе 3 настоящего пособия подробно описывается, как организовать и провести сессию АКС на уровне стационара. Обсуждаются роли и обязанности участников, а также необходимые материалы. Подробно рассматриваются этапы анализа критических случаев, а также приводятся инструменты и шаблоны для практической работы.

Крайне важно обеспечить соответствующее качество проведения цикла АКС, что позволит избежать излишнего расходования ресурсов и, в конце концов, улучшить качество акушерской и перинатальной помощи. С учетом многолетнего опыта практического использования методики, в Главе 4 приведены примеры часто возникающих проблем и возможных решений, чтобы обеспечить успех внедрения цикла АКС. Здесь также представлены практические инструменты, которые могут оказаться полезными для повышения качества АКС как на уровне отдельного стационара, так и на уровне страны. Прежде чем приступить к масштабному внедрению методики, рекомендуется оценить качество выполнения цикла АКС в пилотных учреждениях, а затем такую оценку следует проводить периодически.



1. Введение

1.1 Точка зрения ВОЗ на качество помощи матерям и новорожденным

В представлении Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), мир после 2015 года - это мир, в котором «каждая беременная женщина и новорожденный получают качественную медицинскую помощь на протяжении всей беременности, родов и послеродового периода» (1). Глобальные стратегии ликвидации предотвратимой материнской смертности (2, 3) и План действий для каждого новорожденного (4) признают качество медицинской помощи (КП) решающим фактором. Обеспечение соответствующего КП - главная цель европейской стратегической концепции «Здоровье 2020» по выработке направлений политики для 53 государств-членов европейского региона ВОЗ (5). Адекватное КП признается необходимым условием здоровья и благополучия населения и основным аспектом прав человека (6, 7). Дополнительное внимание уделено КП в контексте недавнего глобального экономического кризиса, при этом одним из компонентов КП является эффективное использование имеющихся ресурсов (Вставка 1) (6, 8). ВОЗ определяет качество помощи как «степень, в которой услуги медицинской помощи, оказанные отдельным пациентам и контингенту в целом, улучшают показатели здоровья (1). Понятие КП - многогранное: высокое качество подразумевает, что медицинская помощь должна быть безопасной, эффективной, своевременной, результативной, справедливой и учитывающей интересы человека (Вставка 1).

Вставка 1. Аспекты качества помощи (1,8,9)

- **Безопасность:** оказание медицинской помощи таким образом, чтобы свести к минимуму риски и вред для потребителей услуг, в том числе, не допустить предотвратимые травмы и повреждения и сократить число врачебных ошибок
- **Действенность:** предоставление услуг на основе научных знаний и научно обоснованных руководств
- **Своевременность:** сокращение задержек в предоставлении / получении медицинской помощи
- **Эффективность:** оказание медицинской помощи таким образом, чтобы максимально увеличить использование ресурсов и не допускать потери
- **Справедливость:** оказание медицинской помощи, не различающейся по качеству в зависимости от пола, расы, этнической принадлежности, географического положения или социально-экономического статуса пациентов
- **Ориентированность на интересы человека:** предоставление помощи с учетом предпочтений и пожеланий отдельных потребителей услуг и культурных особенностей местных сообществ.

ВОЗ разработал Концепцию качества медицинской помощи для охраны здоровья матери и новорожденного (Рисунок 1) (1), в которой качественная помощь беременным женщинам и новорожденным в медицинских учреждениях подразумевает наличие компетентных и мотивированных специалистов, а также необходимой материальной базы. Процесс оказания медицинской помощи состоит из двух взаимодополняющих элементов: «оказания помощи» и «получения помощи». Для «оказания помощи» необходимо наличие научно обоснованной практики оказания плановой и экстренной помощи, действенной информационной системы, в которой ведение документаций позволяет проводить анализ оказанной помощи, а также функционирующих систем направления пациентов к специалистам на различных уровнях помощи (1). Что касается «получения помощи», необходимо обеспечить эффективное общение, уважительное отношение к пациентам, а также эмоциональную поддержку (1). Также важнейшее значение имеет непрерывность оказания помощи, включая все услуги, подглаваения и различные уровни системы здравоохранения (1, 10).

Фактические данные дают основания полагать, что, если не рассматривать КП шире, охват основными вмешательствами не обеспечит адекватных показателей здоровья (10-14). Помимо того, что недостаточное качество медицинской помощи может нанести вред матерям и новорожденным, это еще и затраты для пациентов, системы здравоохранения и общества в целом. Кроме того, ненадлежащее качество помощи может препятствовать доступу к медицинским услугам (1,11,13). Различия в качестве оказываемой помощи (в зависимости от социального положения, пола, этнической принадлежности) серьезно усугубляют неравенство в показателях здоровья (1-5). На уровне учреждений низкое качество помощи - основная причина предотвратимой смертности и заболеваемости матерей и новорожденных, в особенности в странах, где медицинскую помощь главным образом оказывают в стационаре (11-13).

Напротив, выгоды от повышения КП включают: улучшение показателей здоровья, экономию средств, большую удовлетворенность пациентов и персонала, а также снижение риска судебных разбирательств.

Рисунок 1. Концепция качества медицинской помощи ВОЗ для охраны здоровья матери и новорожденного (1)



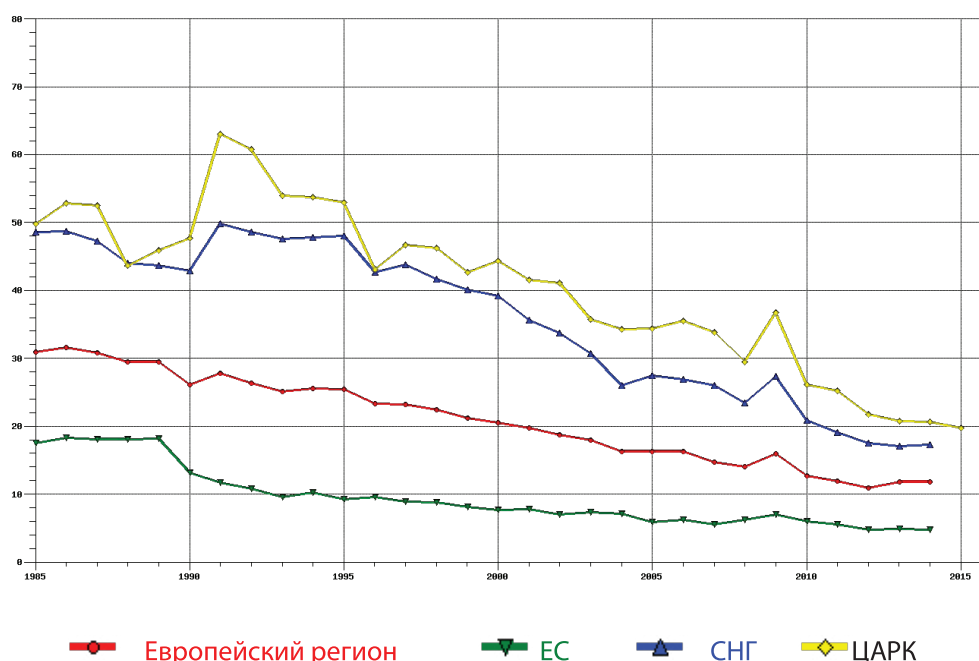
За последние годы предложен ряд стратегий для повышения качества помощи матерям и новорожденным. В соответствии со своим мандатом, ВОЗ разработала концепцию Стратегии повышения КП, в которой определены шесть стратегических направлений, необходимых для ликвидации предотвратимой смертности и заболеваемости среди матерей и новорожденных (1): научные исследования, разработка руководств, определение стандартов помощи, определение эффективных стратегий вмешательства для повышения качества, разработка индикаторов для мониторинга на глобальном, национальном уровнях и на уровне учреждения, а также укрепление потенциала для проведения исследований, разработку мер и программ в сфере повышения качества. С точки зрения ВОЗ повышение качества должно обеспечить выполнение данных стандартов как в контексте «оказания помощи», так и в контексте «получения помощи» (1).

Настоящее пособие в первую очередь ориентировано на одну из возможных мер для повышения КП на уровне стационара: внедрение цикла анализа отдельных критических случаев в акушерской практике.

1.2 Здоровье матери и новорожденного в европейском регионе ВОЗ

В период с 1990 по 2015 год наблюдалось глобальное понижение коэффициента материнской смертности (КМС) на 44% (15), хотя масштабы сокращения значительно варьировали между регионами. Максимальное сокращение за этот период отмечено в Восточной Азии (72%). В 2015 году на долю

Рисунок 2. Динамика коэффициента материнской смертности (КМС) по европейским субрегионам за определенный период



Источник: База данных ВОЗ «Здоровье для всех». Сокращения: РЦАК = Республики Центральной Азии и Казахстан; СНГ = Содружество независимых государств; ЕС = Европейский союз. Данные по ЦАРК приводятся до 2012 года (после этого используются данные CARINFONET)

развивающихся регионов пришлось приблизительно 99% материнских смертей, причем около 66% из них - в странах Африки южнее Сахары, за которыми следует Южная Азия (15).

Европейский регион ВОЗ охватывает 53 государства, серьезно различающихся политическим и социально-экономическим положением, а также организацией систем здравоохранения и показателями здоровья. В европейском регионе ВОЗ находятся несколько богатейших стран мира с высоким уровнем развития и очень низкой материнской и неонатальной смертностью, а также несколько беднейших стран. За последние 20 лет поступили сообщения о значительных достижениях в европейском регионе ВОЗ в сфере сокращения материнской и перинатальной смертности (Рис 3, 4); однако различия внутри страны и между странами велики (16, 17). В 2013 году средний КМС по европейскому региону ВОЗ, по данным государств-членов, составил 11,8 материнских смертей на 100 000 живорожденных (17).

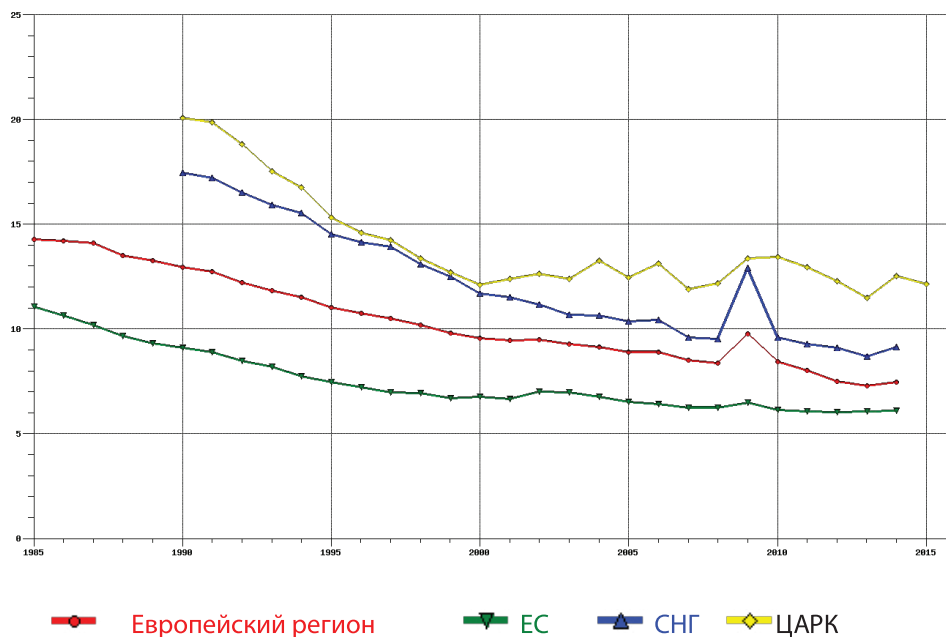
Значительные расхождения между официальной статистикой и оценками ООН дают основания полагать, что часто имеет место занижение цифр и по материнской, и по перинатальной смертности, даже в наиболее развитых странах Западной Европы (18-20).

1.3 Подходы и основные принципы публикации ВОЗ «Что кроется за цифрами»

В 2004 году ВОЗ опубликовала руководство «Что кроется за цифрами» (ЧКЦ): Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасной беременности» (21). В руководстве описываются различные подходы к получению информации, которая позволяет понять, что скрывается за цифрами предотвратимых причин материнской смертности и тяжелых акушерских осложнений. Описанные подходы нацелены не на простой подсчет смертей, главное здесь - понять, почему произошли случаи материнской смерти, и как их можно было предотвратить (Вставка 2). Все подходы ориентированы на конкретные действия, то есть, направлены на выработку практических рекомендаций по повышению КП.

Основные принципы ЧКЦ приведены во Вставке 2. Краеугольный камень для внедрения всех подходов, описанных в ЧКЦ, - это создание атмосферы, не таящей в себе угроз, и соблюдение конфиденциальности. В такой атмосфере описываются и анализируются факторы, приведшие к смерти отдельных матерей или тяжелым акушерским осложнениям. Соблюдение конфиденциальности ведет к открытости при составлении отчетности, что помогает получить более полную картину точной последовательности

Рисунок 3. Динамика коэффициента перинатальной смертности (КПС) по европейским субрегионам за определенный период



Источник: База данных ВОЗ «Здоровье для всех». Сокращения: ЦАК = Республики Центральной Азии и Казахстан; СНГ = Содружество независимых государств; ЕС = Европейский союз. Данные по ЦАРК приводятся до 2012 года (после этого используются данные CARINFONET)

событий. Участники анализа, в том числе медики и члены семьи, должны быть уверены, что единственная цель анализа клинических случаев - спасение жизней, а не попытка возложить на кого-то вину (21).

С 2004 года, когда была начата реализация в Найроби, Кения, накоплен значительный опыт внедрения подходов ЧКЦ в различных регионах. Успешной реализации методики ЧКЦ в ряде стран способствовали приверженность министерств здравоохранения, специалистов-медиков и профессиональных ассоциаций при техническом руководстве со стороны ВОЗ и скоординированной поддержке агентств ООН и других партнеров по развитию.

Вставка 2. Общие принципы публикации «Что кроется за цифрами»

- Простой информации о количестве материнских смертей или тяжелых осложнений недостаточно; нам необходимо знать, почему женщины умерли, а также все факторы, приведшие к смерти.
- За каждой материнской смертью или случаем угрожающего жизни осложнения стоит своя история, но кроме этого они могут подсказать, как устранить проблему на практике.
- Извлечение уроков и готовность действовать в соответствии с результатами внедрения этих подходов - ключевое условие повышения качества помощи.
- Подходы, описанные в публикации ЧКЦ, служат для спасения жизней, а не для того, чтобы найти виновных.
- Крайне важно обеспечить конфиденциальность и обстановку, не таящую в себе угрозы.

В европейском регионе ВОЗ два подхода из публикации ЧКЦ особо выделены странами и поддержаны агентствами ООН и партнерами по развитию: «Конфиденциальное расследование материнских смертей» на национальном уровне и отдельно проводимый на уровне стационара «анализ критических случаев». Два этих подхода усиливают и дополняют друг друга с точки зрения повышения качества помощи и сокращения числа смертей и осложнений (Таблица 1). Продвижение идей ЧКЦ, наращивание потенциала и деятельность по внедрению подхода, инициированные ВОЗ, сегодня реализуются рядом других агентств, таких как ЮНФПА, ЮНИСЕФ и другие партнеры по развитию.

Настоящее пособие посвящено в частности одному из подходов ЧКЦ: анализу критических случаев в акушерской практике на уровне стационара.

Таблица 1. Основные характеристики Конфиденциальных расследований материнских смертей и анализа отдельных критических случаев

	Конфиденциальные расследования материнских смертей	Анализ отдельных критических случаев
Что	- Расследовать материнские смерти	- Проанализировать критические случаи
Где	- Национальный уровень - Информация о клинических случаях передается на национальный уровень	- Местная деятельность на уровне стационара - Информация о клинических случаях остается на местном уровне
Кто	- Группа национальных экспертов	- Местный коллектив стационара
Как	- Комплексное расследование всех случаев - Количественные и качественные данные - Сосредоточены на взглядах профессионалов	- Выборочный анализ наиболее информативных случаев - Преимущественно качественные данные - Систематически включают мнение женщин (и семьи)
Почему	Основные задачи: - Повышение качества и организация медицинской помощи на национальном уровне (рекомендации для лиц, принимающих решения, университетов и профессиональных ассоциаций, руководящего персонала, специалистов-медиков и населения)	Основные задачи: - Повышение качества и организации помощи на местном уровне Задачи второго плана: - Возможность обучения для коллективов местных стационаров - Обмен полученным опытом с коллективами других стационаров - Представление рекомендаций в МЗ (например, обновление национальных руководств)
Ожидаемые результаты	Без обвинения, поиска виновных, дисциплинарных взысканий, преследования, но: Повышение качества предоставляемой помощи, Поддержка и предоставление возможностей обучения	

В том, что касается анализа критических случаев, пособие в целом опирается на опыт работы по руководству ЧКЦ (21), другие руководства и определения (22-24), на обзор существующей литературы и практический опыт внедрения подхода в европейском регионе (25-33)¹⁻⁶ и в других странах мира (33-62).

¹Lazzerini M et al. Impact of the facility based maternal near-miss case reviews in improving the quality of maternal and newborn care in low and middle income countries: systematic review (submitted for publication);

² Lazzerini M et al. Facilitators and barriers of successful implementation of the facility based maternal near-miss case reviews in low and middle income countries: qualitative systematic review (submitted for publication);

³ Bacci A. Experience of implementation of facility level near miss individual case reviews in the European Region (personal communication) Stronger clinical governance for better maternal health outcomes: Beyond the numbers workshop for the south Caucasus and the Turkey Cluster, organized by UNFPA, Tbilisi, 23–25 June 2015;

⁴ Bacci A. Summary and recommendations (personal communication) Stronger clinical governance for better maternal health outcomes: Beyond the numbers workshop for the south Caucasus and the Turkey cluster, organized by UNFPA. Tbilisi, 23–25 June 2015;

⁵ Hodorogea S. Introduction into near-miss case review (personal communication). National workshop Beyond the numbers, Kiev, 22–25 April 2008;

⁶ Hodorogea S. Near miss case reviews: main requisites (personal communication) Stronger clinical governance for better maternal health outcomes: Beyond the numbers workshop for the south Caucasus and the Turkey cluster, organized by UNFPA, Tbilisi, 23–25 June 2015.

1.4 Задача настоящего пособия и целевая аудитория

Настоящее пособие призвано дополнить и расширить другие имеющиеся руководящие документы ВОЗ (21, 22) и посвящено в частности рассмотрению следующих вопросов:

- внедрение подхода АКС в стране (Глава 2);
- организацию и проведение сессий АКС на уровне стационара (Глава 3);
- обеспечение качества цикла АКС (Глава 4).

Настоящее пособие предназначено для сотрудников стационаров, вовлеченных в оказание медицинской помощи матерям и новорожденным, администраторов программ и лиц, принимающих решения, отвечающих за качество перинатальной помощи на уровне МЗ или учреждения, а также для агентств ООН и партнеров по развитию, оказывающих поддержку в оказании материнской и перинатальной помощи. Если говорить более конкретно, МЗ и ООН и другим партнерам по развитию будут преимущественно интересны главы 2 и 4, в то время как сотрудникам стационаров, а это основная аудитория, - главы 3 и 4.

1.5 Цикл Анализа критических случаев (АКС) в акушерской практике

Общее определение женщины, перенесшей критический случай таково: «женщина, которая была близка к смерти, но выжила после осложнения во время беременности, родов или в течение 42 дней (6 недель) после прекращения беременности» (22).

В прошлом использовались различные подходы к проведению акушерского клинического аудита с конечной целью повысить качество помощи, и при этом термины применялись по-разному (Вставка 3).

В контексте данного руководства, АКС используется как разновидность «клинического аудита» (63), ориентированного на анализ критических случаев в акушерской практике (но необязательно включает все критические случаи), и определяется следующим образом: «Непрерывный процесс повышения качества, направленный на улучшение медицинской помощи и ее исходов на уровне стационара путем систематического анализа оказываемой помощи на предмет соответствия четким критериям и внедрение изменений».

Основные характеристики

- Цикличный
- На базе стационара
- Междисциплинарный: акушеры-гинекологи, акушерки, неонатологи, лабораторный персонал, фармацевты, административный персонал
- Снизу-вверх, активное участие
- Укрепляет местную заинтересованность в процессе
- Основан на фундаментальных правилах: уважение, конфиденциальность, необходимость избегать обвинений и наказания
- Основан на стандартах: оказываемая помощь анализируется на предмет соответствия научно обоснованным руководствам, местным протоколам и стандартам помощи
- Акцент не только на ведении пациентки: также анализируются организационные вопросы, вопросы коммуникации и система поддержки
- Включает мнение женщины, таким образом, появляется «опыт оказания помощи», а также дополнительная информация об «оказании помощи»
- Признает надлежащую практику
- Определяет некачественную помощь и «причины, лежащие в ее основе» (подход почему-но -почему?)
- Решение проблем: решения согласованы
- Ориентирован на действия: решения внедряются, мониторинг - необходимый этап цикла
- Низкозатратный: процесс сам по себе не требует больших ресурсов для реализации

Имеется несколько аргументов в пользу применения метода АКС. Во-первых, по сравнению с обсуждением материнских смертей обсуждение критических случаев с большей вероятностью

Вставка 3. Терминология, используемая для аудита критических случаев

В 2002 году Национальным институтом клинического мастерства (НИКМ) (National Institute for Clinical Excellence (NICE)) дано следующее определение «клинического аудита» (62), которое также принято другими (63-66) участниками: «Клинический аудит - это процесс повышения качества, направленный на улучшение медицинской помощи и ее исходов путем систематического анализа оказываемой помощи на предмет соответствия четким критериям и внедрение изменений. Отдельные элементы структуры, процессов и результатов помощи отбираются и систематически оцениваются с использованием четких критериев. При необходимости изменения вносятся на уровне отдельной единицы, коллектива или услуги, а затем для подтверждения того, что оказание услуг в сфере здравоохранения улучшилось, используется мониторинг». В ЧКЦ для описания структурированных подходов, при которых клинические случаи оцениваются на соответствие заранее определенным критериям, используются такие формулировки как «клинический аудит» и «клинический аудит, основанный на критериях» (21). Еще одна отличительная черта клинического аудита по определению ЧКЦ заключается в том, что такой аудит может (или в некоторых случаях должен) охватывать все клинические случаи, отвечающие определению данного случая, за определенный период времени; такой подход называется «количественным». И наоборот, в формулировке ЧКЦ «анализ случая» описывает методику клинического аудита менее формальную, более качественную и ограниченную несколькими выбранными случаями (21). Оба подхода определяются как «циклические», однако, в реальных условиях, они не всегда эффективно реализуются.

За последние годы опыт проведения аудита, основанного на критериях, в странах с низким и средним уровнем доходов значительно расширился (67-70). После выхода ЧКЦ другие авторы определяли «аудит, основанный на критериях» как «объективный, систематический критический анализ качества здравоохранения на предмет соответствия набору критериев (стандартов) передовой практики» (68), характеризующийся следующими особенностями: основан на заранее определенном наборе выбранных критериев; информация обычно собирается на основе записей и журналов (не в ходе внутреннего обсуждения и не по результатам бесед с потребителями услуг); аудит чаще всего проводят внешние аудиторы; включение всех случаев не всегда обязательно, поскольку аудит может проводиться для определенной выборки клинических случаев (67-70). В европейском регионе ВОЗ термин «анализ отдельных критических случаев на уровне стационара» широко используется для обозначения методики аудита, основанной на внутреннем обсуждении командой местных специалистов, оказывающих помощь на уровне стационара, выбранных критических случаев путем сопоставления с заранее определенными стандартами (по сути национальными клиническими руководствами, местными протоколами и стандартами ухода) (25-33)¹⁻⁴. Подход АКС в том виде, как он реализован в европейском регионе ВОЗ, подразумевает проведение регулярных (например, ежемесячных) встреч персонала, чтобы обсудить ведение отдельных критических случаев, зависит от взаимодействия, личной заинтересованности и является преимущественно качественным подходом. Исходя из длительной истории такого использования данных терминов, мы в настоящем руководстве сделали выбор в пользу сохранения формулировки «анализ критических случаев» (АКС).

¹ Bacci A. Experience of implementation of facility level near miss individual case reviews in the European Region (personal communication) Stronger clinical governance for better maternal health outcomes: Beyond the numbers workshop for the south Caucasus and the Turkey Cluster, organized by UNFPA, Tbilisi, 23–25 June 2015;

² Bacci A. Summary and recommendations (personal communication) Stronger clinical governance for better maternal health outcomes: Beyond the numbers workshop for the south Caucasus and the Turkey cluster, organized by UNFPA. Tbilisi, 23–25 June 2015;

³ Hodorogea S. Introduction into near-miss case review (personal communication). National workshop Beyond the numbers, Kiev, 22–25 April 2008;

⁴ Hodorogea S. Near miss case reviews: main requisites (personal communication) Stronger clinical governance for better maternal health outcomes: Beyond the numbers workshop for the south Caucasus and the Turkey cluster, organized by UNFPA, Tbilisi, 23–25 June 2015.

позволит сотрудникам рассмотреть как положительные факторы (то есть факторы, которые могли содействовать выживанию женщины), так и негативные аспекты ухода (то есть факторы, которые могли быть причиной развития осложнений). Отсюда вытекает, что обсуждение случаев женщин, которые выжили при наличии угрожающих жизни осложнений, может быть менее рискованным для медиков, чем анализ летальных случаев. Здесь меньше вероятность поиска виноватых и поэтому больше вероятность поощрения к активному участию (что крайне важно для того, чтобы запустить процесс повышения качества). Во-вторых, поскольку женщина выжила, анализ может учитывать ее мнение, а ее опыт получения помощи может дать полезную информацию и обеспечить глубинное понимание качества ухода, в том числе такого аспекта как уважение прав женщины (например, эффективная коммуникация, эмоциональная поддержка, уважение и достоинство). В-третьих, критические случаи происходят чаще, чем материнские смерти, и поэтому позволяют обеспечить более полное понимание качества оказанной помощи. Частота критических случаев в отдельных учреждениях варьирует в

зависимости от нескольких факторов (например, местная эпидемиология, конкретные определения случаев, сочетанные осложнения, КП). В целом, согласно имеющимся данным надзора ожидается, что частота критических случаев будет на уровне 7,5 случаев (от 3 до 15) на 1000 родов в стационаре (22, 24). Во многих учреждениях проведение регулярных встреч (например, ежемесячно) для обсуждения критических случаев вполне обоснованно (и имеет большое значение для контроля улучшения качества помощи), в то время как случаи материнской смертности могут быть слишком немногочисленными и не обеспечат достаточно материала для регулярного обсуждения.

В остальном, положительные стороны АКС - это общие преимущества внутреннего клинического анализа на базе учреждения. Этот процесс предполагает активное участие всех вовлеченных лиц, стимулирует заинтересованность сотрудников стационара, непосредственно оказывающих медицинскую помощь пациентам, их "активную позицию" и готовность к экстренным случаям (21, 27, 33). По сравнению с внешними экспертами, сотрудники учреждения находятся в идеальном положении, чтобы предлагать, согласовывать и реализовывать решения. Если сотрудникам обеспечивается конфиденциальности, они захотят выявить и устранить недостатки, даже те, которые явно не зафиксированы в историях болезни (21, 25-27, 35)¹. Цикл АКС содействует использованию научно обоснованных руководств как клинических, так и организационных и может помочь выявить потребность в разработке новых национальных руководств и местных протоколов (25-27). Это содействует внедрению отношения, нацеленного на решение проблем, поощряет диалог, обмен мнениями и отработку взаимодействия между различными специалистами, например, между сотрудниками родильного отделения и отделения ухода за новорожденными, у которых зачастую не хватает поводов для встреч и обсуждения случаев (25-28, 35). Процесс также может содействовать активизации роли среднего медицинского персонала, например, акушерок и медицинских сестер (27-30). Он может оказаться полезным для улучшения качества медицинской документации (27). Как дополнительное преимущество, организация и проведение встреч на базе стационара требует очень скромных ресурсов (25, 36).

Методика АКС предполагает, что конкретный случай отбирается для анализа персоналом, вовлеченным в оказание помощи, обычно ежемесячно (реже в менее крупных учреждениях, там, где критические случаи происходят редко). В цикле АКС используется анализ критических случаев из клинической практики для того, чтобы определить то направление оказания помощи, где необходимы усовершенствования. Задача состоит не в том, чтобы разрешить проблемы, связанные с рассматриваемым критическим случаем (который уже и так остался в прошлом), а в том, чтобы, опираясь на этот случай, обсудить привычную практику ведения пациентов, процедуры и отношения, а также выявить те направления, которые можно в будущем усовершенствовать. Совершенно очевидно, что АКС не ограничивается исключительно описательной функцией (подсчет критических случаев, расчет коэффициента частоты или установление относительных рисков). Основная задача цикла АКС - определить такие направления, которые помогут улучшить КП, найти и реализовать решения для выявленных проблем.

Цикл АКС ориентирован на действия. Подразумевается, что процесс нацелен на совершенствование существующей практики с учетом результатов анализа. Цель обсуждения - это проанализировать все аспекты оказания помощи (ведение пациента, вспомогательные службы больницы, организация помощи, в том числе, работа в команде и коммуникация, индивидуальное поведение), которые могли привести к конечным исходам, определяя недочеты в оказании помощи и их причины, а также согласовываются действия для повышения КП. После каждой сессии АКС, цикл должен быть завершен выполнением согласованных действий и мониторингом результатов (Рис 4) аналогично циклу «планируй-делай-изучай-действуй» (70). Конечная цель процесса - дать толчок к конкретным действиям для повышения качества помощи.

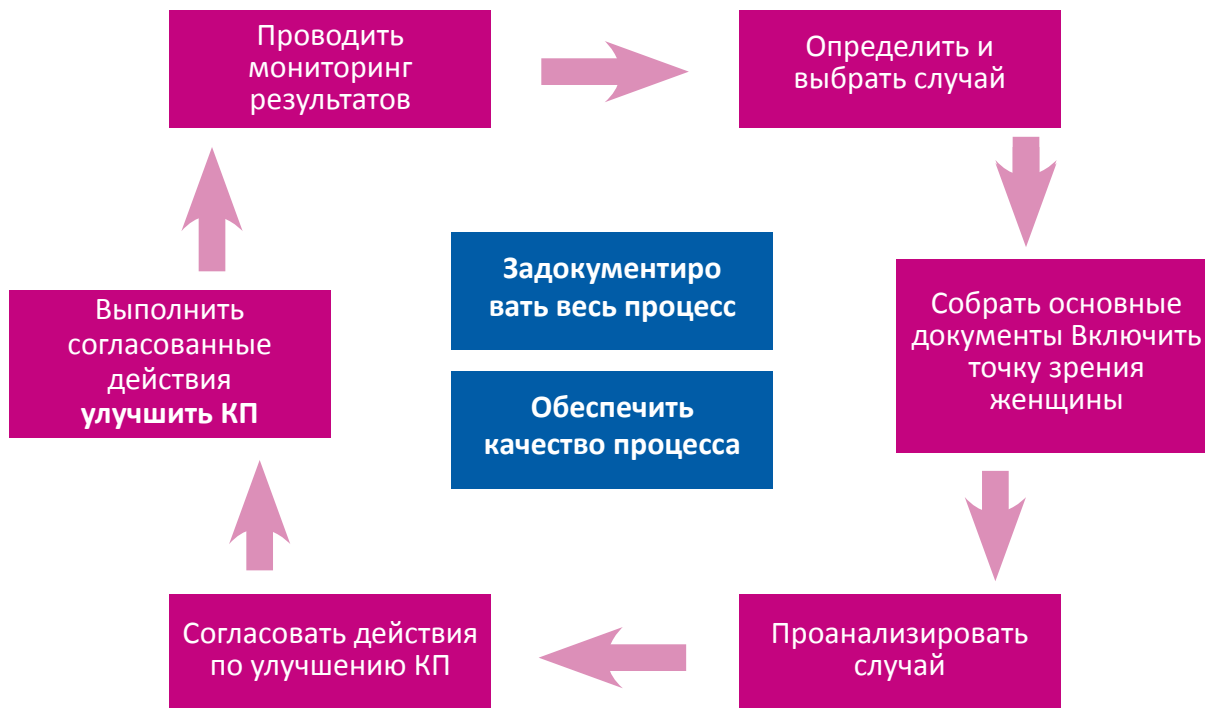
Основные этапы цикла показаны на Рис 4. Все этапы процесса одинаково важны, и их следует выполнять в течение длительного времени, чтобы обеспечить существенное изменение КП. Причина тому то, что анализ КП без обратной связи и без реализации регулярных мероприятий не является эффективным. Цикличность процесса является основой этой методики, и это должно быть ясно всем участникам цикла АКС.

В настоящем руководстве, мы ссылаемся на АКС, проводимый на уровне стационара коллективом больницы, а не «внешними аудиторами». В основе реализации цикла АКС на уровне учреждения лежит

¹ Lazzerini et al. Impact of the facility-based individual case Near-Miss Reviews in improving the Quality of Maternal and Newborn Care in low and middle income countries: systematic review (submitted for publication).

предположение того, что для обеспечения реального и долгосрочного повышения КП необходимо активное участие, командный подход и заинтересованность коллектива больницы (врачи, медсестры и акушерки), а также поддержка со стороны местного руководства. Процесс направлен на обеспечение активного участия коллектива больницы в повышении КП путем вовлечения сотрудников в обсуждение реальных клинических случаев, произошедших в больнице.

Рисунок 4. Этапы цикла АКС



Опыт реализации в разных странах показал, что АКС также содействует повышению роли и признанию значимости среднего медперсонала: акушерок, медицинских сестер и технических работников (25,30,31). Кроме того, было показано, что привлечение к анализу женщин-пациенток и их родственников путем проведения интервью (например, задавая женщинам вопросы об их взглядах и мнениях) - это важный первый шаг для расширения прав и возможностей потребителей услуг (49).

Настоящее пособие следует использовать параллельно с реализацией научно обоснованных клинических руководств, таких как руководства ВОЗ (71), с обучающими курсами, например, курсами по эффективной перинатальной помощи (ЭПП) (72) и оценками качества (73,74).

1.6 Возможные трудности и основные элементы для успешного внедрения

Очевидно, существует несколько аспектов, которые необходимо принять во внимание для успешного осуществления цикла АКС. Опыт реализации подхода в разных странах показал, что это не всегда было легко, поскольку в некоторых случаях требовалось радикальное изменение мышления. Например, в некоторых странах, в особенности в Содружестве независимых государств (СНГ), применялись другие системы аудита материнской смертности (МС). Зачастую эти системы предполагали следующее: особое внимание уделялось случаям материнских смертей (реже, чем критические случаи); проводились национальными аудиторами; обычный подход «сверху-вниз», без широкого участия всех вовлеченных лиц; акушерки и прочий средний медперсонал не участвовали в анализе; мнение женщины не учитывалось (это, очевидно, невозможно в случае материнской смерти); мнение родственников обычно не учитывалось; стандарты оказания помощи были не всегда ясны, а критерии анализа были зачастую смутными, основанными на личных мнениях, часто субъективными; аудит во многих случаях приводил к обвинению и наказанию отдельных лиц, а не к конструктивным действиям, направленным на повышение качества помощи на уровне учреждения и системы здравоохранения.

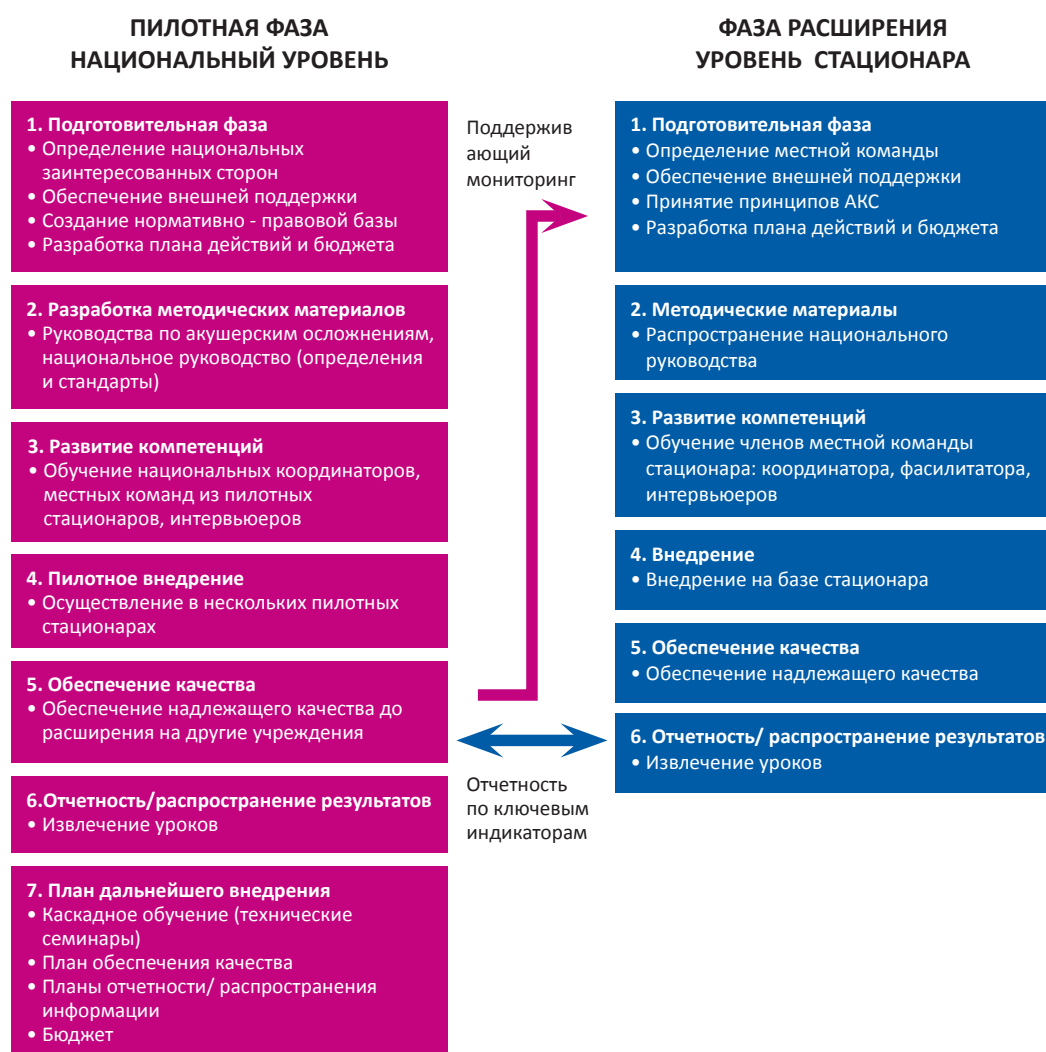
Более подробная информация о часто возникающих затруднениях при внедрении цикла АКС, а также практические рекомендации относительно того, как справиться с такими затруднениями, приводятся в главе 4.

2. Внедрение цикла АКС в стране

Эта глава описывает внедрение подхода АКС в стране. Обычно процесс внедрения начинается по запросу МЗ, а агентства ООН и партнеры по развитию оказывают поддержку. Однако в качестве локомотива могут выступать профессиональные ассоциации, такие как научные общества специалистов-медиков или в некоторых случаях медицинские учебные учреждения. В некоторых случаях процесс начинается не на национальном уровне, а на уровне одной заинтересованной клиники. По опыту внедрения подхода в различных странах европейского региона ВОЗ (Приложение 1), большинство стран следовали алгоритму, описанному в настоящем руководстве.

Если цикл анализа критических случаев внедряется в контексте национальной программы, его следует сначала экспериментально отработать на базе нескольких родовспомогательных учреждений (3-4 крупных или средних стационара), и лишь после успешной реализации пилотного проекта и обсуждения приобретенного опыта его внедряют в других родильных домах. Вкратце, основные шаги, как на национальном уровне, так и на уровне учреждения, показаны на Рис 5.

Рисунок 5. Основные фазы реализации цикла АКС в стране



2.1 Запуск процесса на национальном уровне

2.1.1 Последовательность действий

В большинстве случаев первому национальному семинару предшествует межстрановой семинар - обычно с участием стран, входящих в тот же регион или субрегион ВОЗ с аналогичными характеристиками - в целях поощрения диалога и обмена опытом между различными государствами.

Реализация на уровне страны начинается с вводного семинара. Задачи подобного семинара: предоставление ключевой информации о ЧКЦ и АКС и создание, таким образом, необходимой приверженности со стороны лиц, принимающих решения, и других заинтересованных сторон, обеспечение заинтересованности на национальном уровне, начало разработки национального плана действий для внедрения подхода и, при необходимости, разработка нормативной базы. Обычно в ходе этого семинара принимается решение о внедрении цикла АКС в отдельности или вместе с другими подходами ЧКЦ.

После вводного семинара в стране проводится один или несколько технических семинаров в целях наращивания технического потенциала по эффективному использованию нового подхода и разработке конкретных планов действий для внедрения АКС в каждом пилотном учреждении (Таблица 2).

В таблице 2 перечисляются основные аспекты, касающиеся каждого этапа реализации. Пример типичных мероприятий, обычно поддерживаемых агентствами ООН и партнерами по развитию для внедрения подхода АКС на национальном уровне, приведен в Приложении 2.

Таблица 2. Типичная последовательность действий в рамках внедрения цикла АКС в стране

Межстрановой вводный семинар (3-4 дня)	
Участники Основные представители МЗ из различных стран, основные специалисты по планированию и администрированию в системе здравоохранения Представители ведущих учебных заведений и профессиональных ассоциаций, работающих в сфере охраны здоровья матерей и новорожденных, стремящихся улучшить КП и имеющих возможность принимать решения и проводить изменения Агентства ООН, партнеры по развитию, доноры на межгосударственном уровне. Международные эксперты	Задачи Представить принципы ЧКЦ и АКС Поощрить диалог и обмен опытом между различными странами Обеспечить заинтересованность лиц, принимающих решения Обеспечить заинтересованность на национальном уровне Начать разработку планов действий с учетом специфики конкретной страны для вовлечения национальных заинтересованных лиц, проведения национального вводного семинара и создания нормативной базы
Необходимые условия для реализации на национальном уровне	
<ul style="list-style-type: none">● Наличие национальных клинических руководств по основным акушерским осложнениям, обновленных с учетом международных стандартов (71). Имеется хорошее понимание принципов эффективной перинатальной помощи и внедрение соответствующей научно обоснованной практики; при необходимости до представления АКС проводится обучение с использованием пакета ВОЗ по эффективной перинатальной помощи (72).● Обеспечено участие движущих сил на национальном/региональном/районном уровнях● Наличие соответствующей и устойчивой внешней технической поддержки, содействующей успешной реализации подхода	

Таблица 2. Типичная последовательность действий в рамках внедрения цикла АКС в стране
(продолжение)

Национальный вводный семинар (3-4 дня)	
<p>Участники</p> <p>Представители МЗ, основные национальные специалисты по планированию и администрированию системы здравоохранения, соответствующие представители регионов и районов (из пилотных районов)</p> <p>Представители ведущих учебных заведений и профессиональных ассоциаций, основные специалисты (акушеры, акушерки, неонатологи, семейные врачи, анестезиологи, социальные работники и психологи), работающие в сфере охраны здоровья матерей и новорожденных, стремящиеся улучшить КП и имеющие возможности для принятия решений/ проведения изменений</p> <p>Агентства ООН, партнеры по развитию, доноры на уровне страны</p> <p>Международные эксперты</p> <p>Следует также рассмотреть возможность участия представителей ассоциации потребителей в области охраны здоровья матерей и новорожденных, стремящихся улучшить КП.</p>	<p>Задачи</p> <p>Представить принципы ЧКЦ и АКС на конкретных примерах из различных стран мира</p> <p>Разработать план официальной институционализации и, при необходимости, нормативной базы на национальном уровне</p> <p>Разработать проект национального плана действий, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● технический семинар; ● первоначальный выбор учреждения для пилотирования подхода (с достаточным числом родов и критических случаев) и координаторов; ● создание национальной рабочей группы (национальный координатор и команда), и определить их роли и обязанности; ● разработку методических материалов; ● представление общего определения критического случая, критериев и глоссария (Приложение 3-4); ● разработку операционных определений критических случаев (Приложение 5); ● мониторинг и обеспечения качества/ механизмов подотчетности; ● распространение результатов; ● проект бюджета.
<p>Необходимые условия для реализации на уровне учреждения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Руководство и соответствующие материалы готовы (все материалы переведены и напечатаны) ● Определены пилотные родовспомогательные учреждения ● Наличие соответствующей и устойчивой внешней технической поддержки, содействующей успешной реализации подхода 	

Таблица 2. Типичная последовательность действий в рамках внедрения цикла АКС в стране
(продолжение)

Технический семинар(ы) по АКС для пилотных учреждений (3-4 дня)	
<p>Участники</p> <ul style="list-style-type: none"> - Команды из стационаров: 4-5 человек из числа медперсонала каждого учреждения (врачи акушеры, акушерки, неонатологи, интервьюер, анестезиологи), представители руководства, стремящиеся к улучшению КП, и имеющие возможность проводить изменения на уровне стационара - Международные эксперты - Представители агентств ООН, партнеров по развитию, доноров на уровне страны 	<p>Задачи</p> <p>Развить технический потенциал для практической реализации АКС на уровне стационара, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● представление принципов ЧКЦ, методики АКС, общего определения критического случая, критериев и глоссария (Приложение 3-4); ● доработку операциональных определений критических случаев (Приложение 5); ● разработку стандартов помощи (Приложение 6); ● развитие потенциала команды больниц и координатора(ов) по методике АКС (например, как проводить сессии АКС, методы опроса женщин, конфиденциальность, отчетность (Приложение 7-13); ● обсуждение индикаторов мониторинга (Приложение 14-15); ● понимание принципов оценки и повышения качества АКС (Приложение 16). <p>Доработать конкретный план действий для пилотного внедрения, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● план официальной институционализации и при необходимости нормативной базы на уровне стационара; ● определение координатора(ов) на уровне стационара; ● план реализации на уровне каждого стационара; ● планы механизмов обеспечения качества; ● план распространения результатов на уровне стационара; ● план распространения результатов на национальном уровне; ● бюджет.

2.1.2 Необходимые условия

2.1.2.1 Обновленные национальные руководства по акушерским осложнениям

До начала реализации АКС необходимо обеспечить наличие и соответствующее распространение национальных руководств по основным акушерским осложнениям, таким как тяжелая гипертензия, эклампсия, послеродовое кровотечение, тяжелые инфекции и сепсис. Это необходимое условие для реализации АКС, поскольку национальные руководства необходимы как справочная информация для анализа критических случаев и как источник для разработки стандартов помощи.

При отсутствии минимального набора национальных руководств по основным акушерским осложнениям необходимо уделить время для разработки/ обновлению руководств до начала реализации цикла АКС. ВОЗ или другие агентства ООН могут оказать поддержку и предоставить техническую экспертизу по разработке обновленных национальных руководств. Наиболее эффективный и наиболее широко используемый в настоящее время способ создания национальных руководств - это адаптация к местному контексту высококачественных международных руководств. Адаптация высококачественных международных руководств требует меньших затрат времени, усилий и обычно

приводит к получению лучшего результата, чем разработка руководств с нуля (75). Научно обоснованные руководства можно найти на сайте ВОЗ (71) или, в других надежных источниках, таких как: Библиотека репродуктивного здоровья (БРЗ) (76), Национальный институт здравоохранения и совершенствования клинической практики (НИЗСКП) (77), Королевский колледж акушеров и гинекологов (ККАГ) (78). Критерии, используемые для адаптации международных рекомендаций к местным условиям, включают: местные эпидемиологические данные, наличие ресурсов, предпочтения пациентов (75). Очевидно, что разработки руководств недостаточно для обеспечения их понимания и принятия: необходимо обеспечить соответствующее распространение руководств на уровне стационара.

Обратите внимание, что концепция доказательной медицины (ДМ), хоть и широко используется сегодня, может быть не совсем знакома некоторым специалистам. Обычно нужны семинары и обучающие курсы, и другие меры для повышения осведомленности специалистов о ценности принципов ДМ и реального изменения практики (Приложение 1). В состав пакета ВОЗ по ЭПП входит модуль, посвященный принципам ДМ. Кроме того, сам Пакет из 30 модулей включает научно обоснованные рекомендации относительно оказания медицинской помощи матерям и новорожденным (72). До начала реализации АКС следует рассмотреть возможность обучения с использованием Пакета ВОЗ по ЭПП.

Также следует иметь в виду, что ведение критических случаев может подразумевать использование нескольких руководств. Кроме того, возможно, что обсуждение критических случаев выявит необходимость обновить/разработать в дальнейшем национальные материалы (например, национальные руководства по другим клиническим состояниям, внутренние протоколы по направлению пациентов или по организации помощи и т.д.)

Поскольку для единовременного обновления всех необходимых руководств может потребоваться какое-то время, в некоторых случаях обсуждение критических случаев может сосредоточиться на выбранных заболеваниях. Например, если на национальном уровне имеются лишь руководства по послеродовому кровотечению, АКС можно начать с обсуждения этих случаев.

2.1.2.2 Участие на уровне страны и устойчивая внешняя поддержка

На уровне страны следует определить соответствующие заинтересованные стороны. Обычно это МЗ, Представительство ВОЗ в стране, другие агентства ООН и партнеры по развитию, учебные заведения, научные общества специалистов-медиков. Участие объединений пациентов и групп потребителей также может быть полезно для этого процесса.

Изучение опыта других стран и недопущение предотвратимых ошибок крайне важны, чтобы не тратить ресурсы понапрасну. В этом поможет внешняя техническая поддержка со стороны международных экспертов, имеющих практический опыт реализации в течение длительного времени. Предпочтительно, чтобы внешняя поддержка была устойчива в течение определенного периода времени, поскольку поддержка потенциала для анализа критических случаев, а также оценка и повышение качества процесса могут занять несколько лет.

2.1.3 Подготовительная фаза

В ходе межстранового и национального семинаров инициируются шаги, которые дорабатываются в ходе технического семинара(ов) и до начала реализации. Хорошая подготовительная фаза крайне важна для того, чтобы весь процесс реализации оказался успешным. Эта фаза включает следующие шаги:

- создание нормативно-правовой базы;
- разработка национального плана действий;
- разработка национальных методических материалов, в том числе, операциональных определений и стандартов;
- развитие потенциала, определение ролей и обязанностей;
- разработка конкретных планов действий на уровне стационара.

2.1.3.1 Создание нормативно-правовой базы

Обычно в ходе национального семинара обсуждаются формальное организационное оформление этапов реализации цикла АКС и, при необходимости, национальная/местная нормативная база. Они окончательно дорабатываются в ходе технического семинара.

Основополагающие принципы цикла АКС (см. Вставку 4) должны быть формально приняты и поддержаны местными органами здравоохранения. Это необходимый шаг для успешной реализации подхода на уровне стационара. При отсутствии такого формального одобрения отдельные люди могут с неохотой участвовать в сессиях АКС. Органы здравоохранения и руководство стационара должны прийти к согласию о практическом осуществлении таких принципов. Привлечение местного руководства к поддержке цикла АКС и к обеспечению соблюдения основополагающих принципов АКС (например, конфиденциальность, без обвинений, без наказания) крайне важны как необходимое условие для осуществления АКС и мероприятий по повышению качества на уровне стационара. Без этого процесс, скорее всего не будет успешным. Основной принцип состоит в том, чтобы все сотрудники были уверены, что главное здесь - учиться на опыте критических случаев и спасти жизни в будущем, а не искать виновных, не обвинять отдельных людей или учреждения, и не наказывать отдельных людей или группы людей. Чтобы обеспечить открытость при обсуждении случаев и описании случившегося необходимо соблюдать конфиденциальность; это позволит получить более полную и подробную картину и последовательность событий (21,25,27,34)¹.

Вставка 4. Основополагающие принципы цикла АКС

Цикл АКС ставит своей целью:

Критический и открытый анализ критических случаев, выявление подробностей ведения пациентки и получение правдивой картины того, что произошло в действительности.

Создать условия для согласования и реализации с широким вовлечением сотрудников стратегий повышения КП.

Поиск решений и их практическую реализацию внутри стационара (например, усовершенствовать обучение на местах, обновить внутренние протоколы, усилить работу в команде, усовершенствовать коммуникацию в коллективе).

Уведомить МЗ о недостатках, которые требуют принятия мер на более высоком уровне системы здравоохранения (например, необходимость додипломного обучения или обновление национальных руководств).

Отношение «без обвинения, без наказания» и соблюдение конфиденциальности крайне важны для процесса работы.

Он не ставит своей целью следующее:

Выявление виновных, обеспечение базы для судебных разбирательств или использование материалов АКС для обвинения отдельных лиц или учреждений или для наказания отдельных лиц или групп людей.

Дисциплинарное взыскание для медицинских работников или пересмотр их квалификации (для анализа не требуется даже упоминать имена пациентов или медперсонала).

Исключительно сбор эпидемиологических данных для органов здравоохранения.

Составление отчетов лишь чтобы показать, что качество помощи идеальное и все стандарты выполняются.

Рассмотрение только мер по устранению нарушений на уровне МЗ.

Если при внедрении подхода будут иметь место попытки найти виновных или не будут соблюдаться принципы конфиденциальности, это негативно отразится на желании коллектива сотрудничать.

На практике может быть сложно обеспечить принцип «без обвинения, без наказания» и конструктивное и открытое отношение. Практика показывает, что в этом смысле для различных учреждений в европейском регионе ВОЗ понадобилась постоянная внешняя поддержка.

¹Lazzerini M et al. Facilitators and barriers of successful implementation of the facility based maternal near-miss case reviews in low and middle income countries: qualitative systematic review (submitted for publication).

Следует подчеркнуть, что подотчетность работников системы здравоохранения следует поощрять не наказанием, а другими способами, например, путем адекватного обучения специалистов-медиков и медицинской информированности населения, что лучше исключительно карательных систем.

Возможные преимущества, связанные с правильной реализацией АКС, о которых следует помнить, включают следующее: реализация цикла АКС, по сути является процессом повышения качества, нацелена на сокращение предотвратимой материнской смертности и заболеваемости; цикл АКС предлагает возможность для обучения и дискуссии; позволяет выявить как ненадлежащую так и высококачественную помощь.

Принципиально важно, что АКС нельзя использовать как материал для судебного разбирательства, санкций со стороны руководства или обвинения. Информацию о случаях грубого нарушения руководящие работники должны получать, используя другие механизмы, а не сессии анализа критических случаев; и действовать по факту таких нарушений следует иными путями, не пытаясь собрать фактические данные во время сессии АКС. В очень редких случаях при выявлении в ходе сессии АКС серьезной халатности или преступной небрежности, и когда это невозможно объяснить недостатками системы здравоохранения, можно рассмотреть возможность извещения руководителя медицинского учреждения и (или) соответствующих органов управления (21).

В некоторых случаях процесс реализации АКС может подразумевать пересмотр национального законодательства в контексте прав и ответственности поставщиков и потребителей услуг.

2.1.3.2 Разработка национального плана действий

Ниже мы приводим краткий перечень элементов, которые необходимо включить в национальный план действий:

- план технического семинара;
- первоначальный выбор учреждения для пилотирования подхода;
- определение местных координаторов;
- начало создания национальной рабочей группы (национальный координатор и команда), определение ролей и обязанностей
- планы по разработке методических материалов (национальное пособие, операциональные определения и стандарты);
- планы мониторинга и обеспечения качества/ механизмов подотчетности;
- планы по популяризации результатов;
- бюджет.

Крайне важно включить в план пилотной фазы оценку качества внедрения АКС. Обеспечение адекватного качества при проведении АКС в пилотных стационарах до расширения масштабов на большее число учреждений крайне важно для того, чтобы избежать излишнего расходования ресурсов без получения выгоды и, в конце концов, для повышения качества акушерской и перинатальной помощи. Если АКС в пилотных стационарах выполняется не на надлежащем уровне, фазу расширения программы стоит отложить на более поздний срок.

2.1.3.3 Подготовка методических материалов

Методические материалы должны включать следующее: национальное пособие, перечень соответствующих клинических руководств, перечень операциональных определений критических случаев, перечень стандартов и методические документы по основным правам женщин и новорожденных детей на уровне больницы.

Для разработки национального руководства необходимо будет перевести (при необходимости) настоящее пособие ВОЗ и распространить его (напечатать необходимое количество экземпляров).

Рекомендуется снабдить руководство следующими приложениями: перечень соответствующих клинических руководств, перечень операциональных определений критических случаев, перечень стандартов помощи; несколько справочных документов по основным правам женщин и новорожденных на уровне больницы. Рекомендуется предлагать эти документы в качестве приложений, чтобы их можно было с легкостью обновить при необходимости обновления клинических руководств (руководства обычно обновляются каждые 2-5 лет)

Авторы осознают, что терминология в данной области вызывает множество споров и неоднозначна, поскольку такие термины как «руководства», «протоколы» и «стандарты» зачастую взаимозаменяемы. Поэтому в целях обеспечения последовательности и ясности и, опираясь на деятельность ВОЗ по наращиванию потенциала и внедрению подхода в отдельных странах, мы приняли решение принять в настоящем руководстве следующие определения. Терминологию см. во Вставке 5.

Вставка 5. Руководства, протоколы, стандарты: терминология

Научно обоснованные клинические руководства: Систематически разработанное на основании фактических данных руководство, помогающее в принятии решений при оказании медицинской помощи в отношении конкретного клинического состояния (79). Клинические руководства состоят из ряда рекомендаций по оказанию клинической помощи, основанных на лучших имеющихся фактических данных из медицинской литературы (80).

Клинические протоколы: документы на уровне местного здравоохранения (медицинское учреждение, отделение или клиника), которые используются для внедрения национальных клинических руководств на местном уровне в конкретных учреждениях для повышения качества помощи и сокращения неравенства в оказании помощи. Они разрабатываются на основе национальных клинических руководств и отражают местные обстоятельства и особенности в связи с различными видами медицинской помощи на различных уровнях (81, 82).

Стандарты помощи: это основные критерии, по которым оценивается практика при разборе случаев. Клинический стандарт - это «конкретный и измеримый целевой показатель, описывающий помощь, которую должны оказать медицинская служба и добросовестный специалист и которая будет эффективна и безопасна для пациента» (79). ВОЗ описывает стандарты как ключевые рекомендации по оказанию минимальной (необходимой) медицинской помощи всем матерям и младенцам и, кроме того, по оказанию помощи женщинам и новорожденным, нуждающимся в специальной помощи (80). Стандарты должны опираться на обновленные научно обоснованные руководства и должны быть реалистичными с учетом имеющихся ресурсов, а не ориентированными на какие-то идеальные обстоятельства.

Национальные научно обоснованные руководства должны быть готовы до проведения технических семинаров (необходимое условие). Настоящее пособие не рассматривает процесс разработки национальных руководств. На эту тему имеется несколько других материалов (75,80,82,83).

Рабочий вариант операциональных определений критических случаев составляется в ходе национального семинара с учетом существующих предложений (Приложение 5), затем они проверяются на практике, чтобы понять, насколько они полезны для определения критических случаев, а после этого обсуждаются и дорабатываются в ходе технического семинара. Может потребоваться адаптировать операциональные определения критических случаев (Приложение 5) к местному контексту (например, некоторые из этих определений могут подразумевать наличие местного оборудования или материалов, например, определенных лабораторных тестов). Кроме того, к перечню могут быть добавлены некоторые другие важные для местного контекста угрожающие жизни состояния и их операциональные определения с учетом местной эпидемиологии¹. Настоятельно рекомендуется использовать те же самые операциональные определения критических случаев во всех учреждениях в одной стране, что позволит обеспечить сопоставимость результатов.

Рабочий вариант стандартов помощи обычно составляется во время технического семинара, а после первой оценки качества может потребоваться дополнительно пересмотреть их. Поскольку для создания всеобъемлющего перечня стандартов, которые можно будет использовать для оценки каждого отдельного шага ведения пациента, может потребоваться очень много времени и это может быть сопряжено с трудностями, рекомендуется сосредоточиться на ключевых стандартах и использовать справочный материал (Вставка 6, Приложение 6).

Обсуждение случая должно включать и аспект «оказания помощи», и аспект «получения помощи» (Рис 1). Последний включает точку зрения тех, кто пользуется медицинскими услугами, и эту информацию можно собрать в ходе интервью. Чтобы получить стандарт, на основании которого можно будет оценить

¹ Lazzerini M et al. Impact of the facility based maternal near-miss case reviews in improving the quality of maternal and newborn care in low and middle income countries: systematic review (submitted for publication).

«опыт получения помощи», настоятельно рекомендуется добавить к методическим материалам несколько справочных документов по основным правам женщин и новорожденных на уровне больницы.

2.1.3.4 Развитие технического потенциала, определение ролей и обязанностей

Эта работа обычно проводится в ходе технического семинара(ов) под наблюдением внешних экспертов. Основное лицо, отвечающее за выполнение этого процесса на национальном уровне, - это национальный координатор. Обычно это один человек, но решение о числе национальных координаторов также будет зависеть от размера страны, и в некоторых случаях могут быть назначены региональные координаторы. Кроме того, в каждом стационаре необходимо определить местного координатора, который будет выступать в качестве основного координатора процесса АКС. Национального/ регионального координатора(ов) следует отбирать по таким идеальным параметрам как: достаточный опыт клинической работы в области оказания медицинской помощи матерям и (или) новорожденным; знание принципов доказательной медицины; хорошее знание национальных и международных стандартов (71) и эффективной перинатальной помощи (72); хорошее понимание цикла АКС; ответственность и лидерские качества; способность работать в команде и по возможности опыт обучения персонала и работы в системе управления здравоохранением.

Вставка 6. Справочные документы по операциональным определениям, стандартам, правам пациентов

Операциональные определения

- См. примеры в Приложении 5.

Стандарты

- См. примеры в Приложении 6.
- Всемирная организация здравоохранения. Стандарты охраны здоровья матерей и новорожденных (91)
- Европейский совет и Колледж акушерства и гинекологии Стандарты медицинской помощи по охране женского здоровья в Европе. Услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными 2014 (86)
- Среди прочих возможных источников стандартов: пособия (22); руководства (78), учебный пакет по ЭПП (79), опыт других стран и мнения экспертов.

Права женщин и новорожденных на уровне больницы

- Всемирная организация здравоохранения. Предупреждение и устранение неуважительного и жестокого обращения с женщинами во время родов (6).
- Альянс «Белая лента». Уход, основанный на уважении во время беременности и родов: всеобщие права женщин в родах (Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women) (85).
- Международная инициатива International Mother-Baby Childbirth Initiative (IMBCI). Десять шагов к оптимальному уходу в родовспоможении (Ten steps to optimal Mother-Baby maternity services) (86).
- Совет по правам человека ООН. Доклад Управления Верховного Комиссара ООН по правам человека о предотвратимой материнской смертности и заболеваемости и правах человека (87).
- Международная федерация планирования семьи (International Planned Parenthood Federation (IPPF)). Хартия о сексуальных и репродуктивных правах (Charter on Sexual and Reproductive Rights) (88).
- Доклад Управления Верховного Комиссара ООН по правам человека, Техническое руководство по применению подхода, основанного на правах человека, при осуществлении политики и программ, направленных на сокращение масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости (89).

См. дополнительные источники 90-95.

Координатора в стационаре следует выбирать из числа местных сотрудников, ориентируясь на те же характеристики, что и при выборе национального координатора. Совсем необязательно, чтобы координатором становился главврач больницы или заместитель главврача, или заведующий родильным отделением: им может стать либо акушер-гинеколог, либо акушерка. Роли и обязанности координаторов разъясняются во Вставке 7.

Вставка 7. Роли и обязанности координаторов

<p>Национальный/ региональный координатор(ы)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Участие в техническом семинаре с международными экспертами ● Участие в сессиях АКС в собственном стационаре ● Поддержка внедрения АКС в стационарах ● Участие в национальных мероприятиях по обеспечению качества АКС вместе с международными экспертами, а затем контроль качества (в том числе выезды в стационары) на национальном уровне ● Координация мероприятий по обеспечению качества АКС в собственном стационаре ● Координация региональных/национальных отчетов (см. Приложение 12) ● Надзор за проведением мониторинга в сотрудничестве с органами управления в сфере здравоохранения (см. Приложение 14-15) ● Координация распространения результатов на региональном/ национальном уровне и обсуждение достижений и ограничений, а также решений о том, как преодолеть эти ограничения ● Надзор и координация планов по расширению деятельности ● Организация каскадного обучения и выполнение роли тренера
<p>Координатор в стационаре</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Участие в техническом семинаре ● Надзор за организацией и регулярное проведение сессий АКС ● Координация и участие в сессиях АКС в собственном стационаре ● Назначение фасилитатора для каждой сессии АКС ● Координация ведения учета и обеспечение хранения всей информации в надежном месте ● Предоставление руководству больницы информации о принятых рекомендациях после каждой сессии ● Надзор за выполнением рекомендаций ● Надзор за тем, чтобы рекомендации для регионального/ национального уровня передавались на региональный/ национальный уровень ● Координация отчетов учреждения (см. Приложение 12) и мониторинга (см. Приложение 14-15) ● Обеспечение соблюдения конфиденциальности в отчетах ● Координация мероприятий по обеспечению качества АКС в собственном учреждении ● Координация распространения результатов в стационаре/ местном уровне и обсуждение достижений и ограничений, а также решений о том, как преодолеть эти ограничения ● Обеспечение наращивания потенциала специалистов, чтобы обеспечить возможность перераспределения ролей в условиях текучести кадров

Кроме местных координаторов на уровне стационара необходимо определить и должным образом обучить фасилитатора и интервьюера. Идеального кандидата(ов) на роль фасилитатора можно выбрать в ходе технического семинара или позднее - из числа сотрудников больницы. При выборе фасилитатора следует ориентироваться на следующие идеальные характеристики:

- способность поощрять участие и мотивировать открытое обсуждение случаев с уважением мнений других сотрудников;
- опыт работы в команде, достаточный опыт клинической работы в области охраны здоровья матери и (или) новорожденных;
- знание принципов доказательной медицины; знание национальных и международных стандартов (71) и эффективной перинатальной помощи (72); и
- по возможности опыт обучения персонала.

Во многих случаях координатор также может выступать в роли ведущего сессии АКС. По мере того, как сотрудники набираются опыта, роль фасилитатора обычно передается другому сотруднику, чтобы повысить устойчивость процесса.

Необходимо выбрать подходящих специалистов и наращивать их потенциал в проведении интервью. Накопленный опыт показал, что для получения достоверной информации о реальном мнении женщин и их родственников крайне важно проводить обучение для интервьюеров. Исследования в этой области показали, что интервьюеры могут расширять возможности пациентов, предоставляя им простор для высказывания своего мнения, обсуждения и оспаривания (56). Выбор идеального человека на роль интервьюера может зависеть от типа учреждения и состава коллектива. Например, это могут быть психолог, социолог, антрополог, социальный работник или медицинские сестры, акушерки или другие специалисты (предпочтительно те, кто не участвовал непосредственно в ведении обсуждаемого критического случая). Самые важные качества для интервьюера - это способность понять цель интервью (то есть узнать мнение женщины), умение донести до женщины, что ее слова будут восприняты серьезно, а также желание разузнать полезную информацию. Компетенции для проведения интервью развиваются в ходе одного или нескольких технических семинаров; некоторые основные принципы проведения интервью представлены в Приложении 7.

Компетенции местных координаторов/ фасилитаторов/ интервьюеров следует развивать в ходе обучающих семинаров, предусматривающих практические упражнения (например, как эффективно вести встречу, как обеспечить активное участие всех сотрудников, как разрабатывать рекомендации, как отчитываться, как использовать шаблоны для отчетности по отдельным случаям (Приложение 10). Закрепляющие мероприятия должны включать поддерживающее кураторство и оценку качества. И координация, и ведение встречи могут вызывать затруднения. Типичные трудности, а также и возможные решения представляются и обсуждаются в ходе технического семинара(ов) и при выполнении мероприятий по обеспечению качества.

Перемена места службы, роли или перевод сотрудников, назначенных на ключевые позиции АКС, могут поставить под удар качество и непрерывность работы по АКС (также см. Глава 3). То есть при выборе координаторов, фасилитаторов и интервьюеров следует принимать во внимание, будут ли эти сотрудники продолжать работу на этом же месте в среднесрочной и долгосрочной перспективе. Ротация двух-трех сотрудников в роли фасилитатора или интервьюера позволит иметь несколько квалифицированных специалистов, что поможет обеспечить преемственность во внедрении АКС. В случае перемены места работы основных специалистов, занимающихся АКС либо в роли координатора, либо в роли фасилитатора или интервьюера необходимо вовремя передать полномочия другим специалистам.

2.1.3.5 Планы действий на уровне стационара

В ходе технического семинара(ов) разрабатываются конкретные планы действий для каждого учреждения, включающие следующее:

- план официальной институционализации и нормативная база на уровне стационара (при необходимости);
- наращивание потенциала;
- распространение методических материалов;
- планы мониторинга и обеспечения качества;
- планы по популяризации результатов;
- бюджет.

2.2 Пилотное внедрение

Как говорилось ранее, для пилотного внедрения выбирают 3-4 крупных или средних родильных дома. Критерии, которыми можно руководствоваться при выборе стационара: наличие приверженных делу руководящих работников и медицинского персонала, стремящегося улучшить КП и обладающих знаниями и опытом оказания эффективной перинатальной помощи (прошли обучение с использованием Учебного пакета ВОЗ по ЭПП) (72); достаточное количество родов и критических случаев. Пилотные учреждения - это обычно специализированные клиники. С учетом местных возможностей и ограничений можно выбрать различные варианты географического распределения. Однако, если это целесообразно и уместно, может быть полезно, выбрать учреждения в различных регионах страны, так, чтобы опыт экспериментального внедрения исходил из различного контекста и мог впоследствии применяться при расширении деятельности на другие учреждения.

Не рекомендуется проводить пилотные мероприятия более чем в 4 учреждениях, чтобы дать возможность адекватного развития компетенций. При большом количестве пилотных учреждений будет сложно организовать оценку качества и стимулирующие визиты международных и национальных экспертов. Кроме того, если качество выполнения на начальном этапе будет оценено как плохое, проще исправить ошибки в ограниченном количестве клиник, чем, если бы было задействовано много учреждений.

Начиная внедрение в пилотных учреждениях, необходимо убедиться, что все сотрудники получили соответствующую информацию. Рекомендуется официально ознакомить всех сотрудников больницы с принципами, целями и методами АКС, включая справочные руководства, стандарты и базовые правила надлежащего поведения в ходе сессии АКС. Сотрудники должны принять базовые правила надлежащего поведения (см. также главу 3).

Пилотная фаза обычно длится 6-8 месяцев. Компетенции и уверенность сотрудников, занимающихся анализом отдельных критических случаев, со временем будут развиваться.

Обычно сессии АКС организуются каждые 4-6 недель. Периодичность зависит от таких местных особенностей как размер больницы, число критических случаев, число сотрудников, предыдущий опыт работы и нагрузка сотрудников. В идеале частота сессий анализа и количество проанализированных случаев должны быть такими, чтобы они воспринимались как «обычная работа» (а не просто как собрание, которое проводится время от времени), но при этом не перегружали сотрудников.

В ходе каждой сессии обсуждают один критический случай, чтобы обеспечить эффективное и результативное использование рабочего времени сотрудников. Кроме того, в анализе каждого случая должны принимать участие те сотрудники, которые были привлечены к ведению этого случая. Дополнительную информацию см. в главе 3.

Оценку качества для цикла анализа отдельных критических случаев следует включить в планы с самого начала и выполнить по истечении полугодового пилотного периода. При этом подразумевается, что за это время проведен анализ достаточного числа критических случаев - пять-шесть случаев в каждом родильном доме/отделении.

2.2.1 Оценка качества пилотной фазы

Более подробная информация об этой фазе приведена в главе 4. В целом, задачи этой фазы сводятся к оценке и улучшению качества процесса, а также развитию компетенций группы национальных экспертов. На этом этапе проводится оценка качества выполнения цикла АКС и предоставляется обратная связь. Обычно оценку проводят 2 внешних международных эксперта с обширным опытом выполнения цикла анализа отдельных критических случаев и национальный координатор(ы).

После оценки работы в каждом пилотном родильном стационаре следует организовать национальный семинар. Обычно такой семинар проводится в течение 1-2 дней. В ходе семинара представляют и обсуждают выводы по результатам оценки и рекомендации по улучшению качества цикла АКС, а также разрабатывают планы улучшения качества процесса. Если к концу экспериментальной фазы качество выполнения в пилотном учреждении все еще не удовлетворительно, следует предоставить учреждениям дополнительное время для устранения недостатков с учетом полученной обратной связи, приобретения дополнительного опыта и уверенности и лишь после этого расширять масштабы

работы. Будет полезно обсудить примеры и ожидаемые достижения других стран, а также четко определить роли и обязанности и согласовать сроки.

Если пилотным учреждениям будет выделено дополнительное время, то в конце этого периода необходимо провести еще одну углубленную оценку качества, чтобы оценить качество выполнения и при необходимости определить дополнительные основные моменты, которые нужно учесть до широкомасштабного внедрения подхода на национальном уровне.

В некоторых случаях оценка может выявить необходимость дополнительных технических доработок в определенных областях (например, семинар на тему проведения интервью женщин; пересмотр национальных руководств с учетом международных рекомендаций).

2.2.2 Распространение результатов пилотной фазы

После подведения итогов пилотной фазы необходимо распространить правильно составленные резюме и презентации для лиц, принимающих решения и административных работников, а также партнеров по развитию (Приложение 12-13). Такая информация очень ценна для пропагандистской деятельности и ее широкое распространение может помочь в проведении работы по изменению политики и мобилизации профессиональных и гражданских сообществ для повышения качества помощи беременным женщинам. Публикация высококачественных данных может быть полезна для привлечения дальнейшего финансирования в целях совершенствования акушерской и перинатальной помощи.

Крайне важно довести информацию до нужной аудитории, а именно до тех, кто сможет действовать, опираясь на эту информацию. Потенциальных получателей информации следует обозначить на стадии планирования, а рекомендации необходимо формулировать так, чтобы их с легкостью поняла широкая аудитория. Информацию надо будет распространять таким образом, чтобы заинтересованные участники смогли получить к ней доступ.

2.3 Фаза расширения

2.3.1 План

Необходимо разработать план расширения работы на другие учреждения родовспоможения. Первый шаг - это выбрать учреждения. Предпочтительно выбрать 5-6 новых учреждений, чтобы обеспечить эффективную оценку качества. Одно пилотное учреждение (с хорошим качеством оценки) может «взять шефство» над одним или двумя близлежащими «новыми» учреждениями и обучать их. В этом процессе можно опираться на оценку качества: какие сотрудники больницы работают лучше и, какой координатор/ персонал может играть ведущую роль. Еще один вариант, в частности, для крупных стран - внедрить АКС в родильных отделениях/домах в выбранных регионах.

Необходимо организовать семинар с привлечением сотрудников пилотного роддома, для того чтобы сотрудники нового учреждения могли узнать об «извлеченных уроках» в пилотном стационаре.

Нормативные документы: необходимость нормативной базы (на национальном или субнациональном уровне) необходимо будет оценить в каждом конкретном случае для каждой страны.

Отчетность о результатах на уровне стационара и на национальном уровне: представление и обсуждение результатов на уровне стационара крайне важно для успеха процесса, реализуемого в первую очередь на уровне отдельного учреждения. Передача информации о конкретных рекомендациях и результатах из больниц(ы) национальному координатору(ам) также крайне важна. Цель отчетности не в том, чтобы формально соблюсти требования, она нужна для обмена опытом и извлечения уроков, что необходимо для постоянного улучшения качества. Результаты мероприятий по оценке качества необходимо довести до всех заинтересованных сторон и обсудить (например, в ходе семинаров). Следует обсудить и согласовать мероприятия, направленные на повышение качества внедрения. Извлеченные уроки также можно представить и обсудить на семинарах с участием нескольких стран.

Бюджет: следует разработать соответствующий бюджет с учетом необходимых мероприятий и обеспечить наличие финансирования. Обычно расходы - это затраты на разработку и печать обучающих материалов, затраты на обучение, контроль качества, мероприятия по налаживанию связей и

сотрудничества (например, обмены), а также распространение результатов (обычно это отчеты и семинары).

Планы обеспечения устойчивости АКС необходимо продумать с самого начала внедрения, а после завершения пилотной фазы - пересмотреть. Для поддержания процесса, а также обеспечения положительных изменений в КП потребуются и техническая, и финансовая поддержка в средне- и долгосрочной перспективе, а также - профессиональное признание. При этом следует иметь в виду, что эффективная помощь, направленная на профилактику и лечение осложнений в этот критический период, скорее всего, позволит значительно сократить число материнских смертей, случаев мертворождений и смерти новорожденного в ранний неонатальный период. Поэтому эти затраты следует рассматривать как возможность получить доход, втрое превышающий сумму вложенных средств.¹

2.3.2 Мероприятия

Расширение и распространение анализа критических случаев на другие родильные отделения/дома должно проводиться так же последовательно, как и запуск процесса в пилотных учреждениях. Однако эту работу следует проводить, опираясь на опыт, полученный в пилотной фазе.

- Нормативная база: если это необходимо, следует обеспечить расширение нормативной базы на каждое учреждение.
- Местный план действий: в местной команде план действий будут разрабатывать сотрудники, принимавшие участие в мероприятиях по развитию компетенций (по согласованию с руководителем/директором). Предлагается официально представить процесс всем сотрудникам больницы, участвующим в оказании помощи матерям и новорожденным, и распространить методические материалы.
- Методические материалы: будут использоваться материалы, разработанные в пилотной фазе (с любыми необходимыми доработками).
- Обучение: организуется серия технических семинаров с участием сотрудников «новых» больниц: 4-5 специалистов от каждого учреждения (акушеры, акушерки, неонатологи, интервьюер, анестезиологи и руководство), стремящиеся к улучшению КП, имеющие возможность проводить изменения на уровне учреждения и прошедшие обучение по ЭПП. Два или три тренера (национальные и местные координаторы, фасилитаторы и интервьюеры) будут руководить развитием технических компетенций местного персонала, используя аналогичную программу обучения и пользуясь теми же слайдами, презентациями, упражнениями и методиками, которые применялись в ходе первого технического семинара.
- Обеспечение качества: Обеспечение соответствующего качества процесса - ключ к реальным переменам в КП: более подробную информацию см. в параграфе 2.3.3
- Отчетность и оценка влияния: выбранный способ может отличаться, но чаще всего подразумевает письменные отчеты и семинары.
- Бюджет: на уровне учреждения расходы обычно минимальны. Выполнение рекомендаций по результатам анализа критических случаев может потребовать небольших вложений, однако особое внимание следует уделить тому, что можно сделать при имеющихся ресурсах.

2.3.3 Обеспечение качества

При расширении масштабов реализации АКС следует предусмотреть некий механизм обеспечения подотчетности. Обеспечение адекватного качества выполнения цикла АКС крайне важно, чтобы избежать бесполезной траты средств. В некоторых случаях, при неправильном выполнении этот процесс может иметь даже негативные последствия (например, подрыв уверенности в себе специалистов при выполнении своей работы).

Поскольку ожидается, что местные координаторы будут постепенно наращивать компетенции по мере приобретения практического опыта АКС, следует предусмотреть некую систему поддерживающего кураторства для местных координаторов. Цель такого кураторства должна заключаться в обеспечении последовательного применения принципов и методологии анализа отдельных критических случаев. Мы предлагаем привлечь международного эксперта и к планированию работы по данному направлению, и к непосредственной оценке качества через какое-то время после расширения подхода

¹ Lazzarini M et al. Impact of the facility-based individual case near-miss reviews in improving the quality of maternal and newborn care in low and middle income countries: systematic review (submitted for publication).

(1-2 года). Это связано с тем, что качество сессий анализа падает при каждой следующей волне (30). Как обеспечить качество цикла АКС более детально, описано в главе 4.

Другие механизмы обеспечения качества включают поддерживающее кураторство (в том числе мониторинг), обучение, наставничество, налаживание контактов (например, определение местных лидеров/передовиков, визиты обмена опытом для ключевого персонала клиник с целью непосредственного наблюдения за тем, как проходит анализ критических случаев).

На сегодняшний день, существует мало задокументированных сведений об эффективном мониторинге цикла АКС, однако интересные примеры методов и инструментов приводятся в ссылках 40 и 41. В идеале, показатели для мониторинга должны включать следующее: индикаторы процесса АКС (число и тип рассмотренных случаев, число и тип рекомендаций, а также процент выполненных рекомендаций); индикаторы процесса оказания помощи (например, охват женщин с преэклампсией, получивших необходимые вмешательства, например, получившие магния сульфат (22)); индикаторы состояния здоровья (например, число критических случаев в больнице). Использование лишь коэффициента частоты критических случаев или коэффициента материнской смертности для оценки успешности цикла АКС недостаточно, в особенности в учреждениях с низким числом материнских смертей/материнской заболеваемости, поскольку для оценки влияния на уровень смертности/заболеваемости может быть необходимо большое число родов. Некоторые примеры индикаторов для мониторинга предлагаются в Приложении 14.

Определение специфических для местного контекста индикаторов процесса и результата (постановка целей и опубликование этой информации через механизмы обеспечения прозрачности) - это мощная стратегия, позволяющая мотивировать медицинские учреждения на улучшение качества предоставляемой помощи и содействовать последовательному участию общественности (1).

2.4 Роль курирующих органов

2.4.1 Национальный уровень

Передача информации о процессе и конечных результатах осуществления АКС от отдельных учреждений национальным координаторам имеет решающее значение. Точно так же, крайне важно, создать механизмы обеспечения качества (такие как эффективный мониторинг и обратная связь от национальных координаторов в учреждения). Местная администрация должна активно поддерживать реализацию высококачественной системы АКС, и, как следствие, быть ответственными за мониторинг и предоставление обратной связи по техническим вопросам по необходимости.

В прошлом, в нескольких странах, уделялось недостаточно внимания мониторингу и оценке со стороны национальных кураторов, и такое невнимание серьезно снизило эффект от самого процесса. Предлагается предусмотреть как на национальном, так и на наднациональном уровнях хорошие системы мониторинга и оценки и, где это возможно, оценки влияния.

Для этих целей подойдут следующие мероприятия: национальный обзор качества цикла АКС; распространение отчетов; предоставление конкретной и специфичной обратной связи со стороны национального координатора(ов) в учреждения; план действий по улучшению качества АКС, если было выявлено, что качество не соответствует должному уровню.

Важно, чтобы обратная связь должна ставить своей целью качество процесса, и администрация не должна получать подробную информацию о критических случаях или непосредственно участвовать в их обсуждении.

2.4.2 Международный уровень

Осуществление цикла АКС, в особенности на национальном уровне - это не быстрый процесс (Приложение 1 и 2). Для этого требуется эффективное сотрудничество и постоянная поддержка со стороны партнеров по развитию, в частности агентств ООН, и особенно в странах с ограниченными ресурсами. Опыт осуществления подхода в нескольких странах показал, что в некоторых случаях реализация АКС ограничилась пилотной фазой, которая характеризовалась: отсутствием мониторинга; отсутствием оценки качества; отсутствием оценки воздействия; отсутствием постоянной поддержки со стороны доноров (25,26).

Кроме растраты ресурсов, такое положение вещей может существенно затормозить процесс улучшения качества. Мы предлагаем создать, даже на наднациональном уровне, хорошую систему мониторинга и оценки воздействия, по сути, в соответствии с философией и принципами цикла «планируй-делай-изучай-действуй» (ПДИД) (70). Для этих целей будет полезно следующее: межгосударственный обзор качества цикла АКС с непосредственной оценкой качества, которое регулярно проводится международными экспертами и национальными координаторами при поддержке сотрудников ВОЗ/ООН и (или) партнеров по развитию, и(или) руководителей проекта; составление отчетов для представления в Страновой офис / Региональное бюро ВОЗ, задействованным партнерам, МЗ и местным координаторам.

Европейское региональное бюро ВОЗ в 2010 и 2014 годах (26, 27) организовывало обзоры анализа критических случаев с участием нескольких стран. Такие обзоры содействовали обмену информацией между странами и с основными партнерами по развитию о статусе внедрения, достижениях и трудностях. Основываясь на исходной информации, предоставленной каждой страной, и на оценках качества, проведенных международными экспертами, эти обзоры помогли в распространении опыта о практических действиях и необходимом времени. Делегация каждой страны разработала план последующих действий и необходимой поддержки. Такие мероприятия могут быть очень полезны для обмена опытом, распространения положительных примеров о достижениях, понимания трудностей и выработки решений. В конечном итоге они могут помочь в реализации и поддержке реального улучшения КП. Предложения о том, как обеспечить качество цикла АКС, более детально описаны в главе 4.

В приложениях к настоящему руководству перечисляются инструменты, которые могут оказаться полезными для мониторинга и повышения качества реализации АКС на уровне страны.

- Шаблон для комплексной отчетности о реализации подхода АКС на уровне страны (Приложение 15). В идеале он должен быть скомпилирован предварительно до миссии по оценке качества процесса на местах в выбранных медицинских учреждениях. Шаблон также может быть использован для целей мониторинга, который проводится на более регулярной основе.
- Перечень вопросов для оценки качества цикла АКС на уровне больниц и матрица для разработки плана действий на местах (Приложение 16). Этот перечень предназначен для использования в ходе оценки и дальнейшего улучшения качества цикла АКС в отдельных родильных домах. Если оценка проводится с адекватной выборкой родильных домов, ее результаты могут служить информацией о качестве реализации цикла АКС на национальном уровне, и могут быть использованы в качестве основы для разработки рекомендаций на национальном уровне.
- Матрица для разработки плана действий на национальном уровне после оценки качества процесса (Приложение 17). Матрица, как правило, используется в ходе национального семинара, на котором представляются и обсуждаются выводы двух предыдущих оценок.

3. Анализ критических случаев на уровне стационара

3.1 Общая подготовка к каждой сессии

3.1.1 Частота встреч

Обычно, в ходе каждой сессии АКС обсуждают один критический случай, поскольку в анализе каждого случая должны принимать участие сотрудники, вовлеченные в ведение случая. Обычно, встречи организуется каждые 4-6 недель. Конкретная частота встреч зависит от таких местных особенностей как: размер стационара, число критических случаев, число сотрудников, имеющийся опыт работы в прошлом и нагрузка сотрудников. В идеале частота сессий АКС должна быть достаточной, чтобы они воспринимались сотрудниками больницы как «обычная работа» (а не просто как «собрание, которое проводится время от времени»), но при этом не следует перегружать сотрудников. Важно убедиться, что собрания проводятся регулярно в течение длительного времени, чтобы развить и поддерживать компетенции, относящиеся к проведению сессии (включая разработку решения и согласование действий), а также, чтобы дать время для осуществления согласованных действий. При этом цель работы заключается в том, чтобы весь процесс привел к реальным изменениям в КП на уровне больницы.

3.1.2 Роли и обязанности координатора и фасилитатора

На уровне учреждения местный координатор назначает фасилитатора. В начале реализации на базе больницы координатор, скорее всего, будет также исполнять роль фасилитатора, а по мере развития компетенций персонала роль фасилитатора могут взять на себя другие участники. Опыт показывает, что роль фасилитатора вполне хорошо может выполнять либо акушерка, либо медсестра, либо врач, прошедшие обучение или обладающие опытом проведения собраний и соответствующими навыками. В некоторых крупных учреждениях может быть более одного опытного фасилитатора, а когда больше сотрудников получит опыт участия в сессиях АКС, роль фасилитатора могут выполнять различные участники на принципе ротации. В любом случае координатор и фасилитатор обычно работают в команде, в особенности при подготовке сессии, а также при подведении итогов после завершения анализа.

Во время сессии АКС основная роль фасилитатора - приглашать участников к обмену мнениями, обеспечивать активное участие всех вовлеченных сотрудников, выполнение основных правил и соблюдение всех этапов анализа случая (см. параграф 3.2). При ведении сессии фасилитатор не должен напрямую обращаться с вопросами к сотрудникам, поучать, делать вид, что он знает все, но при этом эффективно управлять динамикой группы. Таким образом, для эффективного ведения сессии АКС нужны соответствующие «личные качества», например, умение распознать динамику команды и направить ее должным образом для максимальной пользы сессии АКС. Такие навыки обычно отработываются в ходе обучения.

Фасилитатор в диалоге с координатором определяет других ключевых участников собрания, а именно: интервьюера, докладчика и секретаря. В то время как интервьюер обычно имеет опыт проведения опросов, докладчика и секретаря обычно назначают по принципу ротации. Хорошее правило - фасилитатор должен связаться с интервьюером и докладчиком до сессии АКС, чтобы гарантировать готовность материалов: интервью и краткая информация о случае. Фасилитатор также определяет полный список участников каждой сессии АКС (тех, кто принимал участие в ведении случая). Роли и обязанности участников сессии АКС приведены в Таблице 3.

3.1.3 Определение и выбор случая

Случаи необходимо определить в соответствии с национальными операционными определениями критического случая (Приложение 5). Когда цикл АКС внедряется рутинно, необходимые случаи (из числа недавних) могут выбираться любыми медицинскими работниками, которые знакомы с определениями критического случая. Выбранные случаи соответствуют следующим критериям:

- они информативны в контексте процесса повышения качества, а не только те, которые завершились благополучно);
- они включают различные типы состояний (например, эклампсия, послеродовое кровотечение, сепсис);
- они велись различными командами/отделениями.

3.1.4 Приглашение участников

Список участников, приглашаемых на каждое заседание, включает сотрудников, которые участвовали в ведении рассматриваемого случая: акушер-гинеколог, акушерки, неонатологи, медсестры и другие задействованные сотрудники, например, анестезиолог, лаборанты, радиологи, вспомогательный персонал (например, сотрудники, отвечающие за транспортировку пациента и др). Главная черта АКС - участие сотрудников, оказывавших медицинскую помощь женщине.

Таблица 3. Роли и обязанности ключевых участников АКС

	До сессии	Во время сессии	После сессии
Координатор	<ul style="list-style-type: none"> ● Выбрать случай ● Определить участников ● Определить дату для обсуждения случая 	<ul style="list-style-type: none"> ● Наблюдение за процессом 	<ul style="list-style-type: none"> ● Хранить все документы в надежном месте
Фасилитатор	<ul style="list-style-type: none"> ● Организовать интервью с женщиной ● Определить, кто подготовит и представит краткое описание случая ● Обеспечить наличие всех материалов (см. параграф 3.1.6) до начала собрания 	<ul style="list-style-type: none"> ● Фасилитировать сессию 	<ul style="list-style-type: none"> ● Гарантировать конфиденциальность ● Передать заключительные рекомендации заинтересованным сотрудникам и руководителю ● Последующее наблюдение выполнения рекомендаций ● Контроль выполнения решений (как согласовано)
Интервьюер	<ul style="list-style-type: none"> ● Связаться с женщиной/ родственникам ● Провести интервью ● Подготовить краткое изложение интервью для представления 	<ul style="list-style-type: none"> ● Представить результаты интервью 	<ul style="list-style-type: none"> ● Соблюдать принцип конфиденциальности ● Реализовать решения (как согласовано)
Докладчик	<ul style="list-style-type: none"> ● Подготовить краткий обзор случая 	<ul style="list-style-type: none"> ● Представить краткий обзор случая 	<ul style="list-style-type: none"> ● Соблюдать принцип конфиденциальности ● Реализовать решения (как согласовано)
Секретарь	<ul style="list-style-type: none"> ● Ознакомиться с шаблонами документации для сессии 	<ul style="list-style-type: none"> ● Заполнить шаблон (Приложение 10) основываясь на итогах обсуждения 	<ul style="list-style-type: none"> ● Соблюдать принцип конфиденциальности ● Реализовать решения (как согласовано)
Другие участники	<ul style="list-style-type: none"> ● Записать дату сессии АКС (обеспечить свое участие) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Активно участвовать в сессии 	<ul style="list-style-type: none"> ● Соблюдать принцип конфиденциальности ● Реализовать согласованные решения

Рекомендуется избегать или сводить к минимуму участие специалистов, которые не имели прямого отношения к ведению рассматриваемого случая, что позволит обеспечить открытое обсуждение проблемных деталей среди сотрудников, которые столкнулись с подобной сложной ситуацией, а также избегать того, чтобы какие-то «внешние» судьи обвиняли специалистов, непосредственно участвовавших в случае. Такой подход гарантирует соблюдение принципа всеобщего участия снизу-вверх (обобщается базовым правилом: «обзор - это про нас, а не для того, чтобы осуждать других») (26).

Руководитель играет ключевую роль в сборе рекомендаций, касающихся организационных вопросов/политики больницы (например, необходимость закупки/технического обслуживания основного оборудования, реорганизацию смен и т.д.) и в дальнейшем поддерживать их реализацию. В зависимости от местного контекста можно рассмотреть возможность присутствия на сессии АКС представителя старшего руководящего состава больницы: присутствие руководителя может быть необходимо для эффективного выполнения решений по устранению недостатков. Однако это также может стать препятствием к полному участию и вовлечению других сотрудников или к раскрытию всей информации о случае и высказыванию мнений. Присутствуя на сессии АКС, такой руководящий работник должен всегда уважать и соблюдать принцип «не обвинять, не наказывать» и принцип «конфиденциальности».

3.1.5 Установление базовых правил/ Кодекс поведения

Все участники мероприятия должны согласиться соблюдать важнейшие базовые правила поведения при обсуждении случая. Во Вставке 8 приводится пример базовых правил, адаптированных на основе утверждений, используемых главным образом в европейском и африканском регионах. Правила можно зачитывать вслух перед началом каждого собрания (это полезно, поскольку участники заседания, особенно в крупных медицинских учреждениях, каждый раз новые, в зависимости от обсуждаемого случая).

Вставка 8. Базовые правила / Кодекс поведения - пример

Мы, сотрудники данного родильного дома/отделения, соглашаемся соблюдать правила поведения во время заседаний по обзору критических случаев в нашем учреждении:

1. Вовремя приходить на собрание
2. Активно участвовать в обсуждении
3. Соблюдать принцип конфиденциальности и стараться не разглашать конфиденциальные подробности вне заседания
4. Соглашаемся не утаивать и не фальсифицировать полезную информацию, которая могла бы помочь в понимании рассматриваемого случая
5. Уважать идеи других и способ их выражения
6. Принимать обсуждение и несогласие без какой-либо агрессии
7. Соглашаемся, что наши действия могут вызывать вопросы
8. Избегать обвинения отдельных лиц; цель заседания - найти решения, чтобы улучшить качество помощи, оказываемой в нашей больнице
9. Помнить, что «анализ - это про нас»; это не «осуждение других»
10. Наша конечная цель - улучшение качества помощи в больнице ради пользы нашей общины/населения

3.1.6 Необходимые материалы

Все материалы для обсуждения должны быть готовы до начала сессии, чтобы не тратить лишнего времени. Перечень материалов приведен во Вставке 9.

Общие материалы включают национальное руководство по АКС (с определением случая, операциональными определениями, стандартами), журнал для ведения записей и материалы для представления случая (флипчарт или, если есть, видеопроектор). Каждое заседание должно начинаться с рассмотрения действий, которые были предприняты по рекомендациям прошлого заседания. А поэтому необходимо, чтобы был шаблон (Приложение 10) с прошлого заседания. Материалы для обсуждения нового случая включают историю(и) болезни, краткий обзор случая, интервью и экземпляр

шаблонов для анализа случая. Рекомендуется предоставить в качестве справочного материала экземпляр соответствующих национальных клинических руководств и местных протоколов, а также учебник по акушерству или соответствующие руководства/учебный пакет ВОЗ (например, по эффективной перинатальной помощи).

Выбор материала для обсуждения конкретного случая может опираться на характеристики этого случая. Например, к материалу можно добавить научные труды.

Шаблоны документов для записи сессии АКС представлены в Приложении 10. Практический пример заполнения шаблонов представлен в Приложении 11.

Вставка 9. Материалы, необходимые для обсуждения каждого случая

Общие

Национальное руководство (с операциональными определениями, стандартами)
Журнал для записи основной информации о каждой сессии АКС
Флипчарты, ручки, бумага (если есть, видеопроектор)

Для контроля исполнения:

Папка(папки) с прошлого обсуждения(ий) с шаблонами согласованных рекомендаций по последующим действиям

Для нового случая:

История(и) болезни
Краткий обзор случая
Интервью женщины
Чистый экземпляр шаблона для анализа случая и выработки рекомендаций (Приложение 10).

Для справки:

Любые справочные материалы (национальные руководства, местные протоколы и др.)
Учебники и другие необходимые материалы (например, учебный пакет по ЭПП (72), статьи или другой материал по запросу на тему обсуждения).

3.1.7 Сбор информации с точки зрения женщины и членов семьи

Интервьюера следует своевременно проинформировать о женщине, чей случай выбран для анализа, и он должен собрать информацию о ее мнении и опыте получения помощи. Методы интервью должны соответствовать методам, которые обсуждаются в ходе технического семинара(ов). Это, в числе прочего, основные принципы, перечисленные ниже. Дополнительные предложения представлены в Приложении 7.

Женщину (или других людей, выбранных для проведения интервью) следует полностью информировать о цели и описать предмет интервью, и получить согласие до начала интервью. Всегда необходимо соблюдать принципы свободы выбора (участие в интервью добровольное; любой человек, принимающий участие в интервью, вправе прекратить его в любое время) и конфиденциальности (нельзя разглашать имя опрашиваемого в каких-либо официальных отчетах).

Интервью следует проводить в тихом месте, по возможности после выписки, чтобы женщина могла чувствовать себя свободно, обсуждая полученную помощь, и в соответствии с общими правилами проведения интервью. Если это уместно, можно опросить родственников или близких друзей, чтобы дополнить информацию, предоставленную женщиной.

Целью интервью должен быть сбор фактов, а также субъективных оценок и взглядов женщины, это не должна быть формальная поверхностная обратная связь. Включение информации о «реальном» «опыте получения помощи» крайне важно для того, чтобы понять, что произошло на самом деле и как в целом улучшить клинические практики (Рис 1).

Интервьюер должен стремиться получить описание ведения пациентки, а также собрать информацию о соблюдении основных прав женщины в больнице (например, справедливый доступ к помощи, информированность и участие, конфиденциальность и др). Информацию о доступе к медицинской помощи, ее ценовую доступность и приемлемости также собирают в ходе интервью, а затем обсуждают на сессиях АКС.

Основные факты по результатам интервью следует должным образом обобщить и подготовить для представления в ходе сессии АКС (например, запись ответов женщины ее словами). Нельзя упоминать или записывать в документах по АКС имена медицинских работников и пациенток, а информация, в том числе, по итогам интервью, является конфиденциальной.

3.2 Этапы сессии АКС

Этапы перечислены ниже. В целом, весь процесс обсуждения случая (от представления случая до согласования действий, направленных на улучшение качества) не должен отнимать слишком много времени. Практический опыт показал, что для выполнения всех необходимых шагов достаточно 60-90 минут. Четкие временные рамки не позволят отвлекать сотрудников от их рабочих обязанностей слишком долго и повысят процент участия.

В принципе, для контроля выполнения рекомендаций по прошлым случаям много времени не нужно (около 10 минут максимум); для краткого обзора случая и реконструкции событий, в том числе по результатам интервью женщины, достаточно 15 минут, а остальное время следует посвятить анализу случая и выработке рекомендаций.

Ниже приводятся 12 основных шагов сессии АКС. Тщательное соблюдение такой последовательности поможет предотвратить негативную динамику, как то: попытки отдельных «личностей» и влиятельных людей перехватить инициативу заседания, вводить круговой спор в дискуссию, применение авторитета и влияния, чтобы загнать в угол восстановление истинной последовательности событий и анализ случая. Фасилитатор, вооружившись этим пошаговым подходом, должен стараться преодолеть такие негативные моменты.

Шаблоны документов для регистрации АКС представлены в Приложении 10. Практический пример заполнения шаблонов представлен в Приложении 11.

Шаг 1. Контроль выполнения по результатам прошлой сессии АКС

Встреча должна начинаться с контроля выполнения рекомендаций, данных на предыдущем собрании или собраниях, если некоторые рекомендации с прошлых заседаний все еще не выполнены. Такой контроль - важнейший шаг для завершения цикла АКС, и его не следует пропускать ни в коем случае. Журнал записей поможет быстро просмотреть все прежние рекомендации, увидеть ответственных, сроки и степень выполнения.

На этом этапе команда, участвующая в анализе, должна:

- проверить выполнение каждой рекомендации;
- при невыполнении выяснить причину невыполнения;
- согласовать следующие действия, ответственных и сроки (избегая постоянного откладывания действий на более поздний срок).

Шаг 2. Представление краткого обзора случая

В качестве вступления к обсуждению случая один из сотрудников (обычно его назначает фасилитатор, по возможности сотрудник, который не является основным ответственным за ведение этого случая) должен представить краткий заранее подготовленный обзор случая в письменной форме (бумажные копии, флипчарт или слайды), основанный на истории болезни и других документах, относящихся к делу.

Представление обзора должно быть кратким (в идеале не более 5-7 минут). Необходимо развивать способности к обобщению информации, так, чтобы на представление случая не тратилось слишком много времени, которое вместо этого следует уделить обсуждению случая. Тем не менее, следует представить все основные элементы случая.

Шаг 3. Реконструкция ведения пациентки «от двери до двери»

После представления краткого обзора случая каждому сотруднику, который оказывал помощь этой пациентке, следует дать время, чтобы они сообщили новые важные факты произошедшего. Это включает реконструкцию последовательности событий и оказанной помощи, включая проблемы, с которыми пришлось столкнуться, с момента поступления женщины в стационар (входная дверь) до выписки (выход из дверей). Такой подход называется *подходом «от двери до двери»*.

Этот шаг имеет решающее значение для правильного обсуждения случая, поскольку в истории болезни не указываются многие аспекты оказания помощи (например, подробности ведения, задержки, работа команды, личное поведение, коммуникация и т.д.). В Приложениях 8-9 предложен перечень элементов, которые можно учесть для всеобъемлющего анализа случая. На этом этапе также можно обсудить полноту и точность заполнения медицинской карты.

Шаг 4. Представление информации с точки зрения женщины и членов семьи

Интервьюер должен был к этому времени подготовить краткое информационное сообщение по итогам опроса женщины (и (или) членов ее семьи) о ее опыте и восприятии КП. Необходимо должным образом представить основное содержание беседы и основные выводы (например, включить в отчет точные слова женщины). Включение информации об «опыте получения помощи» (эффективная информация, эмоциональная поддержка, уважение и достоинство) крайне важно для того, чтобы глубоко понять, что произошло на самом деле и как в целом улучшить КП (Рисунок 1).

Шаги 5-7. Анализ случая

Анализ случая следует выполнять с применением структурированного аналитического подхода. По сути, этот шаг - это критический анализ ведения пациентки, соответствия помощи, своевременности, уважения прав женщины с момента прибытия (входная дверь) в больницу до выписки (выход из дверей).

Анализ случая основывается на определенных стандартах: в шаблонах документов должна присутствовать четкая ссылка на руководства, протоколы и стандарты. Последовательность шагов описана во Вставке 10 ниже.

В ходе анализа случая фасилитатору следует избегать прямых вопросов всем присутствующим с использованием местоимения «Вы», например, говорить «Что Вы сделали? Почему Вы не сделали то или это?». Фасилитатор должен стимулировать всеобщее участие в обсуждении того, что было сделано правильно, и что можно улучшить. Сравнивая ведение случая с руководствами и стандартами, участники углубят свое знание этих документов, навыки их использования, а также поймут важность предоставления помощи в соответствии с клиническими руководствами, местными протоколами и стандартами помощи.

При проведении анализа случая надостараться вместе с анализом ведения пациентки проанализировать, соблюдаются ли в больнице основные права женщины (стандарты см. в литературе, ссылки 1 and 85-94).

Шаг 8. Выработка рекомендаций и действия по улучшению КП

После анализа того, что «было неуспешно» и причин, обусловивших неудачу, следует выработать основные рекомендации для решения главных проблем. Фасилитатор должен привлечь всех участников к выработке рекомендаций, не следует предлагать только свои решения.

Рекомендации должны соответствовать критериям SMART: **конкретные (specific), измеримые (measurable), достижимые (achievable), реалистичные (realistic), ограниченные по срокам (time-bound)** (см. Вставку 11). Подготовить такие рекомендации может быть сложно, но это можно сделать под руководством специалиста и учиться на практике.

Рекомендации должны включать мероприятия, которые следует выполнить в стационаре, где проводится анализ, а также в них должно быть указано следующее: ЧТО сделать, КТО это сделает и КОГДА. В Шаблонах документов для анализа случаев выделено место для записи рекомендаций, а также для указания ответственных и временных рамок (ПРИЛОЖЕНИЕ 10).

Вставка 10. Анализ случая

Шаг 5. Что прошло удачно и почему

Определение элементов помощи, которые были успешны. Важно признать положительные аспекты помощи и похвалить сотрудников; это содействует преданности сотрудников делу, их личной заинтересованности, работе в команде и желанию участвовать в сессиях анализа критических случаев. Также важно принять во внимание положительные примеры оказания помощи с целью усиления положительной практики при ведении аналогичных случаев.

Шаг 6. Что было неудачно

Определение элементов помощи, которые не были успешными. На этом этапе важно сосредоточиться на критических аспектах помощи, которые самым серьезным образом усугубили негативные аспекты критического случая («дойти до сути»).

Шаг 7. Почему, но по какой причине

Что касается элементов помощи, которые были неуспешными, участники должны выяснить причины. Вопросы «почему» можно повторять до тех пор, пока не будут выяснены причины неудач.

Для каждого элемента помощи может существовать ряд различных факторов разных категорий, которые обусловили получение негативных результатов (Приложение 9):

- персонал
- лекарственные препараты
- оборудование
- протоколы
- организация и управление
- уважение прав человека

Некоторые элементы помощи могут быть обусловлены несколькими факторами различных категорий. Например, сульфат магния не назначили пациентке в случае серьезной преэклампсии по следующим причинам:

- а) оборудование и материалы: сульфат магния не всегда имеется в наличии из-за недостаточности запасов (местная рекомендация) или системы закупок (рекомендация для национального уровня);
- б) руководство: отсутствует специальный местный протокол (местная рекомендация) или национальное руководство (рекомендация для национального уровня);
- с) организация: медсестры не уверены в том, как вводить препарат (местная рекомендация) или им запрещено его вводить (национальная рекомендация).

Кроме того, рекомендации должны быть, насколько это возможно, основанными на фактических данных (или, если это невозможно, по крайней мере, основанными на опыте): например, отсутствие обучения следует устранить путем организации обучения (и, когда это возможно, следует выбрать уже проверенные эффективные курсы), отсутствие руководств - путем следования высококачественным международным руководствам (на сайте ВОЗ имеется множество руководств), в то время как в последнюю очередь следует прибегать к «творческим решениям, не основанным на опыте прошлого применения».

Кроме того, рекомендации должны содержать взгляды потребителя и в них следует уделить внимание уважению прав: эффективная коммуникация, эмоциональная поддержка, уважение и достоинство.

Вставка 11. Примеры нечетких рекомендаций по сравнению с рекомендациями по принципу SMART

Случай:

- Тяжелое послеродовое кровотечение после кесарева сечения в отделении реанимации и интенсивной терапии

Что было неудачно:

- Позднее диагностирование

Почему?

- Потому что не контролировались тонус матки и потеря крови

Но по какой причине?

- Врач был занят
- Медсестры не обучались тому, как контролировать потерю крови
- Отсутствует письменный протокол наблюдения за женщиной после кесарева сечения

Практические рекомендации

Неясные (следует избегать таких формулировок)

1. Усилить наблюдение за состоянием пациентов.
2. Повысить знания сотрудников в ведении случая.
3. Соблюдать протоколы и стандарты.
4. Улучшить учебную программу сотрудников и увеличить персонал.
5. Обучать и информировать население.
6. Усовершенствовать программы охраны материнства.

Отвечающие критериям SMART

1. Разработать контрольный список для наблюдения за состоянием женщины после кесарева сечения, в течение следующего месяца.
2. Провести краткий инструктаж для всех сотрудников, а в особенности для медсестер и акушерок, по контролю сокращений матки и кровопотери, в течение 2 месяцев.
3. Включить в тренинг для персонала занятие о том, как предоставлять женщине соответствующую информацию.

Ожидается, что в ходе каждой сессии будет согласовано 3-4 основные рекомендации. Естественное желание - выработать максимально возможное количество рекомендаций, но опыт показал, что если есть несколько четких и важных рекомендаций, выполнение которых можно оценить и регулярно контролировать¹, проще обеспечить их выполнение. Хотя каждая рекомендация может показаться лишь небольшим шагом вперед, вся сумма рекомендаций, выработанных в ходе сессий АКС за определенное время, может иметь решающее значение. Особое внимание следует уделить тому, чтобы проводить цикл АКС регулярно, а также «практической» стороне дела. Регулярная организация заседаний каждый месяц уже означает, что в год будет обсуждаться 10-12 случаев, а рекомендаций будет подготовлено еще больше - около 30. Что еще важнее, рекомендации должны быть выполнены. С самого начала необходимо ясно осознавать, что эффективность процесса следует измерять с точки зрения того, «сколько рекомендаций претворено в жизнь», а не просто «сколько случаев обсуждалось».

Может возникнуть искушение сосредоточиться на факторах, которые находятся вне сферы влияния персонала больницы, например, поступление женщины в стационар с опозданием. Следует помнить, что конечная цель анализа - улучшить КП на уровне стационара. При разработке рекомендаций важно сосредоточиться на событиях и действиях в стационаре, а также выявить коренные причины на уровне стационара при участии лиц, участвовавших в ведении пациентки, с тем, чтобы можно было согласовать и выполнить действия по устранению этих причин и чтобы улучшить КП на уровне стационара. Попытка решить вопросы вне компетенции данного учреждения и без участия сотрудников, занимавшихся пациенткой, не поможет выработать конкретные рекомендации и улучшить КП.

Некоторые рекомендации могут выходить за роль учреждения, такие как разработка или обновление национальных руководств. Такие рекомендации следует направлять на национальный уровень и это не должно мешать в определении факторов, с которыми необходимо работать на уровне стационара.

¹Lazzerini M et al. Facilitators and barriers of successful implementation of the facility based maternal near-miss case reviews in low and middle income countries: qualitative systematic review (submitted for publication).

Шаг 9. Документальное оформление сессии по анализу случая

Имеющийся опыт показал, что крайне важно использовать стандартные структурированные формы для документального оформления сессии АКС; они помогают повысить эффективность, пользу и своевременность обсуждения вместе с использованием данных в последующем. Шаблоны документов для записи сессии АКС представлены в Приложении 10.

Следует соблюдать конфиденциальность: все необходимые данные для краткого обзора случая следует взять из историй болезни, не упоминая ни конкретных пациентов, ни сотрудников. В образцах документов не должно быть упоминания ни имени женщины, чей случай обсуждался, ни имен отдельных медицинских работников. Местный координатор отвечает за надежное хранение всех материалов в то время, когда они не используются.

Основная информация о случаях, которые обсуждались ранее, должна храниться в журнале записей. Основная информация для записи в журнале в целях упрощения последующего контроля выполнения рекомендаций и обобщением результатов: тип критического случая, дата обсуждения случая, обобщенный список рекомендаций, ответственные лица и сроки, обеспечено ли выполнение или нет. Практический пример обзора критического случая эклампсии приведен в Приложении 11.

3.3 После каждой сессии АКС

Шаг 10. Практическое внедрение рекомендаций

Принятие мер - это то, ради чего проводилась вся предыдущая работа. Действия могут включать вмешательства на различных уровнях:

- ведение пациента (согласно научно обоснованным руководствам);
- организация медицинской помощи (например, протоколы направления пациентов к специалистам и др.);
- вспомогательные системы больницы (оборудование, материалы, лаборатории и др.)
- соблюдение прав (эффективная коммуникация, эмоциональная поддержка, уважение и достоинство).

Ожидается, что руководители/ местные органы здравоохранения будут активно поддерживать выполнение рекомендаций. Многие рекомендации и решения, предложенные в ходе анализа случаев, будут напрямую касаться организации медицинской помощи. Без участия и непрерывного мониторинга со стороны руководства стационара трудно осуществить изменения и обеспечить их устойчивость.

Шаг 11. Проверка выполнения рекомендаций

Весь процесс является циклическим и непрерывным. Исходя из практического опыта, регулярное рассмотрение предыдущих рекомендаций на каждой сессии АКС необходимо, чтобы обеспечить соответствие рекомендаций критериям SMART и высокий процент их выполнения. За это отвечает местный координатор, который может работать совместно с местным руководителем и фасилитатором(ами).

Шаг 12. Документальное оформление всего цикла АКС

После каждой сессии АКС следует должным образом проинформировать о рекомендациях всех лиц, имеющих возможности для выполнения или каким-либо образом вовлеченных в осуществление рекомендаций сессии. Рекомендации по итогам сессии АКС необходимо довести не только до руководителя учреждения, но и до всех сотрудников. Например, о них можно рассказать на утренней планерке. Это важный шаг, поскольку рекомендации разрабатываются не только для участников события, но и для того, чтобы усовершенствовать практику всех сотрудников стационара.

В опубликованных отчетах следует уделять особое внимание способам совершенствования системы, а не отдельным людям или конкретным совершенным ошибкам. Рекомендуется каждые полгода-год составлять отчет и представлять его всем сотрудникам учреждения, и каждый год составлять отчет для региональных/ национальных властей, где должны содержаться рекомендации для передачи на более высокий уровень. Для дополнительной информации см. Приложение 12.

4. Обеспечение качества цикла анализа критических случаев

4.1 Почему важно обеспечить качество процесса

Большое значение имеет обеспечение надлежащего качества процесса при внедрении цикла АКС. Цикл АКС - комплексная мера, новая для многих медицинских стационаров. Она подразумевает изменение поведения, стимулирует проявления честности и открытости при оценке нашей собственной практики и отношения к ней; выполнение подобного цикла предполагает тщательный анализ случаев тяжелых акушерских осложнений (критических случаев) с целью выявления действительных причин имеющихся недостатков и принятия решений для последующего их внедрения.

АКС должен проводиться в строгом соответствии с его принципами и методикой, так как в противном случае он может даже принести вред. Проведение АКС без точного соблюдения его принципов и методов потенциально может приводить к негативным последствиям (например, затруднять работу команды, подрывать уверенность в себе у отдельных сотрудников) и даже наносить прямой ущерб. Например, когда аудит проводится для того, чтобы найти и наказать «виновных» сотрудников, они приводят к утаиванию ключевой информации и сообщению недостаточных и/или недостоверных данных (когда все практики формально помечаются как «соответствовавшие стандартам»).

4.2 Использование имеющегося опыта

Опыт внедрения данной методики в европейском регионе (Приложение 1) показал, что в ряде стран метод АКС был внедрен в ходе пилотных проектов, после чего его начали применять во многих родильных стационарах. Большинство стран следовали шагам, описанным в главе 2. Изначальная приверженность МЗ и основных заинтересованных сторон, а также наличие обновленных клинических руководств были важнейшими условиями внедрения данного метода. Тем не менее, темпы, масштабы и качество процессов в ходе внедрения методики сильно отличались.

В тех случаях, когда имели место устойчивые обязательства МЗ и основных заинтересованных сторон, поддержка агентств ООН и партнеров по развитию, а также регулярные технические консультации со стороны экспертов, были достигнуты высокие результаты - неуклонное постепенное внедрение методики в общенациональных масштабах и высокое качество отдельных циклов АКС. Напротив, когда подобной комбинации элементов не наблюдалось, результаты, соответственно, были скромными, особенно на следующих этапах: последующее наблюдение за реализацией первого пилотного проекта; оценка качества и выполнение соответствующих рекомендаций (25-28).

Другие типичные проблемы в европейском регионе ВОЗ включают исторически сложившуюся недостаточную вовлеченность персонала среднего звена, в частности акушерок, а также недостаточное внимание или его отсутствие факторам, связанным с самими женщинами, их семьями или сообществами, или организационные проблемы, такие как задержки в коммуникации или направлении пациентов. Еще одной распространенной проблемой в прошлом было отсутствие понимания ценности научно-обоснованных клинических руководств (25-28).

Опыт показал, что в некоторых случаях внедрение методики АКС в течение некоторого времени проходит успешно и с соблюдением всех соответствующих принципов и методов, а затем происходит резкий откат к прежним методам допросов, обвинений и наказаний («задний ход»)¹. Одна из основных задач ВОЗ и ее партнеров состояла в том, чтобы поддерживать понимание того факта, что создание среды, в которой «открыто, обсуждаются истинные проблемы» имеет отношение к достижению положительных результатов (25-28)².

¹Bacci A. Experience of implementation of facility level near miss individual case reviews in the European Region (personal communication) Stronger clinical governance for better maternal health outcomes: Beyond the Numbers workshop for the south Caucasus and the Turkey Cluster, organized by UNFPA, Tbilisi, 23–25 June 2015; Bacci A. Summary and recommendations (personal communication) Stronger clinical governance for better maternal health outcomes: Beyond the Numbers workshop for the south Caucasus and the Turkey cluster, organized by UNFPA. Tbilisi, 23–25 June 2015

²Lazzerini M et al. Facilitators and barriers to successful implementation of the facility-based individual case near miss reviews in LMIC: a qualitative systematic review (internal document).

В некоторых случаях было отмечено, что отдельный цикл АКС может быть осуществлен даже усилиями лишь одной команды роддома, при условии соблюдения принципов, методики и обеспечения эффективной разработки и выполнения соответствующих рекомендаций по улучшению качества помощи.

В целом было предпринято ограниченное число попыток документирования процесса, а также проблем, достижений и конечных результатов (25,26).

4.3 Ключевые элементы успешного внедрения, возможные проблемы и варианты их решения

Существует несколько аспектов, которые необходимо принимать во внимание для успешного внедрения цикла АКС. Опыт показал, что в большинстве стационаров наблюдались весьма схожие ключевые элементы успешного внедрения (26-60)¹⁻⁵, перечисленные ниже:

- **Устойчивая внешняя поддержка:** техническая поддержка со стороны международных экспертов важна для того, чтобы облегчить реальный сдвиг в поведении персонала и обеспечить надлежащее качество цикла АКС.
- **Нормативно-правовая база и приверженность руководства:** основные правила должны быть оформлены официально; важна поддержка со стороны местных руководителей и лиц, ответственных за принятие решений.
- **Ключевые сотрудники:** для успешного внедрения методики существенное значение имеют потенциал и приверженность национальных и местных координаторов.
- **Эффективное обучение критической массы сотрудников:** обучение команды в каждом стационаре создает необходимую критическую массу подготовленных сотрудников.
- **Заинтересованность на местном уровне:** с самого начала следует стремиться применять подход, предполагающий активное участие сотрудников на местах; рекомендации должны быть разработаны самими сотрудниками больницы и основаны на реальных клинических случаях.
- **Включение мнения женщин:** для улучшения качества помощи важна реальная информация об «опыте получения помощи», предоставленная теми, кто пользуется медицинскими услугами.
- **Завершенность:** все этапы цикла должны быть выполнены; важно, чтобы каждая сессия начиналась с контроля за ходом осуществления мер, согласованных в ходе предыдущей сессии.
- **Простота:** в ситуациях, когда сотрудники уже перегружены клинической работой, стремление обсудить слишком большое число клинических случаев может произвести негативный эффект. Лучше поставить целью проведение анализа реалистичного числа критических случаев, но с формулировкой действительно важных рекомендаций и их последующим эффективным выполнением.
- **Регулярность:** Для достижения реальных сдвигов в качестве помощи важно регулярное проведение собраний в течение долгого времени. В тех случаях, когда ключевые сотрудники (например, местный координатор) не смогут выполнять свою роль, необходимо обеспечить соответствующую передачу функций.
- **Фокусированность:** чтобы достичь «реальных сдвигов», необходимо идентифицировать «реальную проблему», открыто проанализировать ее и сформулировать рекомендации по ее устранению на основе принципов SMART.
- **Извлечение уроков:** фундаментальным принципом является надлежащее распространение информации о результатах и способность извлекать уроки из прошлого опыта.
- **Мониторинг:** существенное значение, в том числе для отчетности о процессе в целом, имеет регулярный сбор отчетов на национальном уровне и предоставление обратной связи. Без надлежащего мониторинга процесс внедрения методики может быстро прекратиться.

Очевидно, что мешать успешному внедрению цикла АКС могут многочисленные проблемы. Некоторые типичные проблемы и возможные пути их решения представлены в Таблице 4.

¹ Lazzerini M et al. Facilitators and barriers of successful implementation of the facility based maternal near-miss case reviews in low and middle income countries: qualitative systematic review (submitted for publication);

² Bacci A. Experience of implementation of facility level near miss individual case reviews in the European Region (personal communication) Stronger clinical governance for better maternal health outcomes: Beyond the numbers workshop for the south Caucasus and the Turkey Cluster, organized by UNFPA, Tbilisi, 23–25 June 2015;

³ Bacci A. Summary and recommendations (personal communication) Stronger clinical governance for better maternal health outcomes: Beyond the numbers workshop for the south Caucasus and the Turkey cluster, organized by UNFPA, Tbilisi, 23–25 June 2015;

⁴ Hodorogea S. Introduction into near-miss case review (personal communication). National workshop Beyond the Numbers, Kiev, 22–25 April 2008;

⁵ Hodorogea S. Near miss case reviews: main requisites (personal communication) Stronger clinical governance for better maternal health outcomes: Beyond the numbers workshop for the south Caucasus and the Turkey cluster, organized by UNFPA, Tbilisi, 23–25 June 2015.

Таблица 4. Типичные проблемы и возможные пути их решения для успешного внедрения АКС на уровне стационара

Типичные проблемы	Решения
Общая организация АКС	
<ul style="list-style-type: none"> ● Слабое местное руководство/ координатор ● Незаинтересованность/ руководителей/ сотрудников ● Незаинтересованность/ региональных/ национальных руководителей и органов здравоохранения ● Трудности с проведением регулярных собраний из-за чрезмерной загруженности персонала ● Низкий уровень участия местного персонала ● Недостаточные навыки применения методики ● Дефицит и отток персонала 	<ul style="list-style-type: none"> ● Процесс и принципы АКС должны быть одобрены местными/ региональными/ национальными административными органами здравоохранения. ● Укрепить заинтересованность сотрудников родильного дома ● Обеспечить постоянное кураторство и внешнюю поддержку, пересмотреть основные принципы ● Распространить информацию о положительных результатах и примерах ● Усилить информированность персонала, роль фасилитатора и поддержку со стороны местного руководителя ● Обсуждать важность этих мероприятий с руководителем; нацеленность на реально достижимый результат; предложить период «иммунитета» для сотрудников, подавших отчет о действиях; ● Улучшить обучение и кураторство ● Регулярная оценка и улучшение качества работы, обмен опытом с привлечением представителей больниц ● Поддержка посещений для обмена опытом ● Независимая внешняя оценка качества международными экспертами и рекомендации по улучшению процесса ● Обеспечение передачи ключевых навыков и функций другим сотрудникам в случае оттока кадров ● Ротация сотрудников, выполняющих ключевые функции ● Политика, направленная на сокращение дефицита и оттока кадров
Выявление и отбор клинических случаев	
<ul style="list-style-type: none"> ● Отбор только «хороших случаев» (т.е. случаев, демонстрирующих хорошее ведение) ● Приглашение к участию в анализе не всех сотрудников, участвовавших в ведении пациентки 	<ul style="list-style-type: none"> ● Усилить обучение и внешнюю поддержку/ кураторств в вопросах отбора случаев и участников
Учет мнения женщин	
<ul style="list-style-type: none"> ● Мнение пациенток не учитывается совершенно ● Не ставится/ не достигается цель получить описание «реального» опыта получения помощи ● Мнение пациенток в действительности не учитывается при анализе случаев и разработке рекомендаций 	<ul style="list-style-type: none"> ● Усилить обучение и внешнюю поддержку/ кураторство в вопросах включения в процесс мнения пациентов

Таблица 4. Типичные проблемы и возможные пути их решения для успешного внедрения АКС на уровне стационара (продолжение)

Представление и анализ клинического случая	
<ul style="list-style-type: none"> ● Боязнь раскрыть реальную информацию ● Нарушение конфиденциальности ● Обвинения ● Акцент на внешних факторах вместо определения внутренних (устранимых) факторов на уровне стационара ● Низкая степень участия акушерок ● Отсутствие «критического анализа» ● Плохое знание стандартов помощи ● Обсуждение случая хаотическим путем <p>Типичное поведение старших сотрудников/руководителей:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Начальственное отношение: читают нотации, устраивают проверки, заставляют сотрудников замолчать, прерывают ход собрания, выносят суждения на основании личного мнения ● Ссылки на устаревшие «приказы» ● Соккрытие основных подробностей 	<ul style="list-style-type: none"> ● Обеспечить одобрение принципов, АКС, местными властями ● Повторять базовые правила на каждой сессии (Вставка 11) ● Усилить роль и потенциал фасилитатора ● Усилить обучение и внешнюю поддержку/кураторство (включая наставничество со стороны «чемпионов», и партнерство между стационарами) ● Независимая внешняя оценка качества, осуществляемая международными экспертами в целях поддержки и укрепления потенциала местного координатора (иногда местным координаторам и фасилитаторам трудно противостоять вмешательству со стороны руководителей или старших сотрудников) ● Предложить руководителю делегировать соответствующие полномочия координатору, а также оказывать поддержку в организации и выполнении рекомендаций - вместо прямого участия в сессиях АКС ● Демонстрация того, как можно достичь более эффективного общения
Согласование рекомендаций, основанных на принципах SMART, для улучшения качества помощи	
<ul style="list-style-type: none"> ● Трудности в разработке/ согласовании рекомендаций, основанных на принципах SMART ● Тенденция уделять основное внимание рекомендациям для внешних субъектов (на национальном уровне и т.д.) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Усилить обучение и внешнюю поддержку/кураторство по вопросам разработки рекомендаций, основанных на принципах SMART ● Укрепление обязательств руководителей по оказанию поддержки в ходе разработки соответствующих рекомендаций ● Обеспечение взаимных посещений стационаров основными сотрудниками для непосредственного наблюдения за ходом сессий
Воплощение рекомендаций в конкретные действия	
<ul style="list-style-type: none"> ● Недостаточное выполнение согласованных действий ● Выполнение других действий ● Наказания 	<ul style="list-style-type: none"> ● Усилить подготовку и внешнюю поддержку/кураторство в вопросах воплощения рекомендаций в конкретные действия ● Улучшить документацию ● Независимая внешняя оценка качества международными экспертами и рекомендации по улучшению ● Обеспечение взаимных посещений стационаров основными сотрудниками для непосредственного наблюдения за ходом сессий

Таблица 4. Типичные проблемы и возможные пути их решения для успешного внедрения АКС на уровне стационара (продолжение)

Документирование процесса	
<ul style="list-style-type: none"> ● Отсутствие четкой и полной документации ● Недостаточное соблюдение конфиденциальности ● Отсутствие некоторых документов 	<ul style="list-style-type: none"> ● Усилить подготовку и внешнюю поддержку/ кураторство в вопросах использования шаблонов для документирования сессий ● Укрепление обязательств руководителей по использованию шаблонов ● Независимая внешняя оценка качества международными экспертами и рекомендации по улучшению процесса
Мониторинг результатов	
<ul style="list-style-type: none"> ● Отсутствие эффективного мониторинга 	<ul style="list-style-type: none"> ● Обеспечить регулярное проведение сессий и контроль выполнения мер, согласованных на предыдущем собрании, в начале каждой сессии ● Усилить подготовку в вопросах мониторинга и внешнюю поддержку/ кураторство ● Независимая внешняя оценка качества международными экспертами и рекомендации по улучшению процесса

Следует признать, что процесс изменений носит постепенный характер и варьирует между странами. «Обучение на практике» оказалось эффективным способом повысить доверие сотрудников в отношении таких изменений. В некоторых стационарах традиционно установившаяся профессиональная практика отличается от методики, описанной в данном руководстве, и внедрение этой методики будет подразумевать существенное изменение отношения к процессу.

В сложных условиях особое внимание следует уделять обеспечению, как адекватного обучения, инструктажа, так и обеспечению внешнего поддерживающего кураторства. Чтобы избежать использования местных трудностей в качестве оправданий в отсутствии прогресса в процессе внедрения, можно подчеркнуть возможную пользу от внедрения АКС для сообщества в целом, а также привести примеры успешного внедрения в аналогичных стационарах.

4.4 Оценка и улучшение качества цикла АКС

4.4.1 Оценка качества

Вопрос о важности обеспечения надлежащего качества при внедрении цикла АКС, как на уровне стационаров, так и на национальном уровне, уже рассматривался выше. Рекомендуется регулярно проводить оценку качества с последующей формулировкой рекомендаций, как на уровне стационара, так и на национальном уровне, в целях повышения качества цикла АКС.

Проводить оценку качества рекомендуется на этапе реализации пилотного проекта для гарантии адекватного качества внедрения методики, а также после этапа реализации пилотного проекта - через регулярные промежутки времени, например, каждый год, по крайней мере, в течение первых лет внедрения, а затем каждые 2 года.

Инструменты для оценки качества внедрения цикла АКС представлены в приложениях.

- Шаблон для комплексной отчетности о реализации подхода АКС на уровне страны (Приложение 15). В идеале он должен быть скомпилирован предварительно до миссии по оценке качества на местах в выбранных стационарах. Шаблон также может быть использован для целей мониторинга, который проводится на более регулярной основе.
- Перечень вопросов для оценки качества цикла АКС на уровне стационара и матрица для разработки местных рекомендаций (Приложение 16) предназначены для использования в ходе оценки качества цикла АКС в отдельных родильных стационарах, а также для выработки рекомендаций, которые

будут использоваться на местном уровне. Если оценка проводится с адекватной выборкой родильных стационаров, ее результаты могут служить информацией о качестве реализации цикла АКС на национальном уровне, а также могут быть использованы в качестве основы для разработки рекомендаций на национальном уровне.

- Матрица для разработки плана действий на национальном уровне после оценки качества (Приложение 17). Как правило, используется в ходе национального семинара, на котором представляются и обсуждаются выводы двух предыдущих оценок.

На стадии пилотного проекта и до тех пор, пока команда национальных экспертов по оценке не достигнет полного необходимого потенциала, каждая оценка качества должна проводиться в сотрудничестве с международными экспертами. Целью этого сотрудничества является создание адекватного опыта среди команды национальных экспертов выступать в деликатной роли специалистов по оценке.

Ниже представлено подробное описание того, каким образом следует выполнять оценку качества на уровне стационара. Этот этап является ключевым в ходе оценки качества, так как предполагает прямую оценку того, что на самом деле происходит на местах.

4.4.2 Перечень вопросов для оценки качества цикла АКС на уровне стационара

4.4.2.1 Команда

Обычно оценку проводит команда из 2-4 человек: одного-двух опытных внешних экспертов международного уровня и национальной команды, как правило, состоящей из координатора(ов) или другого персонала, участвующего в АКС. Крайне важно, чтобы члены команды по оценке были профессионально компетентны и признаны таковыми, чтобы гарантировать взаимодействие на равных с персоналом стационара в ходе оценки.

Международные эксперты должны иметь опыт в области оценки качества цикла АКС и использования перечня вопросов (Приложение 16); такой опыт также является обязательным для руководителя команды. Также необходим опыт внедрения рекомендаций ВОЗ и других научно обоснованных практик и опыт работы в области оказания помощи матерям и новорожденным (71, 72). Преимуществом будет опыт внедрения другого аналогичного процесса в целях повышения качества (73, 74) и опыт работы в области управления системой здравоохранения.

Члены национальной команды по оценке должны обладать многолетним положительным опытом участия в процессе и координации цикла АКС, знаниями о принципах доказательной медицины, достаточным клиническим опытом в оказании помощи матерям и новорожденным (72), а также, если это возможно, опытом работы в области подготовки кадров и в управлении системой здравоохранения. Как правило, координаторы, участвующие в оценке, не являются сотрудниками или руководителями тех стационаров, которые они собираются оценивать.

Если процедуру оценки организует страновой офис ВОЗ, рекомендуется, чтобы один представитель офиса принимал участие, по крайней мере в некоторых посещениях больниц с целью оценки, чтобы оказывать поддержку и полностью понимать метод и его смысл. Аналогичным образом, если оценка проводится другими агентствами ООН, структурами, проектами и т.д., участие представителя позволит лучше понять выводы оценки и рекомендуемые меры, а также познакомиться со специалистами, участвующими в процессе.

4.4.2.2 Специальный инструмент

Контрольный список вопросов для проведения оценки приводится в Приложении 16. Контрольный список включает 50 ключевых пунктов, которые будут оценены, главенных на группы (подзаголовками голубым шрифтом). Справочный материал по всем ключевым элементам, включенным в контрольный список, содержится в данном пособии.

Контрольный список должен использоваться опытными специалистами по оценке. Он должен использоваться в качестве руководства для профессиональной экспертной оценки качества АКС на уровне стационара (т.е. не просто «бумажная работа»).

Контрольный список включает сводную таблицу для определения основных сильных и слабых сторон, внесения дополнительных комментариев по поводу качества цикла АКС и матрицу для прямого

указания тех аспектов, которые требуют улучшения, а также согласованных мер, ответственных лиц и сроков выполнения.

4.4.2.3 Подготовка к посещению для проведения оценки

Предварительная информация о задачах и методах оценки должна быть доведена до сведения местной администрации здравоохранения до обращения к руководству стационара(ов) подлежащим(и) оценке. Необходимо обсудить и согласовать критерии отбора стационаров для посещения, в частности, для достижения репрезентативности при проведении оценки в масштабах всей страны.

Необходимо разработать подробный график посещений для проведения оценки - как правило, его разрабатывают органы здравоохранения, а также партнеры по развитию или руководители проектов и национальная координационная группа по АКС в тесном сотрудничестве с руководителем команды по оценке. В среднем время, необходимое для оценки одного стационара, как правило, составляет полдня - один день. При разработке графика необходимо учитывать время в пути и местные рабочие часы и праздники.

До посещения стационара информация должна быть предоставлена координатору АКС и руководителям стационаров, с подробным указанием целей оценки качества АКС, ее подхода, ориентированного на оказание поддержки и практического содействия, и предлагаемого графика посещений.

Для обучения национальных экспертов оценке (т.е. национальных координаторов) необходимо провести семинар продолжительностью полдня. В ходе семинара следует убедиться, что каждый член команды по оценке понимает структуру и порядок использования Контрольного списка (Приложение 16). В случае необходимости следует дать разъяснения по поводу ключевых вопросов. Используя несколько примеров, следует проверить общее понимание системы подсчета баллов. До начала оценки и после ее завершения следует отвести достаточное время для обсуждения среди национальных и международных членов команды по оценке, чтобы разъяснить моменты, вызывающие какие-либо сомнения по поводу методов оценки. Новые члены команды по оценке учатся, наблюдая за процессом вместе с опытными экспертами до тех пор, пока не приобретут соответствующие навыки, практический опыт и не выработают отношение к оценке, основанное на принципах конфиденциального и поддерживающего наблюдения «на равных» и обратной связи.

Если требуется один или несколько переводчиков, они должны получить копию контрольного списка до начала оценки и иметь надлежащий опыт работы с соответствующей терминологией.

4.4.2.4 Представление цели, задач и методов оценки

Посещение начинается с краткого брифинга для участников сессии АКС и координатора о целях и методах оценки и предоставлении обратной связи. В презентации, прежде всего следует подчеркнуть, что оценка этого стационара проводится в рамках текущей программы по оценке качества АКС и в целях оказания поддержки стационарам для улучшения качества АКС путем выявления аспектов, которые необходимо улучшить, и определения мер, которые должны быть приняты на местном и на более высоком административном уровне.

Необходимо особо подчеркнуть, что в ходе оценки будет применяться подход, предполагающий активное участие всех сторон, оказание поддержки и сохранение конфиденциальности информации, без каких-либо обвинений (будь то в отношении отдельных сотрудников или подглаваений, вовлеченных в процедуру оценки). Следует разъяснить, что некоторые сотрудники могут быть опрошены о больничных процедурах и практиках, связанных с циклом АКС, и что члену(ам) команды по оценке необходимо будет изучить соответствующие документы, такие как заполненные формы предыдущих сессий, сводная документация и журналы.

Должны быть доступны соответствующие документы (журналы, заполненные формы ранее проанализированных случаев), необходимые для оценки. Следует пояснить, что итоговые результаты оценки стационара будут сообщены в анонимной форме без указания названий стационаров или имен отдельных специалистов, а также подробностей ведения случаев.

4.4.2.5 Посещение стационара для проведения оценки

Оценка осуществляется в ходе посещения пилотных стационаров (1 день на каждый объект) и включает следующие виды деятельности:

- непосредственное наблюдение сессии АКС (1-2 часа);
- последующее обсуждение с участниками сессии АКС, в том числе выяснение их восприятия качества сессии АКС;
- отзывы и рекомендации для участников от экспертов по оценке относительно качества сессии АКС;
- встреча с местным координатором(ами), фасилитатором и ключевым персоналом, участвующем в цикле АКС, с целью обсуждения их восприятия качества цикла АКС, достижений и проблем; совместная проверка соответствующей документации предыдущих сессий АКС (по крайней мере 5 случаев, если возможно 10), включая интервью пациенток и контроль за выполнением согласованных рекомендаций; получение дополнительной информации от регионального/ национального координатора(ов);
- окончательный отзыв и рекомендации для местного координатора(ов) и ключевых сотрудников; эксперты должны оценивать качество цикла АКС, а не качество ведения случая как такового.

Оценка основывается на информации из различных источников: непосредственное наблюдение за ходом сессии АКС, плюс проверка соответствующих документов. Такое сочетание различных источников информации, а также использование контрольного списка в качестве руководства (Приложение 16), позволяет провести комплексную оценку качества цикла АКС.

Оценка начинается с краткого представления участников и экспертов по оценке, чтобы обеспечить понимание различных ролей и вида участия в процедуре оценки. Наблюдение за ходом сессии(й) АКС с не должно быть навязчивым. Эксперты по оценке должны всегда проявлять уважение, сохранять молчание, стараться быть незаметными, избегать комментариев до тех пор, пока фасилитатор не объявит, что сессия закончена. Эксперты должны наблюдать за поведением всех участников, обменом мнениями, различными ситуациями и действиями в ходе сессии, а также проверять регламент (например, длительность описания случая по сравнению с длительностью анализа случая). Они должны вести заметки в режиме реального времени, чтобы затем заполнить контрольный список.

Наращивание потенциала и подход, предполагающий активное участие всех сторон, являются ключевыми элементами процесса оценки. По окончании наблюдения за сессией АКС местный персонал может задавать вопросы по поводу того, как улучшить цикл АКС, и эксперты по оценке должны быть готовы к их обсуждению. Если оценка путем непосредственного наблюдения за некоторыми конкретными проблемами не представляется возможной (например, определенные проблемы в представлении критических случаев), то могут быть применены различные техники, такие как практические занятия, и сценарии (например: «давайте представим себе, что во время сессии АКС возникла следующая проблема (например, проявления начальственного отношения, страх рассказать о том, что пошло не так, и т.д.) - как вы поступите?»).

Необходимо оценить достаточное количество заполненных форм и сводной документации по предыдущим сессиям АКС (минимум 5 случаев, если возможно 10), чтобы оценить, как проводились сессии АКС. Сюда же входит изучение результатов интервью пациенток и контроль выполнения согласованных рекомендаций.

Оценка, как правило, позволяет определить ключевых сотрудников, которые могут исполнять роль движущей силы для цикла АКС и улучшения качества. Посещение считается завершенным, когда собранная информация считается достаточной для того, чтобы обеспечить обоснованную оценку качества цикла АКС, а также предоставление обратной связи (отзывов) и рекомендаций. Каждый эксперт по оценке в конце посещения, но не позднее, должен уделить время завершению работы над заполнением своей копии контрольного списка для посещенной больницы (включая баллы, сильные и слабые стороны, замечания и рекомендации).

4.4.2.6 Баллы

Каждый эксперт должен выставить свои собственные оценки в баллах. Обсуждение в команде может помочь понять точку зрения другого эксперта(ов) и обосновать/ обсудить различия в баллах. Каждый ключевой элемент в контрольном списке должен быть оценен с использованием следующих критериев:

- Оценка 0 = совершенно неприемлемое качество;
- Оценка 1 = серьезные проблемы;
- Оценка 2 = некоторые недостатки;
- Оценка 3 = приемлемое качество;

Группы элементов должны получить суммарный балл (строка голубым шрифтом), который рассчитывается как среднее арифметическое между баллами, присвоенными каждому из ключевых элементов в группе.

4.4.2.7 Обеспечение обратной связи на местном уровне

Команда по оценке совместно подготовит обобщенные, но подробные отзывы, фокусирующиеся на основных сильных и слабых сторонах, предназначенные для сотрудников каждого отдельного стационара. Как правило, такой отзыв составляет руководитель команды по оценке при участии других членов команды. Отзыв должен уделять основное внимание приоритетным вопросам и ссылаться на информацию о фактических результатах проверки, чтобы проиллюстрировать ключевые моменты. Осуществляя обратную связь, эксперты по оценке должны всегда помнить, что конечная цель состоит в том, чтобы мотивировать персонал изменить поведение и показать, что улучшения возможны. Общее отношение должно демонстрировать поддержку; следует подчеркивать, что делается надлежащим образом, а также указывать потенциал для улучшений, подчеркивая, что определение индивидуальной ответственности не является целью оценки.

Матрица «Рекомендаций по улучшению качества цикла АКС на стационарном уровне», включенная в контрольный список (Приложение 16) заполняется совместно экспертами и местным координатором. В ней четко указывают приоритетные аспекты, которые нуждаются в улучшении; согласованные меры; лица, ответственные за выполнение; четко определяется необходимость дальнейшего обучения или технической поддержки; определены планы последующего наблюдения и/или поддерживающего кураторства, если дальнейшие действия включены в программу. Определить действия, которые необходимо довести до более высокого уровня (районного/ регионального/ национального).

Сразу после оценки копии заполненного контрольного списка, сводной таблицы и планов по улучшению качества АКС должны быть переданы координатору: эти документы являются основой для осуществления изменений и должны быть использованы для наблюдения и контроля, а также для сравнения при проведении последующих оценок.

4.4.2.8 Обеспечение обратной связи на региональном/ национальном уровне и разработка национального плана действий

Эксперты в конце всех оценочных посещений обсудят общие выводы, определяют общие сильные и слабые стороны, подготовят презентации для заключительного совещания с Министерством здравоохранения и другими заинтересованными сторонами. Должен быть организован однодневный или двухдневный семинар, чтобы представить и обсудить общие национальные результаты оценки со всеми заинтересованными сторонами и представителями родильных стационаров, участвующих в программе внедрения АКС. В число участников встречи должны войти: национальные и местные координаторы АКС; представители Министерства здравоохранения и других органов здравоохранения; руководители стационаров; все соответствующие национальные и международные партнеры, в том числе члены академических кругов/научных и профессиональных сообществ, другие ключевые заинтересованные стороны, и, конечно, все эксперты по оценке. Должны быть приглашены представители обществ пользователей услуг, если такие общества существуют.

Встреча начнется с презентации каждого стационара, включая их достижения и проблемы. Далее будут представлены результаты оценки. Рекомендуется соблюдать конфиденциальность при представлении результатов, не связывая названия стационаров с конкретными оценками и подчеркивая, что главная цель состоит в том, чтобы выявить системные проблемы, которые необходимо устранить. Для обобщения результатов оценки могут быть использованы таблицы и рисунки, либо различные стационары могут быть обозначены номером или литерой.

Команда каждого стационара представит и обсудит запланированные шаги по улучшению процесса АКС. Принимая во внимание как информацию о внедрении методики в стране в целом (Приложение 15), так и данные, полученные в ходе непосредственной оценки на уровне стационаров (Приложение 16), команда по оценке будет способствовать определению мер, которые необходимо принять на

национальном уровне (Приложение 17). На национальном уровне должны быть определены графики и обязанности, а также дальнейшие шаги (которые могут включать, например, национальный семинар по повышению потенциала в определенных областях, а также обновление национального плана действий) и роли партнеров. Совещание должно включать определение плана дальнейших действий и обсуждение вопроса о механизмах, которые можно было бы разработать (или улучшить, если такие механизмы уже существуют) для обеспечения устойчивости и для поддержания и расширения национального потенциала в области оценки качества и совершенствования АКС.

Руководитель команды координирует подготовку отчета, включая все рекомендации, которые будут представлены в Министерства здравоохранения или местные административные органы, агентствам ООН и другим соответствующим партнерам. Окончательный письменный отчет должен включать краткое изложение общих выводов с сохранением конфиденциальности, общие сильные и слабые стороны, а также рекомендации по улучшению процесса. Рекомендации составляют основу для определения и планирования дальнейших шагов. Если качество процесса не соответствует стандартам, необходимо выделить время для внедрения рекомендаций по улучшению и провести вторую оценку. Можно использовать опыт и (людские) ресурсы тех стационаров, которые выполняют процесс довольно хорошо для помощи роддомам с низким качеством внедрения. После периода дальнейшего внедрения цикла АКС (12-24 месяцев) должна быть предложена и запланирована вторичная оценка с использованием того же контрольного списка и команды экспертов для оценки прогресса, выявления препятствий и предложения дальнейших шагов, которые необходимо предпринять.

5. БИБЛИОГРАФИЯ

1. Tunçalp O, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *BJOG*. 2015;12:1045–9. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/
2. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). World Health Organization, Geneva, 2015. Available at http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1 (accessed Jul 8, 2015)
3. Targets and strategies for ending preventable maternal mortality. Consensus statement. World Health Organization, Geneva, 2014. Available at http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/consensus-statement/en/ (accessed Jul 8, 2015)
4. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths: Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2014. (http://www.everynewborn.org/Documents/Every_Newborn_Action_Plan-EXECUTIVE_SUMMARY-ENGLISH_updated_July2014.pdf, accessed Jul 8, 2015)
5. Health 2020: the European policy for health and well-being. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2013. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, accessed May 12, 2015)
6. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: World Health Organization, 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1 accessed Jul 8, 2015)
7. The second report of the independent expert review group (iERG) in information and accountability for women’s and children’s health, 2013. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/consensus-statement/en/ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85757/1/9789241505949_eng.pdf?ua=1, accessed Jul 8, 2015)
8. Committee on Quality of Health Care in America: A New Health System for the 21st Century, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: Institute of Medicine, 2001.
9. *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Geneva: World Health Organization, 2006.
10. Tamburlini G, Siupsinskas G, Bacci A; Maternal and Neonatal Care Quality Assessment Working Group. Quality of maternal and neonatal care in Albania, Turkmenistan and Kazakhstan: a systematic, standard-based, participatory assessment. *PLoS One*. 2011;6:e28763. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3245221/> Accessed on 24 February 2014)
11. Tamburlini G, Yadgarova K, Kamilov A, Bacci A; Maternal and Neonatal Care Quality Improvement Working Group. Improving the quality of maternal and neonatal care: the role of standard based participatory assessments. *PLoS One*. 2013;8(10):e78282. (<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0078282> Accessed on 24 February 2014)
12. van den Broek NR, Graham WJ. Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009 116 S1:18-21. (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02333.x/abstract> Accessed on 24 February 2014)
13. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multi-country Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet*. 2013;381:1747-55. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60686-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60686-8/fulltext) Accessed on 24 February 2014)
14. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos IA. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action. *Observatory Series No. 12*. WHO 2008 (on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf (Accessed on 24 February 2014)

15. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division. Geneva, World Health Organization, 2014. (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/> accessed Feb 20, 2016)
16. The European health report 2015. Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence. Copenhagen, World Health Organization, 2013. (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015/european-health-report-2015-the-targets-and-beyond-reaching-new-frontiers-in-evidence> accessed Feb 20, 2016)
17. База данных ВОЗ «Здоровье для всех». По ссылке <http://data.euro.who.int/hfad/> (accessed June 17, 2015)
18. Donati S, Senatore S, Ronconi A; Regional maternal mortality working group. Maternal mortality in Italy: a record-linkage study. *BJOG*. 2011 Jun;118(7):872-9.
19. Deneux-Tharaux C, Berg C, Bouvier-Colle MH, Gissler M, Harper M, Nannini A, Alexander S, Wildman K, Breart G, Buekens P. Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. *Obstet Gynecol*. 2005 Oct;106(4):684-92. Erratum in: *Obstet Gynecol*. 2006 Jan;107(1):209.
20. Salanave B, Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Alexander S, Macfarlane A. Classification differences and maternal mortality: a European study. *MOMS Group. Mothers' Mortality and Severe morbidity. Int J Epidemiol*. 1999 Feb;28(1):64-9.
21. Всемирная организация здравоохранения. «Что кроется за цифрами: Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасной беременности» Всемирная организация здравоохранения, Женева 2014. По ссылке <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591838.pdf?ua=1> (accessed Jul 13, 2015)
22. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva, World Health Organization, 2011, (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241502221/en/> accessed Jul 13, 2015)
23. Tuñçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *BJOG*. 2012;119(6):653-6.
24. Tuñçalp Ö, Souza JP. Maternal near-miss audits to improve quality of care. *BJOG*. 2014 Sep;121 Suppl 4:102-4.
25. Multi-Country review meeting on maternal mortality and morbidity audit “Beyond the Numbers”, Report of a WHO meeting, Charvak, Uzbekistan 14–17 June 2010. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2010/multi-country-review-meeting-on-maternal-mortality-and-morbidity-audit-beyond-the-numbers,-report-of-a-who-meeting,-charvak,-uzbekistan-1417-june-2010> (accessed June 30).
26. The impact of implementation of ‘Beyond the numbers’ approach in improving maternal and perinatal health. 29-30 April 2014, Bishkek, Kyrgyzstan. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2014. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2014/04/the-impact-of-implementation-of-beyond-the-numbers-approach-in-improving-maternal-and-perinatal-health> (accessed June 30).
27. Bacci A, Lewis G, Baltag V, Betrán AP. The introduction of confidential enquiries into maternal deaths and near-miss case reviews in the WHO European Region. *Reprod Health Matters*. 2007 Nov;15(30):145-52.
28. Bacci A. Implementing “Beyond the Numbers” across the WHO European Region: steps adopted, challenges, successes and current status. *Entre Nous* 2010: 70; 6-7. Available at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/123016/en70.pdf (accessed July 9, 2015)
29. Yadgarova K, Fazilova F. Implementation of near miss case reviews in Uzbekistan: the role of prikazes. *Entre Nous* 2010: 70; 26-27. Available at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/123016/en70.pdf (accessed July 9, 2015)
30. Hodorogea S. Piloting near miss case reviews in Kazakhstan: improving quality of maternal care. *Entre Nous* 2010: 70; 28-29. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/123016/en70.pdf (accessed July 9, 2015)
31. Sukhanberdiyev K, Ayazbekov A, Issina A, Abuova G, Hodorogea S, Bacci A. Initial experience of Near Miss Case Review: improving the management of haemorrhage. *Entre Nous* 2011: 74; 18-19. <http://www.who.int>

- euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/146978/313914_Entre_Nous_74_low.pdf (accessed July 9, 2015)
32. Making Pregnancy Safer in Uzbekistan. Maternal mortality and morbidity audit activities report 2002-2008. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98797/MPS_UZB.pdf (accessed July 20, 2015)
 33. Baltag V, Filippi V, Bacci A. Putting theory into practice: the introduction of obstetric near-miss case reviews in the Republic of Moldova. *Int J Qual Health Care*. 2012 Apr;24(2):182-8. doi: 10.1093/intqhc/mzr079. Epub 2012 Jan 2
 34. Filippi V, Brugha R, Browne E, Gohou V, Bacci A, De Brouwere V, Sahel A, Goufodji S, Alihonou E, Ronsmans C. Obstetric audit in resource-poor settings: lessons from a multi-country project auditing 'near miss' obstetrical emergencies. *Health Policy Plan*. 2004 Jan;19(1):57-66.
 35. Bakker W, van den Akker T, Mwangomba B, Khukulu R, van Elteren M, van Roosmalen J. Health workers' perceptions of obstetric critical incident audit in Thyolo District, Malawi. *Trop Med Int Health*. 2011 Oct;16(10):1243-50.
 36. Belizán M, Bergh AM, Cilliers C, Pattinson RC, Voce A; Synergy Group. Stages of change: A qualitative study on the implementation of a perinatal audit programme in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2011 Sep 30;11:243.
 37. Borchert M, Goufodji S, Alihonou E, Delvaux T, Saizonou J, Kanhonou L, Filippi V. Can hospital audit teams identify case management problems, analyse their causes, identify and implement improvements? A cross-sectional process evaluation of obstetric near-miss case reviews in Benin. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Oct 11;12:109.
 38. Richard F, Ouédraogo C, Zongo V, Ouattara F, Zongo S, Gruénais ME, De Brouwere V. The difficulty of questioning clinical practice: experience of facility-based case reviews in Ouagadougou, Burkina Faso. *BJOG*. 2009 Jan;116(1):38-44.
 39. Van Hamersveld KT, den Bakker E, Nyamtema AS, van den Akker T, Mfinanga EH, van Elteren M, van Roosmalen J. Barriers to conducting effective obstetric audit in Ifakara: a qualitative assessment in an under-resourced setting in Tanzania. *Trop Med Int Health*. 2012 May;17(5):652-7.
 40. Hutchinson C, Lange I, Kanhonou L, Filippi V, Borchert M. Exploring the sustainability of obstetric near-miss case reviews: a qualitative study in the South of Benin. *Midwifery*. 2010 Oct;26(5):537-43.
 41. Lewis G. Emerging lessons from the FIGO LOGIC initiative on maternal death and near-miss reviews. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Oct;127 Suppl 1:S17-20
 42. Browne JL, van Nievelt SW, Srofenyoh EK, Grobbee DE, Klipstein-Grobusch K. Criteria-based audit of quality of care to women with severe pre-eclampsia and eclampsia in a referral hospital in Accra, Ghana. *PLoS One*
 43. Kidanto HL, Wangwe P, Kilewo CD, Nystrom L, Lindmark G. Improved quality of management of eclampsia patients through criteria based audit at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania. Bridging the quality gap. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Nov 21;12:134.
 44. van den Akker T, Mwangomba B, Irlam J, van Roosmalen J. Using audits to reduce the incidence of uterine rupture in a Malawian district hospital. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009 Dec;107(3):289-94. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.09.005. Epub 2009 Oct 28.
 45. van den Akker T, van Rhenen J, Mwangomba B, Lommerse K, Vinkhumbo S, van Roosmalen J. Reduction of severe acute maternal morbidity and maternal mortality in Thyolo District, Malawi: the impact of obstetric audit. *PLoS One*. 2011;6(6):e20776. doi: 10.1371/journal.pone.0020776. Epub 2011 Jun 3.
 46. Kongnyuy EJ, Leigh B, van den Broek N. Effect of audit and feedback on the availability, utilisation and quality of emergency obstetric care in three districts in Malawi. *Women Birth*. 2008 Dec;21(4):149-55.
 47. Kongnyuy EJ, Mlava G, van den Broek N. Criteria-based audit to improve a district referral system in Malawi: a pilot study. *BMC Health Serv Res*. 2008 Sep 22;8:190.
 48. Weeks AD, Alia G, Ononge S, Otolorin EO, Mirembe FM. A criteria-based audit of the management of severe pre-eclampsia in Kampala, Uganda. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005 Dec;91(3):292-7; discussion 283-4. Epub 2005 Oct 14.

49. Béhague DP, Kanhonou LG, Filippi V, Lègonou S, Ronsmans C. Pierre Bourdieu and transformative agency: a study of how patients in Benin negotiate blame and accountability in the context of severe obstetric events. *Social Health Illn.* 2008 May;30(4):489-510.
50. Wagaarachchi PT, Graham WJ, Penney GC, McCaw-Binns A, Yeboah Antwi K, Hall MH. Holding up a mirror: changing obstetric practice through criterion-based clinical audit in developing countries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 Aug;74(2):119-30;discussion 131. (Giamaica, GHAN; Scotland)
51. Luz AG, Osis MJ, Ribeiro M, Cecatti JG, Amaral E. Impact of a nationwide study for surveillance of maternal near-miss on the quality of care provided by participating centers: a quantitative and qualitative approach. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014 Apr 1;14:122
52. Luz AG, Osis MJ, Ribeiro M, Cecatti JG, Amaral E. Perspectives of professionals participating in the Brazilian Network for the Surveillance of Severe Maternal Morbidity regarding the implementation of routine surveillance: a qualitative study. *Reprod Health.* 2014 Apr 8;11(1):29.
53. Lewis G. Emerging lessons from the FIGO LOGIC initiative on maternal death and near-miss reviews. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014 Oct;127 Suppl 1:S17-20
54. Bailey PE, Binh HT, Bang HT. Promoting accountability in obstetric care: use of criteria-based audit in Viet Nam. *Glob Public Health.* 2010;5(1):62-74.
55. Bhattacharyya S, Srivastava A, Knight M. Developing a framework to review near-miss maternal morbidity in India: a structured review and key stakeholder analysis. *BMC Health Serv Res.* 2014 Nov 13;14:553.
56. Müffler N, Trabelssi M, De Brouwere V. 2007. Scaling up clinical audits of obstetric cases in Morocco. *Tropical Medicine & International Health* 12(10), 1248-1257;
57. Saizonou J, De Brouwere V, Vangeenderhuysen C, Dramaix-Wilmet M, Buekens P, Dujardin B. 2006. Audit de la qualité de prise en charge des « échappées belles » (near miss) dans les maternités de référence du Sud Bénin. *Cahiers Santé* , 16, 1, 33-42;
58. Sahel A, De Brouwere V, Lardi M, Van Lerberghe W, Ronsmans C, Filippi V 2001. Des catastrophes obstétricales évitées de justesse: les near miss dans les hôpitaux marocains. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé.* 11, 4, 229-35.
59. Dumont A, Fournier P, Abrahamowicz M, Traoré M, Haddad S, Fraser WD; QUARITE research group. Quality of care, risk management, and technology in obstetrics to reduce hospital-based maternal mortality in Senegal and Mali (QUARITE): a cluster-randomised trial. *Lancet.* 2013 Jul 13;382(9887):146-57.
60. Amaral E, Souza JP, Surita F, Luz AG, Sousa MH, Cecatti JG, Campbell O. A population-based surveillance study on severe acute maternal morbidity (near-miss) and adverse perinatal outcomes in Campinas, Brazil: the Vigimoma Project. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011 Jan 22;11:9
61. Maternal near-miss. A valuable concept for improving safe motherhood in low income countries. Briefing paper 7, May 2010. Available at http://r4d.dfid.gov.uk/PDF/Outputs/Maternal_RPC/nearmiss.pdf (accessed August 17, 2015)
62. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Principles for best practice in clinical audit. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2002 (ISBN 1-85775-976-1). Available at http://www.uhbristol.nhs.uk/files/nhs-ubht/best_practice_clinical_audit.pdf 8accessed July 15, 2015)
63. Burnett AC, Winyard G. Clinical audit at the heart of clinical effectiveness. *Journal of Quality in Clinical Practice* 1998; 18:3–19.
64. Criterion-based audit manual. New York, NY, AMDD Columbia University, 2003 (internet communication of May 2003 at web site <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/resources.html>)
65. Graham WJ et al. Criteria for clinical audit of the quality of hospital-based obstetric care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78:614–620.
66. Graham WJ. Criterion-based clinical audit in obstetrics: bridging the quality gap? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009 Jun;23(3):375-88.
67. Kongnyuy EJ, Uthman OA. Use of criterion-based clinical audit to improve the quality of obstetric care: A systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(8):873-81.
68. Pirkle CM, Dumont A, Zunzunegui MV. Criterion-based clinical audit to assess quality of obstetrical care in low- and middle-income countries: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2011 Aug;23(4):456-63.

69. Pirkle CM, Dumont A, Traore M, Zunzunegui MV. Validity and reliability of criterion based clinical audit to assess obstetrical quality of care in West Africa. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Oct 29;12:118.
70. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf*. 2014 Apr;23(4):290-8. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001862.
71. Sexual and reproductive health. Clinical guidelines. Geneva, World Health Organization. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/clinical/en/> (accessed July 15, 2015)
72. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи (ЭПП). <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/activities-and-tools/effective-perinatal-care-epc-training-package>
73. «Инструмент оценки и улучшения качества стационарной помощи матерям и новорожденным». Копенгаген, Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2014. <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2014/hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies-quality-assessment-and-improvement-tool>
74. «Инструмент для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным». Копенгаген Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро, 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/232138/RUSv_ANC_tool__final_30.06-2013_revised.pdf (Доступ 24 февраля 2014 г.)
75. Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes: principles and process of adaptation and implementation. Geneva, World Health Organization, 2007.
76. WHO Reproductive Health Library. Geneva, World Health Organization <http://apps.who.int/rhl/en/> (accessed 8 February, 2016)
77. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). London, <http://www.nice.org.uk/Guidance> accessed July 15, 2015)
78. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). London, <http://www.rcog.org.uk/> <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/> (accessed July 15, 2015)
79. Standards of Care for Women's Health in Europe. Obstetric and Neonatal Services. Brussels: European Board and College of Obstetricians and Gynaecologists, 2014. <http://www.ebcog.eu/doc/obstetric.pdf> (accessed January 20, 2016)
80. WHO Handbook for Guideline Development. Geneva, World Health organization, 2010. http://www.euro.int/hiv/topics/mtct/grc_handbook_mar2010_1.pdf (accessed January 20, 2016)
81. South Eastern Europe Health Network. "Health Development Action for south-eastern Europe" Strengthening national capacities for improving maternal and neonatal health in south-eastern Europe. Workshop on Clinical Guidelines Development SEE Improving Maternal and Neonatal Health Project. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/99686/Workshop_Guidelines_Split_report_FINAL.pdf?ua=1 (accessed February 20, 2016)
82. Development and Implementation of Clinical Guidelines for Sexual and Reproductive Health Programme Guidance for Countries in Eastern Europe and Central Asia. UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia, 2012. http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Clinical%20Guidelines%20Programme%20Guidance%20FINAL_0.pdf (accessed February 20, 2016)
83. Bacci A, Wyn Huis D, Baltag V, Lazarus JV: Introducing Evidence Based Medicine and Guidelines for Maternal and Newborn Health in the Republic of Moldova, *Centr Eur J Publ Health*, 13(4):200-201, 2005.
84. Standards for maternal and newborn health. Group 1: General standards of care for healthy pregnancy and childbirth. Geneva: World Health organization, 2007. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/a91272/en/ (accessed January 20, 2016)
85. Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women. Washington DC: White Ribbon Alliance; 2011. http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf (accessed January 20, 2016)

86. International MotherBaby Childbirth Initiative. Ten steps to optimal MotherBaby maternity services. Ponte Vedra Beach, FL: International MotherBaby Childbirth Organization. <http://www.imbci.org/> (accessed January 20, 2016)
87. Совет по правам человека ООН. Доклад Управления Верховного Комиссара ООН по правам человека о предотвратимой материнской смертности и заболеваемости и правах человека. 2010, A/HRC/14/39. По ссылке <http://www.refworld.org/docid/4c0615622.html> (доступ от 20 января 2016 года)
88. Charter on Sexual and Reproductive Rights. London International Planned Parenthood Federation (IPPF). 1996. <http://www.shfpa.org.au/sites/shfpa.drupalgardens.com/files/201303/IPPF%20Charter.pdf> (accessed January 20, 2016)
89. Доклад Управления Верховного Комиссара ООН по правам человека, Техническое руководство по вопросам применения правозащитного подхода при осуществлении политики и программ, направленных на сокращение масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости (2012). Двадцатая сессия Совета по правам человека. По ссылке http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf (доступ 20 января 2016 года)
90. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2013. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/index.html> (accessed January 20, 2016)
91. Организация Объединенных Наций. Конвенция о правах ребенка. Комитет по правам ребенка. Пятьдесят первая сессия, 25 мая - 12 июня 2009 года. Общее замечание № 12. 2009. По ссылке <http://www.coe.int/t/dg3/children/participation/CRC-C-GC-12.pdf> (доступ 20 января 2016 года)
92. Active Citizenship Network. European Charter of Patient's Rights. European Commission, Rome 2002. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf (accessed January 20, 2016)
93. Patients' Rights. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/genomics/public/patient-rights/en/> (accessed January 20, 2016)
94. Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights: A toolbox for examining laws, regulations and policies. Geneva: World Health Organization; 2014 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126383/1/9789241507424_eng.pdf?ua=1&ua=1 (accessed January 20, 2016)
95. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей, 2016-2030. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/20100910_gswch_russian.pdf?ua=1 (доступ 20 января 2016 года)
96. Doran, G. T. (1981). "There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives". *Management Review (AMA FORUM)* 70 (11): 35–36.
97. Scottish Confidential Audit of Severe Maternal Morbidity: reducing avoidable harm 10th annual report. Available at http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/reproductive,_maternal_child/programme_resources/scasmm.aspx (accessed January 20, 2015)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Мероприятия на региональном и страновом уровне, организованные и проведенные при поддержке ВОЗ и партнеров (1, 2)

Региональные семинары:

- ВОЗ: два региональных семинара по методикам «Что кроется за цифрами» (ЧКЦ) (2004, 2005 гг.), всего с участием 12 стран
- ЮНФПА: три субрегиональных семинара по методикам ЧКЦ: в 2014 году в бывшей югославской Республике Македония; в 2015 году - в Боснии и Герцеговине и в Грузии; всего с участием 9 стран

Национальные семинары:

- Национальные семинары по методикам ЧКЦ: Республика Молдова, Узбекистан (2005), Кыргызстан, Таджикистан (2006), Румыния, Армения, Казахстан (2007), Украина (2011), Латвия (2012), Косово* (2013), Грузия (2015)
- Технические семинары по проведению анализа отдельных критических случаев на уровне стационара. Республика Молдова (2005), Узбекистан (2007), Кыргызстан, Таджикистан, Казахстан (2008), Румыния, Армения, Российская Федерация (2009), Украина, Латвия, Косово* (2013), Туркменистан (2014), Азербайджан, Грузия (2015)

Деятельность в отдельных странах

- Республика Молдова: пилотный проект с 2006 года, расширение после оценки качества и усовершенствования в 2008 и 2015 годах
- Узбекистан: пилотный проект с 2007 года, расширение после оценки качества и усовершенствования в 2009, 2012 и 2015 годах (все родильные стационары)
- Кыргызстан: пилотный проект с 2007 года, планы по расширению после оценки качества в 2014 году и наращивания потенциала в 2015 году
- Таджикистан: пилотный проект с 2007 года, оценка качества и усовершенствование в 2010 году, планы по расширению после оценки качества в 2014 году
- Казахстан: пилотный проект с 2008 года, оценка качества и усовершенствование в 2010 году, оценка качества в 2014 -2015 годах
- Армения: пилотный проект с 2009 года, оценка качества в 2015 году, технический семинар запланирован на 2016 год в целях наращивания потенциала и повышения качества до внедрения методики в других учреждениях
- Украина: пилотный проект с 2013 года
- Латвия: пилотный проект с 2013 года, расширение после оценки качества и усовершенствования в 2013 году
- Туркменистан: пилотный проект с 2014 года в 3 родильных домах
- Грузия: пилотный проект с 2015 года в 6 родильных домах, оценка качества и усовершенствование запланированы в 2016 году
- Российская Федерация: пилотный проект, отчет по АКС за 2014 год
- Румыния, Косово*: пилотный проект

Межстрановые обзоры:

- Межстрановой обзор внедрения методики ЧКЦ в 2010 году (пос. Чарвак, Узбекистан) с участием 14 стран
- Межстрановой обзор внедрения методики ЧКЦ в 2014 году (г. Бишкек, Кыргызстан) с участием 10 стран

*в соответствии с резолюцией Совета Безопасности 1244 (1999)

Ссылки

1. Multi-country review meeting on maternal mortality and morbidity audit “Beyond the Numbers”, Report of a WHO meeting, Charvak, Uzbekistan 14–17 June 2010. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-new-born-health/publications/2010/multi-country-review-meeting-on-maternal-mortality-and-morbidity-audit-beyond-the-numbers,-report-of-a-who-meeting,-charvak,-uzbekistan-1417-june-2010>, accessed 8 February 2016)
2. The impact of implementation of “Beyond the numbers” approach in improving maternal and perinatal health. 29–30 April 2014, Bishkek, Kyrgyzstan. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2014/04/the-impact-of-implementation-ofbeyond-the-numbers-approach-in-improving-maternal-and-perinatal-health>, accessed 8 February 2016).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Пример мероприятий по внедрению методики на уровне страны (Узбекистан) (1, 2)

Мероприятия, организованные ВОЗ

- Семинар по доказательной медицине: оказание помощи матери и новорожденному (10-14 ноября 2003 года)
- Европейский регион ВОЗ, «Первый региональный семинар по методике «Что кроется за цифрами», Кыргызстан (май-июнь 2004 года)
- Национальный семинар: Разработка руководств по неотложной акушерской помощи и гипертензии, вызванной беременностью (18-21 января 2005 года)
- Национальный семинар по ЧКЦ (28 февраля - 4 марта 2005 года)
- Технический семинар по ЧКЦ: Анализ критических случаев (12-15 июня 2007 года)
- Пилотное внедрение анализа критических случаев: международные консультации (4-10 ноября 2007 года)
- Проведение анализа критических случаев в пилотных стационарах: последующие шаги (22-23 и 29-30 января 2008 года)
- АКС: Семинар по проведению интервью женщин (17-18 апреля 2008 года)
- Обзор и расширение методики ЧКЦ (12-23 мая 2008 года)
- ЧКЦ - Обзор европейского региона ВОЗ, Чарвак, Узбекистан (14-17 июня 2010 года)
- Эффект от применения подхода ЧКЦ с точки зрения улучшения здоровья матери и новорожденного. Обзор европейского региона ВОЗ, г. Бишкек, Кыргызстан (29-30 апреля 2014 года)
- Оценка и повышение качества АКС в Узбекистане (16-21 ноября 2015 года)

Мероприятия, организованные национальными учреждениями/экспертами

- Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №428 о пилотном внедрении АКС в родильных стационарах (2007)
- Пилотное внедрение АКС в 4 стационарах (2007)
- Последующее наблюдение и мониторинг (2007 - 2008)
- Оценка качества и планы по расширению с участием международных и национальных экспертов (2009)
- Расширение с пилотированием в 18 новых учреждениях (начато в 2009 году)
- Две волны семинаров (2009 - 2013 и 2014-2015) (национальные эксперты) для обучения сотрудников родильных стационаров и подготовки к дальнейшему расширению
- Обучение персонала 90% родильных стационаров (к 2015 году)
- Министерство здравоохранения Республики Узбекистан утвердило методику АКС, включая пересмотренные операциональные определения критических случаев, обновленные стандарты помощи, формы для составления отчетности и методы интервью женщин (переведены на узбекский язык) (2015)

Сложности

- Недостаточная поддержка со стороны местной администрации
- Отсутствие на местах лидеров для внедрения аудита АКС в нескольких стационарах
- Нерегулярные сессии АКС
- Несоблюдение методики, слабая роль акушерок
- Недостаточное знание стандартов ведения тяжелых акушерских осложнений
- Отсутствие контроля над выполнением рекомендаций по итогам сессий АКС

Основные достижения

- В полной мере разработаны местные методические материалы, в том числе, стандарты
- Сотрудники стационаров страны проинформированы о цели, принципах и методике
- Выбраны и обучены интервьюеры
- Приняты принципы и методика АКС (приказы местных органов здравоохранения)
- К концу 2012 года АКС применяется в 22 учреждениях, к 2015 году прошли обучение сотрудники 90% родильных стационаров
- В большинстве стационаров сессии АКС организуются регулярно, каждый месяц
- В большинстве учреждений администрация поддерживает проведение АКС
- В подавляющем количестве учреждений методика пользуется уважением
- Для совершенствования местной практики и лучшей организации медицинской помощи разрабатываются и реализуются эффективные решения и рекомендации
- В 2015 году в ходе посещения для оценки качества международными и национальными экспертами выявлено хорошее качество сессий АКС во всех 6 родильных стационарах, в которых побывали эксперты.

Ссылки

1. Multi-country review meeting on maternal mortality and morbidity audit “Beyond the Numbers”, Report of a WHO meeting, Charvak, Uzbekistan 14–17 June 2010. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-new-born-health/publications/2010/multi-country-review-meeting-on-maternal-mortality-and-morbidity-audit-beyond-the-numbers,-report-of-a-who-meeting,-charvak,-uzbekistan-1417-june-2010>, accessed 8 February 2016).
2. Making pregnancy safer in Uzbekistan. Maternal mortality and morbidity audit activities report 2002–2008. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98797/MPS_UZB.pdf, accessed 8 February 2016).

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Критерии критических случаев (1)

Беременные женщины, женщины в родах, или женщины, у которых были роды или аборт не более 42 дней назад

- поступающие в стационар с **любым из перечисленных состояний** или

- у которых **любые из перечисленных состояний** развиваются в период их пребывания в стационаре *

Тяжелые акушерские осложнения

- Тяжелое послеродовое кровотечение
- Тяжелая преэклампсия
- Эклампсия
- Сепсис или тяжелая генерализованная инфекция
- Разрыв матки
- Тяжелые осложнения аборта

Критические вмешательства или перевод пациентки в отделение реанимации и интенсивной терапии

- Перевод пациентки в отделение реанимации и интенсивной терапии
- Инвазивная радиология
- Лапаротомия (в том числе, гистерэктомия, за исключением кесарева сечения)
- Использование препаратов крови

Угрожающие жизни состояния (критерии критического случая)

Дисфункция сердечно-сосудистой системы

– Шок, остановка сердца (отсутствие пульса/ сердцебиения и потеря сознания), непрерывное введение вазоактивных лекарственных препаратов, сердечно-лёгочная реанимация, тяжелая гипоперфузия (лактат >5 ммоль/л или >45 мг/дл), тяжелый ацидоз (рН <7,1)

- Респираторная дисфункция
– Острый цианоз, агональное дыхание, тяжелое тахипноэ (частота дыхательных движений >40 дыхательных движений в минуту), тяжелое брадипноэ (частота дыхательных движений <6 дыхательных движений в минуту), интубация и вентиляция легких, не связанная с анестезией, тяжелая гипоксемия (насыщение крови кислородом <90% за ≥60 минут или PAO₂/FiO₂ <200)
- Дисфункция почек
– Олигурия, не отвечающая на прием жидкостей или диуретиков, диализ при острой почечной недостаточности, тяжелая острая азотемия (креатинин ≥300 мкмоль/мл или ≥3,5 мг/дл)
- Нарушения свертываемости крови/гематологические нарушения
– Замедленное образование сгустков крови, переливание больших объемов крови или эритроцитов (≥5 единиц), тяжелая острая тромбоцитопения (<50 000 тромбоцитов/мл)
- Дисфункция печени
– Желтуха на фоне преэклампсии, тяжелая острая гипербилирубинемия (билирубин >100 мкмоль/л или >6,0 мг/дл)
- Неврологические нарушения
– Длительный период без сознания (длительность ≥12 часов) /кома (в том числе, метаболическая кома), апоплексический инсульт, произвольные судорожные припадки/эпилептическое состояние, общий паралич
- Дисфункция матки
– Маточное кровотечение или инфекция, ведущая к гистерэктомии

Примечание:

*Определение критического случая не ограничивается гестационным возрастом, в котором произошли осложнения (то есть критериям соответствуют женщины, у которых произошел аборт или внематочная беременность и у которых имеется любое из состояний, перечисленных под критериями для включения в группу критических случаев).

Критерии-исключения:

Женщины, у которых вышеперечисленные состояния развиваются вне связи с беременностью (то есть не в течение беременности или 42 дней после прерывания беременности)

Ссылки

1. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241502221/en/>, accessed 8 February 2016).

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Глоссарий (1)

Острая тяжелая азотемия: креатинин ≥ 300 $\mu\text{моль/л}$ или $\geq 3,5$ мг/дл .

Остановка сердца: Внезапное отсутствие пульса или потеря сознания.

Сердечно-лёгочная реанимация: Комплекс экстренных процедур, включающий наружный массаж сердца и вентиляцию легких, применяемые у пациентов с остановкой сердца.

Нарушения коагуляции: Замедленное образование сгустков / синдром диссеминированной внутрисосудистой коагуляции. Клиническое проявление: отсутствие образования сгустков из места В/В инъекции или из шва спустя 7-10 минут. Нарушения коагуляции можно оценить с помощью «прикроватного теста на свертываемость» (отсутствие образования сгустка спустя 7 минут или образование мягкого сгустка, который легко разрушается, или других лабораторных тестов (острая тромбоцитопения ($< 50\,000$ тромбоцитов), низкий уровень фибриногена (< 100 мг/дл), увеличенное протромбиновое время ($> 6\text{с}$, $\text{INR} > 5$), или повышенный уровень D-димера (> 1000 нг/дл)).

Прикроватный тест на свертываемость - это клинический тест для оценки коагуляции (Инструкции: (1) Наберите 2 мл венозной крови в маленькую, сухую, чистую, прозрачную стеклянную лабораторную пробирку (размером приблизительно 10мм x 75мм); (2) Держите предварительно закрытую пробирку в руке, чтобы обеспечить ее согревание до температуры 37°C; (3) Спустя 4 минуты медленно наклоните пробирку и посмотрите, образовался ли сгусток. Затем наклоняйте пробирку каждую минуту, пока кровь не свернется и пробирку можно будет перевернуть вверх дном; (4) Замедленное образования сгустка (более 7 минут) или образование мягкого сгустка, который легко разрушается, дает основание заподозрить коагулопатию).

Агональное дыхание: Терминальное дыхание. Дыхание судорожное и шумное.

Гистерэктомия: В контексте критических случаев в акушерской практике - это хирургическое удаление матки в случае инфекции или кровотечения.

Угрожающее жизни состояние: Тяжелое состояние, характеризующееся дисфункцией какого-нибудь органа. В контексте критических случаев в акушерской практике - это состояние, которое может завершиться либо развитием критического случая, либо смертью пациентки.

Массивная трансфузия: Трансфузия значительного объема крови или эритромаcсы, то есть трансфузия ≥ 5 ЕД крови или эритромаcсы.

Критический случай в акушерской практике: Женщина, которая была близка к смерти, но выжила после осложнения во время беременности, родов или в течение 42 дней после родов

Метаболическая кома: потеря сознания и наличие глюкозы и кетокислот в моче.

Олигурия, не отвечающая на прием жидкости или диуретиков: Диурез < 30 мл/ч в течение 4 часов или < 400 мл/24 ч , не отвечающий на прием жидкости или диуретиков.

Длительное отсутствие сознания: Любая потеря сознания более чем на 12 часов при полном или почти полном отсутствии реакции на внешние стимулы. Состояние, которое оценивается по шкале комы Глазго < 10 .

Тяжелый ацидоз: показатель рН крови $< 7,1$.

Тяжелая острая гипербилирубинемия: Билирубин > 100 ммоль/л или $> 6,0$ мг/дл .

Тяжелая острая тромбоцитопения: Острое снижение числа тромбоцитов в крови до уровня $< 50\,000$ тромбоцитов/ мл .

Тяжелое брадикардия: Частота дыхательных движений менее шести дыхательных движений в минуту.

Тяжелая гипоперфузия: Лактат > 5 ммоль/л или 45 мг/дл .

Тяжелая гипоксемия: Насыщение крови кислородом $< 90\%$ в течение ≥ 60 минут или $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$. Показатель $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ - это отношение между насыщением кислородом артериальной крови (PaO_2) и содержанием кислорода во вдыхаемом воздухе (FiO_2). Насыщение кислородом артериальной крови определяется путем артериальной газометрии. Содержание кислорода во вдыхаемом воздухе может варьироваться в зависимости от потребностей пациентки и должен замеряться в момент забора крови для газометрии. Число может быть точным (например, при механической вентиляции легких, 0,21–1,00) или оценочным (без дополнительной подачи кислорода, 0,21; подача кислорода через носовой катетер, 0,25; кислородная маска, 0,25–1,0).

Тяжелое тахипноэ: Частота дыхательных движений более 40 дыхательных движений в минуту.

Шок: Персистирующее систолическое давление крови < 80 мм рт.ст. или персистирующее систолическое давление < 90 мм рт.ст. с частотой пульса не менее 120 ударов в минуту.

Общий паралич: Полный или частичный паралич обеих сторон тела. Обычно крайняя нервно-мышечная общая слабость, связанная с критическим состоянием. Это состояние также известно под названием полинейропатия критических состояний

Непроизвольные судороги: Не поддающиеся лечению персистирующие судороги. Эпилептическое состояние.

Ссылки

1. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241502221/en/>, accessed 8 February 2016).

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Примеры операциональных определений

ИЗ РУКОВОДСТВА ВОЗ (2011) (1)

Тяжелое послеродовое кровотечение

- Генитальное кровотечение после родов, характеризующееся хотя бы одним из следующих состояний:
 - выявленное аномальное кровотечение (1000 мл или более) ИЛИ
 - любое кровотечение, сопровождающееся понижением артериального давления или трансфузией крови.

Тяжелая преэклампсия

- Персистирующее систолическое давление крови 160 мм рт.ст. или выше ИЛИ диастолическое давление 110 мм рт.ст; протеинурия 5 г или более за 24 часа; олигурия <400 мл за 24 часа; и синдром HELLP-синдром или отек легких. За исключением эклампсии.

Эклампсия

Генерализованные судорожные припадки у пациентки, не страдавшей ранее эпилепсией. Включает кому при преэклампсии.

Тяжелая генерализованная инфекция или сепсис

- Лихорадка (температура тела >38 С), подтвержденная инфекция или подозрение на инфекцию (например, септический аборт, эндометрит, пневмония) И, по крайней мере, хотя бы одно из следующих состояний:
 - частота сердечных сокращений >90, частота дыхательных движений >20, лейкопения (число лейкоцитов <4000), лейкоцитоз (число лейкоцитов >12 000).

Разрыв матки

- Разрыв матки во время родов, подтвержденный лапаротомией.

ПРОЧИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Обильное послеродовое кровотечение (2)

- Оценочная кровопотеря > или = 2500 мл ИЛИ
- Трансфузия 5 или более единиц крови ИЛИ
- Полученное лечение коагулопатии (свежая замороженная плазма, криопреципитат, тромбоциты) (в том числе внематочная беременность, отвечающая этим критериям)

Преэклампсия (3)

- Беременные женщины с диастолической гипертензией свыше 110 и систолической гипертензией свыше 160 мм рт.ст. плюс одно или более из перечисленных ниже состояний:
 - головная боль;
 - эпигастралгия;
 - нарушение зрения (фронтальное зрение);
 - олигурия (снижение диуреза до уровня менее 30 мл/час).

Операциональные определения могут приниматься на национальном уровне. Порог, за которым неблагоприятное осложнение в акушерской практике становится угрожающим для жизни, зависит от общего состояния здоровья женщины и доступности помощи..

Важно, чтобы определения, используемые в любом случае анализа, отвечали местным условиям, что позволит усовершенствовать услуги по охране материнства на местах. Хорошее операциональное определение должно быть понятным и простым в использовании для всех вовлеченных сотрудников. А также необходимо, чтобы данные можно было легко найти в имеющихся журналах и записях по клиническим случаям.

Ссылки

1. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241502221/en/>, accessed 8 February 2016).
2. Scottish confidential audit of severe maternal morbidity: reducing avoidable harm. 10th annual report. Edinburgh: Healthcare Improvement Scotland; 2014 (http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/reproductive,_maternal_child/programme_resources/scasmm.aspx, accessed 20 January 2016).
3. Making pregnancy safer in Uzbekistan. Maternal mortality and morbidity audit activities report 2002–2008. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98797/MPS_UZB.pdf, accessed 8 February 2016).

ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Пример стандартов помощи

Из руководства ВОЗ (2011) (1)	
Состояние	Стандарты
Профилактика послеродового кровотечения	Всем женщинам необходимо ввести 10 МЕ окситоцина сразу после родов для профилактики послеродового кровотечения.
Лечение послеродового кровотечения	Все женщины с послеродовым кровотечением должны получать окситоцин
Эклампсия	Все женщины с эклампсией должны получать сульфат магния
Профилактика тяжелой генерализованной инфекции или сепсиса	Все женщины, которым проводится кесарево сечение, должны получать антибиотики в профилактических целях
Лечение тяжелых инфекций и сепсиса	Все женщины с тяжелыми генерализованными инфекциями или сепсисом должны получать антибиотики внутривенно
Ускорение созревания легких плода	Все женщины с риском преждевременных родов должны получать кортикостероиды для ускорения созревания легких плода
Прочий опыт	
Тяжелая преэклампсия/эклампсия (2)	<ul style="list-style-type: none"> ● Лечение пациентов с тяжелой преэклампсией/эклампсией должен заниматься дежурный старший врач/консультант. ● У всех беременных женщин, поступающих в стационар с высоким артериальным давлением, следует провести следующие анализы: протеинурия, почасовой диурез, время коагуляции, уровень трансаминаз. ● При А/Д свыше 160-170/105-110 мм рт.ст. необходимо назначить антигипертензивную терапию. ● Сульфат магния - это препарат выбора для лечения/профилактики судорог (первоначальная доза - 15-20 мл 25%-ного раствора, поддерживающая доза - 1-2 г/ч). ● При назначении терапии сульфатом магния ее продолжают в течение всего периода родов и, по крайней мере, в течение 24 часов после родов. ● При терапии сульфатом магния следует контролировать коленный рефлекс, диурез, дыхание пациентки. ● В случае передозировки сульфатом магния необходимо обеспечить наличие 10%-ного раствора глюконата кальция. ● В период после операции/в послеродовой период прием жидкости не должен превышать 80 мл в час (за исключением случаев терапии для восполнения кровопотери при кровотечениях). ● Беременность следует прервать в течение 24 часов после диагностирования тяжелой преэклампсии/эклампсии. ● При артериальном давлении выше 170/110 мм рт.ст. противопоказана интратрахеальная анестезия. ● При проведении кесарева сечения в качестве предпочтительного метода следует рассмотреть эпидуральную анестезию.

Лечение послеродового кровотечения (3)

- Не позднее, чем через 10 минут после диагностирования, необходимо обеспечить присутствие команды для оказания экстренной помощи в составе двух акушеров-гинекологов, анестезиолога, медицинской сестры-анестезистки, акушерки и др.
- В случае любой формы акушерского кровотечения, вне зависимости от давления крови и пульса, в течение 5 минут необходимо обеспечить венозный доступ (венозная катетеризация).
- В случае кровотечения необходимо определить уровень гемоглобина или гематокрит, группу крови и резус-фактор для совместимости, и коагуляцию крови.
- А/Д, пульс и параметры диуреза, определяемые каждые 15 минут, - это критерии, которые помогут принять решение относительно терапии для восполнения объема крови.
- В случае непрерывного кровотечения после трансфузии 3 литров жидкостей (кристаллоидов, коллоидов) следует начать трансфузию эритроцитарной массы или крови 1(0) группы, резус отрицательный.
- В случае тяжелой формы атонии матки следует применять минимальную дозу 20 МЕ окситоцина.
- Если при непрекращающемся кровотечении объем кровопотери достиг 1500 мл в дополнение к гемодинамической нестабильности, следует провести лапаротомию. Важно, чтобы лапаротомия была произведена не позднее, чем спустя 30 минут после принятия решения.
- Во время лапаротомии (в случае атонического кровотечения), до гистерэктомии необходимо предпринять шаги, чтобы остановить кровотечение: инъекция энзапроста в мышцу матки, зашивание маточной артерии/удаление кровеносных сосудов матки. Если кровотечение продолжается после инъекций высоких доз утеротоников, проводится повторный осмотр родовых путей.
- До проведения лапаротомии следует остановить/ослабить маточное кровотечение путем бимануальной компрессии матки или компрессии брюшной аорты.
- Для женщин с предродовым кровотечением вагинальный осмотр проводится только после исключения предлежания плаценты путем ультразвукового исследования или при наличии условий для неотложного прерывания беременности (следует подготовить родильный зал).

Ссылки

1. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241502221/en/>, accessed 8 February 2016).
2. Standards of care for women's health in Europe. Obstetric and neonatal services. Brussels: European Board and College of Obstetrics and Gynaecology; 2014 (<http://www.ebcog.eu/doc/obstetric.pdf>, accessed 8 February 2016).
3. Making pregnancy safer in Uzbekistan. Maternal mortality and morbidity audit activities report 2002–2008. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98797/MPS_UZB.pdf, accessed 8 February 2016).

ПРИЛОЖЕНИЕ 7. Принципы проведения интервью

Общие принципы

- Женщина (или другие люди, выбранные для интервью) должна быть полностью проинформирована и, ее согласие необходимо получить до начала интервью. Должны быть соблюдены принципы автономии (участие в интервью является добровольным, любое опрашиваемое лицо имеет право завершить интервью в любое время) и конфиденциальности (имя опрашиваемого лица не раскрывается ни в одном официальном отчете).
- Интервью следует проводить в спокойном месте, по возможности после выписки, чтобы избежать боязни женщины обсуждать оказанную ей помощь, и в соответствии с общими методическими правилами проведения интервью. При необходимости также могут быть опрошены родственники или близкие друзья пациентки, чтобы дополнить информацию, предоставленную женщиной.
- Целью интервью должен быть сбор всесторонних сведений о реальных фактах, а также о реальном восприятии и мнении женщины о ситуации, а не только формальное получение поверхностной обратной связи.
- Вопросы должны быть нацелены на получение общей картины оказанной женщине помощи, а также на сбор информации о соблюдении в больнице основных прав женщины (например, таких, как права на равенство в доступе к медицинской помощи, эффективное общение, эмоциональную поддержку, уважение и достоинство).
- Интервьюеры должны обладать соответствующей квалификацией или пройти обучение различным методам получения информации в деликатной манере и без предвзятого отношения к пациентке, а также они должны уметь помогать респондентам вспомнить факты, подробности и даты.
- Они должны знать, как себя вести, чтобы не расстроить респондентов, и что делать, когда респондент хочет задать вопросы и получить информацию.
- Интервьюеры должны гарантировать и соблюдать конфиденциальность получаемой ими информации.
- Крайне важно для интервьюеров вести себя нейтрально и не навязывать свои личные мнения и убеждения респондентам.
- Вопросы структурированного интервью должны быть сформулированы кратко, четко, на местном языке с использованием местной терминологии. Они должны звучать нейтрально и не предполагать правильного ответа. В противном случае респондент может давать тот ответ, которого, как ему кажется, ждет от него интервьюер, и который не обязательно соответствует истине.
- Более деликатные вопросы следует задавать ближе к концу опроса. Это даст возможность интервьюеру установить более близкий контакт с респондентом, прежде чем расспрашивать о подобных темах.
- Основное содержание опроса должно быть надлежащим образом обобщено; выводы должны быть соответствующим образом представлены в ходе сессии АКС (например, с использованием соответствующих цитат).

Руководство по интервью родильниц

1. Состояние женщины до беременности

Пожалуйста, сообщите мне некоторые сведения о себе:

Ф.И.О., образование, место работы, место жительства;

количество предыдущих детей;

имели ли место какие-либо проблемы со здоровьем, получали ли вы какое-либо лечение до беременности, какого рода, и какой был исход.

2. Беременность

Как вы забеременели (была ли беременность ожидаемой или незапланированной)?

Какие услуги были вам оказаны во время беременности?

Как проходила беременность; были ли у вас какие-либо заболевания; если да, то какие и как их лечили?

3. Госпитализация

Когда вы были госпитализированы? По какой причине?

Кто отвез вас в больницу? Как и в какое время дня?

Кто первым встретил вас в роддоме, какие услуги он/она оказал(а) вам?

Что происходило в больнице (кто оказывал услуги и какие именно)?

Как проходили схватки? Кто и как оказывал уход? Был ли с вами кто-либо из членов вашей семьи?

Как проходили роды? Какой уход был обеспечен во время родов?

Кто из членов вашей семьи присутствовал при родах и почему?

Что происходило после родов?

Как вы думаете, в чем причины такого развития событий?

Когда вас выписали? Какие сведения вам сообщили?

4. Уровень удовлетворенности медицинским обслуживанием и рекомендации, адресованные другим женщинам, семьям, а также медицинскому персоналу

Пожалуйста, сообщите мне ваши рекомендации и пожелания по улучшению качества обслуживания в медицинских учреждениях, оказывающих услуги во время беременности и родов.

Каково ваше мнение о качестве помощи, оказанной вам (попытайтесь получить подробные ответы на различные вопросы):

- физические структуры (например, комната и условия для соблюдения личной гигиены);
- наличие персонала, оборудования, лекарств;
- отношение персонала родильного дома, информация и коммуникация, эмоциональная поддержка, соблюдение уважения и достоинства, неприкосновенность частной жизни, партнерские роды.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8. Анализ «от двери, до двери»

Основные стадии оказания помощи

Координатор и фасилитатор должны хорошо ориентироваться в приведенном ниже перечне стадий, чтобы помочь последовательно восстановить ход событий, начиная с момента поступления пациентки в больницу вплоть до ее выписки. Однако в ходе сессии АКС не следует отвечать на все подряд вопросы списка, так как это было бы напрасной тратой времени.

1. Поступление пациентки в стационар	<ul style="list-style-type: none">● Когда женщина поступила в стационар, подпадало ли ее состояние под ваше определение критического случая, требующего экстренного вмешательства?● Если нет, то стало ли ее состояние критическим впоследствии (и в какой момент)? Имела ли место какая-либо задержка до того, как женщину в первый раз осмотрел кто-либо из медперсонала?
2. Диагноз	<ul style="list-style-type: none">● Была ли первоначальная оценка ее состояния технически грамотной?● Правильно ли было диагностировано ее состояние здоровья (диагностированы осложнения)?● Имела ли место какая-либо задержка в постановке диагноза?● Имела ли место какая-либо задержка в коммуникации между сотрудниками (например, между акушеркой и дежурным врачом)?● Были ли назначены все необходимые обследования (например, лабораторные анализы, рентген и т.д.)?● Были ли все необходимые обследования проведены?● Все ли обследования были необходимы?● Имела ли место какая-либо задержка при проведении и получении результатов обследования?
3. Лечение	<ul style="list-style-type: none">● Было ли адекватным первоначальное лечение (например, была ли установлена капельница и обеспечено достаточное количество внутривенных вливаний для стабилизации состояния женщин)?● Было ли адекватным последующее лечение (например, хирургическое вмешательство, назначение препаратов для контроля над осложнениями или инфекцией, переливания крови и т.д.)?● Был ли адекватным и целесообразным каждый элемент ведения пациентки?● Было ли назначенное лечение основано на протоколе лечения?● Было ли назначенное лечение проведено в соответствии с протоколом лечения?● Решалась ли каждая из выявленных проблем должным образом?● Имели ли место какие-либо задержки, связанные с назначением необходимого лечения (например, задержка при осмотре пациентки основным медицинским персоналом или задержка при определении необходимости лечения)?● Имели ли место какие-либо задержки, связанные с проведением необходимого лечения (для серьезных процедур, таких как кесарево сечение; данный пункт подглавается на различные этапы: информирование хирургического персонала, и других основных сотрудников, перевод пациентки в операционную, подготовка пациентки, анестезия, операция)?
4. Мониторинг и дальнейшее лечение	<ul style="list-style-type: none">● Было ли назначено правильное дальнейшее лечение? Было ли оно основано на руководствах? Было ли оно проведено в соответствии с назначением?● Был ли назначен мониторинг? Был ли он основан на руководствах? Проводился ли он в соответствии с назначением?

5. Выписка пациентки из больницы	<ul style="list-style-type: none"> ● Был ли правильным диагноз при выписке (эпикриз)? ● Был ли адекватным срок выписки из больницы? ● Был ли четко указан адекватный порядок дальнейшего ведения пациентки после выписки? Осуществлялось ли в дальнейшем ведение пациентки в соответствии с назначением?
6. Информация в медицинской карте	<ul style="list-style-type: none"> ● Была ли адекватной информация в медицинской карте? (пожалуйста, укажите конкретную информацию, которая должна была быть занесена в медкарту, но это не было сделано). ● Была ли информация в медкарте полной? (пожалуйста, укажите конкретную информацию, которая была пропущена)
7. Другое	<ul style="list-style-type: none"> ● Возможно, некоторые элементы процесса оказания медицинской помощи не могут быть сгруппированы согласно вышеуказанными пунктам. Их можно перечислить в главе «Другое».

ПРИЛОЖЕНИЕ 9. Категории факторов, которые могут влиять на качество помощи

Координатор и фасилитатор должны хорошо ориентироваться в приведенном ниже списке, чтобы помочь в том случае, если какие-то аспекты будут упущены из виду в ходе обсуждения. Однако в ходе сессии АКС не следует отвечать подряд на все вопросы списка.

1. Персонал	<ul style="list-style-type: none">● Наличие квалификации (т.е. обладал ли сотрудник, совершавший определенное действие, соответствующей квалификацией для осуществления данного медицинского вмешательства).● Навыки (т.е. обладал ли сотрудник не только соответствующей квалификацией, но и достаточной компетенцией и навыками для выполнения определенных задач)● Наличие/ отсутствие персонала:<ul style="list-style-type: none">– постоянное (например, в больнице нет анестезиолога, лаборанта и т.д.)– временное (например, анестезиолог есть, но он/она был(а) в отпуске)– расписание дежурств (например, нет расписания дежурств основного персонала, поэтому он недоступен, или никто из сотрудников не назначен дежурным врачом)– проживание персонала (например, дежурные сотрудники живут далеко от больницы и поэтому не смогли вовремя прибыть на работу)● Контроль за младшим персоналом больницы● Общение (между сотрудниками, а также между сотрудниками и пациентами)● Отношение персонала <p>Обратите внимание, что вышеперечисленные факторы относятся ко всем типам персонала больницы, задействованного в процессе оказания медицинской помощи, независимо от должности. Например, причиной серьезной задержки в проведении ключевых медицинских мероприятий может быть сочетание небольших задержек на различных этапах процесса лечения, выполняемых различным персоналом. Важно отметить, к какой из различных категорий сотрудников имеет отношение каждая из указанных проблем (например, недостаточные навыки для работы с определенными осложнениями, задержки в реагировании и т.д.).</p>
2. Оборудование	<ul style="list-style-type: none">● Наличие/ отсутствие оборудования:<ul style="list-style-type: none">– постоянное (например, нет вакуумного экстрактора в родильном зале)– временное (например, в тот день не могли найти прибор для измерения артериального давления; хирургические инструменты после предыдущей операции не были стерилизованы в автоклаве и подготовлены к использованию; не были проверены и пополнены в срок запасы шовного материала или лабораторных реагентов и т.д.)● Доступность (например, вакуумный экстрактор был под замком)● Обслуживание: оборудование не работало/ было сломано● Правильность использования оборудования <p>Пожалуйста, обратите внимание на все типы оборудования, необходимого для оптимального управления каждым критическим случаем; укажите любые типы оборудования, которое не функционировало или не было доступно вовремя и также изучите причины.</p>

3. Лекарства	<ul style="list-style-type: none"> ● Наличие/ отсутствие лекарственных препаратов <ul style="list-style-type: none"> – постоянное наличие/ отсутствие лекарств в больнице, в операционном блоке, в отделении неотложной помощи, в родильном зале – временная недоступность лекарств («нет в наличии» или заперты на замок - последний случай также подпадает под пункт 1. Наличие/ отсутствие персонала, т.е. дежурных фармацевтов, готовых предоставить лекарства) <p>Пожалуйста, уточните, какие препараты не были доступны вовремя и выясните причину.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Доступность (например, препарат не может быть выдан акушеркой) ● Истек срок годности/ другое ● Правильность использования лекарственных препаратов
4. Протоколы лечения/ рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> ● Наличие: протоколы лечения, регулирующие различные элементы медицинской помощи, не готовы или не получены от организаций более высокого уровня ● Доступность: протоколы имеются, но не вывешены на видном месте в соответствующих отделениях больницы (в родильном зале, в операционной и т.д.) ● Правильность использования: протоколы доступны, но им не следовали (это может быть связано также с отсутствием необходимого обучения и контроля)
5. Организация медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none"> ● Недостатки (и сильные стороны) организации медицинской помощи могут быть причиной и способствовать возникновению многих из вышеперечисленных факторов. Например, <ul style="list-style-type: none"> – организация медицинской помощи между различными отделениями больницы, внутренние протоколы и т.д. <p>Пожалуйста, обратите внимание на организационные факторы в каждом из отделений больницы, задействованном в оказании различных элементов медицинской помощи.</p>
6. Соблюдение прав человека	<ul style="list-style-type: none"> ● Доступ к медицинской помощи: экономический доступ к медицинской помощи (плата за пользование), культурно-географическая доступность ● Информация и коммуникация: была ли пациентка проинформирована должным образом? Были ли выслушаны просьбы пациентки? ● Участие в оказании помощи и сотрудничество: имела ли пациентка/ семья пациентки возможность активно участвовать в оказании помощи? (например, партнерские роды, активная поддержка женщины, сотрудничество для оказания помощи) ● Предотвращение неуважения и злоупотреблений

ПРИЛОЖЕНИЕ 10. Шаблоны документации для сессии АКС

Анализ отдельных критических случаев на уровне стационара
Шаблоны для краткого изложения анализа клинического случая и рекомендаций

Шаблон А: Элементы помощи, которые были оказаны успешно, и упущенные возможности

Тип критической ситуации:	Номер сессии АКС:	Дата:
Элементы помощи, которые были оказаны УСПЕШНО Факторы, которые ПОМОГЛИ в процессе оказания медицинской помощи		
Элементы помощи, которые НЕ БЫЛИ УСПЕШНЫМИ/ упущенные возможности Факторы, которые МЕШАЛИ в процессе оказания медицинской помощи		

Шаблон В: Краткое изложение основных причин и рекомендаций

Упущенная возможность	Почему?	Но почему?	Но почему?	Но почему?	Рекомендации

На каждый элемент медицинской помощи мог повлиять целый ряд различных факторов, способствовавших положительному или отрицательному исходу.

В данную форму для аудита включены три столбца с вопросом «почему?» с целью стимулирования достаточно глубокого анализа, а также столбец для формулировки рекомендации. Подробная информация о последующих мерах, а также столбец для отметки о том, что проблема была решена. Кроме того, в таблицу включена отдельная строка для каждой проблемы в управлении клиническим случаем.

Шаблон С: Контроль выполнения рекомендаций/ мероприятия

Рекомендация	Мероприятие(я)	Ответственный(е)	Срок	Выполнено? Если НЕТ, то почему? Следующий срок

Данная форма включает столбцы для описания рекомендации, конкретных действий (их может быть несколько), необходимых для выполнения рекомендации, а также для указания лиц(а), ответственных за выполнение, и сроков. В последнем столбце должно быть указано, были ли выполнены рекомендация/ мероприятия. Если они не были выполнены, то должна быть сформулирована причина и указан новый срок.

ПРИЛОЖЕНИЕ 11. Пример анализа критического случая эклампсии

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ СЛУЧАЯ (из медицинской карты пациентки, журналов)

Н.З. 22 года, 37 недель гестации, поступила в роддом 9 ноября в 12.40 с жалобами на нерегулярные схватки и обширные отеки. А/Д 155/110 мм рт.ст., пульс 86 ударов в минуту.

Протеинурия 1,65 г/л

Продольное положение плода, головное предлежание, уровень головки плода -4/5; частота сердечных сокращений (ЧСС) плода 146 ударов в минуту.

Диагноз при поступлении в стационар: Первая беременность, первые роды, 37 недель гестации, тяжелая преэклампсия.

Прием внутрь нифедипина 10 мг; внутривенное введение ударной дозы сульфата магния (25%-ный раствор, 20 мл).

Пациентку перевели в отделение патологии беременности.

Было начато непрерывное введение 100 мл 25%-ного раствора MgSO₄ в 400 мл раствора хлорида натрия, 6-7 капель в минуту. Приблизительно через 30 минут состояние пациентки стабилизировалось: Давление 140/90 мм рт.ст., отсутствие клинических признаков или симптомов, нормальная ЧСС плода.

План ведения пациентки состоял в следующем: постоянно контролировать А/Д пульс и ЧСС плода. Принимая во внимание стабильное состояние пациентки и степень зрелости шейки матки (8 баллов по шкале Бишопа), было решено вызвать вагинальные роды путем амниотомии на следующий день, 10 ноября.

В день поступления, 9 ноября в 22.45 у пациентки начались эклампсические судороги.

Акушерка немедленно позвала врача акушера и анестезиолога.

Диагноз: Первая беременность, 37 недель гестации, эклампсия.

Команда по оказанию экстренной помощи очистили воздушные пути, уложили женщину на бок, начали кислородотерапию, ввели внутривенно 10 мл (2,5 мг) 25%-ного раствора сульфата магния и 10 мг диазепама.

Пациентку перевели в отделение реанимации и интенсивной терапии и продолжили непрерывную внутривенную инфузию MgSO₄. Было назначено прерывание беременности.

В 23.50 была проведена экстренная операция кесарева сечения, родился живой мальчик (2654 г, 49 см, состояние по шкале Апгар 7-8). При проведении операции технических затруднений не было. После операции введение сульфата магния продолжили в течение 24 часов.

Пациентку выписали из больницы в удовлетворительном состоянии 15 ноября с ребенком. При выписке кровяное давление 130/90 мм рт.ст.

ИНТЕРВЬЮ

В ходе интервью Н.З. сказала, что 9 ноября, находясь в роддоме, примерно в половине шестого вечера она почувствовала сильную головную боль и, ее вырвало. Она рассказала акушерке о симптомах. Акушерка объяснила, что при расширении шейки рвота бывает у многих женщин, и успокоила ее, говоря, что все в порядке. Акушерка не сообщила врачу об этих симптомах. Н.З. также сказала: «Когда поставили капельницу (инфузия), я себя почувствовала довольно плохо. Несколько раз я выходила в туалет, и каждый раз акушерке приходилось останавливать инфузию и заново начинать ее, устанавливая новую иглу. Тогда я сказала акушерке: - Мне больно каждый раз, когда Вы вводите иглу. Могу я отдохнуть и полежать без капельницы? Я не хочу, чтобы для этой инфузии мне каждый раз заново вставляли иглу. У меня были очень болезненные схватки... Акушерка со мной согласилась и сняла систему для инфузии».

Примерно в 22.00 Н.З. сказала, что у нее появилась сильнейшая головная боль, и она не помнит, что произошло потом. Когда она пришла в себя, рядом с ней лежал ее новорожденный сын, а ей сказали, что ей сделали кесарево сечение. Она была очень благодарна врачам и акушеркам, которые заботились о ней и спасли ее жизнь. Она сказала: «Мне сказали, что у меня были судороги, которые считаются очень тяжелым осложнением беременности и, что я могла умереть. Но доктора спасли меня и моего ребенка. Я благодарна им за помощь. Я думаю, что если бы я раньше приехала в больницу, такое осложнение со мной бы не случилось. Может быть, я думала, что смогу родить сама, но теперь я знаю, что в следующий раз нужно быть осторожной. Самое важное - это то, что мой ребенок рядом со мной, он жив и здоров. Это самое важное для меня».

РЕКОНСТРУКЦИЯ СЛУЧАЯ (сотрудниками, которые вели эту пациентку)

Во время реконструкции событий от поступления пациентки до ее выписки сотрудники обнаружили, что у пациентки были угрожающие симптомы в отделении патологии (рвота, сильная головная боль), но врачу об этом не сообщили и его не вызвали.

Терапия MgSO₄ не проводилась непрерывно, она периодически прерывалась. Приблизительно в 18.00 инфузия MgSO₄ была остановлена окончательно. Женщина получила MgSO₄ всего лишь в течение 5 часов (из 9 часов, которые она провела в отделении патологии). Акушерка сказала, что пациентка отказалась заново вставлять иглу от системы внутривенной инфузии.

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ (все участники)

Элементы помощи, которые были оказаны успешно:

Что было сделано правильно: во время эпизода эклампсии пациентка получила соответствующую помощь и лечение, и ей было своевременно проведено кесарево сечение. Пациентку выписали в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком.

Упущенные возможности:

Если говорить о том, какие элементы помощи можно улучшить, то это то, что инфузия MgSO₄ проводилась с перерывами, а затем была прекращена, а также то, что врачу не сообщили о симптомах.

Затем был проведен анализ по алгоритму «Почему? Но почему?». Оказалось, что акушерки отделения беременности не прошли обучения и не имеют навыков установок внутривенных катетеров. Поэтому каждый раз, когда пациентке необходимо встать из постели, им приходится вынимать и затем повторно вставлять иглу. Такая практика очень неудобна и неприятна.

Также сложно проводить инфузию MgSO₄ непрерывно без инфузионного насоса, поскольку в системе капельного введения очень сложно и неэффективно отсчитывать 6–7 капель в минуту: раствор течет или слишком быстро, или слишком медленно.

В отделении патологии нет инфузионных насосов: они используются только в отделении реанимации и интенсивной терапии. В стационаре недостаточно инфузионных насосов, чтобы обеспечить все имеющиеся потребности.

Примечание: Процесс реконструкции клинического случая и его анализа обычно не документируют (серым шрифтом в таблице), чтобы не затруднить обсуждение деликатных подробностей

Процесс аудита включает реконструкцию процесса ведения пациентки от поступления в больницу до выписки (подход «от двери до двери») для выявления удачных и неудачных элементов оказания помощи.

Шаблон А: Элементы медицинской помощи, которые были оказаны успешно, и упущенные возможности

Тип критического случая: эклампсия	Номер сессии АКС: 8	Дата: 02/12/15
Элементы помощи, которые были оказаны УСПЕШНО Факторы, которые ПОМОГЛИ в процессе оказания медицинской помощи		
<ol style="list-style-type: none">1. Во время эпизода эклампсии пациентка получила соответствующую помощь и лечение2. Ей своевременно было проведено кесарево сечение3. Пациентку выписали в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком		
Элементы помощи, которые НЕ БЫЛИ УСПЕШНЫМИ/ упущенные возможности Факторы, которые МЕШАЛИ в процессе оказания медицинской помощи		
<ol style="list-style-type: none">1. Инфузия MgSO4 проводилась с перерывами, а затем была прекращена2. Врачу не сообщили о симптомах надвигающейся эклампсии		

Шаблон В: Краткое изложение основных причин и рекомендаций

Упущенная возможность	Почему?	Но почему?	Но почему?	Но почему?	Рекомендации
Введение MgSO ₄ было прервано	Инфузия была остановлена по просьбе пациентки	Каждый раз, когда женщина вставала с кровати и шла в туалет, инфузию прерывали, а затем начинали снова (введение иглы). В итоге женщина отказалась в очередной раз вставлять иглу.	Не использовался венозный катетер для непрерывного введения MgSO ₄	Акушерки отделения патологии беременности не прошли обучения и не имели навыков установки венозных катетеров для непрерывного введения лекарственных препаратов	1) Обеспечить получение знаний и навыков установки венозного катетера для основного персонала
Введение MgSO ₄ не было непрерывным и регулярным	Очень сложно поддерживать скорость инфузии 6–7 капель в минуту при капельном введении.	Без инфузионного насоса скорость инфузии меняется при движении пациента, она ускоряется или замедляется.	Капельницы используются ввиду отсутствия инфузионных насосов в отделении патологии беременности. В учреждении недостаточно инфузионных насосов. (Инфузионные насосы имеются в ОРИТ).		2) Вводить MgSO ₄ внутривенно только с использованием инфузионного насоса
Дежурного врача не проинформировали об угрожающих симптомах (сильная головная боль, рвота) у женщины с тяжелой преэклампсией	Акушерка не знала о симптомах надвигающейся эклампсии	Некоторые сотрудники не знают/ не помнят угрожающие симптомы тяжелой преэклампсии	Было организовано обучение ведению случаев тяжелой преэклампсии, однако на рабочем месте нет памяток и наглядных пособий.		3) Разработать/ адаптировать и распространить наглядные пособия, чтобы напомнить всем сотрудникам об угрожающих симптомах в случае тяжелой преэклампсии и поводах для вызова врача

Шаблон С: Контроль выполнения рекомендаций/ мероприятия

Рекомендация	Мероприятие(я)	Ответственный(е)	Срок	Выполнено? Если НЕТ, то почему? Следующий срок
1) Обеспечить получение знаний и навыков установки венозного кате тера для основного персонала	Обучить акушерок отделения патологии беременности установке венозных катетеров	Д.М. - Старшая медсестра ОРИТ С.Ш. - акушерка родильной палаты №2	21 ноября	ДА
2) Вводить MgSO4 внутривенно только с использованием инфузионного насоса	Взять один инфузионный насос из ОРИТ и временно перенести его в отделение патологии беременности Обучить акушерок, работающих в отделении патологии беременности, использованию инфузионных насосов (два занятия)	С.Б.В Старшая медсестра	26 ноября	ДА
3) Разработать/ адаптировать и распространить наглядные пособия, чтобы напомнить всем сотрудникам об угрожающих симптомах в случае тяжелой преэклампсии и поводах для вызова врача	Передать администрации письменный запрос на закупку 6 дополнительных инфузионных насосов Подготовить памятку (на листе формата А4) с перечислением угрожающих симптомов тяжелой преэклампсии и указать, что акушерки должны сообщать врачу, когда у пациенток появляются такие симптомы Разместить описанные выше памятки на рабочих столах акушерок и врачей отделения патологии беременности и приемного отделения, а также в родильных палатах	Л.К. Тренер для акушерок И.П.С. - Директор перинатального центра В.К. Акушерка	2 декабря В течение одной недели 16 декабря	Отложено до 16 января ДА ДА
		Старшие медсестры отделения патологии беременности и приемного отделения	21 декабря	ДА

ПРИЛОЖЕНИЕ 12. Предложения по составлению отчетности

ТИП ОТЧЕТА:	О ЧЕМ ОТЧИТЫВАТЬСЯ	КОМУ
Каждый критический случай	<ul style="list-style-type: none"> ● Обзор случая ● Интервью женщины ● Все заполненные формы анализа критического случая (в том числе, ответы на вопросы «Почему? Но почему?» и рекомендации) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Завести папку и хранить ее в медицинском учреждении в надежном месте ● Рассмотреть возможность использования журнала с ключевой информацией (номер случая, дата, тип, рекомендация, записи)
Внутренний отчет на уровне медицинского учреждения (один-два раза в год)	<ul style="list-style-type: none"> ● Число сессий ● Типы критических случаев ● Сотрудники, принимавшие участие в заседании ● Число и тип согласованных рекомендаций ● Число и тип выполненных рекомендаций ● Другие достижения (например, результаты здравоохранительных мероприятий и др.) ● Ограничения 	<ul style="list-style-type: none"> ● Все сотрудники больницы, участвующие на любом уровне в оказании помощи матерям и новорожденным детям

Внешний отчет:
Региональный/
Национальный
уровень
(ежегодно)

- Число учреждений
- Число сессий
- Что сделано
- Достижения (конкретные, измеримые)
- Рекомендации, которые должны выполняться на региональном/ национальном уровне (например, разработка/ обновление национального руководства)

- Профессиональные общества, местные, региональные и (или) национальные чиновники в сфере планирования здравоохранения, высокопоставленные должностные лица и политики
- Министерство Здравоохранения
- Медицинские работники всех специальностей от местного до национального уровня, включая акушеров-гинекологов, акушеров, анестезиологов и патологов
- Руководители других структур в системе здравоохранения, например, в сфере социального обеспечения и частного сектора
- Специалисты по распространению здорового образа жизни и санитарному просвещению
- Департаменты общественного здравоохранения или социально-ориентированного здравоохранения
- Учебные заведения
- Национальные или местные группы по продвижению общественных интересов
- Средства массовой информации
- Представители религиозных или культурных организаций или другие законодатели общественного мнения, которые способны содействовать полезным изменениям на местах

Внешний отчет:
Межгосударственный
уровень
(каждые год-два)

- Число сессий
- Что сделано
- достижения (конкретные, измеримые)
- Рекомендации, которые должны выполняться на национальном уровне (например, разработка/ обновление национального руководства)

- ВОЗ и другие агентства ООН
- Партнеры по развитию

ПРИЛОЖЕНИЕ 13. Типы отчетности для распространения результатов

Уровень медицинского учреждения

- Внутренние отчёты
- Отчеты по результатам внутренних семинаров
- Презентации в формате Power point
- Постеры
- Прочее (см. перечень ниже)

Субнациональный или национальный уровень

- Отчеты по итогам национальных/субнациональных семинаров
- Презентации в формате Power point
- Научные статьи
- Конференции; заседания; конгрессы
- Постеры
- Вебсайты
- Новостные бюллетени
- Фактические данные
- Пресс-релизы
- Прочие СМИ
- Другое

Примечания: как подготовить хороший отчет.

- Длинные, дорогие, очень подробные отчеты бесполезны, если их нельзя будет широко распространить.
- Более краткое «резюме» в начале отчета упрощает его распространение
- Полезно выделять отдельные элементы рамками и иллюстрациями.
- Стоит обдумать возможность снабдить отчет там, где это уместно, предисловием от имени Минздрава или профессиональных организаций системы здравоохранения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 14. Перечень основных индикаторов мониторинга (пример) ^(1,2)

На сегодняшний день опыт мониторинга с использованием индикаторов АКС невелик. Ниже приведен список с примерами возможных индикаторов, которые следует адаптировать и далее доработать для использования на местном уровне. Основные предлагаемые индикаторы отмечены символом “▶”

ФОРМА ОТЧЕТНОСТИ ПО АКС НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА	
Наименование учреждения: Период мониторинга (обычно каждые полгода-год):	
ИНДИКАТОР	ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
<p>Процесс</p> <p>▶ Число сессий АКС за данный период</p> <p>По крайней мере, две акушерки, участвующие в каждой сессии</p> <p>Доля сессий АКС, в ходе которых использовалась информация по итогам интервью женщины (или родственников)</p>	<p>12 за 1 год*</p> <p>Да</p> <p>По крайней мере 85%</p>
<p>Описание случаев</p> <p>Типы критических случаев (по категориям заболеваний)</p>	<p>целевой показатель по оценке эксперта**</p>
<p>Выявлено, что необходимо улучшить</p> <p>Число выявленных недостатков по категориям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Персонал ● Лекарственные препараты ● Оборудование ● Протоколы ● Организация и администрирование ● Права женщин: на эффективную коммуникацию, эмоциональную поддержку, уважение и достоинство 	<p>целевой показатель по оценке эксперта**</p>

ФОРМА ОТЧЕТНОСТИ ПО АКС НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА

Наименование учреждения:

Период мониторинга (обычно каждые полгода-год):

Разработка рекомендаций

▶ Число разработанных рекомендаций для определенного стационара

Число разработанных рекомендаций для определенного стационара по категориям

- Персонал
- Лекарственные препараты
- Оборудование
- Протоколы
- Организация и администрирование
- Права женщин: на эффективную коммуникацию, эмоциональную поддержку, уважение и достоинство

Число разработанных рекомендаций для национального/регионального уровня

Доля разработанных рекомендаций для национального/регионального уровня, по категориям

- Персонал
- Лекарственные препараты
- Оборудование
- Протоколы
- Организация и администрирование
- Права женщин: на эффективную коммуникацию, эмоциональную поддержку, уважение и достоинство

По крайней мере, 2 для каждой сессии АКС

целевой показатель по оценке эксперта**

Максимум 10% от всех рекомендаций

Экспертная оценка*

Выполнение рекомендаций

▶ Доля рекомендаций, выполненных в полной мере

▶ Доля рекомендаций, выполненных частично

По крайней мере, 70%

По крайней мере, 80%

Доля выполненных рекомендаций в полной мере и частично, по категориям

	ВСЕГО	В ПОЛНОЙ МЕРЕ	ЧАСТИЧНО
Персонал			
Лекарственные препараты			
Оборудование			
Протоколы			
Организация и администрирование			
Права женщин			

Экспертная оценка*

* Численно целевой показатель может отличаться в зависимости от размера родильного стационара и числа критических случаев

** Оценка эксперта(ов): Для этих индикаторов рекомендуется, чтобы достижение поставленных целей оценивал внешний эксперт(ы), поскольку для таких индикаторов нельзя заранее задать целевой показатель, одинаковый для всех учреждений. В качестве экспертов могут выступать международные или национальные координаторы и ключевые сотрудники.

Ссылки

1. Baltag V, Filippi V, Bacci A. Putting theory into practice: the introduction of obstetric near-miss case reviews in the Republic of Moldova. *Int J Qual Health Care*. 2012;24:182–8.
2. Filippi V, Brugha R, Browne E, Gohou V, Bacci A, De Brouwere V, et al. Obstetric audit in resource-poor settings: lessons from a multi-country project auditing “near miss” obstetrical emergencies. *Health Policy Plann*. 2004;19:57–66.

ПРИЛОЖЕНИЕ 15. Шаблон для комплексной отчетности о внедрении подхода АКС на уровне страны

Форма для комплексного отчета о внедрении АКС на уровне страны			
Страна:	<i>Название страны</i>	Год представления отчетности:	<i>Год</i>

ЧАСТЬ 1 МЕРОПРИЯТИЯ/ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Основные шаги	ДА/ НЕТ	Дата (ссылка на дату семинара, если это необходимо)	Поддерживающие партнеры
1. Пересмотрены и одобрены основные клинические руководства			
2. Представлена концепция АКС			
3. Обеспечена поддержка на национальном уровне			
4. Обеспечена техническая поддержка со стороны внешнего эксперта(ов)			
5. Создана Национальная рабочая группа по АКС			
6. Принята нормативно-правовая база			
7. Разработан Национальный план действий по реализации пилотного проекта			
8. Разработаны операциональные определения и стандарты			
9. Подготовлен и распространен методический материал			
10. Обучены координаторы			
11. Обучены интервьюеры			
12. Начата реализация пилотного проекта (кол-во родильных стационаров)			
13. Первая оценка качества международными экспертами на этапе реализации пилотного проекта и рекомендации			
14. План действий после первой оценки качества			
15. Приняты меры по улучшению качества процесса (при необходимости приведите подробную информацию)			
16. Вторая оценка качества международными экспертами на этапе реализации пилотного проекта и рекомендации			

17. План действий после второй оценки качества			
18. Принято решение о фазе расширения			
19. Разработан Национальный план действий по фазе расширению			
20. Начата фаза расширения			
21. Проведено каскадное обучение			
22. Первая оценка качества международными экспертами на этапе расширения и рекомендации			
23. План действий после первой оценки качества			
24. Меры по улучшению качества процесса (при необходимости приведите подробную информацию)			
25. Вторая оценка качества международными экспертами на этапе расширения и рекомендации			
26. План действий после второй оценки качества			
27. Меры по улучшению качества процесса (приведите подробную информацию)			
28. Распространение информации об АКС (приведите подробную информацию)			
29. Другое (укажите)			
30. Другое (укажите)			
Основные семинары	ДА/ НЕТ	Дата (ссылка на дату семинара, если это необходимо)	Поддерживающие партнеры
1. Межгосударственный региональный семинар			
2. Национальный семинар			
3. Первый технический семинар(ы)			
4. Дополнительный технический семинар(ы) • Второй технический семинар • Третий технический семинар • Прочие			
5. Первый семинар по вопросам внешней оценки качества на этапе реализации пилотного проекта			
6. Первый семинар по оценке качества			

7. Второй семинар по вопросам внешней оценки качества на этапе реализации пилотного проекта			
8. Второй семинар по оценке качества			
9. Семинары по распространению информации (Представьте подробную информацию)			
10. Первый семинар по вопросам внешней оценки качества на этапе расширения			
11. Первый семинар по оценке качества			
12. Второй семинар по вопросам внешней оценки качества на этапе расширения			
13. Первый семинар по оценке качества			
14. Семинары по распространению информации (Представьте подробную информацию)			
15. Другое (укажите)			

ЧАСТЬ 2 РЕЗУЛЬТАТЫ

Количество родильных стационаров, применяющих метод АКС	укажите количество	укажите общее количество родильных стационаров в стране
Общее количество сотрудников, прошедших обучение		
Общее количество разработанных рекомендаций	укажите количество	
Количество выполненных рекомендаций	укажите количество	
Любое измеряемое воздействие на результаты процесса (например, количество акушерских гистерэктомий)*		
Любое измеряемое влияние на показатели здоровья (материнская и перинатальная заболеваемость и смертность)*		

* Данные о результатах процесса и показатели здоровья должны интерпретироваться на основе различных факторов (местная эпидемиологическая ситуация, диагностически связанные группы, зона охвата и т.д.)

ЧАСТЬ 3 РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

	ДА/НЕТ	Дата (ссылка на дату семинара, если это необходимо)
Национальный отчет		
Другие публикации <ul style="list-style-type: none">● Информационные рассылки и бюллетени● Справочные материалы/ Информационные листки● Пресс-релизы или другие публикации в СМИ● Научные статьи● Вебсайт● Прочее		Пожалуйста, укажите ссылку полностью.

ЧАСТЬ 4 ПРОБЛЕМЫ

Перечислите основные проблемы, встретившиеся при внедрении методики.	Укажите возможные пути их решения.
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

ЧАСТЬ 5 Дополнительная информация

--

ПРИЛОЖЕНИЕ 16. Список вопросов для оценки качества цикла АКС на уровне стационара и матрица для разработки местных рекомендаций

Список вопросов для оценки качества цикла АКС на уровне стационара и матрица для разработки местных рекомендаций

Название медицинского учреждения _____ Дата _____

ИНСТРУКЦИИ

Источники информации:

- Непосредственное наблюдение и оценка сессии АКС
- Обсуждение с участниками сессии
- Обсуждение с координаторами АКС и руководящим персоналом
- Документы сессий АКС:
 - Документы/ протоколы сессий: шаблоны, краткие описания клинических случаев, краткие результаты опроса пациенток и других лиц (членов семьи); документация, касающаяся рекомендаций и их выполнения; другая соответствующая документация (фото и т.д.)
- Другие соответствующие документы:

Национальные документы

- Национальные стратегии и методические документы
- Национальные клинические руководства
- Национальные документы, связанные с обеспечением качества, мониторинга и кураторства
- Национальные сводные отчеты о внедрении АКС

Местные документы

- Региональные/ местные стратегии и методические документы
- Местные клинические протоколы и стандарты оказания помощи
- Местные документы, связанные с обеспечением качества, мониторинга и кураторства
- Местные сводные отчеты

Ссылка: для всех ключевых элементов справочным материалом является руководство ВОЗ «Как внедрить цикл АКС на уровне стационара»

Метод подсчета баллов:

- 1) Оцените каждый отдельный элемент следующим образом: Оценка 0 = совершенно неприемлемое качество; Оценка 1 = серьезные проблемы; Оценка 2 = некоторые недостатки; Оценка 3 = приемлемое качество.
- 2) В голубой строке укажите среднее арифметическое баллов, присвоенных каждому из основных элементов в группе. Это оценка для данной группы элементов.

	БАЛЛЫ	Примечания
ВНУТРЕННЯЯ ОРГАНИЗАЦИЯ/ ПОДГОТОВКА		
1. Существует письменно оформленная местная процедура проведения цикла АКС.		
2. Руководство оказывает достаточную поддержку.		
3. Встречи проводятся регулярно.		
4. Каждая встреча имеет достаточную продолжительность.		
5. Для участия в сессии АКС приглашаются все ключевые сотрудники, участвовавшие в ведении критического случая.		

	БАЛЛЫ	Примечания
6. Участие в сессии АКС сотрудников, которые не были задействованы в ведении критического случая, строго ограничено (и обосновано).		
7. Все необходимые материалы подготавливаются до сессии.		
ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОТБОР СЛУЧАЕВ ДЛЯ АКС		
8. Используется согласованное определение критического случая (единое по всей стране).		
9. Критические случаи определяются правильно.		
10. Среди идентифицированных критических случаев надлежащим образом выбирается случай для АКС.		
ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА		
11. Соблюдаются основные правила АКС, в особенности принципы конфиденциальности, уважения мнения других людей и недопустимости обвинений в адрес отдельных лиц.		
СЕССИЯ АКС: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ СЛУЧАЯ		
12. Случай надлежащим образом обобщает и представляет один участник (используя копии материалов, флипчарты, слайды).		
13. Реконструкцию случая «от двери до двери» со всеми соответствующими подробностями обеспечивают все сотрудники, участвовавшие в оказании помощи.		
14. Медицинская карта пациентки, клинический случай которой анализируется, доступна во время встречи для поиска дополнительной информации в случае необходимости.		
СЕССИЯ АКС: УЧЕТ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОК		
15. Для анализа каждого критического случая выясняется мнение пациентки (т.е. полученные в ходе интервью пациентки сведения о реальных фактах, а также о реальном восприятии ею ситуации и ее мнение), а также при необходимости мнение ее родственников и/или друзей.		
16. Результаты интервью надлежащим образом обобщаются и представляются на сессии АКС.		
17. Важные выводы из результатов интервью (см. определение выше) надлежащим образом учитываются при анализе клинического случая.		
18. Важные выводы из результатов интервью (см. определение выше) надлежащим образом учитываются при анализе клинического случая с целью определения приоритетов и выработки решения.		
СЕССИЯ АКС: АНАЛИЗ СЛУЧАЯ		
19. Анализ клинического случая проводится по методу структурированного анализа.		
20. Управление клиническим случаем анализируется с момента поступления пациентки вплоть до ее выписки: используется подход «от двери до двери»		

	БАЛЛЫ	Примечания
21. В ходе анализа клинического случая фактическое ведение клинического случая сопоставляется с соответствующими документами (клинические руководства, протоколы и стандарты).		
22. Выявляются и документируются положительные аспекты в оказании помощи («что мы сделали хорошо/ правильно»).		
23. Сотрудников хвалят за позитивные аспекты в оказании помощи.		
24. Критические аспекты в оказании помощи («что пошло не так») надлежащим образом выявляются; при этом внимание уделяется наиболее важным проблемам («дойти до сути»).		
25. Реальные причины, лежащие в основе оказания некачественной помощи («Почему? Но почему?») выявляются, обсуждаются и документируются.		
26. Фасилитатор обеспечивает соблюдение основных правил, выполнение всех стадий сессии и ведение записей.		
27. В анализе ведения критического случая активно и открыто участвует персонал всех типов и должностей (включая акушеров и медсестер).		
28. Результаты анализа документируются (с использованием шаблонов).		
СЕССИЯ АКС: РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ		
29. Всегда разрабатывается список КОНКРЕТНЫХ рекомендаций, связанных с критическим случаем, с указанием ответственных лиц и сроков выполнения.		
30. Рекомендации нацелены на устранение основной проблемы (или нескольких основных проблем), а также основных факторов, лежащих в основе этой проблемы.		
31. Большинство рекомендаций предполагают меры, которые должны быть приняты в стационаре, в которой проводится АКС.		
32. В рекомендациях приводятся ссылки на клинические руководства, протоколы и стандарты.		
33. Рекомендации формулируются в соответствии с принципами SMART (конкретные, измеримые, достижимые, реалистичные и ограниченные в сроках).		
34. Рекомендации уделяют внимание соблюдению прав пациенток на эффективное общение, эмоциональную поддержку, соблюдение уважения и достоинства.		
35. Рекомендации предполагают адекватное главание задач между сотрудниками.		
36. Эффективно определяются рекомендации, которые требуют действий на региональном/ национальном уровне.		
37. Фасилитатор обеспечивает соблюдение основных правил, выполнение всех стадий сессии и ведение записей.		
38. Персонал всех типов и должностей (включая акушеров и медсестер) активно и открыто участвует в процессе.		

	БАЛЛЫ	Примечания
39. Рекомендации документируются (с использованием шаблонов).		
ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ		
40. Согласованные рекомендации выполняются (минимум на 75%).		
41. Руководители/ местные административные органы здравоохранения активно поддерживают выполнение рекомендаций.		
42. Выполнение рекомендаций документируется (с использованием шаблона).		
СЕССИЯ АКС: КОНТРОЛЬ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ		
43. Сессия АКС начинается с контроля выполнения рекомендаций, принятых по итогам предыдущей сессии.		
44. В том случае, если согласованные меры не были приняты, обсуждаются причины и формулируется новая рекомендация с указанием ответственных лиц и сроков исполнения.		
ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ ЦИКЛА АКС И ЭФФЕКТИВНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ - НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА		
45. Для каждого критического случая заводится папка, в которой хранится вся основная документация, включая стадию принятия дальнейших мер (см. пособие); критические случаи регистрируются в журнале.		
46. На уровне стационара соответствующая краткая информация, касающаяся цикла АКС (с соблюдением конфиденциальности) регулярно распространяется и обсуждается среди сотрудников, руководителей и органов здравоохранения (см. пособие).		
47. Координаторами АКС в стационаре обеспечивается эффективное донесение ключевой информации до уровня национального координатора(ов).		
ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЦИКЛА АКС		
48. Местная команда эффективно сотрудничает с национальным/ региональным координатором.		
49. Запланированы периодические оценки качества АКС.		
50. Предыдущие рекомендации, сформулированные по результатам оценки качества АКС, приняты во внимание и воплощены в конкретные действия.		

ТАБЛИЦА РЕЗУЛЬТАТОВ

ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:
1.
2.
3.
4.
ОСНОВНЫЕ НЕДОСТАТКИ:
1.
2.
3.
4.
КОММЕНТАРИИ:
1.
2.
3.
4.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

МАТРИЦА Рекомендации по улучшению качества цикла АКС на уровне стационара

Приоритетные области, которые нуждаются в улучшении	Согласованные меры	Ответственное лицо	График

ПРИЛОЖЕНИЕ 17. Матрица для разработки плана действий на национальном уровне после оценки качества

Матрица для разработки плана действий на национальном уровне после оценки качества

Приоритетная проблема определена	Необходимая мера	Ответственное лицо/ организация	Партнеры	Графики

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства – члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: contact@euro.who.int Веб-сайт: www.euro.who.int