



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным

**Систематический, основанный на стандартах
подход, предполагающий широкое участие
всех заинтересованных сторон**

Вторая редакция (2014)

Выражение признательности

Настоящее издание является второй редакцией документа «Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным», который был впервые опубликован Европейским Региональным Бюро ВОЗ в 2009 году. Вторая редакция инструмента подготовлена сотрудниками Института здоровья детей (The Institute of Child Health IRCCS Burlo Garofolo), Триест, Италия – сотрудничающего центра ВОЗ, в процессе консультаций с Европейским Региональным Бюро ВОЗ.

Координаторы: Marzia Lazzerini, Alberta Bacci.

Авторы: Alberta Bacci, Genevieve Becker, Marina Daniele, Gianfranco Gori, Marzia Lazzerini, Monica Piccoli, Paola Stillo, Giorgio Tamburlini, Laura Travan, Fabio Uxa.

Авторы выражают особую благодарность консультантам, принявшим активное участие в обсуждении документа: Karina Aiello, Valentina Ciardelli, Gianpaolo Chiaffoni, Morena Fogli, Signe Irsa, Aigul Kalieva, Nicholas Kintraia, Nodira Amanullaevna Kasimova, Aigul Kuttumuratova, Dalia Jeckaite, Audrius Maciulevicius, Pavel Mazmanyman, Memli Morina, Åsa Nihlén, Dila Parma, Rossella Peruzzi, Anayda Gerarda Portela, Emanuelle Pessa Valente, Oleg Shvabskiy, Hemantha Senanayake, Gelmis Siupsinskas, Eduard Tushe, Martin Willi Weber.

Ключевые слова

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
РОДОВСПОМОЖЕНИЕ
РУКОВОДСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА
НОВОРОЖДЕННЫЙ
БЕРЕМЕННОСТЬ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы, не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	1
Актуальность инструмента	1
Предыдущий опыт использования инструмента	2
Подготовка второй редакции инструмента 2014 года.....	4
Структура и содержание инструмента	5
Как пользоваться инструментом	6
Цели инструмента	6
Практическое использование инструмента	6
ЧАСТЬ 1 СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНИЦЫ	20
1.1 Инфраструктура, персонал, основные системы обеспечения.....	21
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.1.2b Общая оценка количества и типа медицинских работников.....	23
ОБЩАЯ ОЦЕНКА 1.1. ИНФРАСТРУКТУРА, ПЕРСОНАЛ, ОСНОВНЫЕ системы обеспечения	25
1.2 Статистика, информационная система, медицинская документация	26
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 1.2. СТАТИСТИКА, ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА, МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ.....	31
1.3 Обеспечение лекарствами, доступность медикаментов.....	32
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 1.3 ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВАМИ, ДОСТУПНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОВ.....	39
1.4 Оборудование и расходные материалы	40
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 1.4 ОБОРУДОВАНИЕ И РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ	50
1.5 Лабораторная служба	51
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 1.5 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА.....	53
1.6 Инфраструктура учреждения.....	54
Общая оценка по разделу 1 СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНИЦЫ	57
ЧАСТЬ 2	60
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ	60
2. Нормальные роды.....	61
2.1 Общие принципы организации помощи.....	61
2.2 Помощь при поступлении.....	62
2.3 Условия в родовой палате	62
2.5 Поддержка во время родов.....	63
2.7 Помощь во время первого периода родов.....	65
2.8 Помощь во время второго периода родов	65
2.9 Ведение третьего периода родов	66
2.10 Ранний послеродовый период	67
2.11 Наблюдение за состоянием плода во время родов	69
ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 2. НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ	71
3. Кесарево сечение.....	73
Общая оценка по разделу 3. кесарево сечение	77
4. Медицинская помощь при акушерских осложнениях	79
4.1 Готовность к оказанию помощи при возникновении акушерских осложнений.....	79
ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 4.1 ГОТОВНОСТЬ К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ	81

4.2	Послеродовое кровотечение (ППК).....	81
	ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 4.2 ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ (ППК)	84
4.3	Преэклампсия	84
4.4	Затяжные роды	88
4.5	Преждевременные роды	91
	ОЦЕНКА ПО РАЗДУЛУ 4.5 ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ	93
4.6	Сепсис	93
4.7	Малярия	96
	ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 4.7 МАЛЯРИЯ	98
4.8	ВИЧ –ИНФЕКЦИЯ.....	98
	ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 4.8 ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ	99
4.9	Использование лекарств с доказанной эффективностью	100
	ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 4 МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ	102
	ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ 4 МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ	102
5.	Уход за новорожденными	106
5.1	Помощь новорожденным во время родов и в первые 2 часа после родоразрешения.....	106
	ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 5.1 ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННЫМ ВО ВРЕМЯ РОДОВ И В ПЕРВЫЕ 2 ЧАСА ПОСЛЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ.....	109
5.2	Уход за новорожденным в послеродовом отделении	109
	ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 5.2 УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ.....	111
5.3	Помощь недоношенным и маловесным новорожденным	112
	ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 5.3 ПОМОЩЬ НЕДОНОШЕННЫМ И МАЛОВЕСНЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ	114
	ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 5 УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ	114
6.	Помощь больным новорожденным.....	117
6.1	Организация базовой помощи больным новорожденным.....	117
	ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 6.1 ОРГАНИЗАЦИЯ БАЗОВОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ	119
6.2	Особые состояния	119
	ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 6.2 ОСОБЫЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ	121
	ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 6 ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ	121
7.	Специализированная медицинская помощь новорожденным (для отделений интенсивной терапии)	124
	ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 7. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ УХОД.....	133
8.	Мониторинг и последующее наблюдение	137
	ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 8. МОНИТОРИНГ И ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ	138
ЧАСТЬ 3 РУКОВОДЯЩИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОМОЩИ		140
9.	Профилактика ИСМП	141
	ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 9.1 ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИСМП..	142
9.2	Вспомогательные службы	142
	ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 9.2 ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ.....	143

9.3 Мытье рук.....	143
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 9.3 МЫТЬЕ РУК	144
9.4 Стандартные меры профилактики.....	144
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 9.4 СТАНДАРТНЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ	146
9.5. Хирургические пациенты.....	147
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 9.5 ВЕДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	147
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 9. ПРОФИЛАКТИКА ИСМП	147
10. Руководства, обучение и аудит	150
10.1 Руководства и протоколы.....	150
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 10.1 РУКОВОДСТВА И ПРОТОКОЛЫ	153
10.2 Непрерывное образование	154
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 10.2 НЕПРЕРЫВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	155
10.3 Аудит и разбор клинических случаев	156
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 10.3 АУДИТ И РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ.....	157
ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 10. РУКОВОДСТВА И АУДИТ	157
11. Доступность и непрерывность помощи.....	159
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 11. ДОСТУПНОСТЬ И НЕПРЕРЫВНОСТЬ ПОМОЩИ	162
12. Права матери и новорожденного	164
12.1 Политика учреждения в области соблюдения прав пациентов	164
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 12.1 ПОЛИТИКА УЧРЕЖДЕНИЯ В ОБЛАСТИ СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ.....	165
12. 2 Наличие и доступность медицинской помощи	165
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 12.2. НАЛИЧИЕ И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	167
12.3 Уважение пациентов, соблюдение конфиденциальности.....	168
ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 12.3. УВАЖЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, СОБЛЮДЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ	170
ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 12. ПРАВА ПАЦИЕНТОВ	171
ЧАСТЬ 4 ИНТЕРВЬЮ	173
Приложение А: Опрос медицинских работников	174
Приложение В: Опрос пациенток (беременных и женщин после родов).....	185
ЧАСТЬ 5 ПОДВЕДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОЦЕНКИ. РАЗРАБОТКА ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ	196
Согласование результатов оценки и разработка плана действий	197
ШАБЛОН 1. Обобщение результатов в группах специалистов	197
ШАБЛОН 2. Общая оценка	200
ШАБЛОН 3. План действий в учреждении	202
ШАБЛОН 4. План действий. Национальный уровень.....	203

Список сокращений:

АБ	Антибиотики
АГ	Артериальная гипертензия
АД	Артериальное давление
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АРВ	Антиретровирусная
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
АЧТВ	Активированное частичное тромбопластиновое время
БРЗ	Библиотека репродуктивного здоровья
ВААРТ	Высокоактивная АРВ-терапия
ВДП	Верхние дыхательные пути
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ДАД	Диастолическое артериальное давление
ИВЛ	Искусственная вентиляция легких
ИГВ	Исключительно грудное вскармливание
ИСМП	Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи
ЗВУР	Задержка внутриутробного роста
КС	Кесарево сечение
КТ	Компьютерная томография
КТГ	Кардиотокография
МЕ	Международные единицы
МКБ	Международная классификация болезней
МРТ	Магнитно-резонансная томография
ОАК	Общий анализ крови
ОПН	Острая почечная недостаточность
ОЦК	Объем циркулирующей крови
ПИТ	Палата интенсивной терапии
ППК	Послеродовое кровотечение
ПР	Преждевременные роды
ПРПО	Преждевременный разрыв плодных оболочек
ПТВ	Протромбиновое время
ПЭ	Преэклампсия
РДС	Респираторный дистресс-синдром
с/б	Сердцебиение
САД	Систолическое артериальное давление
СДР	Синдром дыхательных расстройств
СЗП	Свежезамороженная плазма
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ЧДД	Частота дыхательных движений
ЧСС	Частота сердечных сокращений
ЦМВ	Цитомегаловирус
ЦВД	Центральное венозное давление
ЦРД	Цели развития десятилетия
ЭКГ	Электрокардиограмма
СРАР	Постоянное положительное давление в дыхательных путях
NICU	Отделение интенсивной терапии новорожденных
HELLP	HELLP синдром, характеризующийся гемолизом, повышением активности ферментов печени и тромбоцитопенией

ВВЕДЕНИЕ

Настоящий инструмент и его использование на практике призваны помочь руководителям здравоохранения всех уровней, медицинским работникам учреждений, прежде всего стационаров, в процессе повышения качества помощи, оказываемой женщинам и новорожденным во время беременности, родов и послеродового периода. В основу инструмента положен подход с самым широким участием всех заинтересованных сторон, обеспечивающий устойчивость процесса повышения качества помощи.

Актуальность инструмента

На сегодняшний день именно качество медицинской помощи, после достаточно долгого периода недооценки его значения, признано международным сообществом ключевым компонентом в разработке и реализации программ помощи женщинам и детям, особенно в перинатальный период (1). В глобальном масштабе это одинаково верно, как для развитых, так и развивающихся стран. Кроме того, что низкое качество помощи препятствует достижению желаемых результатов, эта напрямую влияет на осуществление права женщин и детей на здоровье, может быть причиной неэффективности системы перинатальной помощи и приводить к необоснованному увеличению как прямых, так и косвенных финансовых затрат и для государства и для отдельных граждан.

Для существенного снижения материнской и неонатальной смертности важны и увеличение охвата населения медицинскими услугами и повышение качества помощи. При этом важно, что программы, которые ставили своей целью только увеличение охвата пациентов, оказались неэффективными и не привели к снижению материнской смертности и заболеваемости (2, 3). В мультистрановом исследовании ВОЗ, которое было посвящено изучению состояния здоровья матерей и новорожденных, были проанализированы данные 300.000 пациенток из 357 стационаров в 29 странах. Была зафиксирована слабая зависимость между охватом (пропорция пациенток в целевой группе, которые получили рекомендованное лечение, например, женщины с эклампсией, которым был назначен сульфат магния) и уровнем материнской смертности в учреждениях. Выводы исследования подтверждают тот факт, что сам по себе высокий охват не приводит к значительному снижению показателей материнской и неонатальной смертности и заболеваемости. Необходимо повышение качества непрерывного перинатального ухода (2).

В течение последнего времени были предложены различные методики оценки и улучшения качества помощи (4, 5). Однако, доказательная база эффективности и рациональности различных подходов на стационарном уровне в странах с высоким уровнем смертности, все еще относительно слаба (1). Некоторые из этих методов, в частности использовавшихся в Западной Европе, Северной Америке и Австралии в процессе аккредитации больниц, требуют значительных финансовых и человеческих ресурсов, и, поэтому, на сегодняшний день неприемлемы для большинства стран с ограниченными ресурсами. Подходы, сфокусированные на одном или нескольких аспектах помощи, были использованы для внедрения концепции улучшения качества, но в них отсутствовала систематическая оценка качества ухода во время родов и в послеродовом периоде (2). Многие методики сконцентрированы на оценке инфраструктуры, наличии оборудования и расходных материалов, и/или наличии алгоритмов и протоколов, но не имеют возможности оценить реальный процесс предоставления помощи. Имеются доказательства того, что даже при доступности современного оборудования и развитой инфраструктуры, качество помощи может оставаться низким, и только правильное использование ресурсов, то есть правильная организация помощи, может обеспечить высокую эффективность системы (3, 6). И наконец, проведение оценки качества помощи само по себе, не может гарантировать того, что изменения произойдут; информация, полученная в процессе оценки, должна быть использована для разработки реального плана действий, а затем и его внедрения.

Предыдущий опыт использования инструмента

Первая редакция инструмента была опубликована в 2009 году (7). Документ был разработан на основе опыта, полученного в процессе использования инструмента для оценки качества педиатрической стационарной помощи (ВОЗ, 2001 год) в нескольких странах (8-11), а также опыта, полученного в процессе проведения аудита базовой акушерской помощи (12). В дальнейшем инструмент был использован в ряде стран Европы, Африки и Среднего Востока различными международными агентствами, донорами и неправительственными организациями, как в рамках общенациональных программ, так и в отдельных учреждениях, после соответствующей адаптации с учетом особенностей организации систем здравоохранения в целом и санитарно-эпидемиологического надзора в частности (3, 13-18). Системный, с участием всех заинтересованных сторон, ориентированный на активные действия подход по улучшению качества может стать важным фактором перемен с помощью различных механизмов: улучшении знаний медицинских работников международных рекомендаций и практических руководств, экспертной оценки практик в стационарах, проводимой мультидисциплинарными группами, разработкой рекомендаций и детального плана действий с четкими сроками исполнения и назначением ответственных.

При использовании инструмента в программах, охватывающих всю страну, разрабатываются рекомендации для руководителей национального уровня по улучшению деятельности системы здравоохранения в целом через основные функции (управление, финансирование, человеческие ресурсы, медицинские технологии, информационные системы в здравоохранении, предоставление услуг) (3, 19). Важно, заранее предусмотреть проведение повторной оценки для анализа результатов процесса улучшения качества, подтверждения устойчивости позитивных изменений (13).

В течение пяти лет после первого издания инструмента произошли изменения, потребовавшие обновления документа, в частности: на основе вновь полученных доказательств были внесены правки в некоторые практические рекомендации, по-новому сформулированы взгляды на соблюдения прав пациентов (20). Также при разработке второй редакции был принят во внимание опыт практического использования инструмента.

Основные руководящие принципы инструмента по оценке и улучшению качества приведены в таблице 1.

Таблица 1. Руководящие принципы инструмента

1. Для достижения желаемых результатов деятельности системы перинатальной помощи следует объединить усилия по повышению охвата медицинскими услугами с мероприятиями по повышению качества помощи.
▶ *Инструмент помогает провести оценку и повысить качество оказываемой помощи.*
2. Оценка наличия основного оборудования и ресурсов необходима, но недостаточна для оценки качества помощи; необходимо также оценивать надлежащее использование ресурсов и организацию помощи.
▶ *Инструмент состоит из разделов, в которых оценивается как наличие и использование ресурсов, так и организация помощи и ключевые практики.*
3. Концентрации внимания на отдельных, даже ключевых, мероприятиях недостаточно; обеспечение качества перинатальной помощи требует системного подхода ко всем компонентам, гарантирующим непрерывность, преемственность помощи.
▶ *Инструмент позволяет оценить различные аспекты помощи, в том числе в разные временные периоды (при поступлении в стационар, во время*

оказания помощи, при переводе, выписке и т.д.).

4. Безопасность родов имеет решающее значение для здоровья и благополучия, как матерей, так и новорожденных.
 - ▶ *Инструмент позволяет оценить качество ухода и практики, относящиеся как к женщинам, так и новорожденным.*
5. Только эффективного лечения недостаточно для обеспечения качества помощи; необходимо соблюдение принципов целостного подхода к лечению и уходу, а также уважения культурных, религиозных, и иных традиций. Система здравоохранения должна обеспечить соблюдение всех прав пациентов, а не только права на качественное лечение.
 - ▶ *Мнения клиентов, также как и медицинских сотрудников, собираются и анализируются при проведении оценки с помощью структурированных опросников. Имеется специальный раздел, посвященный оценке соблюдения прав пациентов, как женщин, так и новорожденных.*
6. Для повышения осведомленности медицинских работников и укреплению их приверженности принципам непрерывного улучшения качества необходимо внедрять командный подход.
 - ▶ *Инструмент основан на подходе, предусматривающем участие широкого круга заинтересованных участников, совместно обсуждающих проблемы, ищущих их решения и действующих в целях улучшения качества.*
7. Только строгий надзор, карательный подход к оценке качества помощи, поиск и наказание виновных вызывает протест и отрицание со стороны медицинских работников, приводит скорее к сокрытию проблем, снижает мотивацию и удовлетворенность персонала, увеличивает барьеры на пути улучшения качества.
 - ▶ *Инструмент позволяет сфокусировать внимание на выявлении системных проблем, а не ошибок отдельного работника. Главная цель оценки - не обвинить, а оказать поддержку.*
8. Оценка является первым звеном в цепи мероприятий по улучшению качества помощи. Разработка плана действий, основанного на результатах оценки, повышает эффективность.
 - ▶ *Оценка проводится с ориентацией на конкретные мероприятия, способствующие выявлению проблем, определение приоритетов и разработку плана действий. Шаблоны для разработки планов включены в инструмент.*
9. Теоретические знания и практические навыки медицинских работников, также как и их убежденность необходимы для повышения качества помощи.
 - ▶ *Оценка содержит и образовательный и мотивационный компоненты; международные рекомендации и стандарты представляются экспертами во время оценки с использованием подхода «равный-равному», используя их в качестве моделей для совершенствования. Потенциал медработников развивается в процессе улучшения качества, как на уровне отдельного учреждения, так и в стране в целом.*
10. При планировании мероприятий по улучшению качества помощи необходимо учитывать все факторы системы здравоохранения.
 - ▶ *Проведение оценки качества помощи в репрезентативной выборке учреждений, представляющих все уровни оказания помощи, позволяет выявить «слабые места» в ключевых функциях системы здравоохранения, которые должны решаться на национальном уровне.*

Подготовка второй редакции инструмента 2014 года

Настоящий документ является второй редакцией Инструмента ВОЗ для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным. Второе издание было подготовлено в течение 2013 года при технической поддержке сотрудничающего центра ВОЗ по вопросам здоровья матерей и новорожденных в Триесте, Италия, в котором была разработана первая редакция инструмента в 2009 году. Процесс обновления включал восемь последовательных этапов:

1. Обзор опыта, полученного при использовании инструмента с момента разработки
2. Определение руководящих принципов
3. Систематический обзор научных источников
4. Подготовка рабочего варианта документа
5. Тестирование инструмента во время проведения оценки в стационарах в странах Восточной Европы объединенными командами международных и национальных экспертов
6. Подготовка окончательной версии инструмента с учетом предложений экспертов после тестирования
7. Внешняя оценка документа группой международных экспертов
8. Завершение работы, публикация

По сравнению с первым изданием (2009) во второе (2014) были внесены существенные изменения в большинство разделов в соответствии с последними рекомендациями ВОЗ и другими международными стандартами.

Кроме этого к каждой главе были добавлены новые литературные источники. При отборе источников приоритет отдавался руководствам и рекомендациям ВОЗ. При отсутствии таковых, порядок определения важности источников был следующим: другие руководства и рекомендации высокого качества, основанные на доказательствах; результаты систематических обзоров; первичные исследования. При отсутствии научных доказательств, были использованы официальные рекомендации и другие документы с изложением позиции международных сообществ специалистов и агентств. Экспертное мнение принималось во внимание только в случае отсутствия любого из перечисленных выше доказательств.

Некоторые части инструмента были добавлены или удалены, в структуру нескольких глав были внесены изменения на основании предложений экспертов после тестирования и получения внешних отзывов. Основываясь на положительном опыте использования педиатрического инструмента (7, 9), во второе издание был добавлен новый раздел, касающийся соблюдения прав пациентов, матерей и новорожденных. Структура и содержание нового инструмента описаны в следующем разделе.

Структура и содержание инструмента

Документ состоит из пяти основных частей:

1) Система поддержки больницы

Включает в себя оценку инфраструктуры, штатов, наличия основных лекарственных средств, оборудования и расходных материалов.

2) Медицинская помощь при основных клинических состояниях

Включает в себя шесть разделов по оценке клинической помощи, оказываемой беременным, роженицам, женщинам после родов, новорожденным, а также раздел по оценке клинического мониторинга. В целом, более 50% от объема инструмента связано с практическим оказанием медицинской помощи. В этой же части имеется приложение для оценки использования лекарственных средств.

3) Политика и организация предоставления помощи в учреждении

Включает в себя четыре раздела: по оценке наличия, качества и использования политики учреждения, приказов, руководств и протоколов; организации работы по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; разработки и внедрения руководств, обучения персонала, наличия и работы системы аудита; доступности помощи, ее преемственности, а также соблюдения прав пациентов.

4) Интервью с медицинскими работниками и пациентами (женщинами во время беременности и после родов)

В этой части инструмента собрана информация о качестве клинической помощи, организационных аспектах медицинской помощи, соблюдении прав пациентов с точки зрения пользователей и медицинских работников. Этот раздел был значительно изменен по сравнению с первой редакцией.

5) Подведение итогов оценки и разработка плана действий

Здесь подчеркивается важность встречи экспертной группы с персоналом и руководителями стационара по результатам оценки. Такая встреча позволяет вовлечь медицинских работников в обсуждение результатов и разработку мероприятий для улучшения качества. Визит экспертной группы, особенно заключительная встреча, используется для повышения осведомленности сотрудников в вопросах качества помощи, а также конкретных действий, необходимых для его повышения. В сравнении с первой редакцией, данный раздел был расширен за счет добавления рекомендаций по обсуждению результатов в команде экспертов, проведения встречи с персоналом и разработки планов действий.

В конце каждого раздела или подраздела расположены таблицы оценки ключевых практик/элементов, которые были определены в соответствии со стандартами ВОЗ и другими международными рекомендациями. Для каждой ключевой практики определен список критериев, отобранных на основе доказательств (например, одиннадцать критериев для раздела 3.2 о целесообразности проведения кесарева сечения).

Акцент на клинических аспектах оказания помощи, а также ее организации имеет важнейшее значение для поддержки идеи, что во многих случаях существенные изменения возможны с использованием уже имеющихся ресурсов, без значительной внешней помощи.

Как пользоваться инструментом

Цели инструмента

Оценка системы перинатальной помощи в стране и в отдельном учреждении

- Основная цель инструмента по оценке и улучшению качества стационарной помощи женщинам и новорожденным – оказать помощь Министерствам здравоохранения, ключевым партнерам и всем заинтересованным организациям в проведении оценки качества оказываемой помощи в стационарах, выявить проблемные области, которые требуют улучшения, и разработать соответствующие планы действий. При использовании данного инструмента на национальном уровне, должны быть оценены учреждения всех уровней оказания помощи, с учетом региональных особенностей, а также представляющие различные типы организаций (государственные, частные некоммерческие, частные коммерческие). В этом случае результаты оценки могут быть обобщены как для всей системы перинатальной помощи, так и отдельных специфических подгрупп медицинских учреждений. В дополнении к настоящему документу, для оценки качества первичной помощи может быть использован еще один инструмент ВОЗ - «Для оценки качества амбулаторной помощи женщинам и новорожденным во время беременности и в послеродовом периоде» (21).
- Также, данный инструмент может быть использован для проведения внутреннего аудита.

Дополнительные возможности

Инструмент также позволяет:

- Познакомить медицинских работников и руководителей здравоохранения с концепцией и содержанием международных руководств и рекомендаций, основными принципами научно-обоснованной помощи, а также внедрить рекомендации ВОЗ и другие международные стандарты в клиническую практику;
- Познакомить с концепцией и основными принципами системы поддерживающей курации, проведения экспертной оценки и профессиональных разборов клинических случаев;
- Усилить потенциал национальных экспертов и медицинских работников учреждений как лидеров процесса улучшения качества;
- Оценить прогресс, который достигнут учреждением, во время повторных визитов, проводя комплексную оценку или делая акцент на отдельных разделах;
- Использовать полученные результаты оценки для сертификации и аккредитации учреждений или отдельных подразделений в качестве стимулирования дальнейшего улучшения качества.

Практическое использование инструмента

Шаг 1. Предварительное согласование и формирование группы экспертов

- Инструмент, в основном, используется для оценки системы перинатальной помощи на национальном уровне в тесном сотрудничестве Европейского Регионального Бюро и страновых офисов ВОЗ с Министерствами здравоохранения стран, которые заинтересованы в оценке. Кроме этого его используют другие международные агентства и неправительственные организации. Возможные партнеры, которые могут оказать поддержку в проведении оценки, должны быть определены и приглашены к

сотрудничеству на как можно ранней стадии подготовки. В это же время должны быть согласованы сроки проведения и количество участвующих учреждений.

- Перед началом проведения оценки рекомендуется провести совместное совещание международных и национальных экспертов для обсуждения руководства, принципов проведения оценки, формирования команды, а также для проведения практического тренинга.
- Ключевые специалисты (врачи-акушеры, акушерки, медицинские сестры, педиатры/неонатологи) должны быть представлены, как в национальной, так и в международных группах экспертов. Кроме них в состав команды должны войти специалисты, хорошо владеющие местным языком и навыками проведения опроса пациенток и медицинских работников.
- Обычно, международная команда экспертов представлена акушером-гинекологом, акушеркой и неонатологом, из числа которых назначается лидер команды. Национальная команда может включать большее количество специалистов (например, 2-3 врача-акушера, 2-3 акушерки, 2-3 неонатолога и 2-3 интервьюера). Это делается, в том числе, для повышения потенциала национальных экспертов. При формировании национальной команды важно убедиться в том, что специалисты смогут участвовать в проведении последующих мероприятий.
- Национальные эксперты не должны быть руководителями или сотрудниками учреждений, которые вошли в список стационаров, где будет проведена оценка.
- Чрезвычайно важно, чтобы специалисты – члены группы - были профессионально компетентны и признаны профессиональным сообществом. Это позволит поддерживать отношения с местными медицинскими работниками во время визита «на равных», что, в свою очередь, повысит эффективность оценки. Международные эксперты должны иметь опыт внедрения научно-обоснованных практик и рекомендаций ВОЗ в акушерстве и неонатологии. В идеале все международные эксперты должны иметь опыт использования настоящего инструмента (обязательное условие для лидера команды). Национальные эксперты должны иметь достаточный опыт в перинатологии и, если возможно, опыт обучения персонала, знания принципов помощи, основанной на доказательствах, должны владеть навыками поиска и анализа информации, включая рекомендации ВОЗ и международные стандарты, другие литературные источники.
- Если организатором оценки является страновой офис ВОЗ, рекомендуется чтобы представитель офиса принял участие в, как минимум, нескольких визитах, не только для поддержки команды, но и для лучшего понимания методологии и дальнейшей работы по улучшению качества. Аналогично, если оценка организуется другими агентствами и учреждениями, участие их представителей позволит лучше понять выявленные проблемы и план действий, предложенный экспертами для их решения, кроме того это поможет лучше познакомиться со специалистами, участвующими в оценке.

Шаг 2. Адаптация инструмента

- Инструмент представляет собой общие рекомендации, которые должны быть адаптированы для использования в соответствии с эпидемиологическими и организационными особенностями системы оказания помощи, как на национальном, так и местном уровнях. Инструмент может быть использован в стационарах различного уровня, от небольших районных больниц до крупных специализированных центров. При планировании проведения оценки группа экспертов должна уточнить, какие разделы инструмента будут использоваться в учреждениях в зависимости от их уровня или специализации.
- При адаптации документа могут быть исключены некоторые разделы. Так, например, раздел для оценки отделения интенсивной терапии новорожденных применим только для тех учреждений, где такое отделение функционирует. Другим примером

может являться частью инструмента, касающаяся малярии. Этот раздел должен быть удален в странах, где малярия встречается крайне редко. То же касается и отбора отдельных критериев (например, практика 2.11: «Мониторинг ЧСС плода во время родов»; критерии, относящиеся к КТГ должны быть удалены, в этом случае будет оцениваться правильность проведения периодической аускультации ЧСС плода).

- При необходимости перевода инструмента на местный язык для экспертов или интервьюеров, следует привлечь к этой работе профессиональных переводчиков, после чего перевод должен быть отредактирован экспертами-перинатологами. Во время оценки экспертам рекомендуется отмечать все ошибки перевода для дальнейшей его доработки перед проведением следующих мероприятий.

Шаг 3. Подготовка оценочного визита

- Прежде чем обратиться непосредственно в учреждения, которые были выбраны для оценки, следует проинформировать о целях и задачах, а также методах проведения оценки, руководителей местных органов управления здравоохранения.
- Необходимо заранее обсудить и согласовать критерии отбора учреждений особенно в случае проведения оценки на национальном уровне, в том числе для повышения ее репрезентативности.
- Детальный план проведения оценки должен быть разработан местными руководителями в тесном сотрудничестве с лидером команды экспертов.
- Средняя продолжительность оценки одного учреждения от полутора до двух полных дней в зависимости от его размеров. При разработке графика следует учитывать время, необходимое для переезда экспертов, а также продолжительность рабочей смены, выходные и праздничные дни.
- Во все учреждения, где будет проведена оценка, незадолго до визита должна быть отправлена письменная информация с подробным изложением целей и задач визита, описанием используемого подхода и предлагаемым графиком работы.
- Формы для сбора статистической информации (см. раздел 1) должны быть отправлены в учреждения заранее с просьбой заполнить и выслать обратно организаторам оценки. Это поможет повысить осведомленность руководителей и персонала о визите. Однако только сбор этой информации не заменяет проведение внешней оценки. Информация, предоставленная до визита, должна быть проверена экспертами непосредственно в момент проведения оценки, все несоответствия следует обсудить с руководителями и медицинскими работниками.
- Для эффективной работы необходимо иметь достаточное количество печатных копий инструмента (как минимум по одному экземпляру для каждого учреждения для каждого эксперта, плюс по одному для руководителей каждого стационара). Необходимо распечатать также достаточное количество копий форм для интервью.
- Перед визитами необходимо провести однодневный тренинг национальных экспертов, прежде всего для того, чтобы убедиться, что все эксперты одинаково верно понимают структуру инструмента и правила его использования. В случае необходимости дайте пояснения относительно доказательств, лежащих в основе выбранных стандартов («лучших» практик). Существующие совпадения в содержании разделов объясняются необходимостью обеспечения междисциплинарной оценки некоторых элементов помощи. Общее понимание базовой оценки следует оценить с использованием практических примеров. В течение тренинга следует договориться о распределении между группами специалистов разделов работы. Принципиально важно участие интервьюеров в общем обсуждении принципов и методов проведения опросов. Не следует жалеть время на проведение полноценного обсуждения всех спорных вопросов и сомнений до начала визитов. Помните, что оценку должна проводить сплоченная команда.
- Новые члены команды (эксперты, не обладающие существенным опытом проведения оценки) должны работать под руководством опытного наставника, по

крайней мере, на начальном этапе, до тех пор пока коллеги не будут уверены в точном соблюдении основных принципов проведения оценки: соблюдения конфиденциальности, общения на равных, без обвинений и т.п.

- Если в оценке принимают участие один или несколько переводчиков, убедитесь, что они получили копии инструмента заранее и свободно владеют медицинской терминологией. В противном случае следует дать разъяснения.

Шаг 4. Представление группы экспертов, целей и задач визита, методов оценки в учреждении

- В начале рабочего дня в учреждении на общем собрании руководителей и персонала эксперты кратко представляются, объясняют цели визита, а также объясняют методику сбора информации.
- Следует пояснить, что оценка конкретного учреждения – это часть национальной программы по улучшению качества медицинской помощи. Во время визитов будут выявлены те области, которые требуют улучшения, а затем разработан реальный план действий, которые необходимо предпринять, как в отдельных учреждениях, так и на более высоком административном уровне для повышения качества помощи.
- Необходимо дать пояснения о методах сбора информации. О проведении опроса с использованием специальных форм для интервью, как медицинских работников, так и пациентов, о прямом наблюдении за практикой оказания помощи непосредственно в отделениях, эксперты также будут знакомиться с нормативными документами учреждения и медицинской документацией пациентов, используемыми учебниками, руководствами и протоколами.
- Во время представления следует особое внимание уделить вопросам соблюдения конфиденциальности, невмешательства в частную жизнь, отсутствия каких-либо обвинений, как отдельных сотрудников, так и отделений в целом. Отсутствие последствий, в том числе наказаний в любых формах, даже в случае неудовлетворительных результатов оценки, необходимо заранее обсудить с руководителями учреждения, а на собрании еще раз упомянуть об этом. Заверить персонал и руководителей, что вся информация будет представлена в вышестоящие органы управления в анонимном виде, без упоминания конкретных больниц и подразделений, и, тем более, без имен сотрудников и пациентов.
- Следует подчеркнуть важность участия в оценке не только управленцев (главного врача, директора, заместителей, заведующих отделениями, главной медсестры и т.п.), но и клинического персонала, как врачей, так и медсестер. Нужно договориться о невмешательстве руководителей в рутинную практику. Эксперты должны приложить все усилия, чтобы минимизировать любые помехи проведению оценки. Поэтому на общем собрании будет полезным высказать опасения по поводу присутствия «судей» во время наблюдения рутинной практики или проведения опроса.
- Также договариваются о доступе ко всей документации. Необходимо согласовать время и место проведения заключительной встречи с персоналом для обеспечения «обратной связи», а также решить другие логистические вопросы (например, место и время обеда, а также определить помещение, где может собираться группа экспертов для обсуждения).
- После этого можно начинать оценку.

Шаг 5. Оценочный визит

- Во время визита необходимо оценить все этапы оказания помощи: прием в учреждение, родовой и операционный блок, отделения, где находятся женщины как с нормально протекающей беременностью, так и с осложнениями, послеродовое отделение, детское отделение, отделение интенсивной терапии для новорожденных (если имеется), амбулаторное отделение, аптеку, лабораторию, банк крови и т.д.

- Во время оценки используют следующие источники информации: статистические данные, медицинская документация, прямое наблюдение процесса оказания помощи, интервью с медицинскими работниками и клиентами: женщинами и членами семьи. Благодаря сочетанию различных источников инструмент позволяет наиболее полно и точно оценить качество медицинской помощи, выявить пробелы в системе, в том числе факторы риска, которые могут негативно влиять на качество.
- Члены команды экспертов распределяются по отделениям в соответствии со своей специальностью и опытом. При этом в некоторых подразделениях могут работать сразу несколько экспертов, оценивая какой-либо процесс (например, помощь во время родов могут оценивать акушер-гинеколог, акушерка и неонатолог) с разных взаимодополняющих точек зрения, используя при этом соответствующие разделы инструмента. В большинстве случаев эксперты будут работать параллельно в разных отделениях.
- Не стоит при оценке строго следовать последовательности разделов инструмента. Последовательность оценки будет зависеть от различных факторов: организационных, наличия реальных случаев (родов, операций и т.д.) удобства. Настоятельно рекомендуется при возникновении экстренной ситуации или родов отдавать предпочтение прямому наблюдению этих случаев.
- Рекомендуется проводить как можно больше времени (насколько это возможно) в отделениях больницы, для получения информации «из первых рук», особенно в части организации работы и ухода за матерями и новорожденными.
- При этом наблюдение не должно быть навязчивым. Перед интервью или наблюдением необходимо получить разрешение женщины и ее сопровождающего.
- Экспертам всегда следует оставаться вежливыми и внимательными по отношению к пациентам и персоналу, рекомендуется получать разрешение у них во всех случаях, когда предполагается наблюдение или интервью. Экспертам рекомендуется быть как можно незаметнее, во время оценки соблюдать молчание, не комментировать действия персонала, вежливо, но твердо отказываться вступать в диалог/обсуждать их действия непосредственно во время наблюдения клинической практики. Старайтесь наблюдать за действиями всех медработников вовлеченных в процесс оказания помощи, и четко фиксируйте время (например, продолжительность операции кесарева сечения, время, которое было затрачено на сбор команды, сроки прибытия персонала и т.д.), делая записи непосредственно во время события. Позже, после окончания наблюдения занесите в инструмент комментарии, пояснения, выводы, оценку в балах.
- Следует помнить, что усиление потенциала персонала, его вовлеченность в процесс улучшения – ключевые принципы проведения оценки. В течение наблюдения клинической практики медработники обычно задают много вопросов, эксперты должны быть готовы их обсудить. Как уже указывалось ранее не стоит этого делать непосредственно во время оказания помощи, но, обязательно, запишите их и заверьте медработников, что они будут обсуждены до окончания оценки во время заключительной встречи или во время дискуссии в небольших группах, или индивидуально.
- Если прямое наблюдение случаев оказания помощи по каким-то причинам невозможно, следует использовать другие методы оценки практики, например: практические занятия, тренинги по оказанию экстренной помощи, ролевые игры, моделирование ситуации (например: «Что Вы будете делать, если...Представьте, что в вашу больницу поступила женщина с и т.д.). Наблюдение за действиями персонала во время таких занятий может быть полезным для получения дополнительной информации. Если в дневное время не удалось наблюдать за оказанием помощи во время родов или экстренной ситуации, полезно будет остаться для наблюдения на ночь.

- Путем наблюдения эксперты должны установить имеются ли в учреждении протоколы, и насколько они внедрены (соблюдаются), каким образом используется оборудование, насколько доступны и в достаточном ли количестве имеются основные лекарства, расходные материалы, оценить правильность их использования.
- Необходимо проанализировать достаточное количество историй болезни, другой медицинской документации, используя соответствующие разделы инструмента для уточнения вопросов по ведению особых состояний.
- Неотъемлемой частью оценки являются конфиденциальные беседы с женщинами, в том числе и для проверки информации, которую предоставляют медицинские работники. При этом экспертам не следует уделять этому слишком много внимания. Подготовленные специалисты проведут интервью с беременными женщинами, пациентками после родов, матерями больных детей, также как и с персоналом: докторами, акушерками, медсестрами, главным врачом и руководителями отделений). Методика проведения интервью представлена в ПРИЛОЖЕНИЯХ А-В.
- Следует определить сотрудника/сотрудников, который отвечает в учреждение за контроль и улучшение качества.
- Визит может считаться законченным, если собрано достаточно информации для оценки качества помощи по всем основным разделам.

Шаг 6. Бальная оценка конкретных практик и общего качества помощи по разделам инструмента

- Каждый эксперт должен отметить наиболее сильные и слабые стороны по каждому из разделов, которые он/она оценивал. Кроме этого в заключение каждого раздела выставляется оценка в баллах на основе информации, полученной из всех описанных выше источников.
- В конце каждого раздела баллы суммируются и выводится общая оценка, так же как формулируются основные сильные и слабые стороны, о которых будут информирован персонал во время заключительной встречи.
- Каждая практика оценивается по 4-х бальной системе:
 - 3 = помощь оказывается в соответствии с международными стандартами (не требует улучшения вовсе или необходимы минимальные изменения)
 - 2 = субоптимальный уровень оказания помощи, отсутствует существенный риск для здоровья пациентов, права пациентов в основном соблюдаются (необходимы некоторые улучшения)
 - 1 = неадекватный уровень оказания помощи, имеются значительные риски для здоровья пациентов, серьезные нарушения прав женщин и новорожденным (например, задержка или неиспользование научно-обоснованных вмешательств) Требуются существенные улучшения
 - 0 = помощь крайне низкого качества, выявлены систематические и серьезные риски для здоровья пациентов (например, систематическое использование потенциально опасных вмешательств или отсутствие ресурсов, необходимого оборудования и расходных материалов для проведения ключевых процедур, такие как: экстренное КС, переливание крови и ее компонентов, неонатальная реанимация и т.п.). Требуется тщательная ревизия конкретного раздела помощи, учреждение нуждается в значительном улучшении.

- Общий балл для каждого раздела рассчитывается как среднее арифметическое всех баллов по каждой ключевой практике (см. Сводную таблицу оценки). Исходя из этого, общий балл будет, вероятно включать десятичные знаки.
- Если какие-либо конкретные практики или разделы инструмента не могут быть оценены в данном учреждении, необходимо пометить знаком «не применимо». Общая оценка в баллах будет подсчитана на основании всех остальных оценок по разделу.

Шаг 7. Обсуждение в группе и общая оценка

- По окончании сбора информации в учреждении группа экспертов должна встретиться для обсуждения полученной информации и согласования общих выводов: баллов, наиболее сильных и слабых сторонах помощи.
- Во время совещания каждый эксперт высказывает свое мнение о наиболее сильных и слабых сторонах в соответствии с теми разделами помощи, которые он оценивал, приводя в пример и комментируя конкретные случаи, и вносит предложения по проведению встречи с персоналом по результатам оценки. Эксперты, оценивающие одну и ту же область помощи (например, акушерки и врачи-акушеры, наблюдавшие роды), обсуждают свои впечатления в малой группе, другие разделы будут обсуждаться всей командой. Шаблон обсуждения представлен в разделе 5 инструмента (формы 1 и 2).
- Затем группа экспертов согласовывает выступления для заключительной встречи с персоналом, делая акцент на самые сильные и слабые стороны помощи. Выбираются эксперты, которые будут представлять результаты (обычно по одному от каждой группы специалистов).
- Лидер команды экспертов руководит обсуждением и оказывает поддержку в подготовке презентаций экспертов.
- Обычно, время, необходимое для совещания экспертов, составляет от полутора до двух часов.

Шаг 8. Обратная связь, заключительная встреча с персоналом учреждения по результатам оценки

- Важно, чтобы подобные встречи по результатам оценки проводились в каждом учреждении. На нее должны быть приглашены как руководители стационара, отделений, так и медицинские работники, включая врачей, акушеров и медсестер из всех подразделений. Для обеспечения максимальной явки следует заранее договориться о времени и месте проведения (возможно, во время представления команды в начале визита).
- Представление выводов, обратная связь – это деликатный процесс, экспертам следует учитывать это и вести себя соответствующим образом. Эксперты должны помнить, что основная цель – это мотивация персонала на изменения и демонстрация возможностей таких изменений. Общее настроение встречи должно быть максимально позитивное, следует, прежде всего, отметить положительные стороны и имеющийся потенциал для улучшения, еще раз подчеркнуть, что определение индивидуальной ответственности, а, тем более, наказание конкретных сотрудников, не является целью оценки.
- Персоналу и руководителям следует напомнить, что оценка конкретного учреждения проведена в контексте программы по улучшению качества (на национальном или региональном уровнях) и является частью инициативы по поддержке мероприятий, проводимых в стационарах с этой целью. Конфиденциальный отчет с результатами оценки будет направлен в вышестоящие органы управления без указания на связь выводов и баллов с конкретным стационаром. В отчете будут писаны необходимые изменения, которые, с точки зрения экспертов, должны быть проведены, и какая помощь от региональных и руководителей может потребоваться.

- Экспертам следует избегать любых форм обвинения.
- Должны быть представлены планы последующих повторных и/или поддерживающих визитов, если таковые включены в программу.
- При проведении заключительной встречи следует сделать акцент на основных компонентах помощи (помощь во время родов, уход за новорожденным и т.д.) и включить в презентации соответствующие мнения женщин, которые были получены во время интервью. Основными выступающими должны быть национальные эксперты, при поддержке международных.
- Выступления должны быть короткими, для иллюстрации ключевых выводов рекомендуется использовать конкретные примеры, полученные во время визита в данном учреждении.
- Местным медицинским работникам и руководителям должна быть предоставлена возможность высказать свое мнение о выводах, которые были сделаны в результате оценки. Чаще всего персонал пытается указать на оправдывающие их «объективные» причины выявленных недостатков, не обращая внимания на мнение потребителей. Экспертам следует выслушать объяснения медицинских работников, побуждая персонал более внимательно учитывать взгляды и мнение пользователей. При этом может быть полезным привести несколько примеров из других стран или других учреждений.
- Также могут быть представлены пояснения и соответствующие ссылки на руководства и литературные источники по тем вопросам и противоречиям, которые были выявлены во время визита, если эксперты посчитают это необходимым.

Шаг 9. Разработка плана действий на уровне учреждения

- Во второй части встречи предлагается разработать список приоритетных задач, стоящих перед учреждением по улучшению качества помощи, основанных на выявленных во время оценки проблемах. Следует привлечь к обсуждению этого списка, как руководителей, так и рядовых медицинских работников.
- В инструменте имеется образец формы (раздел 5, форма 3), которая может помочь в разработке предварительного плана действий. Для завершения работы над планом обычно требуется от 2-х до 4-х недель, после чего он представляется вышестоящим руководителям.
- Экспертам следует помочь сотрудникам распределить задачи и соответствующие действия по степени приоритетности, например, таким образом: 1) что может быть сделано за счет собственных, уже имеющихся ресурсов, и 2) то, что потребует дополнительной помощи, в том числе от вышестоящих организаций.
- Должны быть назначены ответственные за проведение конкретных мероприятий, сроки, а также объем поддержки, которую должны оказать руководители, в том числе в разработке нормативных документов/приказов (каких?).
- В ближайшее время после визита в учреждение должен быть передан письменный отчет с указанием основных сильных и слабых сторон, оценок в баллах с подробными комментариями экспертов, а также предварительный план действий. Предлагается также подготовить электронную копию отчета, в которой будут объединены все комментарии. Эти документы являются базовыми для проведения изменений и должны быть использованы для разработки дальнейшего плана действий, а также будут использованы для оценки прогресса во время повторных и поддерживающих визитов.

Шаг 10. Заключительное совещание по результатам оценки на региональном/национальном уровне. Разработка национального плана действий

- По окончании всех запланированных визитов проводится рабочая встреча экспертной группы для обсуждения общих результатов, выводов и рекомендаций,

подготовки презентаций для заключительного совещания с представителями Министерства здравоохранения и всеми другими заинтересованными сторонами, а также для завершения работы над отчетами для учреждений.

- Для представления и обсуждения общих результатов оценки организуется однодневное совещание, на которое приглашаются представители Министерства здравоохранения, региональных органов управления здравоохранения, руководители больниц, все национальные и международные партнеры, включая представителей высшей школы, общественных профессиональных организаций и все другие заинтересованные лица. Представители организаций пациентов, обществ потребителей также должны быть приглашены (если имеются).
- Совещание начинается с представлениями экспертами основных результатов оценки. Рекомендуется представлять результаты конфиденциальным образом, не связывая конкретные учреждения с определенными баллами или проблемами, подчеркивая, что главной целью оценки было выявление системных ошибок. Для наглядности общей оценки могут использоваться графики или таблицы, в которых учреждения могут быть зашифрованы под определенными числами или буквами. Рекомендуется включать в презентации мнение пациентов, полученные во время интервью.
- Во второй половине совещания должны быть обсуждены основные действия в рамках системы здравоохранения, используя рекомендации ВОЗ (управление, финансирования, человеческие ресурсы, материальные ресурсы (лекарства и технологии) информационная система здравоохранения и т.д.) (19). Шаблон для разработки плана имеется в инструменте.
- В результате обсуждения должны быть определены сроки и ответственные за проведение мероприятий, дальнейшие шаги (которые могут включать, например, рабочую встречу для более детальной разработки национального плана действий), а также роли партнеров.
- Во время совещания также могут быть обсуждены: план последующих визитов, а также механизмы, которые должны быть разработаны (или улучшены, если уже функционируют) для обеспечения устойчивости изменений (например, системы аккредитации, сертификации, стимулирования) и увеличения национального потенциала в области оценки и улучшения качества.
- После окончания работы группы экспертов в стране, основной задачей лидера группы будут являться подготовка общего отчета, включающего все рекомендации, для представления Министерству здравоохранения (или региональным органам управления здравоохранения), а также всем заинтересованным партнерам. Финальный отчет должен включать в себя обобщенные результаты, оценки по каждому из учреждений (с соблюдением конфиденциальности), общие сильные и слабые стороны, и рекомендации по улучшению, в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
- Повторная оценка должна быть запланирована и проведена после некоторого периода реализации мероприятий согласно плану действий (обычно через 1 или 2 года). Оценку рекомендуется проводить с использованием этого же инструмента, кроме того, членами команды экспертов, по возможности, должны быть те же специалисты (по крайней мере, несколько из старой команды) для обеспечения единства в подходах и облегчения работы в учреждениях. Цель повторной оценки – оценить достигнутый прогресс, определить трудности и разработать план по их преодолению.

Использованная литература

1. 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. Available at <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02333.x/abstract> (Accessed on 24 February 2014)
2. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, Costa, MJ, Fawole B, Mugerwa Y, Nafiou I, Neves I, Wolomy-Molondo JJ, Bang HT, Cheang K, Chuyun K, Jayaratne K, Jayathilaka CA, Mazhar SB, Mori R, Mustafa ML, Pathak LR, Perera D, Rathavy T, Recidoro Z, Roy M, Ruyan P, Shrestha N, Taneepanichsku S, Tien NV, Ganchimeg T, Wehbe M, Yadamsuren B, Yan W, Yunis K, Bataglia V, Cecatti JG, Hernandez-Prado B, Nardin JM, Narváez A, Ortiz-Panozo E, Pérez-Cuevas R, Valladares E, Zavaleta N, Armson A, Crowther C, Hogue C, Lindmark G, Mittal S, Pattinson R, Stanton ME, Campodonico L, Cuesta C, Giordano D, Intarut N, Laopaiboon M, Bahl R, Martines J, Mathai M, Merialdi M, Say L. 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. Available at [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)
3. 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. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3245221/> (Accessed on 24 February 2014)
4. 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). Available at http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf (Accessed on 24 February 2014)
5. Øvretveit J. What are the advantages and limitations of different quality and safety tools for health care? WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report, Copenhagen. 2005. Available at <http://www.euro.who.int/document/e87577.pdf> (Accessed on 24 February 2014)
6. Nolan T, Angos P, Cunha AJ, Muhe L, Qazi S, Simoes EA, Tamburlini G, Weber M, Pierce NF. Quality of hospital care for seriously ill children in less-developed countries. *The Lancet*. 2001;357:106-10. Available at [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)03542-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)03542-X/fulltext) (Accessed on 24 February 2014)
7. World Health Organization. Making Pregnancy Safer: Assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies. WHO, Regional Office for Europe, 2009. Available at <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2009/making-pregnancy-safer-assessment-tool-for-the-quality-of-hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies> (Accessed on 24 February 2014)
8. Duke T, Tamburlini G, Silimperi D; Paediatric Quality Care Group. Improving the quality of paediatric care in peripheral hospitals in developing countries. *Arch Dis Child*. 2003;88:563-5. Available at <http://adc.bmj.com/content/88/7/563.full?sid=4a6048ff-39ef-4f2c-9478-452a3cdd886c> (Accessed on 24 February 2014)
9. Duke T, Keshishyan E, Kuttumuratova A, Ostergren M, Ryumina I, Stasii E, Weber MW, Tamburlini G. Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. *The Lancet*. 2006;367(9514):919-25. Available at [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68382-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68382-7/fulltext) (Accessed on 24 February 2014)

10. Campbell H, Duke T, Weber M, English M, Carai S, Tamburlini G; Pediatric Hospital Improvement Group. Global initiatives for improving hospital care for children: state of the art and future prospects. *Pediatrics*. 2008;121(4):e984-92. Available at <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/4/e984.full?sid=e491cec3-f699-42ed-9acf-28dc80c6d1f4> (Accessed on 24 February 2014)
11. Tamburlini G, Schindler MR, Di Mario S, Vilarim JN, Bernardino L, et al. Assessing quality of paediatric care in developing countries. *Asian J Paed Pract* 2007;11: 1–11
12. Graham WJ. Criterion-based clinical audit in obstetrics: bridging the quality gap? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(3) 375-88. Available at <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693409000200> (Accessed on 24 February 2014)
13. 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. Available at <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0078282> (Accessed on 24 February 2014)
14. Mersini E, Novi S, Tushe E, Gjoni M, Burazeri G. Adoption of the WHO assessment tool on the quality of hospital care for mothers and newborns in Albania. *Acta Inform Med*. 2012;20(4):226-34. Available at <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=29822> (Accessed on 24 February 2014)
15. World Health Organization. Assessment of the safety and of the quality of hospital care for mothers and newborn babies in Gaza strip: mission report. 2009. Available at http://www.ochaopt.org/documents/ocha_opt_health_cluster_QoC_MNH_needs_assesment_2009_07_29_english-20090828-094926.pdf (Accessed on 24 February 2014)
16. Doctors with Africa CUAMM. Mothers and Children First: the first steps – Ethiopia. 2012. Available at http://www.cuamm.org/en/images/stories/mediciconlafrica/varie/etiopia_def.pdf (Accessed on 24 February 2014)
17. Doctors with Africa CUAMM. Mothers and Children First: the first steps – Tanzania. 2012. Available at http://www.cuamm.org/en/images/stories/mediciconlafrica/varie/tanzania_def.pdf (Accessed on 24 February 2014)
18. Doctors with Africa CUAMM. Mothers and Children First: the first steps – Uganda. 2012. Available at http://www.cuamm.org/en/images/stories/mediciconlafrica/varie/uganda_def.pdf (Accessed on 24 February 2014)
19. World Health Organization. Key components of a well functioning health system. May, 2010. Available at http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf (Accessed on 24 February 2014)
20. World Health Organization. Health 2020: the European policy for health and well-being. 2012. Available at <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being> (Accessed on 24 February 2014)
21. World Health Organization. Assessment tool for the quality of outpatient antepartum and postpartum care for women and newborns. Regional Office for Europe 2013. Available at http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/191697/assessment-tool-for-the-quality-of-outpatient-antepartum-and-postpartum-care-for-women-and-newborns.pdf (Accessed on 24 February 2014)

ДАнные УчРЕЖДЕНИЯ

Дата: _____ Страна: _____

Город: _____

Район: _____ Регион/Область: _____

Наименование учреждения:

Имя руководителя учреждения: _____

Имя руководителя акушерского (родильного) отделения*: _____

Имя руководителя неонатального отделения**: _____

* или акушерского стационара, родильного дома, акушерской палаты или любого другого стационара, оказывающего медицинские услуги во время беременности, родов и послеродового периода

** или палаты интенсивной терапии новорожденных, реанимационного неонатального отделения или любого другого стационара, оказывающего медицинские услуги новорожденным и младенцам

ТИП МЕДИЦИНСКОГО УчРЕЖДЕНИЯ

- Государственное
- Частное (церковная больница, другое негосударственное)
- Смешанное (поясните)

 Укажите источник/источники финансирования больницы:

Состав группы экспертов:

ОСНОВНЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ И НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Соберите основные данные о населении и организации системы здравоохранения региона для лучшего понимания места и роли оцениваемого стационара в системе оказания помощи.

ОБСЛУЖИВАЕМАЯ ТЕРРИТОРИЯ

Население

- Общее население обслуживаемой территории _____
- Женское население фертильного возраста _____

Медицинские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь женщинам и детям

- Амбулаторная помощь (антенатальная) _____
- Стационарная помощь (помощь во время родов) _____
- Укажите другие медицинские учреждения, как государственные, так и частные, работающие в регионе обслуживания оцениваемого стационара. Опишите любые имеющиеся ограничения доступности помощи для населения

Укажите любые внешние события, например, вооруженные конфликты, экологические катастрофы, вспышки инфекционных заболеваний, влияющие на доступность стационарной помощи и/или ее качество вследствие отсутствия/недостатка медицинского персонала или оборудования, расходных материалов и т.д.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Обсудите с персоналом показатели работы стационара в связи с глобальными индикаторами женского и детского здоровья (в том числе ЦРД 2015)

	Национальный показатель
1. Материнская смертность	
2. Детская смертность до 5-ти лет (доля неонатальной смертности)	
3. Доля детей с задержкой роста	
4. Доля женщин (или партнеров), использующих современные методы контрацепции (от числа нуждающихся)	
5. Доля женщин, получивших медицинскую помощь во время антенатального периода (четыре и более визитов)	
6. Доля ВИЧ-положительных женщин, получивших АРВ-препараты во время беременности *	
7. Доля родов в присутствии квалифицированного персонала	
8. Доля женщин и детей, получивших медицинскую помощь в течение двух дней после родов	
9. Доля детей, находящихся на ИГВ (в возрасте 0–5 месяцев включительно)**	
10. Доля детей, вакцинированных комбинированной дифтерия-столбняк-коклюш вакциной (три дозы)	
11. Доля детей с диагнозом пневмония, получивших лечение антибиотиками	

* Индикатор объединяет случаи назначения АРВ-препаратов как для снижения риска вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, так и для лечения женщины

** До последнего дня пятого месяца жизни

ЧАСТЬ 1

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНИЦЫ

1.1 Инфраструктура, персонал, основные системы обеспечения

Цель: Оценить инфраструктуру, материальную оснащенность, штаты, вспомогательные службы, основные системы обеспечения

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Документация:** Списки сотрудников, журналы технического обслуживания систем и оборудования и т.д.
- **Наблюдение** за работой систем и оборудования во всех подразделениях учреждения
- **Опрос** руководителей учреждения и отделений, сотрудников, отвечающих за техническое и материальное обеспечение (например, завхоза, главной сестры и т.п.)

Часть информации может быть собрана до начала визита (используйте формы ниже) и должна быть доступна во время оценки. В случае если информация не была предоставлена заранее, соберите ее в начале визита. Оцените предоставленную информацию непосредственно на месте, и обсудите ее с руководителями, при необходимости.

1.1.1 Наличие и внедрение стандартов по материально-техническому обеспечению, инфраструктуре и штатному расписанию	Оценка: акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<input type="checkbox"/> Если разработаны национальные стандарты по материально-техническому обеспечению, инфраструктуре, оснащению, данные стандарты внедрены в учреждении <input type="checkbox"/> Если разработаны национальные стандарты по штатному расписанию, данные стандарты внедрены в учреждении			
1.1.2 Имеющиеся материальные и человеческие ресурсы адекватны объему оказываемой помощи	Оценка: акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<input type="checkbox"/> Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 1.1.2a для оценки инфраструктуры <input type="checkbox"/> Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 1.1.2b для оценки числа и типа медицинских работников учреждения <input type="checkbox"/> Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 1.1.2c для оценки числа и типа дежурного медицинского персонала			
1.1.3 Наличие и функционирование основных систем обеспечения (электричество, вода, отопление, вентиляция)	Оценка: акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<input type="checkbox"/> Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 1.1.3 для оценки основных систем обеспечения			

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.1.2а Оценка инфраструктуры

Список отделений, в которых оказывается акушерская и неонатальная помощь: <hr/> <hr/> <hr/>
Родильное (акушерское) отделение/отделения
Кол-во родовых палат _____ <input type="checkbox"/> Общее количество родовых коек _____ Кол-во родов _____
Имеются ли отдельные палаты для наблюдения во время 1-го периода и рождения ребенка? _____
<input type="checkbox"/> Имеется ли отдельная палата/операционная для проведения кесарева сечения? <input type="checkbox"/> Является ли операционная частью родового блока? <input type="checkbox"/> Доступна ли операционная круглосуточно (24 часа)? <i>Если нет, в какие часы доступна? От _____ до _____</i>
<input type="checkbox"/> Имеется ли отделение интенсивной терапии, в которое может быть помещена пациентка с акушерскими осложнениями? <i>Если нет, куда переводится пациентка, нуждающаяся в интенсивной терапии?</i> _____
<input type="checkbox"/> Имеется ли отдельная палата или отделение, куда может быть помещена беременная/родильница или новорожденный с признаками инфекции (изолятор) <i>Если да, кол-во коек _____</i> <i>По каким показаниям пациенты госпитализируются в изолятор?</i>
Неонатальное отделение/отделения
<input type="checkbox"/> Имеется ли отделение для оказания помощи больным новорожденным? <i>Если да, кол-во мест/кроваток _____</i>
<input type="checkbox"/> До какого возраста включительно могут быть госпитализированы дети в отделение? Возраст в месяцах _____
<input type="checkbox"/> Имеется ли отдельная палата или отделение для детей, родившихся вне данного учреждения? <i>Если да, кол-во мест/кроваток _____</i>
<input type="checkbox"/> Матери больных новорожденных имеют возможность оставаться со своими детьми <i>Если да, кол-во коек для матерей _____</i>
<input type="checkbox"/> Имеется ли отделение интенсивной терапии новорожденных (NICU)? <i>Если да, кол-во мест/кроваток _____</i> <i>Если нет, куда переводятся новорожденные, нуждающиеся в интенсивной терапии?</i>

- Прием младенцев, как переведенных из других учреждений, так и ранее выписанных из стационара осуществляется круглосуточно?

Если нет, в какие часы/дни прием пациентов возможен? От ____ до ____

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.1.2b Общая оценка количества и типа медицинских работников

Тип медработников	Общее кол-во	Отделение
Врачи акушеры-гинекологи		
Врачи-неонатологи		
Врачи педиатры		
Специалисты по обучению: Акушерство Педиатрия/Неонатология		
Врачи других специальностей*		
Акушерки *		
Медсестры *, оказывающие акушерскую помощь		
Медсестры *, оказывающие неонатальную помощь		
Другой клинический персонал * (укажите кто):		
Персонал аптеки (укажите кто): Квалифицированные Другие		
Персонал лабораторной службы (укажите кто) Квалифицированные Другие		

* Имеющими государственный сертификат/лицензию/удостоверение. Внесите в список «Другой клинический персонал» всех сотрудников, оказывающих или имеющих право оказывать клиническую помощь: младший медицинский персонал (вспомогательные медсестры), квалифицированный персонал для приема родов (кроме акушерок), другие сотрудники и опишите их функции.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.1.2c Оценка количества и типа медицинских работников во время дежурства

Специалисты, оказывающие акушерскую и неонатальную помощь, круглосуточно доступны в стационаре лично или дежурят на дому в вечернее/ночное время

Да/Нет <i>Если нет, как осуществляется вызов специалиста при необходимости?:</i>			
Доступность специалистов в праздничные/выходные дни Да/Нет <i>Если нет, как осуществляется их вызов при необходимости?</i>			
Отделение/палата интенсивной терапии для женщин Отделение имеется в учреждении: Да/Нет _____ Кол-во коек _____			
Укажите кол-во медицинского персонала, доступного в зависимости от времени суток	Утренние часы	Дневные часы	Ночные часы
Врачи - специалисты			
Врачи-неспециалисты (включая специалистов по обучению)			
Медсестры, оказывающие акушерскую помощь			
Медсестры-интенсивисты (оказывающие интенсивную помощь, анестезисты)			
Другой клинический персонал (уточните кто)			
Соотношение медсестра/пациент			
Неонатальное отделение/палата интенсивной терапии Наличие отделения в учреждении: Да/Нет _____ Кол-во мест/кроваток _____			
Укажите кол-во персонала доступного в зависимости от времени суток	Утренние часы	Дневные часы	Ночные часы
Врачи- специалисты			
Доктора-неспециалисты (включая специалистов по обучению)			
Медсестры, оказывающие помощь новорожденным			
Медсестры, оказывающие интенсивную педиатрическую помощь			
Другой клинический персонал (уточните кто)			
Соотношение медсестра/пациент			

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.1.3 Оценка базовой инфраструктуры учреждения

Опишите систему на месте, включая резервную	Имелись ли любые проблемы в работе системы в течение последнего года?		Опишите проблемы
	Акушерское отделение/отделения	Неонатальное отделение/отделения	
Электричество	Да: ____ Нет: ____	Да: ____ Нет: ____	
Вода	Да: ____ Нет: ____	Да: ____ Нет: ____	
Отопление (если есть)	Да: ____ Нет: ____	Да: ____ Нет: ____	
Вентиляция (если есть)	Да: ____ Нет: ____	Да: ____ Нет: ____	

ОБЩАЯ ОЦЕНКА 1.1. ИНФРАСТРУКТУРА, ПЕРСОНАЛ, ОСНОВНЫЕ СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
1.1.1 Соблюдение стандартов		
1.1.2 Материально-технические и человеческие ресурсы		
1.1.3 Основные системы обеспечения		

ИТОГО

1.2 Статистика, информационная система, медицинская документация

Цель: Оценить качество информационной системы управления медицинской помощью в учреждении, обзор статистических данных, в том числе для оценки качества предоставляемых лечебных услуг, качество ведения медицинской документации

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Документация:** статистические данные, истории родов и новорожденных (не менее 30), отчеты
- **Наблюдение:** визуальная оценка оборудования и процесса его использования
- **Опрос** медицинских работников и пациентов (женщин и членов семьи)

Эта информация может быть собрана до начала визита (используйте формы ниже) и должна быть доступна во время оценки (в случае если информация не была предоставлена заранее, соберите ее в начале визита). Оцените предоставленную информацию непосредственно на месте, и обсудите ее с руководителями, при необходимости.

1.2.1 Наличие статистических данных и информационной системы	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 1.2.1 для оценки нагрузки больницы <input type="checkbox"/> Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 1.2.2 для анализа показаний к госпитализации <input type="checkbox"/> Имеются эффективные системы регистрации потоков пациентов (госпитализация, амбулаторная помощь и т.д.) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> На бумажных носителях <input type="checkbox"/> Компьютерная база данных <input type="checkbox"/> В статистических данных отсутствуют ошибки или несоответствия <input type="checkbox"/> Диагнозы сгруппированы в соответствии со стандартными классификациями, например МКБ-10 <input type="checkbox"/> Используются стандартные индикаторы качества помощи (летальность, продолжительность госпитализации, % КС и т.д.) <input type="checkbox"/> Анализ и оценка эффективности использования информационной системы проводится регулярно 			
1.2.2 Использование статистических данных	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Проводится периодический анализ и оценка статистических данных и отдельных индикаторов качества помощи: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В каждом отделении <input type="checkbox"/> Соответствующими профессиональными группами, включая врачей и средний медперсонал <input type="checkbox"/> Данные используются для выявления проблем и планирования действий для улуч- 			

<p>шения качества помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Руководители больницы и отделений знают, как показатели больницы соотносятся с показателями региона и страны □ Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 1.2.3 для оценки основных показателей 			
<p>1.2.3 Качество ведения медицинской документации</p>	<p>Оценка: Акушерство</p>	<p>Оценка: Неонатология</p>	<p>Комментарии</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Записи четкие, разборчивые: <ul style="list-style-type: none"> ○ Основные данные пациента четко, понятным почерком записаны во всех документах ○ Записи датированы (указаны дата, время) ○ Диагнозы при поступлении и выписке четко указаны ○ Результаты диагностических исследований четко и полностью записаны ○ Назначенные лекарственные препараты четко прописаны (доза, способ и кратность приема/введения, длительность лечения) ○ Назначенные внутривенные растворы четко прописаны (доза, путь введения, кратность, длительность) ○ Лечение четко прописано ○ Анестезиологическая форма (если есть) полностью заполнена и подписана ○ Протокол операции (если есть) полностью заполнен и подписан ○ Выписные эпикризы, выписки, направления полностью оформлены, написаны разборчивым почерком □ Медицинские работники, ответственные за кодировку, точно кодируют основной диагноз 			
<p>1.2.4 Эффективность системы учета пациентов</p>	<p>Оценка: Акушерство</p>	<p>Оценка: Неонатология</p>	<p>Комментарии</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Имеются стандартные бланки направлений □ Медработникам доступна информация о предыдущих госпитализациях, случаях обращения за медицинской помощью □ Медработникам, оказывающим помощь во время родов доступна информация из амбулаторных (обменных, перинатальных) карт о течении беременности □ Информация из обменных карт и историй родов/новорожденных доступна персоналу, оказывающему помощь в послеродово- 			

вом периоде			
1.2.5 Доступность данных из медицинских документов	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<input type="checkbox"/> Матери имеют доступ к собственным медицинским документам <input type="checkbox"/> Матери имеют доступ к медицинским документам своего ребенка <input type="checkbox"/> Медицинская документация хранится в условиях, обеспечивающих ее сохранность, невозможность доступа к ней посторонних			

Используйте следующие таблицы для оценки качества статистических данных. Попросите руководство больницы представить вам статистические отчеты.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.2.1 Нагрузка учреждения в течение года _____

Занесите данные больницы за последний доступный год. Если доступны данные за другой период, пожалуйста, укажите этот период _____

Женщины	Количество	Комментарии
Женщины, переведенные из других учреждений для оказания акушерской помощи		
Роды		
Женщины, поступившие для оказания акушерской помощи		
Повторные госпитализации по акушерским показаниям		
Женщины, переведенные в другие медицинские учреждения по акушерским показаниям		
Новорожденные (возраст 0-28 дней)		
Все живые новорожденные, родившиеся в учреждении		
Больные новорожденные, родившиеся в учреждении		
Родившиеся вне учреждения		
Повторно госпитализированные новорожденные		
Новорожденные, переведенные в другие медицинские учреждения		

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.2.2 Показания к госпитализации в течение года _____

Список четырех наиболее частых диагнозов – причин госпитализации в учреждение в течение последнего года. Если данные доступны за другой период, пожалуйста, укажите этот период _____

	Беременность/послеродовый период (исключая роды)	Новорожденные 0-28 дней
1.		
2.		
3.		
4.		

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.2.3 Основные показатели деятельности учреждения

Год _____

Используйте данные учреждения за последний полный год. Если показатели доступны за другой период, пожалуйста, укажите его _____.

Используйте определения, указанные в скобках. Пожалуйста, поясните, если используется другое определение.

Начните со сбора данных в абсолютных цифрах. Затем посчитайте относительные показатели (процент, доля, частота, соотношение), используя определения, отмеченные звездочкой

Индикаторы	Кол-во	Комментарии
Количество родов		
Количество живорожденных (наличие самостоятельного дыхания или любого другого признака жизни, вне зависимости от гестационного срока)		
Количество новорожденных с низкой массой тела (<2500 г)		
Количество новорожденных с очень низкой массой тела (<1500 г)		
Количество новорожденных с экстремально низкой массой тела (<1000г)		
Количество преждевременных родов <37 полных недель гестации (< 36 нед 6 дней)		

Количество преждевременных родов < 34 полных недель гестации (<33 нед 6 дней)		
Количество преждевременных родов < 28 полных недель (< 27 нед. 6 дней)		
Количество новорожденных с оценкой по шкале Апгар ≤ 3 на 5-й мин		
Неонатальная смертность * Уровень неонатальной смертности - число умерших новорожденных до 28 дней жизни, включая раннюю (до 7 суток) и позднюю (7-28 дней) неонатальную смертность, на 1000 живорожденных		
Количество новорожденных, умерших до выписки из стационара		
Мертворождение * Уровень мертворождений - число мертворожденных на 1000 всех новорожденных, родившихся живыми и мертвыми		
Перинатальная смертность * Уровень перинатальной смертности - количество мертворожденных + умерших в ранний неонатальный период (в течение первых 7 суток жизни) на 1000 всех новорожденных		
Материнская смертность * Уровень материнской смертности - число случаев смерти женщин во время беременности, родов и послеродового периода (до 42 полных суток) на 100 000 всех живорожденных Не применимо для отдельного учреждения		
Количество женщин, умерших от прямых причин (смерть женщины в результате акушерских осложнений беременности, родов или в течение послеродового периода, от вмешательства, его отсутствия, неправильного лечения, или цепи событий, ставших последствием любого из этих факторов)		
Количество женщин, умерших от непрямых причин (смерть женщины, напрямую не связанная с акушерской причиной, но произошедшая в результате ранее существовавшего заболевания или болезни, развившейся в течение беременности, родов или послеродового периода, но которое усугубилось физиологической адаптации матери к беременности)		
Кол-во кесаревых сечений Частота родоразрешения путем кесарева сечения * % кесаревых сечений ко всем родам		
Кол-во эпизиотомий Частота проведения эпизиотомии * % эпизиотомий ко всем родам		

Кол-во вагинальных оперативных родов Частота инструментальных вагинальных родов * % инструментальных вагинальных родов ко всем родам		
Кол-во индукций родов Частота индукции родов * % индукций ко всем родам		
Количество ВИЧ-позитивных пациенток * % ВИЧ-инфицированных матерей ко всем родам Распространенность ВИЧ (%) среди беременных женщин (или среди женщин детородного возраста, если доступна эта информация)		
Распространенность сифилиса среди беременных * % положительных результатов скрининга на сифилис на 100 обследованных беременных		
Средняя продолжительность пребывания в стационаре после вагинальных родов (дней)		
Средняя продолжительность пребывания в стационаре после кесарева сечения (дней)		

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 1.2. СТАТИСТИКА, ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА, МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
1.2.1 Наличие статистических данных и информационной системы		
1.2.2. Использование статистических данных		
1.2.3 Качество ведения медицинской документации		
1.2.4 Эффективность системы учета пациентов		
1.2.5 Доступность данных из медицинских документов		

ИТОГО

1.3 Обеспечение лекарствами, доступность медикаментов

Цель: Оценить регламент работы учреждения и процедуры, связанные с выбором, закупками, распределением, управлением запасами лекарств, расходных материалов.

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

Оценку по данному разделу следует проводить, в том числе и в центральной аптеке (аптечном пункте), откуда отделения снабжаются лекарствами

Медицинская документация: аптечные журналы, списки препаратов, журналы учета лекарственных средств в отделениях, записи в историях родов/новорожденных и др.

Наблюдение: организации снабжения, распределения и назначения лекарств, использование медицинских препаратов

Неформальное общение с медработниками – дополнительный источник информации

1.3.1 Наличие и использование списка основных лекарственных препаратов	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется список медицинских препаратов, рекомендуемых ВОЗ <input type="checkbox"/> Имеется национальный список основных лекарственных препаратов (проверьте список на наличие в нем всех рекомендуемых препаратов для помощи при наиболее распространенных состояниях) 	Комментарии
1.3.2 Надлежащее хранение медикаментов	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Лекарства хранятся при комнатной температуре, кроме препаратов, требующих особых условий хранения <input type="checkbox"/> Исключено попадание прямого солнечного света, при этом освещение достаточно, чтобы легко читать этикетки на упаковках <input type="checkbox"/> Исключено хранение лекарств в помещениях с повышенной влажностью <input type="checkbox"/> Лекарства хранятся в шкафах и контейнерах <input type="checkbox"/> Исключено хранение лекарств на полу или в соприкосновении со стенами, для защиты от грызунов и насекомых <input type="checkbox"/> На вентиляционных отверстиях в помещениях, где хранятся лекарства, имеются сетки <input type="checkbox"/> Инъекционные и препараты для внутреннего применения хранятся отдельно от дезинфектантов и токсичных медикаментов <input type="checkbox"/> Медикаменты защищены от кражи, отсутствует свободный доступ, на дверях имеются исправные замки <input type="checkbox"/> Наркотики хранятся в отдельном запертом шкафу (сейфе) <input type="checkbox"/> Все медикаменты находятся в оригинальной упаковке или имеют соответствующие хорошо читаемые этикетки <input type="checkbox"/> Система хранения лекарств правильно организована. Они хранятся: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В алфавитном порядке <input type="checkbox"/> В соответствии с международной единой классификации лекарственных средств 	Комментарии

<p>(ICD)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ По группам (классам или по способам введения: инъекционные или для приема внутрь и т.д.) 	
<p>1.3.3 Соблюдение особого температурного режима (холодовой цепочки) для препаратов, требующих особых условий хранения</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Холодильники поддерживают температуру в допустимых пределах <input type="checkbox"/> Во всех холодильниках имеются исправные термометры (температурные датчики) <input type="checkbox"/> Температура хранения контролируется и записывается в журнал как минимум ежедневно <input type="checkbox"/> Имеется резервный источник электропитания 	<p>Комментарии</p>
<p>1.3.4 Наличие в аптеке системы учета, хранения и использования медикаментов</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Записи о поставках и движении лекарств и расходных материалов полные и четкие <input type="checkbox"/> Закупки препаратов оформлены письменно <input type="checkbox"/> Поступление препаратов в качестве гуманитарной помощи оформляются отдельно от закупок <input type="checkbox"/> Записи о поступлении и расходовании наркотических средств полные и разборчивые <input type="checkbox"/> Нет перебоев в поставке препаратов (на складе аптеки всегда есть запас основных препаратов) <input type="checkbox"/> Нет излишков лекарств <input type="checkbox"/> Нет просроченных лекарств <input type="checkbox"/> Прописаны процедуры утилизации просроченных или поврежденных препаратов <input type="checkbox"/> Имеются письменно прописанные процедуры поступления медикаментов в отделение (на имя конкретного пациента, оформление заказа отделения, другая система) 	<p>Комментарии</p>
<p>1.3.5 Наличие системы регистрации нежелательных реакций лекарств и медицинских ошибок</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеются и исполняются письменно прописанные процедуры регистрации нежелательных реакций 	<p>Комментарии</p>
<p>1.3.6 Наличие в аптеке больницы основных лекарственных средств</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 1.3.6 для оценки наличия медикаментов 	<p>Комментарии</p>
<p>1.3.7 Наличие основных медикаментов в соответствующих отделениях больницы</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 1.3.7 для оценки наличия медикаментов в отделениях 	<p>Комментарии</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.3.6 – 1.3.7 СПИСОК ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Источники информации и инструкции по ее сбору:

Желательно, чтобы информация была собрана до начала оценки и использована во время визита в качестве справочной. Оцените наличие медикаментов из списка основных препаратов и уточните у персонала: «Доступны ли они регулярно?».

В случае если информация не была собрана до визита, соберите ее в самом начале оценки из соответствующих подразделений и от ответственных сотрудников, в том числе работников аптеки (аптечного склада).

Доступность препаратов значительно варьирует в различных странах (различных регионах одной страны). Заполните таблицу и отметьте медикаменты, которые есть в наличии – знаком «Да», и те, которых не было на момент проведения оценки – «Нет». Запишите комментарии в соответствующем столбце, если:

- Используются аналоги указанных препаратов (какие?)
- Имеются препараты только для продажи (нет бесплатных для пациентов)
- Обнаружены медикаменты с просроченным сроком годности
- Проверьте, используется ли препараты с истекающим вскоре сроком годности в первую очередь

Доступность в	1.3.6 Больнич- ной аптеке	1.3.7 В отделениях, где используют со- гласно местным протоколам	Комментарии
Общие анестетики и кислород			
Галотан			
Кетамин (для инъекций)			
Закись азота			
Тиопентал			
Кислород			
Местные анестетики			
Лидокаин			
Лидокаин + эпинефрин			
Препараты, используемые при анестезии			
Эфедрин			
Препараты для премедикации и седации при проведении кратковременных вмешательств			
Атропин			
Диазепам			
Прометазин			
Морфин			
Анальгетики, жаропонижающие, нестероидные противовоспалительные препараты			

Ацетилсалициловая кислота (ас-пирин)			
Парацетамол			
Ибупрофен			
Противоаллергические и препараты, используемые при анафилаксии			
Хлорфенамин			
Дексаметазон			
Эпинефрин			
Гидрокортизон			
Преднизолон			
Антидоты, препараты, используемые при отравлении			
Атропин			
Глюконат кальция			
Налоксон			
Противосудорожные и препараты, применяемые при эпилепсии			
Диазепам			
Сульфат магния			
Фенобарбитал			
Фенитоин			
Противогельминтные			
Мебендазол			
Пирантел			
Антибактериальные			
Амоксициллин			
Ампициллин			
Бензатин Бензилпенициллин			
Бензилпенициллин			
Цефиксим			
Клоксациллин			
Цефтриаксон			
Азитромицин			
Хлорамфеникол			
Ципрофлоксацин			
Доксициклин			
Эритромицин			
Гентамицин			

Нитрофурантоин			
Метронидазол			
Спектиномицин			
Сульфаметоксазол-триметоприм			
Клиндамицин			
Сульфадиазин			
Противотуберкулезные			
Этамбутол			
Изониазид			
Изониазид+этамбутол			
Пиразинамид			
Рифампицин			
Рифампицин+изониазид			
Рифампицин+изониазид+пиразинамид			
Рифампицин+изониазид+пиразинамид+этамбутол			
Противогрибковые			
Клотримазол			
Луконазол			
Нистатин			
Противовирусные			
Ацикловир			
Антиретровирусные			
Абакавир			
Диданозин			
Ламивудин			
Ставудин			
Зидовудин			
Эфавиренз			
Невирапин			
Индинавир			
Ритонавир			
Лопинавир+ритонавир			
Нелфинавир			
Саквинавир			
Противомаларийные			

Хлорохин			
Хинин			
Артемизин			
Артесунат			
Мефлохин			
Сульфадоксин+пириметамин			
Прогуанил			
Противопневмоцистные и препараты, применяемые при токсоплазмозе			
Пириметамин			
Сульфаметоксазол+триметоприм			
Пентамидин			
Препараты, влияющие на кроветворение, свертывающую систему			
Сульфат железа			
Сульфат железа + фолиевая кислота			
Фолиевая кислота			
Витамин К			
Гепарин натрия			
Протамин сульфат			
Продукты крови и плазмозаменители			
Декстран 79			
Сердечно-сосудистые препараты			
Глицерил тринитрат			
Дигоксин			
Эпинефрин			
Лидокаин			
Гидралазин			
Метилдопа			
Фуросемид			
Дерматологические препараты (для местного применения)			
Миконазол			
Метилрозанилина хлорид			
Дезинфектанты и антисептики			
Хлоргексидин			
Этанол			
Повидон йод			

Хлорсодержащие средства			
Средства для пероральной регидратации			
Соли для пероральной регидратации			
Препараты для лечения диареи у детей			
Сульфат цинка			
Инсулин и другие антидиабетические препараты			
Инсулин инъекционный (растворимый)			
Инсулин промежуточного действия			
Препараты, влияющие на иммунитет			
Анти-Д иммуноглобулин (человеческий)			
Антистолбнячный иммуноглобулин (человеческий)			
Вакцины			
Вакцина БЦЖ			
Вакцина против дифтерии			
Вакцина против гепатита			
Вакцина против полиомиелита			
Вакцина против столбняка			
Миорелаксанты и ингибиторы холинэстеразы			
Суксаметоний			
Офтальмологические препараты			
Тетарциклин			
Окситоцин и токолитики			
Эргометрин			
Окситоцин			
Мизопростол			
Мифепристон-мизопростол			
Нифедипин			
Растворы для коррекции водного, электролитного и кислотно-основного баланса			
Р-р Глюкоза 5-10-50%			
Р-р Глюкоза + Хлорид натрия			
Раствор Хлорид натрия 0.9% изотонический			
Р-р Натрия лактат сложный			

Вода для инъекций			
Витамины и минералы			
Ретинол			

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 1.3 ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВАМИ, ДОСТУПНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОВ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
1.3.1 Наличие и использования списка основных лекарственных препаратов		
1.3.2 Надлежащее хранение медикаментов		
1.3.3 Соблюдение особого температурного режима (холодовой цепочки) для препаратов, требующих особых условий хранения		
1.3.4 Наличие в аптеке системы учета, хранения и использования медикаментов		
1.3.5 Наличие системы регистрации нежелательных реакций лекарств и медицинских ошибок		
1.3.6 Наличие основных лекарственных средств в больничной аптеке		
1.3.7 Наличие основных лекарственных средств в отделениях		

ИТОГО

1.4 Оборудование и расходные материалы

Цель: Оценить наличие в необходимом кол-ве и поддержание в исправном состоянии основного оборудования и расходных материалов для оказания акушерской и неонатальной помощи, знания и навыки персонала по их безопасному и эффективному использованию.

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

Медицинская документация: Отчеты, журналы заказов, закупок, поступления, использования оборудования и расходных материалов, отчеты учреждения. Журналы технического обслуживания оборудования

Наблюдение: визуальная оценка наличия, количества, проверка рабочего состояния оборудования. Использование оборудования медицинскими работниками

Опрос пациентов и сотрудников

Обратите особое внимание на следующие аспекты:

- **Доступность:** оцените количество оборудования и расходных материалов на момент визита (недостаточно, слишком много)
- **Исправность и обслуживание:** оцените количество исправного (неисправного) оборудования, регулярность и качество технического обслуживания
- **Знания:** оцените способность персонала адекватно и безопасно использовать оборудование
- **Практика:** если представится возможность, оцените, как оборудование используется в реальных условиях, при оказании помощи (используйте при этом соответствующие разделы, посвященные клинической помощи)

1.4.1 Доступность оборудования	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
□ Используйте ПРИЛОЖЕНИЯ 1.4а и 1.4b			
1.4.2 Исправность оборудования	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
□ Используйте ПРИЛОЖЕНИЯ 1.4а и 1.4b			
1.4.3 Адекватные знания персонала по использованию оборудования	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
□ Используйте ПРИЛОЖЕНИЯ 1.4а и 1.4b			
1.4.4 Наличие расходных материалов в достаточном количестве	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
□ Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 1.4с для оценки доступности расходных материалов			

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.4а Акушерское оборудование

Кардиотокограф (КТГ)
<input type="checkbox"/> Кол-во аппаратов для КТГ в акушерском стационаре: _____ <input type="radio"/> Кол-во соответствует кол-ву родов (нагрузке)
<input type="checkbox"/> Кол-во исправных аппаратов для КТГ: _____
<input type="checkbox"/> В наличии соответствующая бумага (без перебоев)
<input type="checkbox"/> Качество обслуживания: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Регулярная проверка (калибровка) аппаратов <input type="radio"/> Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости <input type="radio"/> Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
Надлежащее использование: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется руководство и протокол по использованию КТГ <input type="checkbox"/> Персонал знает, как правильно использовать аппаратуру <input type="checkbox"/> Оборудование правильно используется в клинической практике
Вакуум-экстрактор
<input type="checkbox"/> Кол-во вакуум-экстракторов в акушерском стационаре: _____ <input type="radio"/> Кол-во соответствует нагрузке
<input type="checkbox"/> Кол-во исправных вакуум-экстракторов: _____
<input type="checkbox"/> В наличии адекватное кол-во чашечек и шлангов (соответствует нагрузке отделения)
<input type="checkbox"/> Качество обслуживания: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Адекватная стерилизация <input type="radio"/> Регулярная проверка (калибровка) оборудования <input type="radio"/> Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости <input type="radio"/> Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
Надлежащее использование: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется руководство и протокол по использованию вакуум-экстрактора <input type="checkbox"/> Персонал знает, как правильно использовать аппаратуру <input type="checkbox"/> Оборудование правильно используется в клинической практике
Инфузионные насосы (взрослые)
<input type="checkbox"/> Кол-во инфузионных насосов в акушерском стационаре: _____ <input type="radio"/> Кол-во соответствует нагрузке
<input type="checkbox"/> Кол-во исправных насосов _____
<input type="checkbox"/> К насосам имеются расходные материалы в достаточном кол-ве
<input type="checkbox"/> Качество обслуживания:

<ul style="list-style-type: none"> ○ Регулярная проверка (калибровка) оборудования ○ Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости ○ Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
<p>Надлежащее использование:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Имеется руководство и протокол по использованию □ Персонал знает, как правильно использовать аппаратуру □ Оборудование правильно используется в клинической практике
<p>Аппарат УЗИ</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Кол-во аппаратов УЗИ в акушерском стационаре _____ <ul style="list-style-type: none"> ○ Кол-во соответствует нагрузке
<ul style="list-style-type: none"> □ Кол-во исправных аппаратов: _____
<ul style="list-style-type: none"> □ Имеются расходные материалы в достаточном кол-ве □ Имеется достаточное кол-во датчиков (как минимум 1 вагинальный и 1 линейный)
<ul style="list-style-type: none"> □ Качество обслуживания: <ul style="list-style-type: none"> ○ Регулярная проверка (калибровка) оборудования ○ Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости ○ Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
<p>Надлежащее использование:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Имеется руководство и протокол УЗИ □ Персонал знает, как правильно использовать аппаратуру □ Оборудование правильно используется в клинической практике <ul style="list-style-type: none"> ○ Для оценки роста плода используется диаграммы, построенные на местных данных

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.4b Неонатальное оборудование

Инкубаторы
<input type="checkbox"/> Кол-во инкубаторов в неонатальном отделении/отделениях _____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Кол-во соответствует кол-ву родов (нагрузке)
<input type="checkbox"/> Кол-во исправных инкубаторов: _____
<input type="checkbox"/> Качество обслуживания: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Регулярная проверка (калибровка) оборудования <input type="checkbox"/> Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости <input type="checkbox"/> Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
Надлежащее использование <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется руководство по использованию инкубаторов <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеются прописанные процедуры обработки инкубаторов <input type="checkbox"/> Персонал знает правила пользования оборудованием <input type="checkbox"/> Оборудование правильно используется в клинической практике <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В инкубаторе находится не более одного ребенка <input type="checkbox"/> Грелки для согревания не используются <input type="checkbox"/> Чистота (используются специальные емкости для воды) <input type="checkbox"/> Поддерживается надлежащая температура (регулярный контроль, замеры, записи) <input type="checkbox"/> Сигнал тревоги исправен, соблюдается рекомендуемое расстояние от поста медсестры <input type="checkbox"/> Оказывается помощь матери в грудном вскармливании <input type="checkbox"/> Инкубатор не используется, в случае если контакт кожа-к-коже обеспечивает адекватный тепловой режим для новорожденного
Инфракрасные обогреватели, другие системы обогрева
<input type="checkbox"/> Кол-во обогревателей в неонатальном отделении _____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Кол-во соответствует нагрузке
<input type="checkbox"/> Кол-во исправных обогревателей: _____
<input type="checkbox"/> Качество обслуживания: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Регулярная проверка (калибровка) оборудования <input type="checkbox"/> Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости <input type="checkbox"/> Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
Надлежащее использование <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется руководство по использованию обогревателей <input type="checkbox"/> Персонал знает правила пользования обогревателями <input type="checkbox"/> Обогреватели правильно используются в клинической практике <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Очистка <input type="checkbox"/> Температура (контроль, замеры, записи)

<ul style="list-style-type: none"> ○ Сигнал тревоги исправен, соблюдается рекомендуемое расстояние от поста медсестры ○ Обогреватели не используются, в случае если контакт кожа-К-коже обеспечивает адекватный температурный режим новорожденного ○ В родах обогреватели включаются заранее
Лампы для фототерапии
<input type="checkbox"/> Кол-во ламп для фототерапии в неонатальном отделении _____ <ul style="list-style-type: none"> ○ Кол-во соответствует нагрузке
<input type="checkbox"/> Кол-во исправных ламп для фототерапии: _____
<input type="checkbox"/> Качество обслуживания: <ul style="list-style-type: none"> ○ Регулярная проверка (калибровка) оборудования ○ Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости ○ Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
<p>Надлежащее использование:</p> <input type="checkbox"/> Имеются руководство по использованию ламп фототерапии <input type="checkbox"/> Персонал знает правила пользования лампами <input type="checkbox"/> Оборудование правильно используется в клинической практике <ul style="list-style-type: none"> ○ Расстояние между лампой и кожей: в зависимости от типа оборудования (обычно 45-60 см) ○ Контролируется гидратация и температура новорожденного ○ Контролируется длительность использования ламп (проверьте эффективность) ○ Проконтролируйте, какие еще технологии, медикаменты, без доказанной эффективности, используется для лечения желтухи новорожденного, в том числе одновременно с фототерапией ○ Медработники поощряют и помогают матери в грудном вскармливании и продолжении контакта с ребенком
Глюкометр
<input type="checkbox"/> Кол-во глюкометров в неонатальном отделении _____ <ul style="list-style-type: none"> ○ Кол-во соответствует нагрузке
<input type="checkbox"/> Кол-во исправных глюкометров: _____
<input type="checkbox"/> Имеются в достаточном кол-ве расходные материалы
<input type="checkbox"/> Качество обслуживания: <ul style="list-style-type: none"> ○ Регулярная проверка (калибровка) оборудования ○ Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости ○ Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
<p>Надлежащее использование</p> <input type="checkbox"/> Имеется руководство по использованию глюкометров

<input type="checkbox"/> Персонал знает правила пользования оборудованием <input type="checkbox"/> Оборудование правильно используется в клинической практике <ul style="list-style-type: none"> ○ Результаты тестов аккуратно записываются в истории новорожденных
Кислородное оборудование
<input type="checkbox"/> Кол-во оборудования (кислородные баллоны, концентраторы, компрессоры и т.д.) в неонатальном отделении _____ <ul style="list-style-type: none"> ○ Кол-во соответствует нагрузке
<input type="checkbox"/> Кол-во исправного оборудования: _____
<input type="checkbox"/> Наличие расходных материалов в достаточном количестве
<input type="checkbox"/> Качество обслуживания: <ul style="list-style-type: none"> ○ Регулярная проверка (калибровка) оборудования ○ Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости ○ Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
Надлежащее использование
<input type="checkbox"/> Имеется руководство по использованию оборудования для подачи кислорода <ul style="list-style-type: none"> ○ Соблюдаются правила увлажнения подаваемой смеси и гигиены
<input type="checkbox"/> Персонал знает правила пользования оборудованием
<input type="checkbox"/> Оборудование правильно применяется в клинической практике
Пульсоксиметры
<input type="checkbox"/> Кол-во пульсоксиметров в неонатальном отделении _____ <ul style="list-style-type: none"> ○ Кол-во соответствует нагрузке
<input type="checkbox"/> Кол-во исправных пульсоксиметров: _____
<input type="checkbox"/> Качество обслуживания: <ul style="list-style-type: none"> ○ Регулярная проверка (калибровка) оборудования ○ Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости ○ Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
Надлежащее использование
<input type="checkbox"/> Имеется руководство по использованию пульсоксиметров
<input type="checkbox"/> Персонал знаком с правилами работы с оборудованием
<input type="checkbox"/> Оборудование правильно используется в клинической практике <ul style="list-style-type: none"> ○ Правильное размещение датчиков, сигнал тревоги включен ○ Показатели фиксируются ○ Используются таблицы с целевыми показателями сатурации кислорода в соответствии с гестационным возрастом ○ Медсестры имеют право изменять FiO_2 в соответствии с руководством ○ Во время проведения кислородотерапии всегда используется пуль-

соксиметр (если имеется в наличии)
Мультифункциональные мониторы
<input type="checkbox"/> Кол-во мониторов в неонатальном отделении _____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Кол-во соответствует нагрузке отделения
<input type="checkbox"/> Кол-во исправных мониторов: _____
<input type="checkbox"/> Качество обслуживания: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Регулярная проверка (калибровка) оборудования <input type="checkbox"/> Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости <input type="checkbox"/> Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
Надлежащее использование <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется руководство по использованию мониторов <input type="checkbox"/> Персонал знает правила работы с оборудованием <input type="checkbox"/> Оборудование правильно применяется в клинической практике <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Мониторы правильно расположены, сигнал тревоги включен <input type="checkbox"/> Показатели регистрируются и фиксируются в историях новорожденных
Инфузионные насосы: педиатрические и шприцевые (неонатальные)
<input type="checkbox"/> Кол-во инфузионных насосов в неонатальном отделении _____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Кол-во соответствует нагрузке
<input type="checkbox"/> Кол-во исправных насосов: _____
<input type="checkbox"/> Наличие расходных материалов в достаточном кол-ве
<input type="checkbox"/> Качество обслуживания: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Регулярная проверка (калибровка) оборудования <input type="checkbox"/> Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости <input type="checkbox"/> Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
Надлежащее использование <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется руководство по использованию оборудования <input type="checkbox"/> Персонал знаком с правилами пользования насосами <input type="checkbox"/> Оборудование правильно используется в клинической практике <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Сигнал тревоги включен <input type="checkbox"/> Ведется контроль, и фиксируются в историях новорожденных следующие показатели: назначения, баланс жидкости, все, уровень гликемии и т.д.
Аппараты для неинвазивной вентиляции легких (CPAP и другие)

<input type="checkbox"/> Кол-во аппаратов СРАР и других устройств в неонатальном отделении _____ <ul style="list-style-type: none"> ○ Кол-во соответствует нагрузке
<input type="checkbox"/> Кол-во исправных аппаратов СРАР: _____
<input type="checkbox"/> Расходные материалы имеются в достаточном кол-ве
<input type="checkbox"/> Качество обслуживания: <ul style="list-style-type: none"> ○ Регулярная проверка (калибровка) оборудования ○ Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости ○ Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
Надлежащее использование <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется руководство по использованию <input type="checkbox"/> Персонал знает правила пользования оборудованием <input type="checkbox"/> Оборудование правильно используется в клинической практике <ul style="list-style-type: none"> ○ Обратите внимание на соблюдение последовательности в уходе; точное выполнение назначений ○ Наличие и исправность системы подачи воздуха
Аппараты ИВЛ
<input type="checkbox"/> Кол-во аппаратов ИВЛ в неонатальном отделении _____ <ul style="list-style-type: none"> ○ Кол-во соответствует нагрузке
<input type="checkbox"/> Кол-во исправных аппаратов _____
<input type="checkbox"/> Расходные материалы в достаточном кол-ве
<input type="checkbox"/> Качество обслуживания: <ul style="list-style-type: none"> ○ Регулярная проверка (калибровка) оборудования ○ Имеется возможность ремонта, доступны запасные части в случае необходимости ○ Имеется журнал технического обслуживания, который аккуратно и своевременно заполняется
Надлежащее использование <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется руководство по использованию оборудования <input type="checkbox"/> Персонал знаком с правилами пользования оборудованием <input type="checkbox"/> Оборудование правильно используется в клинической практике <ul style="list-style-type: none"> ○ Обратите внимание на то, как сестры проводят аспирацию ○ Сигнал тревоги включен ○ Обратите внимание на качество ведения клинических записей, в том числе: назначения, контроль и фиксация параметров, использование медикаментов для седации

Наличие другого оборудования (без конкретной оценки):

Тип оборудования	Всего	Реально используется	Техническое обслуживание	Комментарии
Анализатор газов крови				
Аппарат для высокочастотной осцилляторной вентиляции (HFOV)				
Аппарат УЗИ				
Неонатальный рентгеновский аппарат				
Транспортный инкубатор (с аппаратом ИВЛ)				

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.4с Расходные материалы

Если какие-то расходные материалы не обнаружены в отделениях, проверьте их наличие в аптеке больницы (зафиксируйте этот факт в комментариях). Некоторые расходные материалы и оборудование могут быть доступны только в учреждениях 3-го уровня *

Общие для акушерских и неонатальных отделений	Акушерство	Неонатология
Сосудистый доступ		
<input type="checkbox"/> Одноразовые иглы <input type="checkbox"/> Периферический внутривенный центральный катетер <input type="checkbox"/> Шприцы + набор для инфузионного насоса <input type="checkbox"/> Шприцы 1 мл <input type="checkbox"/> Набор для волюметрического инфузионного насоса <input type="checkbox"/> Набор для инфузии <input type="checkbox"/> Набор для инфузии с фильтром для крови <input type="checkbox"/> Ланцеты	<input type="checkbox"/> Катетеры в/в G 21-18-16-14 <input type="checkbox"/> Спинальные иглы взрослые <input type="checkbox"/> Внутрикостные иглы взрослые	<input type="checkbox"/> Катетеры в/в G 22-24 <input type="checkbox"/> Иглы-бабочки 19 (для люмбальной пункции) <input type="checkbox"/> Иглы-бабочки 21-23 <input type="checkbox"/> Пупочные катетеры <input type="checkbox"/> Наборы для переливания крови
Комментарии		
ИВЛ		
<input type="checkbox"/> Антимикробные фильтры <input type="checkbox"/> Дыхательный контур с системой подогрева увлажнителя	<input type="checkbox"/> Датчики SpO ₂ <input type="checkbox"/> Саморасправляющийся дыхательный мешок взрослый	<input type="checkbox"/> Стетоскопы (для новорожденных, или, как минимум детские) <input type="checkbox"/> Датчики SpO ₂

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Зонды для отсасывания с пальцевым контролем или контрольным клапаном <input type="checkbox"/> Трубки для отсоса <input type="checkbox"/> Дренажные трубки для грудной полости <input type="checkbox"/> Кислородный концентратор <input type="checkbox"/> Кислородные баллоны <input type="checkbox"/> Центральная система подачи кислорода <input type="checkbox"/> Медицинский компрессор воздушный * 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Дыхательные маски взрослые <input type="checkbox"/> Воздуховоды взрослых <input type="checkbox"/> Ларингоскопы с набором клинков <input type="checkbox"/> Эндотрахеальные трубки взрослые <input type="checkbox"/> Кислородные маски взрослые <input type="checkbox"/> Кислородные маски с резервуаром * <input type="checkbox"/> Дренажная система для грудной клетки 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Саморасправляющийся дыхательный мешок 250/500 мл <input type="checkbox"/> Дыхательные маски размеров 00-0-1 <input type="checkbox"/> Воздуховоды размеров 00-0-1 <input type="checkbox"/> Ларингоскопы с набором клинков размеров 0 – 1 <input type="checkbox"/> Эндотрахеальные трубки размеров 2.5-3-3.5 <input type="checkbox"/> Назальные канюли для новорожденных <input type="checkbox"/> Дыхательный контур для аппаратов СРАР * <input type="checkbox"/> Носовые воздуховоды для СРАР * <input type="checkbox"/> Дренажная система для грудной клетки для новорожденных *
Комментарии		
ЖКТ		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Назогастральный зонд взрослый 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Назогастральный зонд для кормления Ch 5-6-8 <input type="checkbox"/> Чашечки/ложечки для кормления <input type="checkbox"/> Система для кормления с использованием насоса
Комментарии		
Мочевыделительная система		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Тест-полоски 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Мешки для сбора мочи с креплением <input type="checkbox"/> Закрытая дренажная система для сбора мочи <input type="checkbox"/> Катетер Фолея 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Мешок для сбора мочи для новорожденных
Комментарии		
Хирургический, шовный и перевязочный материал		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Нерассасывающийся шовный материал <input type="checkbox"/> Скальпели <input type="checkbox"/> Марля стерильная/нестерильная <input type="checkbox"/> Перчатки стерильные/не стерильные 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Чистые бритвы <input type="checkbox"/> Рассасывающийся шовный материал <input type="checkbox"/> Ножницы для эпизиотомии 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Набор для пережатия и пересечения пуповины

<input type="checkbox"/> Наборы для перевязки <input type="checkbox"/> Дренажная система для послеоперационных ран <input type="checkbox"/> Одноразовая стерильная одежда <input type="checkbox"/> Одноразовые стерильные маски <input type="checkbox"/> Одноразовое стерильное операционное белье		
Другое		
<input type="checkbox"/> Сантиметровая лента <input type="checkbox"/> Датчики ЭКГ <input type="checkbox"/> Термометры <input type="checkbox"/> Стерильные катетеры (для цереброспинальной пункции)	<input type="checkbox"/> Акушерские щипцы/вакуум-экстрактор <input type="checkbox"/> Зеркала <input type="checkbox"/> Стетоскоп акушерский <input type="checkbox"/> Молокоотсосы <input type="checkbox"/> Сфигмоманометр <input type="checkbox"/> Весы взрослые	<input type="checkbox"/> Офтальмоскоп <input type="checkbox"/> Детские весы
Комментарии		

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 1.4 ОБОРУДОВАНИЕ И РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Наличие и использование	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
1.4.1 Доступность оборудования		
1.4.2 Исправность оборудования		
1.4.3 Адекватные знания персонала по использованию оборудования		
1.4.4 Наличие расходных материалов в достаточном кол-ве		

ИТОГО

1.5 Лабораторная служба

Цель: Оценить наличие и качество работы лабораторной службы

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Медицинская документация:** истории родов и новорожденных
- **Наблюдение:** назначение, забор материала для анализа, транспортировка, получение результатов анализов, их интерпретация
- **Опрос** сотрудников отделений и руководителей и сотрудников лабораторной службы

1.5.1 Доступность тестов для оказания экстренной помощи		Оценка:
	Среднее время необходимое для получения результатов	Комментарии
<input type="checkbox"/> Глюкоза крови		
<input type="checkbox"/> Гемоглобин		
<input type="checkbox"/> Гематокрит		
<input type="checkbox"/> Развернутый общий анализ крови		
<input type="checkbox"/> Лейкоцитоз		
<input type="checkbox"/> Лейкоформула (соотношение незрелых к общему кол-ву нейтрофилов)		
<input type="checkbox"/> Группа крови, совместимость крови		
<input type="checkbox"/> Прямой и непрямой тесты Кумбса		
<input type="checkbox"/> Резус-антитела		
<input type="checkbox"/> Билирубин плазмы крови		
<input type="checkbox"/> Газы крови		
<input type="checkbox"/> Электролиты		
<input type="checkbox"/> Коагулограмма		
<input type="checkbox"/> Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости		
<input type="checkbox"/> Экспресс-тест на малярию или исследование мазка крови (если применимо)		
<input type="checkbox"/> Экспресс-тест на ВИЧ-инфекцию (если применимо)		
<input type="checkbox"/> Экспресс-тест на наличие белка в моче		

<input type="checkbox"/> Трансаминазы (АСТ, АЛТ)		
1.5.2 Доступность методов анализа микропроб		Оценка:
	Среднее время	Комментарии
<input type="checkbox"/> Проводятся анализы методом микропроб на глюкозу, гемоглобин, билирубин		
1.5.3 Наличие других лабораторных тестов		Оценка:
	Среднее время	Комментарии
<input type="checkbox"/> Белок плазмы крови		
<input type="checkbox"/> Функциональные печеночные тесты		
<input type="checkbox"/> Функциональные почечные тесты		
<input type="checkbox"/> Белок мочи		
<input type="checkbox"/> Белок мочи в суточной порции		
<input type="checkbox"/> Биохимический анализ мочи		
<input type="checkbox"/> Микроскопическое исследование мочи		
<input type="checkbox"/> Посев мочи		
<input type="checkbox"/> Посев крови		
<input type="checkbox"/> Посев спинномозговой жидкости		
<input type="checkbox"/> Посев на стрептококки группы В		
<input type="checkbox"/> Мазок мокроты на туберкулез		
<input type="checkbox"/> Другие анализы на туберкулез		
<input type="checkbox"/> Биохимический анализ жидкости		
<input type="checkbox"/> Анализ на ВИЧ-инфекцию		
<input type="checkbox"/> С-реактивный белок		
<input type="checkbox"/> Серологический тест на сифилис		
<input type="checkbox"/> Антитела к гепатиту В		
<input type="checkbox"/> Антитела к гепатиту С		
<input type="checkbox"/> Антитела к ЦМВ		
1.5.4 Доступность препаратов крови		Оценка:
<input type="checkbox"/> Препараты крови доступны при необходимости проведения трансфузии		Комментарии
<input type="checkbox"/> Препараты крови полностью обследованы на ВИЧ-инфекцию, Гепатиты В и С, малярию и т.д.		

1.5.5 Контроль качества	Оценка:
<input type="checkbox"/> В лаборатории внедрена система контроля качества, например, в рамках межучрежденческого соглашения	Комментарии
1.5.6 Использование лабораторных исследований в клинической практике	Оценка:
<input type="checkbox"/> Персонал правильно интерпретирует результаты анализов, использует результаты на практике (диагностика и лечение)	Комментарии
1.5.7 Доступность и стоимость для пациентов	Оценка:
<input type="checkbox"/> Как минимум экстренные анализы бесплатны для пациентов <input type="checkbox"/> Отсутствуют случаи неофициальной оплаты анализов, если официально тестирование бесплатно	Комментарии

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 1.5 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка
1.5.1 Доступность тестов для оказания экстренной помощи	
1.5.2 Доступность метода анализа микропроб	
1.5.3 Доступность других лабораторных тестов	
1.5.4 Доступность препаратов крови	
1.5.5 Контроль качества лабораторной службы	
1.5.6 Использование лабораторных исследований в клинической практике	
1.5.7 Доступность и стоимость для пациентов	

ИТОГО

1.6 Инфраструктура учреждения

Цель: Оценить инфраструктуру и организацию помощи женщинам и новорожденным

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Наблюдение:** визуальная оценка организации помощи, практики выполнения процедур и т.д.
- **Интервью** с пациентами
- **Неформальное общение** с пациентами и медработниками – дополнительный источник информации

1.6.1 Санитарно-гигиенические условия	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Помещения чистые без видимых загрязнений <input type="checkbox"/> Туалеты и душевые (ванные комнаты) чистые и теплые <input type="checkbox"/> Отходы собираются должным образом <input type="checkbox"/> Шкафы, полки и тележки чистые и содержатся в порядке 			
1.6.2 Удобство кроватей	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Каждая женщина имеет свою собственную кровать с матрасом, достаточно широкую, чтобы находиться вместе со своим ребенком <input type="checkbox"/> Кровати исправные, безопасные, чистые <input type="checkbox"/> Постельное белье предоставлено больницей <input type="checkbox"/> Каждая кровать защищена противомоскитной сеткой с инсектицидом (если применимо) <input type="checkbox"/> У каждого новорожденного имеется своя собственная кроватка <input type="checkbox"/> Каждая кроватка защищена противомоскитной сеткой с инсектицидом (если применимо) 			
1.6.3 Выделены специальные помещения для инфицированных или больных, находящихся в тяжелом состоянии, как женщин, так и новорожденных	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Пациенты, требующие большего внимания, располагаются ближе к посту медсестры <input type="checkbox"/> Для инфекционных больных выделены отдельные палаты <input type="checkbox"/> Отделение интенсивной (реанимацион- 			

ное отделение и т.п.) помощи расположено как можно ближе или непосредственно в родовом блоке			
1.6.4 Контроль температуры в помещениях	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Нет сквозняков <input type="checkbox"/> Используются кондиционеры/вентиляторы и обогреватели при необходимости <input type="checkbox"/> Настенные термометры исправны, правильно расположены <input type="checkbox"/> Окна защищены от прямых солнечных лучей и сквозняков 			
1.6.5 Надлежащее санитарно-гигиеническое состояние помещений	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Учреждение в целом и все подразделения легкодоступны для пациентов <input type="checkbox"/> Достаточное кол-во туалетов <input type="checkbox"/> Достаточное кол-во душевых и ванных комнат <input type="checkbox"/> Достаточное кол-во оборудованных мест для мытья рук <input type="checkbox"/> Оборудованы места для подмывания новорожденного и смены подгузника <input type="checkbox"/> Постоянно доступна горячая вода <input type="checkbox"/> Соблюдается конфиденциальность, персонал уважает право на частную жизнь <input type="checkbox"/> Для персонала имеются отдельные туалеты и душевые 			
1.6.6 Условия пребывания	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Пациентов кормят как минимум три раза в день <input type="checkbox"/> Если питание пациентов не предусмотрено, выделены чистые помещения для приготовления еды <input type="checkbox"/> Имеется возможность для стирки одежды женщин и детей <input type="checkbox"/> Имеется возможность посещения пациентов родственниками <input type="checkbox"/> Если необходимо, родственники имеют возможность круглосуточно находиться вместе с женщиной/новорожденным для оказания помощи в уходе <input type="checkbox"/> Имеются помещения, где можно пого- 			

<p>ворить с пациенткой/семьей без посторонних, при необходимости</p> <p><input type="checkbox"/> Все клинические помещения обеспечивают приватность</p>			
1.6.7 Хранение лекарств в отделении	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<p><input type="checkbox"/> Чистый шкаф для хранения</p> <p><input type="checkbox"/> Отсутствуют просроченные медикаменты</p> <p><input type="checkbox"/> Лекарства хранятся в оригинальных упаковках</p> <p><input type="checkbox"/> Наркотики и опасные препараты хранятся под замком (в сейфе)</p> <p><input type="checkbox"/> Медикаменты доступны только для медицинских работников, оказывающих помощь</p> <p><input type="checkbox"/> Медикаменты, требующие особых температурных режимов хранения, находятся в холодильнике</p>			
1.6.8 Использование надежной системы определения личности пациентов	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<p><input type="checkbox"/> Новорожденный и мать точно идентифицируются</p> <p><input type="checkbox"/> Определение личности пациента проводится перед каждой процедурой (хирургическим вмешательством, направлении на диагностику и т.п.)</p>			

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 1.6 ИНФРАСТРУКТУРА УЧРЕЖДЕНИЯ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
1.6.1 Санитарно-гигиенические условия		
1.6.2 Удобство кроватей		
1.6.3 Специальные помещения для инфицированных или больных, находящихся в тяжелом состоянии		
1.6.4 Контроль температуры в помещениях		
1.6.5 Надлежащее санитарно-гигиеническое состояние помещений		
1.6.6 Условия пребывания		
1.6.7 Хранение лекарств в отделениях		
1.6.8 Использование надежной системы определения личности пациентов		

ИТОГО

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 1 СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНИЦЫ

ПОДРАЗДЕЛЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
1.1 Инфраструктура, персонал, основные системы обеспечения		
1.2 Статистика, информационная система, медицинская документация		
1.3 Обеспечение лекарствами, доступность медикаментов		
1.4 Оборудование и расходные материалы		
1.5 Лабораторная служба		
1.6 Инфраструктура учреждения		

ИТОГО**ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ 1 СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНИЦЫ****ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ОСНОВНЫЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

КОММЕНТАРИИ

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Использованная литература:

1. World Health Organization. WHO recommendations: Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf (accessed 8 January 2014)
2. World Health Organization. Definitions of the 23 Health Workforce Categories. WHO: Africa Health Workforce Observatory. 2007 Available at http://apps.who.int/globalatlas/docs/HRH_HWO/HTML/Dftn.htm (accessed 8 January 2014)
3. World Health Organization. Medical Records Manual: A guide for developing countries. Revised and updated 2006. Western Pacific Region 2002. Available at <http://www.wpro.who.int/publications/docs/MedicalRecordsManual.pdf> (accessed 8 January 2014)
4. World Health Organization. Developing Health Management Information Systems. A practical guide for developing countries. Regional Office for the Western Pacific 2004. Available at http://www.wpro.who.int/publications/docs/Health_manage.pdf (accessed 8 January 2014)
5. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early Child Development: a powerful equalizer. Final Report. Human Early Learning Partnership and World Health Organization. Vancouver, BC. 2007. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/ecd_final_m30/en/ (accessed 8 January 2014)
6. World Health Organization. Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. Geneva 2011. Available at http://www.who.int/healthmetrics/news/monitoring_maternal_newborn_child_health.pdf (accessed 8 January 2014)
7. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines (Adults) 18th edition. Geneva 2013 Available at <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html> (accessed 8 January 2014)
8. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines (Children) 4th edition. Geneva 2013. Available at <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html> (accessed 8 January 2014)
9. Management Science for Health. MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies. 3rd edition. Arlington, VA 2012. Available at <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19577en/s19577en.pdf> (accessed 8 January 2014)
10. World Health Organization. The Pursuit of Responsible Use of Medicines: sharing and learning from country experience. Geneva 2012. Available at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75828/1/WHO_EMP_MAR_2012.3_eng.pdf (accessed 8 January 2014)
11. World Health Organization. Handbook of supply management at first-level health care facilities. Geneva 2006. Available at <http://apps.who.int/medicinedocs/index/assoc/s14082e/s14082e.pdf> (accessed 8 January 2014)
12. World Health Organization. Operational principles for good pharmaceutical procurement. Geneva 1999. Available at <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip49e/whozip49e.pdf> (accessed 8 January 2014)

13. World Health Organization. Core Medical Equipment. Geneva 2011. Available at http://www.who.int/medical_devices/innovation/core_equipment/en/ (accessed 8 January 2014)
14. World Health Organization. Needs assessment for medical devices. WHO Medical device technical series. Geneva 2011. Available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501385_eng.pdf (accessed 8 January 2014)
15. World Health Organization. Procurement process resource guide. WHO Medical device technical series. Geneva 2011. Available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501378_eng.pdf (accessed 8 January 2014)
16. World Health Organization. Introduction to medical equipment inventory management. WHO Medical device technical series. Geneva 2011. Available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501392_eng.pdf (accessed 8 January 2014)
17. World Health Organization. Surgical Care at the District Hospital. Geneva 2003. Available at <http://www.who.int/surgery/publications/en/SCDH.pdf> (accessed 8 January 2014)

ЧАСТЬ 2

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ

- 2. Нормальные роды**
- 3. Кесарево сечение**
- 4. Медицинская помощь при акушерских осложнениях**
- 5. Уход за новорожденными**
- 6. Помощь больным новорожденным**
- 7. Специализированная неонатальная помощь**
- 8. Мониторинг и последующее наблюдение**

2. Нормальные роды

Цель: Оценить практику оказания помощи во время нормальных родов.

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Изучение документации:** Приказы, политика учреждения, руководства, протоколы. Журналы учета: кол-во вагинальных родов, вагинальных инструментальных родов, в то числе случаев наложения вакуума, эпизиотомий – обратите внимание на качество заполнения журналов. Истории родов: изучите не менее 25-ти историй нормальных родов, отобранных методом случайной выборки за последние 1-3 месяца
- **Наблюдение:** визуальная оценка повседневной практики ухода во время нормальных родов, наличия и использования оборудования в приемном отделении, родовом блоке и послеродовом отделении. Наблюдение - приоритетный метод получения информации, поэтому выделите на это достаточно времени. Обязательно попросите у пациентки разрешения присутствовать во время родов, наблюдайте «со стороны», не вмешивайтесь в процесс оказания помощи, кроме чрезвычайных ситуаций, когда может потребоваться Ваша помощь.
- **Опрос** пациентов и сотрудников.
- **Неформальное общение** с пациентами и медработниками – дополнительный источник информации

2.1 Общие принципы организации помощи	Оценка:
<p>РУКОВОДСТВА</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В организации имеются руководства, определяющие стандарты помощи во время нормальных родов и в послеродовом периоде <input type="checkbox"/> В руководствах четко сформулированы определения нормальных и осложненных родов, которые известны медицинским работникам и применяются на практике <input type="checkbox"/> В руководствах четко определены критерии для перевода на более высокий уровень оказания помощи 	Комментарии
<p>ВЫБОР МЕДРАБОТНИКА, ОКАЗЫВАЮЩЕГО ПОМОЩЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Помощь во время родов оказывается акушеркой или иным работником, который квалифицирован как специалист, имеющий право оказывать помощь во время родов <input type="checkbox"/> Акушерка является основным медицинским специалистом, который оказывает помощь во время нормальной беременности и родов <input type="checkbox"/> Имеется преемственность помощи между акушерками и другими медработниками во время возникновения осложнений 	
<p>МЕСТО РОДОВ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В условиях, если транспортная система скорой и неотложной помощи/перевода функционирует надежно, в отсутствие акушерских осложнений женщина может рожать дома или в отдельно функционирующем родильном доме <input type="checkbox"/> В случае если система перенаправления функционирует ненадежно, перинатальные центры имеют специальные палаты/пансионаты для ожидания родов для женщин, живущих далеко или имеющих осложнения. Проживание бесплатно. <input type="checkbox"/> Условия в подобных отделениях приближены к домашним. 	

Осмотр медработниками проводится ежедневно.	
2.2 Помощь при поступлении	Оценка:
ПЛАН РОДОВ <ul style="list-style-type: none"> □ При поступлении на роды все беременные имеют план родов в обменной карте, заранее составленный и обсужденный с пациенткой 	Комментарии
НАЧАЛЬНАЯ ОЦЕНКА <ul style="list-style-type: none"> □ Медработник внимательно выслушивает пациентку, качественно собирает анамнез □ Оценивает антенатальные записи и план родов □ Оценивает состояние матери и плода, включая основные жизненные показатели, проводит пальпацию живота, аускультацию с/б плода □ Вагинальное исследование проводится при наличии признаков родов □ КТГ при поступлении рутинно - при отсутствии показаний - не проводится 	
ВРЕМЯ ПОСТУПЛЕНИЯ НА РОДЫ <ul style="list-style-type: none"> □ В случае если транспортная система скорой/неотложной помощи работает надежно, женщина ожидает развития активной родовой деятельности дома или в палатах ожидания – для исключения слишком раннего поступления в родовой блок □ Если женщина не в родах, ей предоставляется индивидуальная поддержка и оценка состояния на дому (где это возможно) □ В случае выписки домой, пациентке даются четкие рекомендации: <ul style="list-style-type: none"> ○ По оказанию поддержки ○ Признакам родов и показаниям к возвращению в отделение 	
2.3 Условия в родовой палате	Оценка:
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ <ul style="list-style-type: none"> □ Обеспечивается конфиденциальность: родовая палата рассчитана на одну пациентку или используются ширмы/занавески в случае, когда в палате находятся более одной пациентки □ Кровать размещена как можно дальше от двери или окна (не напротив) □ Медработники всегда представляются □ С пациенткой согласуется присутствие в родовой палате любых других людей сверх необходимого персонала (например, студентов) 	Комментарии
ИНФОРМИРОВАНИЕ <ul style="list-style-type: none"> □ Пациентки информируются о целях каждой процедуры. Процедуры проводят после получения согласия □ Персонал внимателен к мнению и предпочтениям женщин и 	

<p>вовлекает их в принятие решений, касающихся оказываемой им помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Женщины имеют возможность обсуждать с сотрудниками любые вопросы, касающиеся их здоровья, оказываемой помощи и т.д. 	
<p>ЕДА И ПИТЬЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Женщины могут пить во время родов. Медработники информируют их, что изотонические напитки могут быть полезнее простой воды <input type="checkbox"/> Пациентки могут принимать легкую пищу во время схваток, если не используются опиоиды для обезболивания, и нет осложнений, повышающих риск проведения общей анестезии <input type="checkbox"/> Средства, понижающие кислотность (антациды) рутинно для профилактики аспирации желудочным содержимым во время нормальных родов не назначаются 	
<p>2.4 Профилактика инфекций</p>	<p>Оценка:</p>
<p>ЧИСТЫЕ РОДЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Персонал всегда моет руки перед родами, осмотром и т.д. <input type="checkbox"/> Во время рождения ребенка используются стерильные перчатки <input type="checkbox"/> Используются стерильные инструменты <input type="checkbox"/> Персонал использует перчатки при утилизации отходов 	<p>Комментарии</p>
<p>НЕУМЕСТНЫЕ ПРАКТИКИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Очистительная клизма рутинно не применяется <input type="checkbox"/> Бритье лобка не проводится <input type="checkbox"/> Влагилице в течение родов антисептиками не обрабатывается 	
<p>КОМФОРТНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОГО</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В родовой палате поддерживается соответствующая температура (не ниже 25° С) <input type="checkbox"/> Свободный доступ к туалету и душу, чистым и светлым, находящимся в рабочем состоянии 	
<p>2.5 Поддержка во время родов</p>	<p>Оценка:</p>
<p>ПРИСУТСТВИЕ ПАРТНЕРА</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Как минимум один партнер по выбору женщины находится с ней постоянно в течение родов для оказания поддержки 	<p>Комментарии</p>
<p>КОЛИЧЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Как минимум один штатный сотрудник находится с пациенткой в течение родов <input type="checkbox"/> Если возможно, используется принцип «один-на-один», то есть одна акушерка на одну роженицу 	
<p>КОМПОНЕНТЫ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ СПЕЦИАЛИСТ, ОКАЗЫВАЮЩИЙ ПОМОЩЬ ВО ВРЕМЯ РОДОВ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Находится с пациенткой столько времени сколько возможно 	

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Объясняет течение родового процесса <input type="checkbox"/> Ободряет, обнадеживает, хвалит <input type="checkbox"/> Предлагает и помогает принять удобную позу <input type="checkbox"/> Предлагает и помогает ходить <input type="checkbox"/> Предлагает и помогает принять любую вертикальную позицию <input type="checkbox"/> Работает совместно с партнером/партнерами <input type="checkbox"/> Активно предлагает пациенткам питье и легкую пищу <input type="checkbox"/> Предлагает и помогает, при необходимости, посетить туалет <input type="checkbox"/> Поддерживает чистоту <input type="checkbox"/> Предлагает и применяет теплый или холодный компресс <input type="checkbox"/> Помогает принять душ <input type="checkbox"/> Помогает использовать техники релаксации <input type="checkbox"/> Объясняет техники дыхания <input type="checkbox"/> Предлагает и проводит массаж (если приемлемо) 	
<p>ОБЕЗБОЛИВАНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Пациенткам оказывается поддержка в выборе техник релаксации, дыхания, массажа, акупунктуры, гипноза и других методов немедикаментозного обезболивания <input type="checkbox"/> Рекомендуются прием теплой ванны (если возможно) <input type="checkbox"/> Приветствуется использование музыки по выбору пациентки <input type="checkbox"/> Перед проведением эпидуральной анальгезии, женщина информируется о рисках и преимуществах методики, а также о возможном влиянии на роды <input type="checkbox"/> Есть возможность использования закиси азота для обезболивания родов 	
<p>2.6 Использование партограммы</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Партограмма используется <input type="checkbox"/> Используется партограмма ВОЗ с 4-х часовым интервалом до линии действия <input type="checkbox"/> Имеется в наличии протокол/стандарт/алгоритм по использованию партограммы 	<p>Комментарии</p>
<p>СБОР ДАННЫХ И ИХ АНАЛИЗ</p> <p>Следующие данные своевременно собираются и правильно заносятся на партограмму:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Информация о пациенте <input type="checkbox"/> ЧСС плода <input type="checkbox"/> Конфигурация головки <input type="checkbox"/> Раскрытие шейки матки <input type="checkbox"/> Опускание головки плода <input type="checkbox"/> Время <input type="checkbox"/> Характеристика маточных сокращений <input type="checkbox"/> Окситоцин, другие используемые медикаменты, в том числе в/в инфузии <input type="checkbox"/> АД, температура тела, пульс, частота мочеиспускания <input type="checkbox"/> Дополнительные записи, такие как: состояние роженицы (утомленность, беспокойство и т.п.), еда, напитки, виды не- 	

медикаментозного обезболивания: массаж, душ, ходьба и т.п.	
АНАЛИЗ ПАРТОГРАММЫ	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Информация собирается, записывается и анализируется акушеркой или другим специалистом, оказывающим помощь 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Партограмма находится в родовой палате рядом с кроватью пациентки <input type="checkbox"/> Партограмма используется для принятия решений о вмешательствах во время родов 	
2.7 Помощь во время первого периода родов	Оценка:
ВЫБОР ПОЗИЦИИ	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Пациентки свободно передвигаются и выбирают удобную позицию 	
ВЛАГАЛИЩНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Перед проведением исследования медработники объясняют его цель и берут согласие у пациентки <input type="checkbox"/> Влагалищное исследование не проводится, если пациентка не в родах или не показана индукция <input type="checkbox"/> Дезинфектанты для обработки промежности не применяются (подмывание чистой водой) <input type="checkbox"/> После каждого влагалищного исследования корректируется план родов. Все изменения в плане фиксируются в истории родов 	
АМНИОТОМИЯ	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Рутинно не проводится <input type="checkbox"/> Не рекомендуется в случае нормального прогресса родов и хорошего самочувствия роженицы и плода 	
2.8 Помощь во время второго периода родов	Оценка:
ВЫБОР ПОЗИЦИИ	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Пациентки свободны в выборе позиции для рождения ребенка (кроме позиции «лежа на спине») <input type="checkbox"/> Акушерка и другие медработники физически помогают найти наиболее удобную позицию для деторождения 	
МЕСТО РОДОВ	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Роженица не переводится в специальную палату для родоразрешения. Роды проходят в том же месте, где она находилась в первом периоде родов 	
ПОТУЖНОЙ ПЕРИОД	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Медработники не форсируют начало потуг, ждут спонтанного начала <input type="checkbox"/> Поддерживают роженицу и объясняют ей, что начинать тужиться надо в тот момент, когда она почувствует сильное давление «на низ» <input type="checkbox"/> Продолжительность второго периода начинают считать с момента начала активных потуг 	

<p>ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Продолжительность второго периода не ограничивают (кроме случаев дистресса плода) □ В случае если первородящая не родила в течение 2-х часов (3-х часов на фоне эпидуральной анальгезии) на консультацию вызывается ответственный дежурный врач/старший ординатор □ В случае если повторнородящая не родила в течение 1-го часа (2-х часов на фоне эпидуральной анальгезии) на консультацию вызывается ответственный дежурный врач/старший ординатор 	
<p>ПРИЕМ КРИСТЕЛЛЕРА И ДАВЛЕНИЕ НА МАТКУ</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Любое давление на живот во время рождения ребенка исключается 	
<p>ЗАЩИТА ПРОМЕЖНОСТИ – ПРИЕМ РИТГЕНА – «БЕЗ РУК»</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Во время спонтанных родов используются две вспомогательные техники: «руки на» - защита промежности и контроль разгибания головки и «руки наготове» - руки не касаются промежности и головки плода, но акушерка готова вмешаться в любой момент 	
<p>ЭПИЗИОТОМИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Рутинно не проводится. Показания: дистресс плода и наложение акушерских щипцов □ Перед проведением эпизиотомии проводится местная анестезия □ Предпочтение отдается медиолатеральной эпизиотомии □ Имеется приказ/руководство, ограничивающий рутинное проведение эпизиотомии 	
<p>2.9 Ведение третьего периода родов</p>	<p>Оценка:</p>
<p>ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Считается затянувшимся в случае: <ul style="list-style-type: none"> ○ Если плацента не родилась в течение 30 минут после рождения ребенка при активном ведении 3-го периода ○ Если плацента не родилась в течение 60 минут при физиологическом ведении 3-го периода родов 	<p>Комментарии</p>
<p>КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Пациентка информируется о сравнительных рисках и преимуществах физиологического и активного методов ведения третьего периода, женщина вовлекается в процесс принятия решения □ Активное ведение третьего периода проводится рутинно, кроме случаев отказа пациентки 	
<p>АКТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ 3-ГО ПЕРИОДА</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Вводится окситоцин 10 МЕ после рождения переднего плечика или в течение 1-й минуты после рождения ребенка □ Контролируемая тракция за пуповину рутинно не проводится □ Массаж матки рутинно не проводится 	

<ul style="list-style-type: none"> □ Контролируемая тракция за пуповину и массаж матки проводится только подготовленным персоналом в отдельных случаях 	
<p>ДРУГИЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> □ После рождения плаценты акушерка/медработник, принявший роды контролирует дно матки и степень ее сокращения □ О любых отклонениях от нормального течения 3-го периода родов немедленно информируется врач, информация заносится в историю родов □ Согласованы методики оценки объема кровопотери, Точно выполняются персоналом □ Медработники правильно исследуют плаценту и оболочки 	
<p>2.10 Ранний послеродовой период</p>	<p>Оценка:</p>
<p>ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО И ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОНТАКТА МАТЬ-НОВОРОЖДЕННЫЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Рекомендуется контакт «кожа-К-коже» как можно быстрее после рождения □ Новорожденному сразу после рождения обеспечивается контакт кожа-к-коже с матерью и обсушивание в течение первых 30 секунд □ В течение первой минуты без прерывания контакта с матерью оценивается гестационный возраст новорожденного, его дыхание, тонус, рефлексы, наличие пороков развития □ Зажим на пуповину накладывается к концу первой минуты (или позже) в случае отсутствия показаний к срочному пережатию пуповины □ Осмотр шейки матки после родов рутинно не проводится □ Мама и новорожденный не разлучаются для проведения рутинных процедур (взвешивание, обмывание, одевание) в течение минимум одного часа <p>НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ</p> <ul style="list-style-type: none"> □ В случае отсутствия кровотечения небольшие ссадины и разрывы не ушиваются □ Наложение швов при ушивании разрывов и эпизиотомных ран проводится под местной анестезией □ Для восстановления промежности используется непрерывный, с минимумом узлов шов □ В качестве шовного материала используются синтетические рассасывающиеся нити. Кетгут для восстановления промежности не используется □ Для обезболивания в послеродовом периоде применяются нестероидные противовоспалительные препараты 	<p>Комментарии</p>
<p>ПОСЛЕРОДОВЫЙ УХОД</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Медработники поощряют и, если необходимо, помогают осуществить первое прикладывание к груди в случае, если имеются признаки готовности новорожденного □ Родильница может принимать пищу в любое время по ее желанию, медработники предлагают еду пациенткам 	

- В первые 2-6 часов после родов мать и новорожденный наблюдаются в помещении, где может быть обеспечен качественный мониторинг их состояния
- Осмотр проводится чаще в первые часы, и регулярно в последующие с обязательной фиксацией основных показателей в истории родов и новорожденного
- Наблюдение за состоянием матери включает контроль следующих параметров:
 - Жизненно важные функции
 - Пальпация матки
 - Оценка кровопотери
 - Частота мочеиспускания в первые 6 часов и регулярно в дальнейшем
 - Осмотр промежности при наличии швов
 - Осмотр молочных желез
 - Жалобы

ДЕЗИНФЕКЦИЯ

- Влагилице после родов антисептиками рутинно не обрабатывается
- Дезинфектанты на промежность не накладываются

НЕНУЖНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ

- Пузырь со льдом для профилактики послеродового кровотечения не используется
- Рутинная катетеризация мочевого пузыря не проводится

ВЫПИСКА ПОСЛЕ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ

- В случае если амбулаторная система послеродового ухода существует и надежно функционирует, выписка возможна не ранее чем через 18 часов после родов, при этом пациентка должна чувствовать себя готовой к выписке
- В других случаях решение о продолжительности пребывания в стационаре решается индивидуально
- Информация, которая предоставляется женщине перед выпиской, содержит следующие обязательные элементы:
 - «Опасные» симптомы осложнений со стороны матери и новорожденного, при появлении которых необходимо срочно обратиться за медицинской помощью
 - Советы по грудному вскармливанию и признаки достаточного кол-ва молока
 - Гигиена женщины и новорожденного
 - Гигиена промежности и физические упражнения (специальная гимнастика)
 - Здоровое питание
 - Обезболивание
 - Физические нагрузки
 - Вопросы, касающиеся возвращения на работу
 - Планирование семьи
 - Психологические особенности послеродового периода

2.11 Наблюдение за состоянием плода во время родов	Оценка:
<input type="checkbox"/> Имеется специальная форма наблюдения за состоянием плода во время родов	Комментарии
КАЧЕСТВО МОНИТОРИНГА <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется руководство, описывающее порядок проведения периодической аускультации <input type="checkbox"/> Имеется руководство, описывающее показания и порядок проведения КТГ, которое известно персоналу и используется на практике <input type="checkbox"/> С/б плода выслушивается регулярно <input type="checkbox"/> Продолжительная (или постоянная) КТГ используется только при осложненных беременностях и родах <input type="checkbox"/> Местный протокол/алгоритм, описывающий порядок использования КТГ, основан на доказательствах 	
ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АУСКУЛЬТАЦИИ ЧСС ПЛОДА <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> С/б выслушивается в течение 60 сек после схватки: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Как минимум каждые 15-20 минут в первом периоде родов <input type="radio"/> Как минимум каждые 5 мин или после каждой схватки в течение второго периода родов (стадия активных потуг) 	
ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ АКУШЕРОК <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Акушерки достаточно подготовлены, чтобы правильно оценивать маточную активность и сердечную деятельность плода <input type="checkbox"/> При проведении аускультации с/б плода одновременно контролируется пульс роженицы 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> При выявлении отклонений акушерка консультируется с дежурным врачом/старшим ординатором <input type="checkbox"/> В случае нарушений с/б плода, начинает запись КТГ (если возможно) 	
ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ КТГ (кроме осложнений беременности и родов) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> При ЧСС >160 уд/мин или <110 уд/мин; <input type="checkbox"/> Наличие любых децелераций; <input type="checkbox"/> Повышенный риск осложнений (наличие мекония в водах, начало инфузии окситоцина) 	
ИСПРАВНОСТЬ АППАРАТА КТГ И КАЧЕСТВО ЗАПИСИ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Аппарат/аппараты КТГ исправны <input type="checkbox"/> Дата и время записи установлены правильно <input type="checkbox"/> Установки скорости записи, параметры ЧСС стандартные <input type="checkbox"/> Качество записи хорошее <input type="checkbox"/> Во время записи пациентка не лежит на спине <input type="checkbox"/> Маточная активность регистрируется одновременно с записью ЧСС плода, базальный уровень силы сокращений матки адекватный 	

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАПИСИ НА БЛАНКЕ КТГ

- Ф.И.О. пациентки, дата и время записи
- Метод родоразрешения
- Запись КТГ хранится вместе с историей родов
- Любое осложнение родов, которое может повлиять на ЧСС плода, фиксируется

АНАЛИЗ КТГ

- Медработники правильно оценивают данные КТГ, знают определение реактивного и ареактивного тестов, нормальной, подозрительной и патологической КТГ, в соответствии с имеющимися в учреждении руководствами по анализу КТГ
- В случае необходимости медработники заносят результаты анализа КТГ с оценкой основных параметров в историю родов
- Пометки анализа делаются непосредственно на бланке КТГ или в истории родов

ДЕЙСТВИЯ

- При наличии не обнадеживающей/патологической КТГ начинают работу по специальному алгоритму, разработанному в учреждении
- Вспомогательные тесты для уточнения состояния плода доступны и используются в случае патологической КТГ (взятие пробы крови плода из подлежащей части, электрокардиография плода (ЭКГ) с оценкой ST-интервала, вибростимуляция головки/акустическая стимуляция плода)
- В случае подтверждения патологического состояния плода проведение экстренного родоразрешения путем кесарева сечения или оперативных вагинальных родов возможно в течение ближайших 30 минут после постановки диагноза

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 2. НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	ОЦЕНКА
2.1 Общие принципы организации помощи	
2.2 Помощь при поступлении в стационар	
2.3 Условия в родовой палате	
2.4 Профилактика инфекций	
2.5 Поддержка во время родов	
2.6 Использование партограммы	
2.7 Помощь во время первого периода родов	
2.8 Помощь во время второго периода родов	
2.9 Ведение третьего периода родов	
2.10 Ранний послеродовый период	
2.11 Наблюдение за состоянием плода во время родов	

ИТОГО**ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ 2 НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ****ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ОСНОВНЫЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

КОММЕНТАРИИ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Использованная литература

1. World Health Organization. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Department of Reproductive Health and Research, Geneva 2006. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/924159084x/en/index.html (accessed 4 January 2014)
2. World Health Organization. Care in Normal Birth: A practical guide. Department of Reproductive Health and Research, Geneva 1996. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/index.html (accessed 4 January 2014)
3. Walsh D. Evidence-based Care for Normal Labour and Birth A guide for midwives. Routledge 2007 - Available at: <http://www.routledge.com/books/details/9780415418904/> (accessed 4 January 2014).
4. D. Patterson, M. Winslow and C. D. Matus. Spontaneous Vaginal Delivery. American Family Physician. 2008;78(3):336-341, 343-344. Available at <http://www.aafp.org/afp/2008/0801/p336.pdf> (accessed 4 January 2014)
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Interpartum Care: care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. CG55 corrected June 2008. Available at <http://guidance.nice.org.uk/CG55/Guidance/pdf/English> (accessed 4 January 2014)
6. Halpern, S. Society of Obstetricians and Gynaecologists (SOGC) Joint Policy Statement on Normal Childbirth. J Obstet Gynaecol Can. 2008;30(12):1163–116. Available at <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/qui221PS0812.pdf> (accessed 4 January 2014)
7. Northampton General Hospital. Intrapartum Care Pathway for Low Risk Women. Directorate of Obstetrics & Gynaecology. 2011. Available at <http://www.northamptongeneral.nhs.uk/Downloads/FOI/Disclosures/November2011/298/Intrapartumcarepathway.pdf> (accessed 4 January 2014)
8. International Federation of Obstetrics and Gynecology. FIGO Guidelines: Management of the second stage of labor. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee (SMNH). International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2012;119.2: 111-116. Available at <http://www.figo.org/files/figo-corp/FIGO%20second%20stage.pdf> (accessed 4 January 2014)
9. Gli Standard per la Valutazione dei Punti Nascita AGENAS. 2012. Available at <http://www.ondaosservatorio.it/allegati/Newsdocumenti/articoli%20vari/Manuale%20Punti%20Nascita.pdf> (accessed 4 January 2014).
10. Queensland Health Authority. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Normal birth. 2012. Available at http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g_normbirth.pdf (accessed 4 January 2014)
11. World Health Organization. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva 2012. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf (accessed 4 January 2014)

3. Кесарево сечение

Цель: оценить практику оказания помощи во время кесарева сечения и в послеоперационном периоде

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Изучение документации:** Приказы, политика, руководства, протоколы; журналы учета: частота родоразрешения путем кесарева сечения – обратите внимание на качество заполнения журналов; истории родов: проанализируйте не менее 15-ти историй родов, отобранных методом случайной выборки за последние 1-3 месяца
- **Наблюдение:** визуальная оценка повседневной практики ухода во время родоразрешения путем кесарева сечения, наличия и использования оборудования в родовом блоке, операционной, послеоперационной палате, послеродовом отделении. Наблюдение - приоритетный метод получения информации, поэтому выделите на это достаточно времени. Обязательно попросите у пациентки разрешения присутствовать во время операции и в течение послеоперационного периода, наблюдайте «со стороны», не вмешиваясь.
- **Опрос** пациентов и медицинских сотрудников
- **Неформальное общение** с пациентами и медработниками – дополнительный источник информации

3.1 Готовность к проведению экстренного кесарева сечения	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется протокол, описывающий действия персонала при подготовке и проведении экстренного КС <input type="checkbox"/> Экстренное КС может быть проведено менее чем за 30 минут после принятия решения, для этого: <ul style="list-style-type: none"> ○ Операционная всегда готова к проведению экстренного КС (электричество, оборудование, набор инструментов и т.д.) ○ Персонал операционной доступен круглосуточно и немедленно ○ Анестезиолог доступен круглосуточно и немедленно ○ Хирург/хирурги доступны круглосуточно и немедленно ○ Лаборатория (анализы крови) доступна круглосуточно и немедленно ○ Препараты крови доступны в случае необходимости ○ Кровь/препараты крови I(0)-й группы всегда в наличии в учреждении 	Комментарии
3.2 Проведение КС по строгим показаниям	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Плановое КС рутинно не проводится при неосложненной беременности двойней (кроме случаев неголовного предлежания первого плода) <input type="checkbox"/> КС не предлагается рутинно всем женщинам с рубцом на матке после КС <input type="checkbox"/> КС не предлагается рутинно при преждевременных родах <input type="checkbox"/> КС не предлагается рутинно при родах маловесным плодом (с малым весом для гестационного срока) <input type="checkbox"/> При предлежании плаценты КС выполняется только в случае если плацента полностью или частично перекрывает внутренний зев <input type="checkbox"/> КС не предлагается рутинно при наличии вирусных инфекций 	Комментарии

<p>у матери, исключая случаи первичного заражения герпесом в 3-м триместре</p> <ul style="list-style-type: none"> □ КС не предлагается ВИЧ-позитивным пациенткам для профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в следующих случаях: <ul style="list-style-type: none"> ○ Женщины получали ВААРТ с уровнем вирусной нагрузки перед родами менее 400 копий/мл ИЛИ ○ Женщины получали любую АРВ-терапию с вирусной нагрузкой перед родами менее 50 копий/мл □ КС по желанию женщины проводится только при особых обстоятельствах <ul style="list-style-type: none"> ○ При наличии просьбы женщины о родоразрешении путем КС, с ней обсуждаются все риски и преимущества вагинальных родов в сравнении с КС, результаты дискуссии фиксируются в истории родов (или другом документе пациента). К обсуждению могут быть привлечены все члены операционной бригады (врачи-акушеры, акушерки, анестезиологи, неонатологи) ○ В случае если пациентка продолжает настаивать на проведении КС без клинических показаний, ей предоставляется возможность повторного обсуждения с другим специалистом ○ Пациенткам, высказывающим опасения по поводу предстоящих вагинальных родов, предоставляется консультация психолога/психотерапевта ○ В случае если после проведенного психологического консультирования мнение пациентки не изменилось, она отправляется к другому специалисту-акушеру или проводится КС 	
<p>3.3 Внедрение политики по снижению частоты КС</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Пациенткам с рубцом на матке после предыдущего КС рекомендуются роды через естественные родовые пути (при отсутствии противопоказаний) с обязательным оформлением информированного согласия □ Всем пациенткам с диагностированным тазовым предлежанием предлагается наружный поворот □ Во время родов роженице обеспечивается продолжительная поддержка □ Во время неосложненных родов предлагается питье и легкая пища □ Активно предлагается ходьба и свободный выбор позиции □ Предлагается индукция родов в сроке 41 нед + □ Используется партограмма с 4-х часовой линией действия □ Решение о проведении КС принимается совместно со старшим ординатором - акушером-гинекологом/ответственным дежурным врачом □ Имеется возможность проведения дополнительных тестов при патологической КТГ, снижающих частоту КС (определение рН крови из предлежащей части, ЭКГ плода с анализом ST и др.) 	<p>Комментарии</p>

3.4 Соответствие стандартов проведения КС международным	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Плановое КС проводится после 39 нед беременности <input type="checkbox"/> Во всех случаях оформляется информированное согласие <input type="checkbox"/> У всех пациенток до проведения операции определяется уровень гемоглобина <input type="checkbox"/> КС с высоким риском осложнений (антенатальное кровотечение, разрыв матки, предлежание плаценты) проводится в учреждениях с возможностью проведения трансфузии крови/препаратов крови <input type="checkbox"/> Анализы на свертываемость и коагулограмма рутинно не проводятся <input type="checkbox"/> Если КС проводится под эпидуральной/спинальной анестезией устанавливается мочевого катетер <input type="checkbox"/> Региональная анестезия предлагается в качестве первого выбора для обезболивания КС <input type="checkbox"/> Перед эпидуральной /спинальной анестезии проводится инфузия растворов (кристаллоиды, коллоиды) и в/в введение эфедрина или фенилэфрина <input type="checkbox"/> Операционный стол наклонен на 15° до момента рождения ребенка <input type="checkbox"/> Обеспечивается контакт «кожа-К-коже» немедленно (в течение 5 мин) или после стабилизации состояния матери или новорожденного продолжительностью не менее 60 мин при отсутствии противопоказаний. Если невозможно обеспечить контакт «кожа-К-коже» с матерью, его проводят с ближайшим родственником <input type="checkbox"/> В случае если мать и новорожденный разделены, пациентка регулярно информируется о его состоянии 	Комментарии
3.5 Соответствие техники проведения КС международным рекомендациям	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Рутинно используется поперечный разрез кожи <input type="checkbox"/> Края раны на матке разводятся тупым методом <input type="checkbox"/> Щипцы используются только при возникших трудностях с рождением головки <input type="checkbox"/> Окситоцин вводится в/в перед рождением плаценты <input type="checkbox"/> Рождение плаценты проводится путем контролируемой тракции за пуповину (не используется ручное отделение последа) <input type="checkbox"/> Швы на висцеральную и париетальную брюшину не накладываются <input type="checkbox"/> На подкожную клетчатку швы накладываются в случае ее толщины > 2 см <input type="checkbox"/> Дренирование раны рутинно не проводится <input type="checkbox"/> Антибиотикопрофилактика назначается до операции (от 60 до 30 мин до ее начала) или после пережатия пуповины 	Комментарии
3.6 Соответствие стандартов оказания помощи в послеоперационном периоде международным стандартам	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> После КС соответствующим образом подготовленный персонал наблюдает за пациенткой до полного восстановления ды- 	Комментарии

<p>хания, сердечной деятельности и сознания</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Система подачи кислорода, отсос и набор для реанимации подготовлены и находятся в рабочем состоянии □ После восстановления сознания жизненно важные показатели (ЧДД, пульс, АД, уровень седации) контролируются каждые 30 минут в течение первых 2-х часов, и ежечасно в дальнейшем при стабильном состоянии □ Медсестры используют адекватные алгоритмы послеоперационного обезболивания □ Врачи-хирурги документируют данные о проведенной операции, необходимом мониторинге и лечении □ Персонал операционного отделения лично передает пациентку персоналу послеоперационной палаты/отделения □ В случае если послеоперационный период протекает без осложнений, пациенткам разрешают есть и пить сразу как только они почувствуют голод или жажду □ В случае осложнений, не позволяющих пациенткам есть и пить самостоятельно, назначается в/в инфузия в течение 6-ти часов □ После региональной анестезии мочевого катетер удаляется сразу после того как полностью возвращается мобильность, но не раньше чем через 12 часов после последней дополнительной дозы анестетика □ Имеется протокол тромбопрофилактики после КС 	
<p>3.7 Организация помощи в послеоперационном периоде после 24 часов</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Пациентки имеют возможность обсуждения с врачом любых вопросов об операции, в том числе: показания, возможного влияния на состояние ребенка, последующие беременности, собственное здоровье □ Женщинам, у которых послеоперационный период протекает без осложнений (нет лихорадки) предлагается ранняя выписка с организацией наблюдения на дому □ Пациенткам рекомендуют и назначают пероральные обезболивающие средства □ Регулярно измеряется температура тела □ Послеоперационная рана регулярно осматривается на наличие инфекции, расхождение швов □ Женщинам рекомендуется носить комфортную одежду, объясняют, как ухаживать за раной для обеспечения сухости и чистоты □ Женщины информируются о том, когда примерно они смогут возобновить такие виды деятельности, как: вождение автомобиля, работа по хозяйству, поднятие тяжестей, физические упражнения, половая жизнь □ К моменту выписки из стационара пациентка информируется об опасных симптомах: повышение температуры, патологические выделения из половых путей, нарушение мочеиспускания, проблемы с дыханием, признаки тромбоза глубоких вен ног □ На руки пациентке выдается подробная выписка 	<p>Комментарии</p>

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 3. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ	Оценка
3.1 Готовность к проведению экстренного КС	
3.2 Проведение КС по строгим показаниям	
3.3 Внедрение политики по снижению частоты КС	
3.4 Соответствие стандартов проведения КС международным	
3.5 Соответствие техники проведения КС международным рекомендациям	
3.6 Соответствие стандартов оказания помощи в послеоперационном периоде международным	
3.7 Организация помощи в послеоперационном периоде после 24-х часов	

ИТОГО**ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ 3 КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

<p>ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.
<p>ОСНОВНЫЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.
<p>КОММЕНТАРИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.

Использованная литература

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE clinical guideline: Caesarean section. 2011. Available at <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13620/57162/57162.pdf>. (accessed 4 January 2014)
2. Goonewardene M. Methods of delivering the placenta at caesarean section: RHL commentary The WHO Reproductive Health Library, World Health Organization, Geneva 2009. Available at http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004737_goonewardene_com/en/index.html (accessed 4 January 2014)
3. Abalos E. Alternative techniques and materials for caesarean section: RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library, World Health Organization, Geneva (2009). Available at http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_abalose_com/en/index.html (accessed 4 January 2014)
4. Caesarean section evidence-based surgical technique. WHO Reproductive health library video – Available at: <http://www.youtube.com/watch?v=nzGvLtp9UEw&feature=share&list=PL68EE6D503647EA2F> (accessed 4 January 2014)

4. Медицинская помощь при акушерских осложнениях

Цель: Оценить практику оказания помощи женщинам при возникновении акушерских осложнений

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Изучение документации:** Приказы, политика, руководства, протоколы; журналы учета: частота осложнений и исходы – обратите внимание на качество заполнения журналов; истории родов: проанализируйте не менее 25 историй родов с акушерскими осложнениями, отобранных методом случайной выборки за последние 1-3 месяца
- **Наблюдение:** визуальная оценка повседневной практики ухода во время родоразрешения, наличия и использования оборудования в родовом и операционном блоке, палате интенсивной терапии/реанимационном отделении, послеродовом отделении. Наблюдение - приоритетный метод получения информации, поэтому выделите на это достаточно времени. Обязательно попросите у пациентки разрешения присутствовать во время родов, в течение послеродового периода, анализировать ее медицинские документы, наблюдайте за процессом оказания помощи «со стороны», не вмешиваясь (кроме особых случаев, когда может понадобиться ваша помощь)
- **Опрос** пациентов и сотрудников
- **Неформальное общение** с пациентами и медработниками – дополнительный источник информации

4.1 Готовность к оказанию помощи при возникновении акушерских осложнений

4.1.1 Структура учреждения и организация работы по оказанию помощи в экстренных ситуациях соответствует международным стандартам	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется отделение/палата для консультации больных женщин/новорожденных <input type="checkbox"/> Зона для приема больных пациентов отделена от отделения, где осуществляется прием здоровых амбулаторных пациентов <input type="checkbox"/> Палата/отделение экстренной помощи полностью укомплектовано оборудованием для оказания помощи женщинам и новорожденным <input type="checkbox"/> Палата/отделение экстренной помощи легкодоступна (отсутствуют какие-либо физические барьеры) <input type="checkbox"/> Имеется возможность быстрой транспортировки пациентов из приемного покоя в родильное отделение/операционную 	Комментарии
4.1.2 Система сортировки пациентов в зависимости от тяжести состояния	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Оценка тяжести состояния проводится немедленно после поступления <input type="checkbox"/> Женщины не ожидают регистрации, оплаты, очереди до первого осмотра и начала помощи 	Комментарии
4.1.3 Подготовленность персонала к оказанию экстренной помощи	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Сортировку пациентов проводит квалифицированный специалист <input type="checkbox"/> Персонал, отвечающий за проведение сортировки, адекватен 	Комментарии

<p>ватно обучен и знает критерии сортировки</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Медработники доступны круглосуточно и имеют навыки оказания помощи в экстренных ситуациях □ В учреждении осуществляется процесс непрерывного образования □ Регулярно проводятся практические тренинги по оказанию экстренной помощи 	
<p>4.1.4 Наличие необходимого оборудования, медикаментов и расходных материалов в полном объеме в местах оказания экстренной помощи</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Отделения экстренной помощи оборудовано надлежащим способом □ Доступны основные клинические тесты (уровень сахара, гемоглобин и гематокрит, тест-полоски на протеинурию). Результаты анализов становятся известными без задержек □ Имеются в достаточном кол-ве основные медикаменты для оказания экстренной помощи (противосудорожные препараты, р-р глюкозы, инфузионные р-ры и т.д.) □ Все препараты для оказания экстренной помощи бесплатны для семьи □ Имеются в достаточном кол-ве расходные материалы (шприцы и иглы, назогастральные зонды, саморасправляющиеся дыхательные мешки – мешки AMBU – с масками разных размеров, небулайзеры и прокладки) □ Медикаменты, расходные материалы, оборудование легкодоступны в случае необходимости □ Имеется медицинская тележка/тележки с наборами для экстренной помощи для женщин и новорожденных □ В учреждении имеются запасы крови/препаратов крови 	<p>Комментарии</p>
<p>4.1.5 Надлежащая организация оказания экстренной помощи</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ При переводе из учреждений первичного уровня пациентки имеют сопроводительные документы, выписки □ Имеются листы наблюдения □ При оказании экстренной помощи используется командный подход (каждый медицинский работник, участвующий в оказании помощи, точно знает и понимает свои функции) □ Диагностика и алгоритм оказания помощи соответствуют международным стандартам □ Имеются протоколы/алгоритмы оказания экстренной помощи, памятки для персонала (буклеты и настенные схемы) □ При выписке или переводе в другое учреждение выдаются подробные выписки пациентке или ее родственникам, или сопровождающей медицинской бригаде 	<p>Комментарии</p>

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 4.1 ГОТОВНОСТЬ К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка
4.1.1 Структура учреждения и организация работы по оказанию помощи в экстренных ситуациях соответствует международным стандартам	
4.1.2 Внедрение системы сортировки пациентов при поступлении	
4.1.3 Готовность персонала к оказанию экстренной помощи	
4.1.4 Наличие оборудования, медикаментов и расходных материалов в полном объеме в местах оказания экстренной помощи	
4.1.5 Надлежащая организация оказания экстренной помощи	

ИТОГО

4.2 Послеродовое кровотечение (ППК)

4.2.1 Готовность учреждения к оказанию помощи при массивном ППК	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется разработанный в учреждении протокол профилактики и помощи при ППК <input type="checkbox"/> Имеется местное руководство/приказ по переводу женщины на более высокий уровень оказания помощи <input type="checkbox"/> Имеется письменный протокол сбора ответственного персонала в случае ППК: старшего ординатора, старшей акушерки, анестезиолога, гематолога, ответственного за переливание крови и т.д. <input type="checkbox"/> Симуляционные тренинги включены в программы до- и последипломного образования и регулярно проводятся в условиях стационара <input type="checkbox"/> Оборудование, медикаменты и расходные материалы, в необходимом кол-ве, доступны и готовы к использованию <input type="checkbox"/> Имеется круглосуточный доступ к банку крови, препараты крови могут быть доставлены без задержки <input type="checkbox"/> Операционная и подготовленный персонал круглосуточно готовы для проведения гистерэктомии и других хирургических вмешательств 	Комментарии
4.2.2 Ранняя диагностика	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В послеродовом периоде объем кровопотери и клинические параметры состояния женщины строго контролируются <input type="checkbox"/> Регулярно контролируется тонус матки 	Комментарии
4.2.3 Помощь при ППК соответствует международным стандартам	Оценка:
<p>АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Позвать на помощь 	Комментарии

<ul style="list-style-type: none"> □ Оценить дыхание, проходимость дыхательных путей, циркуляцию крови □ Катетеризация одной или двух периферических вен катетерами большого размера (14-16 G) □ Взять кровь для расширенного ОАК, определения группы, резус-фактора, коагулограмма, совместимость □ Начать инфузию растворов немедленно (быстрое введение теплых растворов) □ Дать кислород через маску со скоростью 10-15 л/мин □ Согреть пациентку □ Контроль АД, пульса, ЧДД, сатурации кислорода и диуреза (катетеризация мочевого пузыря) □ Контроль тонуса матки, проверка целостности плаценты, признаков разрыва матки, травмы мягких тканей родовых путей □ Учитываются нарушения коагуляции и другие (не акушерские) причины кровотечения 	
<p>4.2.4 Начальные реанимационные мероприятия соответствуют международным стандартам</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Кристаллоиды вводятся в соотношении к объему предполагаемой кровопотери как 3 к 1 □ Инфузия теплых растворов проводится так быстро как возможно – максимум 3.5 л до поступления совместимой крови/препаратов крови □ Использование кристаллоидов для начальной инфузии предпочтительнее коллоидов □ Если объем кровопотери >1000 мл и кровотечение продолжается, готовится эрмасса к трансфузии □ В особых случаях решение о начале трансфузии принимается на основе клинических данных (массивное, продолжающееся кровотечение или клинические признаки тяжелой анемии/гипоксии) без результатов лабораторных тестов □ Трансфузия препаратов крови проводится при показателе гемоглобина <7 г/л и продолжающемся кровотечении □ Трансфузия проводится только в тех случаях, когда польза превышает риски □ Перед началом трансфузии оформляется информированное согласие □ Свежезамороженная плазма (СЗП) (4 дозы на каждые 6 доз эрмассы или 12-15 мл/кг веса, максимальная доза -1 л) переливается только в особых случаях, когда показатели свертывающей системы (коагулограммы - АЧТВ и ПТВ) превышают норму в 1.5 раза или в случае массивного кровотечения до получения результатов анализов □ Тромбоцитарная масса применяется при уровне тромбоцитов < 50x10⁹/л □ Криопреципитат применяется при уровне фибриногена < 1 г/л 	<p>Комментарии</p>
<p>4.2.5 Алгоритм помощи при атонии матки соответствует международным рекомендациям</p>	<p>Оценка:</p>

<ul style="list-style-type: none"> □ Медработники знают и умеют пользоваться временными методами остановки маточного кровотечения (массаж матки, бимануальная компрессия матки, сдавление брюшной аорты) □ В качестве временной меры используется непневматический противошоковый костюм (если есть в наличии) □ Тампонада матки марлевыми салфетками не применяется □ Окситоцин вводится в адекватной дозе - 20-40 МЕ на 500-1000 мл физраствора □ В случае если окситоцин не доступен или отсутствует клинический эффект при его применении, используется эргометрин или комбинация эргометрин-окситоцин в фиксированных дозах или простагландины (включая мизопростол 800 мкг под язык или 1000 мкг ректально) □ Утеротоники второго ряда используются только в случае неэффективности окситоцина (см. выше) □ Транексамовая к-та используется в случае отсутствия эффекта от применения окситоцина и других утеротоников или в случаях, если одной из причин кровотечения является травма (1 г в/в в течение 1 мин; повторная доза 1 г через 30 мин) □ Использование фактора VIIa ограничивается определенными гематологическими показаниями 	Комментарии
<p>4.2.6 Лечение продолжающегося кровотечения соответствует международным рекомендациям</p>	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Вызываются анестезиолог и ответственный за переливание крови □ Для проведения операции приглашаются опытные врачи, имеющие опыт хирургических вмешательств □ Один медработник отслеживает и регистрирует основные показатели (объем кровопотери, параметры жизнедеятельности, лечение, в том числе объем введенных инфузионных р-ров, в дальнейшем препаратов крови и т.п.) □ Один медработник отвечает за заказ, доставку и подготовку препаратов крови к трансфузии □ Один медработник отвечает за проведение трансфузии □ Проводится бимануальная компрессия матки и сдавление брюшной аорты □ Проводится баллонная тампонада матки (в качестве баллона может быть использован презерватив) □ Вводится транексамовая кислота □ В случае если другие мероприятия не имели успеха, предлагается и проводится эмболизация маточных артерий (если имеется техническая возможность) □ Хирургическое лечение начинается с консервативных методов: компрессионные швы, перевязка маточных, яичниковых артерий, внутренней подвздошной артерии □ Гистерэктомия используется в качестве крайнего варианта хирургического лечения □ Выбор и последовательность применения методов лечения зависят от подготовленности персонала 	Комментарии

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 4.2 ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ (ППК)

КЛЮЧЕВЫЕ ПАРКТИКИ	Оценка
4.2.1 Готовность к оказанию помощи при массивном ППК	
4.2.2 Ранняя диагностика	
4.2.3 Помощь при ППК соответствует международным стандартам	
4.2.4 Начальные реанимационные мероприятия соответствуют международным стандартам	
4.2.5 Алгоритм помощи при атонии матки соответствует международным рекомендациям	
4.2.6 Лечение продолжающегося кровотечения соответствует международным рекомендациям	

ИТОГО**4.3 Преэклампсия**

4.3.1 Для профилактики преэклампсии используются методы с доказанной эффективностью	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В регионах с низким уровнем потребления кальция с пищей, рекомендуется дополнительный прием кальция в течение беременности всем женщинам, особенно с высоким риском развития преэклампсии (1.5–2.0 г кальция ежедневно) <input type="checkbox"/> Низкие дозы ацетилсалициловой кислоты рекомендуются всем беременным с высоким риском развития преэклампсии (аспирин, 75 мг ежедневно) <input type="checkbox"/> Рекомендуют начинать прием аспирина до 20 нед беременности <input type="checkbox"/> Постельный режим для улучшения исходов беременности пациенткам с АГ (как с наличием, так и отсутствием протеинурии) не рекомендуется <input type="checkbox"/> Не рекомендуют ограничивать потребление соли <input type="checkbox"/> Не рекомендуют дополнительный прием витамина D <input type="checkbox"/> Витамины С и Е, как по отдельности, так и в комбинации для профилактики ПЭ не назначаются <input type="checkbox"/> Диуретики, особенно из группы тиазидов, для профилактики ПЭ не применяются 	Комментарии
4.3.2 Скрининг и диагностика ПЭ	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Преэклампсия и тяжелая преэклампсия правильно диагностируется (критерии см. в рамке 4.3.2) <input type="checkbox"/> АД измеряется у всех пациенток во время антенатального наблюдения <input type="checkbox"/> Моча на наличие белка тестируется на каждом антенатальном визите <input type="checkbox"/> При поступлении в стационар пациентки с повышенным АД проводится немедленный анализ мочи на протеинурию 	Комментарии

<p>(тест-полоска или другой метод)</p> <ul style="list-style-type: none"> □ У всех беременных с АГ проводится анализ на протеинурию в 24-х часовой (суточной) порции мочи или определяется соотношение протеин/креатинин 	
<p>4.3.3 Организация помощи при преэклампсии и эклампсии соответствует международным стандартам</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Имеется местный протокол ведения тяжелой преэклампсии и эклампсии □ Имеются набор/наборы для экстренной помощи при преэклампсии/эклампсии, персонал подготовлен к оказанию помощи, круглосуточно доступен 	<p>Комментарии</p>
<p>4.3.4 Симптоматическая терапия, наблюдение и диагностика тяжелой преэклампсии соответствует международным стандартам</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ АД измеряется правильно □ При стабильном состоянии пациентки развернутый анализ крови, печеночные и почечные функциональные тесты проводятся три раза в неделю □ Свертывающая система исследуется только в случае тромбоцитопении < 100x10⁶/л □ Строго контролируется баланс выпитой и выделенной жидкости □ Во время родов и в послеродовом периоде (при отсутствии кровотечения) инфузия ограничивается (не более 80 мл/час) □ Рутинно растворы коллоидов для увеличения ОЦК не назначаются □ Состояние плода оценивается с помощью КТГ (если возможно) □ В родах используется длительная/постоянная КТГ (если возможно) 	<p>Комментарии</p>
<p>4.3.5 Антигипертензивная и противосудорожная терапия соответствует международным стандартам</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Пациентки с тяжелой гипертензией во время беременности получают антигипертензивные препараты □ Назначаются надлежащие дозы рекомендуемых препаратов □ Имеются в наличии антигипертензивные препараты для парентерального введения □ Используются следующие антигипертензивные препараты: метилдопа, лабеталол, нифедипин. □ Бета-блокаторы (из-за высокого риска задержки роста плода при приеме в ранние сроки беременности) и диуретики используются по особым показаниям с особой осторожностью. Препараты, влияющие на ренин-ангиотензин систему, не назначаются □ Сульфат магния является препаратом выбора для профилактики (при тяжелой ПЭ) и лечения эклампсии □ Для профилактики и лечения эклампсии используются рекомендуемые полные в/в и в/м схемы терапии сульфатом магния 	<p>Комментарии</p>

<ul style="list-style-type: none"> □ Введение сульфата магния начинается немедленно после постановки диагноза тяжелой преэклампсии/эклампсии и продолжается как минимум в течение 24 часов после родоразрешения или последнего приступа судорог □ При использовании сульфата магния регулярно контролируется диурез, коленные рефлексы пациентки, ЧДД и сатурация кислорода □ Имеется в наличии 10% р-р глюконата кальция – антидот при передозировке сульфата магния □ В случае невозможности проведения в данном учреждении полной схемы лечения сульфатом магния, пациентке вводится нагрузочная доза, и она незамедлительно переводится в учреждение более высокого уровня 	
<p>4.3.6 Решение о сроках и методах родоразрешения принимается в соответствии с международными стандартами</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Рекомендуется индукция родов в случае, когда плод скорее нежизнеспособен и не достигнет жизнеспособности в ближайшие 1-2 недели <ul style="list-style-type: none"> ○ N.B. гестационный срок и жизнеспособность определяется на местном уровне. Необходимо принять во внимание наличие ресурсов, показатели выживаемости новорожденных в зависимости от гестационного возраста и т.д. □ В случае тяжелой преэклампсии и живым плодом при гестационном сроке 34-36 (36+6 дней) нед. может быть выбрана выжидательная тактика, при условии, что есть возможности мониторинга АД, и гипертензия не увеличивает риски полиорганной дисфункции у матери или плода □ При тяжелой преэклампсии и доношенной беременности (> 37 нед) метод выбора - индукция родов □ При умеренной гипертензии или умеренной преэклампсии при доношенной беременности рекомендуется индукция родов □ Решение о методе родоразрешения принимается индивидуально, с учетом таких факторов как: гестационный срок, состояние плода, готовность родовых путей, срочность родоразрешения 	<p>Комментарии</p>
<p>4.3.7 Ведение женщин с диагностированной преэклампсией в послеродовом периоде соответствует международным стандартам</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Состояние матери регулярно контролируется (особенно тщательно при тяжелой преэклампсии или эклампсии) □ Антигипертензивная терапия назначается во всех случаях тяжелой гипертензии □ Пациенткам, получавшим антигипертензивные препараты до родов, продолжают антигипертензивную терапию □ Альфа метилдопа после родов не применяется □ Если пациентки с диагностированной умеренной преэклампсией до родоразрешения не получали антигипертензивную терапию, назначение антигипертензивных препаратов после 	<p>Комментарии</p>

<p>родов может быть рассмотрено с целью снижения риска развития тяжелой гипертензии</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Дозировку антигипертензивных препаратов снижают постепенно □ Пациентки с тяжелой ПЭ или эклампсией находятся в стационаре как минимум 4-ро суток после родов □ При выписке пациентке даются подробные инструкции об опасных симптомах гипертензии □ Следующий осмотр пациенток с преэклампсией планируется через 6 недель после родов, и в случае сохраняющейся гипертензии и протеинурии, назначается дополнительное обследование 	
---	--

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 4.3 ПРЕЭКЛАМПСИЯ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка
4.3.1 Для профилактики преэклампсии используются методы с доказанной эффективностью	
4.3.2 Скрининг и диагностика ПЭ	
4.3.3 Организация помощи при ПЭ и эклампсии соответствует международным стандартам	
4.3.4 Симптоматическая терапия, наблюдение и диагностика тяжелой преэклампсии соответствует международным стандартам	
4.3.5 Антигипертензивная терапия и профилактика/терапия судорог соответствует международным стандартам	
4.3.6 Решение о времени и методе родоразрешения принимается в соответствии с международными рекомендациями	
4.3.7 Ведение женщин с диагностированной ПЭ в послеродовом периоде соответствует международным стандартам	

ИТОГО

Вох 4.3.2 Преэклампсия – критерии для диагностики

Гипертензия

ДАД \geq 90 мм рт ст или САД \geq 140 мм рт ст при двукратном измерении с интервалом 4 часа

Тяжелая гипертензия

ДАД \geq 110 мм рт ст. или САД \geq 160 мм рт ст при двукратном измерении с интервалом 4 часа

Преэклампсия

Гипертензия + протеинурия ($>$ 0.3 г в суточной моче) \pm отеки. Могут быть признаки дисфункции любой системы органов

Тяжелая преэклампсия

Тяжелая гипертензия + протеинурия, ИЛИ

Любая гипертензия + протеинурия + один из следующих симптомов:

- Сильная головная боль
- Нарушения зрения

- Боли в эпигастрии и/или рвота
- Судорожная готовность
- Генерализованные отеки, внезапно появившиеся, быстро нарастающие
- Отек диска зрительного нерва
- Боли при пальпации печени
- Тромбоцитопения $< 100 \times 10^9/\text{л}$
- Патологические результаты печеночных тестов (повышение АЛТ и АСТ > 70 МЕ/л)
- HELLP синдром
- ЗВУР

4.4 Затяжные роды

4.4.1 Оценка прогресса родов и диагностика затяжных родов соответствует международным стандартам	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется протокол оценки прогресса родов и диагностики затяжных родов <input type="checkbox"/> Протокол ведения затяжных родов соответствует международным рекомендациям <input type="checkbox"/> Никакие вмешательства не проводятся, если прогресс родов удовлетворительный и состояние роженицы и плода нормальное <input type="checkbox"/> Для ведения родов используется партограмма с 4-х часовой линией действий <input type="checkbox"/> Диагноз и алгоритм ведения затяжных родов согласовывается между медицинскими работниками, оказывающими помощь <input type="checkbox"/> Начало родов правильно диагностируется: наличие регулярных схваток, приводящих к сглаживанию и раскрытию шейки матки <input type="checkbox"/> Правильно определяется латентная фаза первого периода (наличие чувствительных схваток, изменения в шейке матки, до раскрытия 4 см) <input type="checkbox"/> Правильно выставляется диагноз «Ложные роды» (предвестники, ложные схватки и т.п.) в случае наличия редких схваток и отсутствия изменений в шейке матки в течение 4-х часов наблюдения. В этом случае пациентка выписывается из родового блока после исключения инфекции МВС, разрыва плодных оболочек, оценки состояния плода <input type="checkbox"/> Влагилицное исследование в активную фазу родов проводится как минимум каждые 4-е часа 	Комментарии
4.4.2 Затянувшаяся активная фаза родов	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Затянувшаяся активная фаза правильно диагностируется в соответствии с местным протоколом и международными рекомендациями (раскрытие шейки матки справа от линии действий, скорость раскрытия < 1 см за 1-2 часа, разной силы и продолжительности, шейка плохо обхватывает предлежащую часть): <ul style="list-style-type: none"> ○ В случае если родовая деятельность оценивается как 	Комментарии

<p>адекватная, проводится дифференциальная диагностика между:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Обструктивные роды ○ Клинический узкий таз, неправильное предлежание или вставление головки ○ Помощь при каждом из видов осложнений оказывается в соответствии рекомендациями (алгоритмами, протоколами) <p>□ Во время первого периода родов медицинские работники рекомендуют и помогают выбрать роженице наиболее удобную для нее позицию/позиции, за исключением позиции «лежа на спине»</p> <p>□ В случае затянувшейся активной фазы родов, слабых и неэффективных схватках, при исключении КУТ и обструктивных родов проводится:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Амниотомия при отсутствии противопоказаний ** ○ Через 1-2 часа после амниотомии в случае отсутствия адекватной родовой деятельности начинают инфузию окситоцина ○ Прогресс родов оценивается как минимум через 2 часа хорошей родовой деятельности или через 4 часа после начала инфузии окситоцина ○ Повторная оценка шейки матки проводится через 2-4 часа ○ При отсутствии прогресса роды заканчиваются путем КС <p>□ Ранняя амниотомия для профилактики слабости родовой деятельности не проводится</p> <p>□ Амниотомия по показаниям проводится максимально безопасно и технически правильно:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Используются стерильные перчатки и инструменты ○ ЧСС плода контролируется до и после процедуры ○ Оцениваются околоплодные воды <p>□ ** В регионах с высоким распространением ВИЧ-инфекции и гепатита, рекомендовано сохранение целого плодного пузыря как можно дольше - для снижения риска вертикальной трансмиссии инфекции</p>	
<p>4.4.3 Родоусиление окситоцином</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Имеется местный протокол, соответствующий международным стандартам, описывающий методику применения окситоцина для родоусиления, включая: начальную дозу, скорость инфузии, частоту и величину изменения дозировки, максимально возможные дозировки □ Родоусиление при многоплодной беременности проводится только после тщательной оценки риска разрыва матки, который выше в сравнении с родоусилением одноплодных родов □ Пациентки информируются об усилении и учащении схваток на фоне введения окситоцина и необходимости продолжительного (или постоянного) контроля состояния плода 	<p>Комментарии</p>

<ul style="list-style-type: none"> □ Перед началом инфузии окситоцина проводится амниотомия □ Окситоцин вводится только в/в □ Во время инфузии окситоцина: <ul style="list-style-type: none"> ○ Наблюдение состояния плода проводится путем длительной (постоянной) КТГ, если нет такой возможности - аускультация с/б плода проводится, как минимум, каждые 15 мин ○ Регулярно контролируется АД, пульс, частота и интенсивность схваток ○ Введение окситоцина прекращается, если ЧСС < 100/мин или КТГ определяется как патологическая □ Окситоцин вводится через шприцевой насос или специальный шприц с обратным клапаном: <ul style="list-style-type: none"> ○ Максимальная доза не превышает 32 мЕд/мин ○ Используется минимально эффективная доза (3-4 схватки за 10 мин продолжительностью не менее 40 сек) ○ Доза окситоцина удваивается каждые 30 минут □ При наличии тахисисталии – более 4-5 схваток за 10 минут доза окситоцина адекватно снижается □ При наличии тахисистолии и нарушений ЧСС плода (патологической КТГ) <ul style="list-style-type: none"> ○ Инфузия окситоцина прекращается и начинают острый токолиз ○ Пациентку поворачивают на левый бок 	
---	--

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 4.4 ЗАТЯЖНЫЕ РОДЫ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка
4.4.1 Оценка прогресса родов и диагностика затяжных родов соответствует международным стандартам	
4.4.2 Затянувшаяся активная фаза родов	
4.4.3 Родоусиление окситоцином	

ИТОГО

4.5 Преждевременные роды

4.5.1 Профилактика преждевременных родов проводится согласно международным рекомендациям	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Технологии с недоказанной эффективностью для профилактики ПР не используются <input type="checkbox"/> Женщинам с риском ПР не рекомендуют «Bed rest» и профилактические госпитализации в «критические» сроки <input type="checkbox"/> Не ограничивают сексуальную жизнь в группе беременных высокого риска по развитию ПР <input type="checkbox"/> Бетамиметики per os/сульфат магния/пищевые добавки, содержащие кальций для профилактики ПР не назначаются <input type="checkbox"/> С целью профилактики ПР назначают препараты прогестерона в группе пациенток с ПР в анамнезе или с диагностированным укорочением длины шейки матки по данным УЗИ в сроке < 24 нед. <input type="checkbox"/> Прогестерон не назначается для профилактики ПР у женщин с многоплодной беременностью <input type="checkbox"/> Тесты на наличие фетального фибронектина или бактериального вагиноза, а также домашний мониторинг маточной активности в качестве скрининга не используются 	Комментарии
4.5.2 Применение антибиотиков в случае ПР соответствует международным рекомендациям	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> При дородовом излитии околоплодных вод при недоношенной беременности в случае решения о пролонгации беременности профилактически назначаются антибиотики (эритромицин) на 10 дней <input type="checkbox"/> Для профилактики неонатальной инфекции, вызванной бета-гемолитическим стрептококком, всем пациенткам с момента диагностики ПР назначаются АБ (пенициллин или ампициллин) <input type="checkbox"/> При угрожающих ПР и целом плодном пузыре АБ не назначаются 	Комментарии
4.5.3 Токолиз проводится в соответствии с международными рекомендациями	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Препараты для токолиза используются в правильных дозировках <input type="checkbox"/> В качестве препаратов первого ряда используются нифедипин или атосибан <input type="checkbox"/> Бетамиметики назначаются только при отсутствии противопоказаний <input type="checkbox"/> Нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин) используются строго до гестационного срока 32 нед 	Комментарии

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Сульфат магния в качестве токолитика не применяется <input type="checkbox"/> Токолиз назначается на срок не более 48-ми часов, необходимых для перевода матери или проведения курса кортикостероидов <input type="checkbox"/> Поддерживающая терапия токолитиками после 48 часов не продолжается <input type="checkbox"/> Бетамиметики <i>per os</i> и сульфат магния в качестве поддерживающей терапии не используются 	
<p>4.5.4 Антенатальные кортикостероиды назначаются по схемам, соответствующим международным рекомендациям</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Кортикостероиды назначаются всем пациенткам с диагностированными ПР или ПРПО при гестационном сроке 24-34 (34+6) нед, в случае если роды неизбежны <input type="checkbox"/> Соответствующие кортикостероиды (бетаметазон или дексаметазон) назначаются в рекомендованных дозах <input type="checkbox"/> Назначение кортикостероидов может быть рассмотрено в некоторых случаях в сроке от 23 до 24-х недель <input type="checkbox"/> Повторные курсы кортикостероидов рутинно не назначаются, но введение одной повторной дозы (или двух доз бетаметазона в/м по 12 мг через 24 часа или четырех доз дексаметазона в/м по 6 мг каждые 12 часов) может быть рассмотрено в случае проведения предыдущего курса при гестационном сроке < 26 нед и более чем за 7 суток до настоящего момента 	<p>Комментарии</p>
<p>4.5.5 Назначение сульфата магния с целью нейропротекции плода</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Назначается в случае начавшихся ПР при гестационном сроке 24 - 31+6 нед <input type="checkbox"/> В случае использования сульфата магния введение токолитиков прекращается <input type="checkbox"/> Введение сульфата магния прекращается, если угрозы родов нет или после 24-х часов введения <input type="checkbox"/> Используются рекомендованные дозы <input type="checkbox"/> Состояние матери (признаки передозировки) контролируется в соответствии с протоколом использования сульфата магния при преэклампсии 	<p>Комментарии</p>
<p>4.5.6 Выбор метода родоразрешения при ПР в соответствии с международными рекомендациями</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Возможность родов через естественные родовые пути рассматривается во всех случаях ПР, включая роды детей с очень низкой массой тела <input type="checkbox"/> Эпизиотомия для профилактики травматизма недоношенных детей рутинно не проводится 	<p>Комментарии</p>

ОЦЕНКА ПО РАЗДУЛУ 4.5 ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка
4.5.1 Профилактика ПР проводится согласно международным рекомендациям	
4.5.2 Применение АБ в случае ПР соответствует международным рекомендациям	
4.5.3 Токолиз проводится в соответствии с международными рекомендациями	
4.5.4 Антенатальные кортикостероиды назначаются по схемам, соответствующим международным рекомендациям	
4.5.5 Назначение сульфата магния с целью нейропротекции плода	
4.5.6 Выбор метода родоразрешения при ПР в соответствии с международными рекомендациями	

ИТОГО**4.6 Сепсис**

4.6.1 Используются протоколы профилактики неонатальной инфекции, вызванной стрептококками группы В и лечения клинического хориоамнионита, основанные на доказательствах	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Используется протокол скрининга на инфекцию, вызванную стрептококками группами В, основанный на оценке риска <input type="checkbox"/> Если используется протокол скрининга, всем беременным проводится посев из прямой кишки и влагалища в сроке 35-37 нед <input type="checkbox"/> АБ назначаются всем беременным, имеющим положительный результат высевок, во время родов и при преждевременном излитии околоплодных вод <input type="checkbox"/> Антибактериальные препараты не назначают в случае положительных результатов на В гемолитические стрептококки до начала родов, при отсутствии диагностированной инфекции МВС <input type="checkbox"/> Пациенткам, имеющим в анамнезе случай рождения ребенка с инфекцией, вызванной В-гемолитическим стрептококками, скрининг в третьем триместре не проводится, а АБ назначаются во время родов <input type="checkbox"/> Всем пациенткам, имеющим положительный результат скрининга, немедленно предлагается индукция родов при дородовом излитии околоплодных вод при сроке 37 нед и более <input type="checkbox"/> В ситуациях, при которых скрининг не проводится вообще или результаты скрининга не известны, АБ назначаются во всех случаях ПР, безводном периоде > 18 часов при доношенной беременности, температуре тела $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ ($\geq 100.4^{\circ}\text{F}$) <input type="checkbox"/> Пенициллин (в соответствующих дозировках и кратностью введения) является препаратом выбора для проведения профилактики во время родов; возможная альтернатива – 	Комментарии

<p>ампициллин</p> <ul style="list-style-type: none"> □ В случае аллергии на пенициллины могут быть использованы, с учетом чувствительности: цефазолин, клиндамицин, ванкомицин □ Пациенткам с высоким риском аллергии на пенициллин проводится посев для определения чувствительности к АБ □ При подозрении на хориоамнионит назначаются антибактериальные препараты широкого спектра действия (в том числе на В-стрептококк), и, одновременно, рассматривается возможность проведения индукции родов 	
<p>4.6.2 В учреждении внедрена система ранней диагностики, экспертного консультирования, лечения и перевода при подозрении на сепсис у матери</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Всем медицинским работникам известны симптомы сепсиса у женщин и новорожденных, возможность быстрого, потенциально смертельного развития тяжелого сепсиса и септического шока □ Все обратившиеся в больницу женщины в послеродовом периоде быстро оцениваются клинически, при наличии рвоты и признаков дегидратации госпитализируются □ Медицинские работники для определения источника сепсиса подробно собирают анамнез и проводят клинический осмотр. Фиксируют сведения о недавно перенесенных заболеваниях или контактах с больными, особенно со стрептококковыми инфекциями □ АБ терапия начинается при наличии следующих клинических признаков: болей в животе, лихорадки (температура > 38°C) и тахикардии (пульс > 90 уд/мин) □ При отсутствии возможности лечения пациентки в данном стационаре, имеется возможность срочного перевода на более высокий уровень оказания помощи □ При признаках шока или полиорганной недостаточности срочно вызываются для консультации и лечения специалисты-реаниматологи □ При подозрении на сепсис пациентку консультируют врачи: микробиолог и инфекционист (если возможно) 	<p>Комментарии</p>
<p>4.6.3 Диагностика и мониторинг соответствуют международным стандартам</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Проводится регулярный контроль жизненно важных функций (температура тела, пульс, АД, ЧДД) и их фиксация в листе наблюдения (истории болезни) □ Перед введением первой дозы АБ назначается посев крови. Терапия АБ начинается незамедлительно, не дожидаясь результатов анализа □ Производится забор материала для посева из других возможных очагов инфекции. У всех женщин с фарингитом или тонзиллитом имеются результаты микробиологических анализов посевов из зева □ Рутинно проводятся следующие исследования: полный клинический анализ крови, мочи, электролиты и С-реактивный белок плазмы крови 	<p>Комментарии</p>

<ul style="list-style-type: none"> □ Определение лактата плазмы крови (если возможно) проводится в первые 6 часов после диагностики сепсиса □ Надлежащие исследования (рентгенография, МРТ, КТ и т.п.) проводятся незамедлительно для идентификации источника инфекции 	
4.6.4 Лечение сепсиса соответствует международным рекомендациям	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ После диагностики тяжелого сепсиса лечение АБ начинают в течение ближайшего часа следующими препаратами и дозировками: <ul style="list-style-type: none"> ○ В случае если возбудитель не известен и состояние пациентки не критическое, Ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов + гентамицин 5 мг/кг в/в каждые 24 часа + метронидазол 500 мг в/в мг в/в каждые 8 часов ○ При тяжелом сепсисе комбинации пиперациллин + тазобактам или карбапенем + гентамицин (если доступны) ○ Метициллин-резистентные штаммы стафилококка, могут быть нечувствительны к клиндамицину. В случае, если у пациентки доказано (или высоко подозрение) наличие резистентных штаммов, добавляют гликопептиды, такие как ванкомицин или тейкопланин, до получения результатов анализа на чувствительность ○ При наличии признаков сепсиса нестероидные противовоспалительные препараты для обезболивания не применяются □ Проводится адекватная коррекция гипотензии – начальный объем инфузии – 20 мл/кг + вазопрессоры при необходимости. Цель – поддержание САД выше 65 мм рт ст □ Иммуноглобулины назначаются в/в в случае тяжелой инфекции, вызванной стрептококками и стафилококками, или в случае неэффективности другой терапии □ В послеродовом периоде активно выявляются и saniруют источники инфекции. Манипуляции, такие как: опорожнение матки, вскрытие и дренирование абсцесса молочной железы, послеоперационной раны, малого таза проводятся под прикрытием АБ широкого спектра действия □ Решение о родоразрешении на фоне инфекции принимается с учетом состояния матери и плода или обоих. Сроки и метод родоразрешения обсуждаются с пациенткой, если это возможно □ Если предполагаются ПР, рассматривается необходимость назначения кортикостероидов для профилактики СДР плода 	Комментарии
4.6.5 Внедрение мер инфекционного контроля	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Больная пациентка изолируется в отдельной палате для снижения риска распространения инфекции □ Медработники используют средства индивидуальной защиты, включая одноразовые перчатки и фартуки во время контакта с пациенткой, оборудованием, предметами обста- 	Комментарии

<p>новки</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Раны на коже пациентки и ее помощников закрыты водонепроницаемыми повязками <input type="checkbox"/> При обработке ран, смене повязок при некротизирующем фасциите, вызванном стрептококками группы А, так же как при других процедурах с повышенным риском разбрызгивания биологических жидкостей используют хирургические маски с визором <input type="checkbox"/> Посетителей пациенток, которые находятся в изоляторе, информируют о мерах предосторожности и правилах пользования индивидуальными средствами защиты 	
--	--

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 4.6 СЕПСИС

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка
4.6.1 Использование протоколов по профилактике неонатальной инфекции, вызванной стрептококками группы В, и лечения клинического хориоамнионита, основанных на доказательствах	
4.6.2 Внедрение системы ранней диагностики, экспертного консультирования, лечения и перевода при подозрении на сепсис матери	
4.6.3 Диагностика и мониторинг состояния соответствует международным стандартам	
4.6.4 Лечение сепсиса соответствует международным рекомендациям	
4.6.5 Внедрение мер инфекционного контроля	

ИТОГО

4.7 Малярия

4.7.1 Национальное руководство по диагностике, лечению и профилактике малярии	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В учреждении имеются национальные приказы и руководства по профилактике, диагностике и лечению малярии во время беременности <input type="checkbox"/> Медработники обучены и компетентны в следующих вопросах: оценка риска связанного с малярией во время беременности, профилактическое лечение, использование сеток, пропитанных инсектицидами, диагностика и лечение малярии во время беременности, родов и в послеродовом периоде <input type="checkbox"/> Имеются в наличии антималярийные средства для профилактики и лечения <input type="checkbox"/> Медработники информируют население о мерах по профилактике и лечению малярии <input type="checkbox"/> Все беременные с лихорадкой и/или анемией, у которых подозревается наличие малярии, проходят диагностику и лечение в соответствии с национальными руководствами <input type="checkbox"/> Советы по профилактике малярии даются всем беременным, живущим в регионах или отправляющимся в путешествие в страны с высоким риском заражения малярией 	Комментарии

4.7.2 Диагностика и лечение	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Доступны экспресс-тесты на малярию, имеется возможность микроскопического исследования крови <input type="checkbox"/> Беременные с неосложненным течением малярии направляются в стационар. Беременные с тяжелым течением или осложнениями госпитализируются в ПИТ/реанимационное отделение стационара <input type="checkbox"/> Артезунат в/в – препарат выбора для лечения тяжелой тропической малярии. При его отсутствии назначается хинин в/в <input type="checkbox"/> Хинин и клиндамицин назначаются для лечения неосложненной тропической малярии, вызванной <i>P. falciparum</i> (или комбинации <i>P. falciparum</i> и <i>P. vivax</i>). <input type="checkbox"/> Хлорохин назначается для лечения малярии, вызванной <i>P. vivax</i>, <i>P. ovale</i> или <i>P. malariae</i> <input type="checkbox"/> Примахин во время беременности не используется <input type="checkbox"/> При рвоте препараты per os не назначаются <input type="checkbox"/> При лихорадке назначают жаропонижающие препараты 	Комментарии
4.7.3 Мониторинг, последующее наблюдение и ведение осложнений	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Пациентки с малярией тестируются на анемию с последующим назначением лечения (по показаниям) <input type="checkbox"/> Для своевременного выявления рецидива составляется план дальнейшего наблюдения, который фиксируется в медицинской документации <input type="checkbox"/> Регулярно проверяется уровень сахара крови (гипогликемия может быть более выраженной во время беременности, а также следствием применения хинина) <input type="checkbox"/> Для снижения смертности от отека легких и острого РДС регулярно оценивается давление в яремной вене или ЦВД (цель – поддержание артериального давления < 10 см вод ст) <input type="checkbox"/> В случае развития отека легких, головной конец кровати приподнимается под углом 45°, дается кислород, назначаются диуретики, прекращается инфузия, если возможно, проводится интубация и ИВЛ с положительным давлением в конце выхода/постоянным положительным давлением в случае угрожающей гипоксемии <input type="checkbox"/> Пациенткам с тяжелой анемией трансфузия проводится медленно (преимущественно эрмасса), одновременно назначается фуросемид 20 мг. Трансфузия проводится в учреждении, где это наиболее безопасно <input type="checkbox"/> При развитии гипотензии, в первую очередь, рассматривается возможность присоединения вторичной бактериальной инфекции 	Комментарии
4.7.4 Наблюдение за состоянием плода, ведение родов и послеродового периода	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Проводится регулярная оценка роста плода. При диагностике ЗВУР дальнейшее ведение беременности проводится согласно соответствующему протоколу <input type="checkbox"/> При неосложненной малярии индукция родов не проводится 	Comments

<ul style="list-style-type: none"> □ Перед проведением тромбопрофилактики учитывается риск кровотечения, ее не проводят при признаках тромбоцитопении (уровень тромбоцитов резко снижается или при уровне $< 100 \times 10^{12}$) □ Малярия во время родов – это показания для исследования плаценты, пуповины, крови новорожденного для диагностики врожденной малярии □ Женщины информируются о риске вертикальной трансмиссии, симптомах малярии (лихорадка), и необходимости исследования крови ребенка □ Женщины информируются о риске рецидива болезни, возможности профилактики рецидива и обсуждается план действий при появлении симптомов рецидива □ Всем новорожденным, родившимся у женщин с малярией, развившейся во время беременности, проводят микроскопическое исследование толстой и тонкой капли крови сразу после родов, а затем еженедельно до 28 дней жизни 	
--	--

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 4.7 МАЛЯРИЯ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка
4.7.1 Внедрение национальных руководств и мер по профилактике малярии	
4.7.2 Диагностика и лечение	
4.7.3 Мониторинг, последующее наблюдение и лечение осложнений	
4.7.4 Малярия и наблюдение за состоянием плода, ведение родов и послеродового периода	

ИТОГО

4.8 ВИЧ –ИНФЕКЦИЯ

4.8.1 Диагностика	Оценка:
□ Все беременные проходят скрининг на ВИЧ-инфекцию	Комментарии
4.8.2 Антиретровирусная (АРВ) терапия во время беременности	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ АРВ-терапию рекомендуется всем беременным при уровне CD4 клеток ≤ 350 клеток/мм³, независимо от стадии заболевания <ul style="list-style-type: none"> ○ АРВ-терапия начинается независимо от гестационного срока и продолжается в течение всей беременности, родов и в послеродовом периоде ○ Рекомендуемые комбинации препаратов: Зидовудин + Ламивудин + Невирапин или Зидовудин + Ламивудин + Эфавиренз. ○ Альтернативная комбинация: Тенофовир + Ламивудин (или Эмтрицитабин) + Эфавиренз и Тенофовир + Ламивудин (или Эмтрицитабин) + Невирапин 	Комментарии

4.8.3 Профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции от матери плоду во время беременности, родов и в послеродовом периоде	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Всем беременным с положительным результатом тестирования в момент родов рекомендуется короткий курс зидовудина и невирапина однократно □ Всем беременным с положительным результатом тестирования в момент родов рекомендуется родоразрешение путем планового КС □ В учреждении используется национальное руководство/местные приказы по вскармливанию новорожденных, родившихся у ВИЧ-позитивных матерей □ В странах, где национальные руководства рекомендуют грудное вскармливание ВИЧ-позитивным матерям, получающим АРВ-терапию, медработники советуют ИГВ до 6 месяцев, а затем продолжать кормить грудным молоком минимум до 12 месяцев (+ докорм) □ ВИЧ-позитивным матерям рекомендуют вскармливать младенцев, которые ВИЧ-негативные или их статус неизвестен, официально произведенными и приобретенными искусственными заменителями грудного молока (если их использование возможно и безопасно) 	Комментарии
4.8.4 Последующее наблюдение	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Осуществляется адекватное наблюдение и лечение (если необходимо) ВИЧ-позитивных матерей и их детей 	Комментарии
4.8.5 Профилактика заражения ВИЧ-инфекцией на рабочем месте	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Проводится регулярный скрининг с соблюдением конфиденциальности □ Используются двойные перчатки для любых хирургических процедур (включая наложение швов) □ Имеются в наличии и доступны АРВ-препараты для проведения короткого курса постконтактной профилактики 	Комментарии

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 4.8 ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка
4.8.1 Диагностика	
4.8.2 АРВ-терапия во время беременности	
4.8.3 Профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции от матери плоду во время беременности, родов и в послеродовом периоде	
4.8.4 Последующее наблюдение	
4.8.5 Профилактика заражения ВИЧ-инфекцией на рабочем месте	

ИТОГО

4.9 Использование лекарств с доказанной эффективностью

4.9	Надлежащее использование лекарств	Оценка:
<input type="checkbox"/>	Используются только лекарства с доказанной эффективностью <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 4.9 для оценки используемых лекарств 	Комментарии

ИТОГО

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.9 Перечень часто используемых препаратов без доказанной эффективности

Проанализируйте истории родов/истории новорожденных/иные клинические записи на предмет обоснованности назначения медикаментов, показаний, выбора препарата, дозировок, кратности применения и пути введения. Используйте следующую таблицу для анализа.

Препарат (пример коммерческого наименования)	Показания к применению	Пример использования
Спирт в/в	В качестве токолитика	
Аллилэстренол (ГЕСТАНОН, ГЕСТОРМОН)	Угрожающий выкидыш/угрожающие преждевременные роды	
Амброксола гидрохлорид (МУКОСОЛЬВАН)	Назначается беременным с риском развития ПР для ускорения созревания легких плода	
Атропин	Ускорение раскрытия шейки матки во время родов	
Бетамиметики	Угрожающий выкидыш/угрожающие преждевременные роды	
Кокарбоксилаза	Для быстрого восстановления сил роженицы	
Декстраны 10% (РЕОПОЛИГЛЮКИН)	При кровотечении	
Дибазол (БЕНДАЗОЛ)	Для снижения АД	
Диэтилстилбестрола дипропионат (СИНЭСТРОЛ)	При нагрубании молочных желез	
Дифенгидрамина гидрохлорид (БЕНАДРИЛ, ДИМЕДРОЛ, НИТОЛ)	Противорвотное и седативное	
Дротаверин (НО-ШПА ФОРТЕ)	Спазмолитик и анальгетик	
Дротаверин и метамизол (КВАРЕЛИН)	Для ускорения раскрытия шейки матки во время родов	

Магния сульфат	Токолитик	
Метамизол натрия (ДИПИРОН, АНАЛЬГИН, НОВАЛЬГИН)	Для обезболивания, как жаропонижающее	
Неостигмина метилсульфат (ПРОЗЕРИН)	При задержке месячных	
Папаверин	Для обезболивания, снижения температуры и угрозе преждевременных родов	
Экстракт белка из крови теллят аналогичный ЕРО (АК-ТОВЕГИН)	При умеренной анемии во время беременности, при так называемой фетоплацентарной недостаточности	
Натрия гидроксидбутират	Для профилактики гипоксии в случае преэклампсии	
Витамины	Угрожающий выкидыш/ угрожающие ПР, ЗВУР	
Другие – укажите ниже		

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 4 МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

РАЗДЕЛЫ	Оценка
4.1 Готовность к оказанию экстренной помощи	
4.2 Послеродовое кровотечение (ППК)	
4.3 Преэклампсия	
4.4 Затяжные роды	
4.5 Преждевременные роды (ПР)	
4.6 Сепсис	
4.7 Малярия	
4.8 ВИЧ-инфекция	
4.9 Использование лекарств с доказанной эффективностью	

ИТОГО

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ 4 МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ОСНОВНЫЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

КОММЕНТАРИИ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Использованная литература

1. World Health Organization. WHO Guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneva 2009. Available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf (accessed 4 January 2014)
2. World Health Organization. WHO Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage: Department of Reproductive Health and Research, Geneva 2012. Available at http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/ (accessed 4 January 2014)
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-top Guideline No. 52. 2011. Available at: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GT52PostpartumHaemorrhage0411.pdf> (accessed 4 January 2014)
4. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Department of Reproductive Health and Research, Geneva 2000 reprinted 2007. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/en/index.html (accessed 4 January 2014)
5. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva 2011. Available at http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/en/ (accessed 4 January 2014)
6. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy: full guideline. CG107. NICE 2010. Available at <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance> (accessed 4 January 2014)
7. World Health Organization. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Department of Reproductive Health and Research, Geneva 2006. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/924159084x/en/index.html (accessed 4 January 2014).
8. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva 2007. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/en/index.html (accessed 4 January 2014)
9. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Routine Intrapartum Care in the Absence of Pregnancy Complications. RANZCOG College Statement: C-Obs 31. 2011. Available at <http://www.ranzcog.edu.au/doc/routine-intrapartum-care-no-complications.html> (accessed 4 January 2014)
10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Interpartum Care: care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. CG55 corrected June 2008. Available at <http://guidance.nice.org.uk/CG55/Guidance/pdf/English> (accessed 4 January 2014)
11. International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO). FIGO Guideline: In Brief. Treatment of Post-Partum Haemorrhage with Misoprostol. FIGO 2012. Available at <http://www.figo.org/files/figo-corp/Treatment%20of%20PPH%20with%20Misoprostol%20In%20Brief%202012%200.pdf> (accessed 30 January 2014)
12. Spong C. Y, Berghella V, Wenstrom K. D, Mercer B. M, Saade G. R. Preventing the First Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2012;120:1181-93.

13. Wolomy JJ, Tozin RR, Amniotomy for shortening spontaneous labour: RHL commentary (last revised: 5 January 2009). The WHO Reproductive Health Library; World Health Organization, Geneva 2009. Available at http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/CD006167_Wolomyj_c om/en/index.html (accessed 4 January 2014)
14. Makuch MY. Maternal positions and mobility during first stage of labour: RHL commentary (last revised: 1 February 2010). The WHO Reproductive Health Library; World Health Organization. Geneva 2010. Available at http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/CD003934_makuchmy com/en/index.html (accessed 4 January 2014)
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Prevention of Early Onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. Green-top Guideline No. 36, Second Edition. 2012. Available at http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG36_GBS.pdf (accessed 4 January 2014)
16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Bacterial Sepsis in Pregnancy. Green-top Guideline No. 64a, First Edition. 2012. Available at <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/25.4.12GTG64a.pdf> (accessed 4 January 2014)
17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Bacterial Sepsis following Pregnancy. Green-top Guideline No. 64a, First Edition. 2012. Available at <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/11.6.12GTG64b.pdf> (accessed 4 January 2014)
18. Center for Disease and Control Prevention. Guidelines for the Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. CDC 2010. Available at www.cdc.gov/groupbstrep/guidelines/guidelines.html (accessed 4 January 2014)
19. Society of Obstetricians and Gynaecologists. The Prevention of Early-Onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. The prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease SOGC, Canada 2004 – Available at: <http://www.sogc.org/guidelines/public/149E-CPG-September2004.pdf> (accessed 4 January 2014)
20. Society of Obstetricians and Gynaecologists. The Prevention of Early-Onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. SOGC, Canada 2013. Available at <http://sogc.org/guidelines/prevention-early-onset-neonatal-group-b-streptococcal-disease-replaces-149-sept-2004/> (accessed 4 January 2014)
21. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The diagnosis and treatment of malaria in pregnancy. Green-top guideline No. 54B. RCOG 2010. Available at <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG54bDiagnosisTreatmentMalariaPregnancy0810.pdf> (accessed 4 January 2014)
22. World Health Organization. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach. Geneva 2010. Available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf (accessed 4 January 2014)
23. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. Obstet Gynecol. 2012;120(4):964-73.
24. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion no. 485: Prevention of early-onset group B streptococcal disease in newborns. Obstet Gynecol. 2011;117 (4):1019-27.
25. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. Obstet Gynecol. 2012;119(6):1308-17.
26. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Green-top guideline No. 44. RCOG 2010. Available at

- <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG44PPROM28022011.pdf>. (accessed 4 January 2014)
27. Queensland Health Authority. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Early onset Group B streptococcal disease. 2010. Available at http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g_gbs5-0.pdf (accessed 4 January 2014)
 28. Özmen Ş. Tocolytics for preterm labour: RHL commentary (last revised: 27 January 2006). *The WHO Reproductive Health Library*, The World Health Organization, Geneva 2006. Available at http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/preterm_birth/socom/en/index.html. (accessed 4 January 2014)
 29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Preterm Labour, Tocolytic Drugs. Green-top guideline No. 1b. RCOG 2011. Available at <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG1b26072011.pdf>. (accessed 4 January 2014)
 30. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal Corticosteroids to Reduce Neonatal Morbidity. Green-top guideline No. 7. RCOG 2010. Available at <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG%207.pdf>. (accessed 4 January 2014)
 31. Society of Obstetricians and Gynaecologists. Magnesium sulphate for fetal neuroprotection. SOGC, Canada 2011. Available at <http://sogc.org/guidelines/documents/gui258CPG1106E.pdf> (accessed 4 January 2014)
 32. Lumbiganon P. Magnesium sulfate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus: RHL commentary (last revised: 1 July 2009). *The WHO Reproductive Health Library*, World Health Organization, Geneva 2009. Available at http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/preterm_birth/cd004661_lumbiganonp_com/en/index.html (accessed 4 January 2014)
 33. Alfirevic Z, Milan SJ, Livio S. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD000078. DOI: 10.1002/14651858.CD000078.pub3. Available at <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000078.pub3/abstract> (accessed 24 February 2014)
 34. World Health Organization. Guidelines on HIV and infant feeding: Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva, 2010. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/ (accessed 26 February 2014)
 35. World Health Organization. HIV and infant feeding 2010: an updated framework for priority action. Geneva 2012. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590777/en/ (accessed 26 February 2014)

5. Уход за новорожденными

Цель: Оценить готовность персонала стационара к предоставлению надлежащей и своевременной помощи новорожденному, как после вагинального родоразрешения, так и кесарева сечения, при рождении и первые часы после рождения; для обеспечения безопасного начала жизни и периода психологической адаптации для младенца, избегая опасные и ненужные процедуры.

Раздел состоит из трех частей, описывающие помощь здоровым новорожденным, детям с небольшими отклонениями в состоянии здоровья и требующих проведения интенсивной терапии. Учтите, что не все учреждения имеют три уровня оказания помощи.

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Изучение документации:** приказы, политика учреждения, руководства, протоколы; журналы учета: кол-во родов, новорожденных, в том числе родившихся с проблемами – обратите внимание на качество заполнения журналов; истории новорожденных: изучите не менее 15 историй здоровых новорожденных, родившихся с нормальным весом, 10 новорожденных, родившихся преждевременно или с малым весом, отобранных методом случайной выборки за последние 1-3 месяца. Имейте в виду, что сведения о новорожденных, особенно здоровых могут быть записаны в материнских документах.
- **Наблюдение:** визуальная оценка повседневной практики ухода во время нормальных родов, наличия и использования оборудования в отделениях и помещениях, где оказывается помощь новорожденным. Наблюдение за процессом рождения и практиками оказания помощи сразу после родов - приоритетный метод получения информации, поэтому выделите на это достаточно времени. Обязательно попросите у пациентки разрешения присутствовать во время родов, наблюдайте «со стороны», не вмешивайтесь в процесс оказания помощи, кроме чрезвычайных случаев.
- **Опрос пациентов и сотрудников**
- **Неформальное общение** с пациентами и медработниками – дополнительный источник информации

5.1 Помощь новорожденным во время родов и в первые 2 часа после родоразрешения

5.1.1 Подготовка к родам	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В родовой палате поддерживается надлежащая температура воздуха (не менее 25°C) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Исправный термометр расположен на стене, температура фиксируется <input type="checkbox"/> На стене часы с секундной стрелкой <input type="checkbox"/> Руки медработников вымыты, одеты чистые перчатки <input type="checkbox"/> Для быстрой обработки рук имеется спиртовой антисептик <input type="checkbox"/> Подготовлены стерильные инструменты <input type="checkbox"/> Подготовлены теплые пеленки, полотенца для обсушивания и одеяла для согревания <input type="checkbox"/> Подготовлено чистое и заранее прогретое место для реанимации <input type="checkbox"/> Набор для реанимации и отсос чистые, укомплектованы, готовы к работе <input type="checkbox"/> Имеется зажим на пуповину <input type="checkbox"/> Имеется глазная мазь для профилактики и витамин 	Комментарии

<p>К для в/м введения</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Родовые палаты и операционные готовятся по единому стандарту 	
<p>5.1.2 Оценка новорожденного и первичная помощь</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> После рождения новорожденные сразу же обсушиваются <input type="checkbox"/> Новорожденный помещается на живот или грудь матери для контакта «кожа-К-коже» <input type="checkbox"/> В первые 30 секунд после рождения оценивается: начало дыхания, гестационный возраст, тонус, рефлексы, наличие врожденных пороков развития <input type="checkbox"/> При необходимости, в зависимости от клинической оценки, начинаются соответствующие действия <input type="checkbox"/> Пуповина пережимается и пересекается минимум через 1 минуту (при отсутствии показаний к раннему пережатию) <input type="checkbox"/> Повязка на культю пуповины не накладывается <input type="checkbox"/> Рутинная санация носа и ротовой полости новорожденного не проводится <input type="checkbox"/> Рутинная катетеризация пищевода не проводится <input type="checkbox"/> Мать и новорожденный укрываются заранее подогретым одеялом, головку ребенка поворачивают на бок <input type="checkbox"/> На головку надевают теплую шапочку <input type="checkbox"/> Для детей, родившихся в родовой палате и операционной, используются единые стандарты 	<p>Комментарии</p>
<p>5.1.3 Неонатальная реанимация</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В учреждении имеются руководства по проведению реанимации новорожденных, алгоритмы находятся в родзалах, оказываемая помощь соответствует руководствам <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Подготовлено реанимационное место с дополнительным источником тепла и необходимым оборудованием, готовым к использованию <input type="checkbox"/> Имеется самораздувающийся мешок с рабочим предохранительным клапаном <input type="checkbox"/> Имеются маски для доношенных и недоношенных новорожденных <input type="checkbox"/> Оборудование для санации ВДП подготовлено к работе <input type="checkbox"/> Если новорожденный не дышит, начинается ИВЛ с помощью мешка в соответствии с рекомендациями ВОЗ <input type="checkbox"/> Имеется письменно оформленная процедура срочного вызова ответственного дежурного врача/ старшего ординатора на роды с высоким риском неонатальной асфиксии или проведения реанимации <input type="checkbox"/> Во время родов присутствует подготовленный к оказанию реанимации персонал (как минимум один медработник) 	<p>Комментарии</p>

<ul style="list-style-type: none"> □ Время, манипуляции, их последовательность фиксируются в истории новорожденного 	
5.1.4 Раннее грудное вскармливание	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Контакт «кожа-К-коже» продолжается не менее 60 мин, вне зависимости от времени первого прикладывания □ В родовой поддерживается тихая и спокойная обстановка, мать и новорожденного не торопят □ Взвешивание, измерение и купание ребенка откладывают на более поздний срок, не прерывая контакта, не мешая вскармливанию □ Новорожденному предоставляется время для самостоятельного поиска груди и проявления первых признаков готовности к началу вскармливания. Медработники указывают матери на эти признаки □ Первое прикладывание к груди осуществляется в течение первого часа. Медработники оказывают поддержку и помощь, если необходимо (особенно после КС) □ В случае если мать и ребенка необходимо перевести из родовой палаты до момента первого прикладывания они остаются в кожном контакте □ Стандарты помощи одинаковы для вагинальных родов и КС □ В случае если по показаниям мать и новорожденный разделяются, первое прикладывание к груди должно быть осуществлено так быстро, как только состояние матери или ребенка стабилизируется 	Комментарии
5.1.5 Рутинные и профилактические процедуры	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Мать и новорожденный находятся вместе в теплой палате в течении 2 часов для регулярного наблюдения медработниками за их состоянием □ Жизненно важные функции новорожденного, включая температуру тела, регулярно оценивают и фиксируют в истории новорожденного (или истории родов) как минимум через 30 минут и 2 часа □ В отделении используется четкая система идентификации личности пациентов: матери и новорожденного □ Сведения обо всех родах записываются в специальный журнал □ При необходимости транспортировки новорожденного в другое помещение, соблюдается тепловая цепочка □ Купание откладывается как минимум на 6-8 часов □ Закладывание мази в глаза осуществляется в конце первого часа □ Витамин К назначается рутинно в/м □ Иммунизация проводится в соответствии с национальными протоколами 	Комментарии

<input type="checkbox"/> Медработники информируют мать обо всех проводимых процедурах	
---	--

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 5.1 ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННЫМ ВО ВРЕМЯ РОДОВ И В ПЕРВЫЕ 2 ЧАСА ПОСЛЕ РОДРАЗРЕШЕНИЯ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ	Оценка
5.1.1 Подготовка к родам	
5.1.2 Оценка новорожденного и первичная помощь	
5.1.3 Неонатальная реанимация	
5.1.4 Раннее грудное вскармливание	
5.1.5 Рутинные и профилактические процедуры	

ИТОГО

5.2 Уход за новорожденным в послеродовом отделении

5.2.1 Уход в послеродовом отделении	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Мать и новорожденные находятся вместе круглосуточно, в том числе после КС <input type="checkbox"/> Разделение матери и ребенка возможно только по медицинским показаниям, на максимально возможно короткий период <input type="checkbox"/> Матерям рекомендуют самим ухаживать за новорожденным, обращаясь за помощью к персоналу, при необходимости <input type="checkbox"/> В послеродовой палате место для новорожденного оборудовано надлежащим образом: детская кроватка, пеленальный столик, используется чистое белье <input type="checkbox"/> Оборудовано место для гигиенических процедур новорожденного: вода, чистые полотенца и одежда и т.п. <input type="checkbox"/> Уход за культей пуповины ведется сухим способом: без обработки, наложения повязки и т.д. <input type="checkbox"/> В отделении используется четкая система идентификации личности пациентов: матерей и новорожденных 	Комментарии
5.2.2 Грудное вскармливание	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Частота и продолжительность кормления грудью не ограничивается <input type="checkbox"/> Соски и соски-пустышки не используются <input type="checkbox"/> Тугое пеленание не применяется и не рекомендуется <input type="checkbox"/> Искусственные смеси, заменители грудного молока, раствор глюкозы, вода не используются, кроме особых случаев назначения по обоснованным медицинским показаниям <input type="checkbox"/> В случае любых исключений грудного вскармливания, показания, объемы назначаемых растворов фиксируются в историях родов/новорожденных. <input type="checkbox"/> В случаях если мать отказывается вскармливать ребенка 	Комментарии

<p>грудным молоком, медработники обсуждают с ней возможные риски и последствия такого решения, пытаются убедить мать в том, что грудное вскармливание – наиболее полезный и безопасный метод вскармливания для младенца</p> <p>□ В учреждении нет никаких рекламных материалов любого вида заменителей грудного молока. Не допускается распространение образцов, рекламной продукции среди матерей и персонала</p>	
<p>5.2.3 Наблюдение за новорожденным</p>	<p>Оценка:</p>
<p>□ Регулярно контролируются и фиксируются в истории новорожденного/родов (другом виде медицинской документации) следующие параметры состояния здоровья ребенка:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Общее состояние и жизненно важные функции в течение первого дня жизни ○ Температура тела при переводе в послеродовое отделение, затем ежедневно ○ ЧДД, минимум однократно в первые сутки ○ Частота и эффективность грудного вскармливания, минимум дважды в течение первых суток ○ Частота мочеиспусканий и дефекации ○ Цвет кожи и наличие или отсутствие желтухи ○ Врожденные пороки, аномалии в развитии половых органов и ануса ○ Вес, как минимум один раз перед принятием решения о выписке ○ Перед выпиской проводится клинический осмотр новорожденного 	<p>Комментарии</p>
<p>5.2.4 Профилактика патологической желтухи</p>	<p>Оценка:</p>
<p>□ Резус-статус матери обычно известен до родов, также как проведение профилактики анти D-иммуноглобулином (до 28 нед.)</p> <p>□ В случае если резус-статус не известен, анализ проводится сразу после родов (одновременно с определением резус-статуса новорожденного)</p> <p>□ После родов у резус-отрицательной пациентки определяется резус-статус новорожденного</p> <p>□ Анти D-иммунопрофилактика матери проводится, при необходимости, в соответствующих дозах в течение первых 72-х часов после родов</p> <p>□ Желтуха перед выпиской оценивается при помощи достоверных методов: центильных таблиц показателей несвязанного (непрямого) билирубина сыворотки крови, кривой Бутани и т.п.</p>	<p>Комментарии</p>
<p>5.2.5 Информирование и консультирование матерей, процедура выписки из родильного отделения</p>	<p>Оценка:</p>
<p>□ Медработники информируют, обсуждают с пациентками индивидуальные ситуации, обучают женщин и членов се-</p>	<p>Комментарии</p>

<p>мей методам ухода за новорожденным</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Матери и отцу (если возможно) даются рекомендации по следующим темам: <ul style="list-style-type: none"> ○ Принципы ухода за ребенком в домашних условиях ○ Опасные (тревожные) признаки состояния здоровья новорожденного ○ Безопасные позиции для сна - положение на спине ○ Необходимость приема витамина D по 400 МЕ ежедневно ○ Исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев, продолжение грудного вскармливания с постепенным введением прикорма до двух лет ○ Вакцинация ○ Периодичность дальнейшего наблюдения ○ Причины и учреждения, куда следует обращаться за медпомощью □ Медработники консультируют по вопросам дальнейшего наблюдения и помощи в особых случаях, например при наличии у матери ВИЧ-инфекции или иной патологии □ При неосложненных родах выписка осуществляется в течение 3-х суток. Слишком ранняя выписка (ранее 12-18 часов) рутинно не проводится □ Документы, выдаваемые на руки матери должны включать: данные о родах, гестационный срок, вес ребенка при рождении и при выписке 	
--	--

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 5.2 УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка
5.2.1 Уход в послеродовом отделении	
5.2.2 Грудное вскармливание	
5.2.3 Наблюдение за новорожденными	
5.2.4 Профилактика патологической желтухи	
5.2.5 Информирование и консультирование матерей, процедура выписки из родильного отделения	

ИТОГО

5.3 Помощь недоношенным и маловесным новорожденным

5.3.1 Условия для оказания помощи недоношенным и маловесным новорожденным	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Организованы палата/палаты/отделение для новорожденных, требующих особого наблюдения <input type="checkbox"/> Все палаты совместного пребывания с матерями <input type="checkbox"/> Потери тепла минимизированы, в том числе путем использования «метода кенгуру», на новорожденных надеты шапочки и носочки <input type="checkbox"/> Исключены сквозняки, поддерживается соответствующая температура, но не допускается перегрев и т.д. <input type="checkbox"/> Дети защищены от насекомых и животных <input type="checkbox"/> В эндемичных регионах используются противомоскитные сетки 	Комментарии
5.3.2 Вскармливание недоношенных и маловесных детей	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеются руководства по ведению гипогликемии, включающие меры профилактики, диагностики и лечения, последующего наблюдения <input type="checkbox"/> Не ограничивается частота и продолжительность кормления <input type="checkbox"/> В случае если новорожденный не в состоянии сосать грудь, мать поощряют к сцеживанию молока в течение первых 4-6 часов после родов, объясняя и помогая, при необходимости <input type="checkbox"/> Сцеженное молоко дается новорожденному из чашечки или через назо-гастральный зонд, если ребенок не может есть или мать не может находиться с ребенком постоянно <input type="checkbox"/> Медработники поощряют и поддерживают мать в стремлении сохранить грудное вскармливание, помогают найти удобную позицию для ребенка <input type="checkbox"/> Для сцеживания используются стерильные контейнеры/баночки, которые готовит персонал. Сцеживание проводится в чистых и комфортабельных условиях <input type="checkbox"/> Если используются молокоотсосы, то они хорошего качества, исправны, чистые, имеются инструкции по использованию. Молокоотсосы не используются разными пациентками без предварительной надлежащей обработки <input type="checkbox"/> Искусственные смеси, заменители грудного молока, раствор глюкозы, вода не используются, кроме особых случаев назначения по обоснованным медицинским показаниям <input type="checkbox"/> В случае любых исключений грудного вскармливания, показания, объемы используемых растворов фиксируются в медицинской документации <input type="checkbox"/> Назначение парентерального питания (в/в введение питательных смесей) ограничивается особыми слу- 	Комментарии

чаями	
5.3.3 Клиническая оценка и наблюдение	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Объем контролируемых параметров состояния включает перечень здорового новорожденных (см. выше) <p>Кроме этого контролируются дополнительно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Используется специальный лист наблюдения для недоношенных и маловесных детей <input type="checkbox"/> ЧСС и ЧДД контролируется каждые 8-12 часов, в зависимости от клинической ситуации <input type="checkbox"/> Температура тела измеряется как минимум каждые 8-12 часов, в зависимости от клинической ситуации <input type="checkbox"/> Взвешивание проводится как минимум ежедневно 	Комментарии
5.3.4 Отделение ухода по методике «кенгуру» *	Цель:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Выделены специальное помещение/помещения для отделения <input type="checkbox"/> Помещение имеет соответствующее оборудование и площади для гигиенических процедур, принятия пищи, контактов с семьей <input type="checkbox"/> Отцы имеют право посещения <input type="checkbox"/> Медработники поощряют и помогают поддерживать контакт «кожа-К-коже», как минимум 18 часов в день <input type="checkbox"/> Персонал своевременно контролирует и затем фиксирует результаты наблюдения в медицинские документы <input type="checkbox"/> В отделении работает подготовленный по использованию метода «кенгуру» персонал <p>* Оценка проводится только в том случае, если помощь полностью соответствует международным стандартам</p>	Комментарии
5.3.5 Информирование и консультирование перед выпиской из стационара	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Перечень тем для консультирования включает весь список для доношенных детей (см. выше) <input type="checkbox"/> Медработники информируют и обсуждают с родителями ситуации, характерные для конкретного ребенка, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Оздоровительные процедуры <input type="checkbox"/> Вскармливание <input type="checkbox"/> Особенности ухода <input type="checkbox"/> Вопросы профилактики, вакцинации <input type="checkbox"/> Последующее наблюдение 	Комментарии

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 5.3 ПОМОЩЬ НЕДОНОШЕННЫМ И МАЛОВЕСНЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка
5.3.1 Условия для оказания помощи недоношенным и маловесным новорожденным	
5.3.2 Вскармливание недоношенных и маловесных детей	
5.3.3 Клиническая оценка и наблюдение	
5.3.4 Отделение «кенгуру»	
5.3.5 Информирование и консультирование перед выпиской из стационара	

ИТОГО

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 5 УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка
5.1 Помощь во время родов и в первые 2 часа жизни	
5.2 Помощь в послеродовом отделении	
5.3 Помощь недоношенным и маловесным новорожденным	

ИТОГО

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ 5 УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ

<p>ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.
<p>ОСНОВНЫЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.
<p>КОММЕНТАРИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2.

- | |
|----|
| 3. |
| 4. |
| 5. |

Использованная литература

1. World Health Organization. Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common childhood illnesses. Second edition. Geneva 2013. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care/en/index.html (accessed 18th December 2013).
2. Basic Neonatal Care Manual, University of Oxford April 2010. Available at <http://www.medscinet.net/intergrowth/patientinfodocs/neonatal%20manual%20final.pdf> (accessed February 26 2014)
3. World Health Organization. Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva 2012. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/basic_newborn_resuscitation/en/ (accessed February 21 2014)
4. World Health Organization. Breastfeeding – early initiation, Breastfeeding – continued breastfeeding, Breastfeeding – exclusive breastfeeding; e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). Geneva; 2013. Available at http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/en/ (accessed February 21 2014)
5. World Health Organization. Effective Perinatal Care training package. Regional Office for Europe 2006. Available at <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/effective-perinatal-care-training-package-epc> (accessed February 21 2014)
6. World Health Organization. Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. Geneva 2011. Available at http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/en/ (accessed February 21 2014)
7. World Health Organization. Essential newborn care: report of a technical working group (Trieste, 25-29 April 1994). Geneva 1996. Available at <http://www.who.int/iris/handle/10665/63076> (accessed 4 January 2014)
8. American Academy of Pediatrics. Helping Babies Breathe – The Golden Minute Program. 2010. Available at <http://www.helpingbabiesbreathe.org/> (accessed February 21 2014)
9. World Health Organization. Kangaroo Mother Care – A practical Guide. Geneva 2003. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/ (accessed February 21 2014)
10. World Health Organization. Managing Newborn Problems manual. Geneva 2003. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241546220/en/ (accessed February 21 2014)
11. World Health Organization. Recommended interventions for improving maternal and newborn health. Integrated management of pregnancy and childbirth, Geneva; 2007. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_mps_0705/en/ (accessed February 26 2014)
12. American Academy of Pediatrics. Newborn Resuscitation Program. 2010. Available at <http://www2.aap.org/nrp/about.html>

13. World Health Organization. Priority medicines for mothers and children. Geneva 2011. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/emp_mar2011.1/en/ (accessed February 26 2014)
14. World Health Organization. Proposal for essential medicines for neonates. Second Meeting of the Subcommittee of the Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines (Geneva, 29 September to 3 October 2008). Geneva 2008. Available at http://www.who.int/selection_medicines/committees/subcommittee/2/en/ (accessed February 21 2014)
15. World Health Organization. Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva 2013. Available at http://origin.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/index.html (accessed February 21 2014)

6. Помощь больным новорожденным

Цель: Оценить соответствие практики оказания помощи больным новорожденным международным стандартам с учетом местных условий.

Данный раздел предназначен для оценки отделения/палаты, в которых оказывается помощь больным новорожденным, но не ПИТ/отделения реанимации (см. следующий раздел). Перинатальные центры могут иметь оба отделения – и реанимационное и отделение для больных детей, не требующих интенсивной терапии – в этом случае следует оценить оба подразделения.

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Изучение документации** Приказы, политика учреждения, руководства, протоколы. Журналы учета: кол-во родов, новорожденных, в том числе родившихся с проблемами – обратите внимание на качество заполнения журналов. Истории новорожденных: изучите не менее 15 историй здоровых новорожденных, родившихся с нормальным весом, 10 новорожденных, родившихся преждевременно или с малым весом, отобранных методом случайной выборки за последние 1-3 месяца. Имейте в виду, что сведения о новорожденных могут быть записаны в материнских документах
- **Наблюдение:** визуальная оценка повседневной практики ухода, наличия и использования оборудования во всех подразделениях, где может быть оказана помощь больным новорожденным. Обязательно попросите у пациентки разрешения присутствовать во время оказания помощи, наблюдайте «со стороны», не вмешивайтесь в процесс оказания помощи, кроме чрезвычайных случаев.
- **Интервью** с пациентами и сотрудниками, используя формальные опросники (см. приложение)
- **Неформальное общение** с пациентами и медработниками – дополнительный источник информации

6.1 Организация базовой помощи больным новорожденным

6.1.1 Условия оказания помощи больным новорожденным	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеются специально выделенные помещения, палаты/отделение для оказания помощи больным детям <input type="checkbox"/> Имеется возможность госпитализации детей, родившихся дома или переведенных из других учреждений <input type="checkbox"/> Дети и матери рутинно не разделяются <input type="checkbox"/> В случае разделения матери имеют свободный доступ к детям <input type="checkbox"/> Уделяется большое внимание окружающей обстановке: поддерживается соответствующая температура воздуха (не холодно, но и не жарко), контролируют уровень шума, исключен прямой яркий свет, сведено к необходимому минимуму кол-во прикосновений персонала и т.п. <input type="checkbox"/> Дети защищены от насекомых и животных <input type="checkbox"/> В эндемичных районах используются противомолярийные сетки <input type="checkbox"/> Проводится адекватное обезболивание (фармакологическое и нефармакологическое) потенциально болезненных процедур <input type="checkbox"/> Отцы имеют право посещения отделения <input type="checkbox"/> Новорожденные одеты, чувствуют себя защищенными 	Комментарии

6.1.2 Вскармливание больных новорожденных	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Рекомендации по кормлению записаны в истории новорожденного/иных документах пациента □ Контролируется объем грудного молока и калораж вводимых средств □ В случае если новорожденный не в состоянии сосать грудь, мать поощряют к сцеживанию молока в течение первых 4-6 часов после родов, объясняя и помогая, при необходимости □ Если ребенок не может есть или мать не может находиться с ребенком постоянно, сцеженное молоко дается из чашечки или через назо-гастральный зонд, □ Медработники поощряют и поддерживают мать в стремлении сохранить грудное вскармливание, поиске удобной позиции ребенка □ Объем сцеженного молока и частота кормлений (как минимум 8 раз в сутки) рассчитывается с учетом возраста, веса, клинического состояния □ Для сцеживания используются стерильные контейнеры, которые готовит персонал. Сцеживание проводится в чистых и комфортабельных условиях □ Если используются молокоотсосы, то они хорошего качества, исправны, чистые, имеются инструкции по использованию. Молокоотсосы не используются разными пациентками без предварительной надлежащей обработки □ Искусственные смеси, заменители грудного молока, раствор глюкозы, вода не назначаются кроме особых случаев назначения по обоснованным медицинским показаниям □ Парентеральное питание (в/в введение питательных смесей) ограничивается особыми случаями □ В случае любых исключений грудного вскармливания, показания, объемы используемых растворов фиксируются в историях родов/новорожденных. □ В случае назначения парентерального питания строго контролируется скорость введения р-ров для профилактики перегрузки жидкостью 	Комментарии
6.1.3 Клиническая оценка и наблюдение	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Объем контролируемых параметров состояния включает перечень здорового новорожденных (см. выше) <p>Дополнительно:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Используют специальные индивидуальные бланки наблюдения □ ЧСС и ЧДД контролируется как минимум каждые 8 часов, в зависимости от клинической ситуации □ Температура тела контролируется как минимум каждые 8 часов, в зависимости от клинической ситуации □ Взвешивание проводится как минимум ежедневно (новорожденные с низкой массой тела – минимум дважды в день) 	Comments

6.1.4 Информирование и консультирование при выписке	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Перечень тем для консультирования включает весь список для здоровых новорожденных (см. выше) □ Медработники информируют и обсуждают с родителями ситуации, характерные для конкретного ребенка, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> ○ Оздоровительные процедуры ○ Вскармливание ○ Особенности ухода ○ Вопросы профилактики, вакцинации ○ Последующее наблюдение 	Комментарии

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 6.1 ОРГАНИЗАЦИЯ БАЗОВОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка
6.1.1 Условия оказания помощи больным новорожденным	
6.1.2 Вскармливание больных новорожденных	
6.1.3 Клиническая оценка и наблюдение	
6.1.4 Информирование и консультирование при выписке	

ИТОГО

6.2 Особые состояния

6.2.1 Гипогликемия, гипокальциемия и желтуха	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Имеются руководства по профилактике гипогликемии у маловесных и недоношенных детей, крупных, детей родившихся у матерей, страдающих сахарным диабетом. Помощь оказывается в соответствии с руководствами □ Имеются руководства по диагностике и лечению гипогликемии. Помощь оказывается в соответствии с руководствами □ В случае развития судорог или летаргии у новорожденных незамедлительно определяется уровень глюкозы в крови (при возможности кальция и магния). При необходимости правильно проводят коррекцию □ Уровень билирубина определяется на месте □ Имеется оборудование для фототерапии, руководство по ее использованию, контролируется гидратация □ Имеются возможности для проведения заменного переливания крови, или перевода новорожденного с выраженной желтухой на более высокий уровень оказания помощи 	Комментарии

6.2.2 Неонатальный сепсис	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Рабочий диагноз неонатального сепсиса выставляется в случае наличия следующих признаков: проблемы вскармливания, нарушение дыхания, гипотония, летаргия или патологическая температура тела, не объяснимая другими причинами <input type="checkbox"/> Обследование включает: общий анализ крови, посев крови, поиск очагов инфекции <input type="checkbox"/> Люмбальная пункция проводится при подозрении на менингит <input type="checkbox"/> При цианозе или тяжелой дыхательной недостаточности назначается кислород <input type="checkbox"/> Назначаются эффективные АБ в дозировках, соответствующих весу и возрасту младенца <input type="checkbox"/> Регулярно контролируется температура, лейкоцитоз, скорость наполнения капилляров <input type="checkbox"/> Регулярно оценивается клиническое состояние и эффективность лечения 	Комментарии
6.2.3 Контроль состояния и лечение новорожденных после реанимации	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Мать и ребенок рутинно не разделяются <input type="checkbox"/> Регулярно контролируются следующие параметры ребенка: ЧСС, ЧДД, сатурация кислорода, температура, уровень сахара в крови, диурез <input type="checkbox"/> Особое внимание уделяется водному балансу. Все данные фиксируются в истории новорожденного/мед. документации 	Комментарии
6.2.4 Кислородотерапия	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется в наличии и выполняется персоналом руководство по использованию кислорода для лечения новорожденных <input type="checkbox"/> Недоношенным кислород рутинно, без медицинских показаний, не назначается <input type="checkbox"/> Потребности в дополнительном кислороде оцениваются при помощи пульсоксиметра до начала кислородотерапии <input type="checkbox"/> У всех детей, получающих кислород, рутинно контролируется сатурация кислорода 	Комментарии
6.2.5 Исключение гипермедикализации	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Медицинские препараты и лечение не назначаются без показаний, четкого описания клинического состояния и диагноза <input type="checkbox"/> Лечение не назначается без доказательств его эффективности 	Комментарии

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 6.2 ОСОБЫЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Ключевые вопросы	Оценка
6.2.1 Гипогликемия, гипокальциемия, желтуха	
6.2.2 Неонатальный сепсис	
6.2.3 Контроль состояния и лечение новорожденных после реанимации	
6.2.4 Кислородотерапия	
6.2.5 Исключение гипермедикализации	

ИТОГО**ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 6 ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ**

РАЗДЕЛЫ	Оценка
6.1 Базовая помощь	
6.2 Особые состояния	

ИТОГО**ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ 6 ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ**

<p>ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.
<p>ОСНОВНЫЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.
<p>КОММЕНТАРИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.

Использованная литература

1. World Health Organization. Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common childhood illnesses. Second edition. Geneva 2013. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care/en/index.html (accessed 18th December 2013).
2. Basic Neonatal Care Manual, University of Oxford April 2010. Available at <http://www.medscinet.net/intergrowth/patientinfodocs/neonatal%20manual%20final.pdf> (accessed February 26 2014)
3. World Health Organization. Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva 2012. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/basic_newborn_resuscitation/en/ (accessed February 21 2014)
4. World Health Organization. Breastfeeding – early initiation, Breastfeeding – continued breastfeeding, Breastfeeding – exclusive breastfeeding; e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). Geneva; 2013. Available at http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/en/ (accessed February 21 2014)
5. World Health Organization. Effective Perinatal Care training package. Regional Office for Europe 2006. Available at <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/effective-perinatal-care-training-package-epc> (accessed February 21 2014)
6. World Health Organization. Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. Geneva 2011. Available at http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/en/ (accessed February 21 2014)
7. World Health Organization. Essential newborn care: report of a technical working group (Trieste, 25-29 April 1994). Geneva 1996. Available at <http://www.who.int/iris/handle/10665/63076> (accessed 4 January 2014)
8. American Academy of Pediatrics. Helping Babies Breathe – The Golden Minute Program. 2010. Available at <http://www.helpingbabiesbreathe.org/> (accessed February 21 2014)
9. World Health Organization. Kangaroo Mother Care – A practical Guide. Geneva 2003. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/ (accessed February 21 2014)
10. World Health Organization. Managing Newborn Problems manual. Geneva 2003. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241546220/en/ (accessed February 21 2014)
11. World Health Organization. Recommended interventions for improving maternal and newborn health. Integrated management of pregnancy and childbirth, Geneva; 2007. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_mps_0705/en/ (accessed February 26 2014)
12. American Academy of Pediatrics. Newborn Resuscitation Program. 2010. Available at <http://www2.aap.org/nrp/about.html>
13. World Health Organization. Priority medicines for mothers and children. Geneva 2011. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/emp_mar2011.1/en/ (accessed February 26 2014)
14. World Health Organization. Proposal for essential medicines for neonates. Second Meeting of the Subcommittee of the Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines (Geneva, 29 September to 3 October 2008). Geneva 2008. Available at

http://www.who.int/selection_medicines/committees/subcommittee/2/en/ (accessed February 21 2014)

15. World Health Organization. Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva 2013. Available at http://origin.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/index.html (accessed February 21 2014)

7. Специализированная медицинская помощь новорожденным (для отделений интенсивной терапии)

Цель: Оценить качество помощи, которую предоставляют детям, требующим интенсивной терапии: новорожденным, родившимся с экстремально низкой массой тела (< 1000 г), низкой массой тела (< 1500 г), маловесным детям (< 2500 г), больным новорожденным, родившимся с нормальным весом и т.д.

Перинатальные центры могут иметь несколько отделений для оказания помощи детям с разной степенью тяжести состояния. Настоящий раздел следует использовать для оценки только тех подразделений учреждения, где оказывается интенсивная/ реанимационная помощь.

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Изучение документации:** Приказы, политика учреждения, руководства, протоколы; журналы учета: кол-во родов, новорожденных, в том числе родившихся с проблемами – обратите внимание на качество заполнения журналов; истории новорожденных: изучите не менее 10 историй новорожденных- пациентов данного отделения, отобранных методом случайной выборки за последние 1-3 месяца. Имейте в виду, что сведения о новорожденных могут быть записаны в материнских документах
- **Наблюдение:** визуальная оценка повседневной практики ухода, наличия и использования оборудования во всех подразделениях, где оказывается специализированная помощь.
- **Опрос** пациентов и сотрудников
- **Неформальное общение** с пациентами и медработниками – дополнительный источник информации

7.1 Ведение клинической документации	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеются специальные формы/листы наблюдений/бланки, разработанные для отделения интенсивной терапии <input type="checkbox"/> Формы заполнены аккуратно, разборчиво, полностью: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Все формы, бланки, записи и т.д. собраны в историю новорожденного <input type="checkbox"/> Изменения веса ребенка и объем потребленной жидкости фиксируются, как минимум, один раз в сутки (дважды для глубоконедоношенных) <input type="checkbox"/> В течение пребывания в стационаре для недоношенных детей используется специальные карты физического развития для недоношенных детей <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> При передаче дежурств персонал передает полную информацию о пациентке и динамике его состояния, включая письменные записи 	Комментарии
7.2 Энтеральное питание	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеются протоколы и руководства по вскармливанию новорожденных в условиях отделения интенсивной терапии <input type="checkbox"/> Мониторятся и полностью заносятся в историю болезни следующие показатели вскармливания: 	Комментарии

<ul style="list-style-type: none"> ○ Объем полученной жидкости per os - ежедневно ○ Подсчет и фиксация кол-ва потребленных калорий – ежедневно ○ При отсутствии противопоказаний, энтеральное питание начинают в ближайшие 72 часа после родов, предпочтительно молоком матери. Искусственные смеси используют по медицинским показаниям ○ Минимально приемлемый калораж для недоношенных новорожденных к концу первой недели жизни составляет 90-100 Ккал/кг/день ○ Na, K, Cl не назначаются в первые 48 часов жизни доношенным новорожденным, и в течение 72 часов недоношенным детям ○ Аминокислоты назначаются недоношенным сразу после родов и постепенно увеличивают до 3-4 г/кг к 4-му дню □ Для недоношенных с весом < 1500 г: используют обогащенное материнское молоко или специальные смеси для недоношенных (80 кКал/100 мл) 	
7.3 Инфузионная терапия, парентеральное питание	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Имеется протокол организации парентерального питания, с расчетами объема инфузии в зависимости от веса и гестационного возраста. Практика отделения соответствует протоколу □ Ведутся ежедневные записи объема жидкости, подсчитывается и фиксируется калораж минимум один раз в день □ Имеются в наличии растворы аминокислот □ Имеются в наличии растворы жиров □ Имеется протокол «Постановка и уход за центральным катетером», включающий определение места расположения. Практика соответствует протоколу □ Имеются в достаточном кол-ве одноразовые расходные материалы (катетеры, системы и т.д.) □ Растворы для парентерального питания готовятся подготовленным персоналом 	Комментарии
7.4 Индикаторы эффективности вскармливания	Оценка:
<p>В отделении интенсивной терапии используются следующие индикаторы эффективности вскармливания:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ % потери веса (> 10 %) за время нахождения в отделении – для детей, родившихся с весом 1500-2499 г («хорошо» - < 10% детей, «плохо» - > 50 %) □ Частота случаев (%) некротизирующего энтероколита (НЭК) среди детей с весом < 1500 г, как основной причиной для перевода или смерти («хорошо» - < 5 %, «плохо» - > 29 %) 	Комментарии

7.5 Инфекционный контроль и лечение инфекций	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Имеется протокол лечения инфекционных заболеваний, включающий принципы АБ-терапии, в том числе сепсиса □ Все данные о лечении пациента собраны в истории болезни и показывают, что: <ul style="list-style-type: none"> ○ Персонал оказывает помощь в соответствии с протоколом ○ Назначение АБ корректируется в зависимости от клинической эффективности и результатов анализа на чувствительность (если доступно) ○ До начала антибактериальной терапии делается посев крови (берется проба 1-2 мл) ○ Эмпирическое лечение АБ прекращается в течение 48-72 часов при отрицательных результатах посева ○ Люмбальная пункция проводится всем новорожденным для подтверждения (исключения) менингита с признаками/симптомами бактериального менингита и сепсиса ○ Микробиологические исследования доступны в течение времени, необходимого для принятия решения (уточните в лаборатории) □ Частота и вид инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, мониторируются (уточните у руководства стационара, проанализируйте журналы учета и другие документы) 	Комментарии
7.6 Проблемы, связанные с дыханием	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Показатели и данные, которые регулярно контролируются и фиксируются в истории болезни: <ul style="list-style-type: none"> ○ Рутинно используется пульсоксиметр ○ ЧДД, ЧСС, АД как минимум каждые 3 часа ○ Вес и баланс жидкости как минимум один раз в день ○ Результаты рентгенологического исследования и их описание ○ В случае проведения ИВЛ, параметры аппарата ИВЛ ○ В случае если доступен газоанализатор, параметры ИВЛ корректируются в зависимости от результатов анализа □ Инструкции по использованию оборудования, находящегося в отделении, находятся рядом с аппаратами □ Имеется оборудование для аспирации или дренирования плевральной полости при пневмотораксе 	Комментарии
7.7 Другие состояния	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> □ Имеются протоколы по следующим темам: <ul style="list-style-type: none"> ○ Диагностика открытого артериального протокола (клинические и/или эхокардиографические критерии) ○ Диагностика и лечение неонатальных судорог ○ Острая и хроническая анемия ○ Трансфузионная терапия 	Комментарии

7.8 Использование лекарственных препаратов	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Используются препараты только с доказанной эффективностью <input type="checkbox"/> Дозы рассчитываются в соответствии с возрастом и весом <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Используйте ПРИЛОЖЕНИЕ 7.8 в конце раздела для сравнения со списком рекомендованных препаратов 	Комментарии
7.9 Обезболивание	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Болезненные процедуры сведены к минимуму <input type="checkbox"/> Для обезболивания используются фармакологические и нефармакологические методы обезболивания 	Комментарии
7.10 Уход в целях развития	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Используются принципы поструральной терапии (изменение положения тела ребенка): создание «гнездышка», других условий, комфортных для ребенка и способствующих его развитию <input type="checkbox"/> Влияние внешних «раздражителей»: яркого света, шума, громких звуков сведено к минимуму <input type="checkbox"/> Имеется возможность использования физиотерапии, особенно для детей, длительно находящихся в стационаре, с повышенным риском мышечных и двигательных расстройств <input type="checkbox"/> Для маловесных детей используется метод «кенгуру» 	Комментарии
7.11 Общение с родителями	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Родители привлекаются к уходу за младенцем в том объеме, который позволяет его состояние <input type="checkbox"/> В отделении есть специально выделенное место для отдыха родителей в течение дня <input type="checkbox"/> Родителям предоставляется и обсуждается с ними полная информация о состоянии здоровья ребенка <input type="checkbox"/> При обсуждении состояния здоровья младенца строго обеспечивается конфиденциальность 	Комментарии
7.12 Перевод новорожденных в критическом состоянии	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется письменная инструкция/алгоритм подготовки транспорта <input type="checkbox"/> Имеются специальные формы (например: переводной эпикриз и других документов), передаваемых вместе с пациентом <input type="checkbox"/> Имеются протоколы, определяющие порядок перевода как внутри учреждения, так и в другой стационар, включая обратный перевод, при необходимости <input type="checkbox"/> Проводится регулярный мониторинг и оценка транспортировки 	Комментарии
7.13 Процедура выписки	Оценка:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Все клинические записи, формы и бланки наблюдения 	Комментарии

<p>собираются в истории новорожденного (родов и т.д.):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Окончательный диагноз полный и четко сформулированный ○ Перед выпиской с родителями обсуждаются «опасные» признаки, вопросы вскармливания, ухода, профилактики, вакцинации и последующее наблюдение □ Родителям на руки выдаются документы, содержащие как минимум: вид родоразрешения, гестационный срок, вес при рождении и выписке, все диагнозы, проведенное лечение и рекомендации по последующему наблюдению □ Учреждение организует последующее наблюдение самостоятельно или имеется протокол по передаче ответственности в другие учреждения 	
<p>7.14 Улучшение качества и аудит</p>	<p>Оценка:</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Периодически (минимум один раз в год) анализируют качество ухода и выполнения медицинских процедур □ Организационные вопросы периодически обсуждаются со всем коллективом □ Проводится аудит всех случаев перинатальной смерти (критических случаев) 	<p>Комментарии</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ 7.8. РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВ

Проанализируйте 10-15 историй новорожденных с целью оценки правильности выбора препаратов для лечения, оформления показаний к назначению и расчета дозировок. Используйте таблицу.

Рекомендуемые препараты и их дозировки	Комментарии
1. АЦЕТОМИНОФЕН (анальгезия) 7.5 мг/кг в/в или per os каждые 8 часов дается в течение 15 мин. Максимальная дозировка – 40 мг/кг/день. В/в введение не рекомендуется новорожденным < 32 нед	
2. АЦИКЛОВИР (герпес кожи и слизистых – 14 дней, генерализованный герпес – 21 день) 20 мг/кг/ каждые 8 часов, в/в в течение не менее 60 мин, и даже дольше если гестационный срок < 34 нед, у ребенка нарушения функции почек или печени	
3. АДЕНОЗИН (Устойчивая пароксизмальная наджелудочковая тахикардия) - 50 мкг/кг в/в болюсно (1-2 сек) в крупные сосуды. Повторная доза 50 мкг/кг каждые 2 мин до восстановления синусового ритма. Максимальная доза – 250 мкг/кг. Мониторинг АД и ЭКГ. Не хранить в холодильнике	
4. АМИНОФИЛЛИН/ТЕОФИЛЛИН (Профилактика нарушения функции почек при асфиксии) 5-8 мг/кг однократно, как можно быстрее после рождения (в течение 1 часа)	
5. АМПИЦИЛЛИН (Неонатальный сепсис/менингит/пневмония, также в комбинации с тобрамицином для эмпирического лечения до получения результатов бакпосева) 50 мг/кг в/в, а) каждые 12 часов у недоношенных детей; б) каждые 8 часов доношенным (см. таблицу ниже).	
6. АМФОТЕРИЦИН (Грибковая неонатальная инфекция) - 5 мг/кг каждые 24 часа, в/в в течение 120 мин. Защищать от света, хранить в темном месте	
7. КОФЕИН (Профилактика и лечение апноэ) - нагрузочная доза - 10-20 мг/кг (эквивалентно 20-40 мг/кг цитрата кофеина) в течение 30 мин. Поддерживающая доза - 2.5-5 мг/кг (кофеина) в/в или per os каждые 24 часа	
8. ЦЕФОТАКСИМ (Неонатальный сепсис/менингит) - 50 мг/кг в/в или в/м а) каждые 12 часов новорожденным с весом < 2000 г или в возрасте 0-7 дней; б) каждые 8 часов детям с весом > 2000 г и в возрасте > 7 дней	
9. ЦЕФТРИАКСОН (Препарат второго ряда для лечения тяжелой бактериальной инфекции при неэффективности препаратов 1-го ряда; препарат 1-го ряда для лечения менингита) - 50 мг/кг в/в или в/м; а) каждые 12 часов новорожденным с весом < 2000 г или в возрасте 0-7 дней; б) каждые 8 часов детям с весом > 2000 г и в возрасте > 7 дней	
10. ДЕКСАМЕТАЗОН (может быть назначен детям, находящимся на ИВЛ, более эффективен после 14-го дня жизни. Снижает частоту РДС, но не влияет на смертность и частоту поздних осложнений) - исключить одновременный прием индометацина/ибупрофена. Длительность лечения различна, короткий курс, начиная с 0.25 мг/кг/день, в течение 5-ти - 7-ми дней.	

11. ДИГОКСИН (Лечение сердечной недостаточности, связанной с сниженной сократительностью миокарда. Лечение наджелудочковой тахикардии, трепетание и фибрилляция предсердий) - дозировки: см. Таб 1. Терапевтический уровень концентрации в плазме 1- 2 нг/мл	
12. ДОПАМИН (Лечение гипотензии, повышает системное сосудистое сопротивление) - 2-20 мкг/кг/мин в/в инфузия в центральную линию или крупную вену. Расчет р-ра: мг дофамина на 50 мл раствора = 3 x желаемая доза (мг/кг/мин) / желаемое количество жидкости (мл/час) x вес (кг).	
13. ЭПИНЕФРИН (Сердечно-легочная реанимация) содержимое флакона (1мл = 1 мг) на 10 мл стерильной воды для инъекций - $\frac{1}{10}$ мл=0.1 мг. (1:10,000 раствор). 0.1-0.3 мл/кг в/в Эндотрахеальную трубку (ЭТ: после введения также НТ, 1 мл). Продолжить в/в 0.1-1 мкг/кг/мин. Хранить в защищенном от света месте.	
14. ФЕНТАНИЛ (Обезболивание, седация) - 1- 4 мкг/кг в/в болюсно медленно. Повторно, если потребуется (обычно каждые 2-4 часа). Может вводиться в виде инфузии 1-5 мкг/кг/час.	
15. СУЛЬФАТ ЖЕЛЕЗА: (Профилактика анемии при преждевременных родах) - 2-3 мг/кг в день элементарного железа однократно или в два приема (доза делится надвое). Терапия может быть назначена в возрасте 2-х недель.	
16. ФУРОСЕМИД (Сердечная недостаточность, почечная недостаточность): 1 мг/кг в/в или per os каждые 12 -24 часа. При ОПН доза может быть увеличена до 2-4 мг/кг. Контроль веса и уровня электролитов в плазме крови. При одновременном применении с аминогликозидами повышается риск ототоксического эффекта.	
17. ИБУПРОФЕН (Закрытие артериального протока, эффективнее индометацина, не показан для профилактики) - первая доза: 10 мг/кг в/в или per os, затем две дозы по 5 мг/кг с интервалом 24 часа. Хранить в защищенном от света месте.	
18. ИНДОМЕТАЦИН (закрытие артериального протока) - дозировки: а) возраст < 48 часов - 0.2 мг/кг в/в, далее две дозы по 0.1 мг/кг с 12 часовым интервалом; б) возраст от 2 до 7 дней – три дозы по 0.2 мг/кг с 12 часовым интервалом; в) возраст > 7 дней: три дозы по 0.25 мг/кг в/в с 12 часовым интервалом. Строгий контроль диуреза: прекратить или отсрочить лечение в случае анурии или выраженной олигурии.	
19. МЕТРОНИДАЗОЛ (Тяжелая внутрибрюшная инфекция, особенно вызванная штаммами, резистентными к пенициллину, анаэробная инфекция) - начальная доза – 15 мг/кг, per os или в/в, поддерживающая доза - 7.5 мг/кг каждые 12 часов (инфузоматом в течение 60 минут)	
20. МИДАЗОЛАМ (Седация) - 0.05 - 0.15 мг/кг в/в или 0.2 мг/кг интраназально. При необходимости может вводиться повторно, каждые 2-4 часа. Может вводиться в виде длительной инфузии 10-60 мкг/кг/час. Контроль ЧДД (дыхательная	

депрессия) и АД (гипотензия).	
21. ФЕНОБАРБИТАЛ (Судороги) - нагрузочная доза - 20 мг/кг в/в медленно или в/м. Дополнительно 5-10 мг/кг до общей дозы 40 мг/кг, в случае повторных судорог. Дыхательная депрессия обычно не возникает при концентрации < 60 мкг/мл. Поддерживающая доза 3-5 мг/кг/день в/в, в/м или per os, через 12-24 часа после нагрузочной дозы	
22. ПРОСТОГЛАНДИН E1 (Поддерживает артериальный проток в состоянии дилатации) - Длительная в/в инфузия: начальная доза 0.05-0.1 мкг/кг/мин, поддерживающая - 0.01 мкг/кг/мин (развести до концентрации ≤20 мкг/мл)	
23. СИЛДЕНАФИЛ (Стойкая легочная гипертензия, не восприимчивая к другим методам лечения) - 0.3-1 мг/кг через орогастральный зонд каждые 6-12 часов	
24. СОДА (Неонатальные судороги) - 1-2 ммоль/кг в/в болюсно медленно, не менее 2 мин, в случае: а) доказанного метаболического ацидоза, б) в течение длительной реанимации, но только после установления эффективной вентиляции.	
25. СУРФАКТАНТ (Респираторный дистресс-синдром недоношенных новорожденных) - вводится новорожденным так быстро как возможно после интубации независимо от проведения профилактики кортикостероидами во время беременности или гестационного возраста. Профилактическое применение (< 30 мин жизни) для новорожденных с экстремально низким весом, особенно с высоким риском развития РДС-синдрома, особенно в случае, если кортикостероиды во время беременности не вводились. Примеры дозировок: Куросурф (Curosurf) 100-200 мг/кг в эндотрахеальную трубку, вторая доза 100 мг/кг – может быть введена через 6-12 часов. Сурванта (Survanta) 100 мг фосфолипидов/кг (4 мл/кг) через эндотрахеальную трубку. Четыре дозы препараты могут быть введены в течение первых 48 часов жизни. Интервалы между введением препарата не должны быть меньше 6 часов.	
26. ТОБРАМИЦИН (Неонатальный сепсис/менингит/пневмония, также в качестве эмпирического лечения в комбинации с ампициллином до получения результатов посева крови) - дозировки см. В таблице 2. В концентрации < 1 мг/мл в/в в течение 60 мин. Потенциально нефро-, нейро- и отокосичен, особенно в комбинации с аминогликозидами или ванкомицином	
27. ВАНКОМИЦИН (Инфекции, вызванные метициллин-резистентными штаммами стафилококка, коагулаза негативными стафилококками, золотистыми стафилококками) - дозировки: 15 мг/кг на дозу (Менингит); 10 мг/кг/ на дозу (Бактериемия), в/в в течение 60 мин. Интервалы между введениями: а) Вес < 1200 г – каждые 24 часа; б) Вес 1200-2000, каждые 12 часов; с) Вес > 2000 г – каждые 8 часов	
28. ВИТАМИН D 400 МЕ/день как для доношенных, так и недоношенных новорожденных	

Примеры расчета дозировок в зависимости от возраста новорожденного

В таблицах приведены примеры дозировок лекарств, дозы которых должны рассчитываться в зависимости от возраста.

Ампициллин

Гестационный возраст (нед)	Сутки жизни		Интервалы между введениями (часы)	
≤ 29	0-28	> 28	12	8
30-36	0-14	> 14	12	8
37-44	0-7	> 7	12	8
≥ 45	Постоянно		6	

Дигоксин**Нагрузочная доза**

Гестационный возраст (нед)	в/в (мкг/кг)	Per os (мкг/кг)
≤ 29	15	20
30-36	20	25
37-48	30	40
≥ 49	40	50
Делится на три введения в сутки		

Поддерживающая доза

Гестационный возраст (нед)	в/в (мкг/кг)	Per os (мкг/кг)	Интервалы между введениями (часы)
≤ 29	4	5	24
30-36	5	6	24
37-48	4	5	12
≥ 49	5	6	12

Тобрамицин

Гестационный возраст (нед)	Сутки после родов	Доза (мг/кг)	Интервалы между введениями (часы)
≤ 29	0-7	5	48
	8-28	4	36
	≥ 29	4	24
30-34	0-7	4.5	36
	≥ 8	4	24
≥ 35	Постоянно	4	24

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 7. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ УХОД

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка
7.1 Клинические записи	
7.2 Энтеральное питание	
7.3 Парентеральное питание	
7.4 Показатели эффективности вскармливания	
7.5 Инфекционный контроль и лечение	
7.6 Лечение проблем, связанных с дыханием	
7.7 Другие специфические состояния	
7.8 Использование лекарственных препаратов	
7.9 Обезболивание	
7.10 Помощь в целях развития	
7.11 Общение с родителями	
7.12 Перевод новорожденных в критическом состоянии	
7.13 Процедура выписки	
7.14 Улучшение качества и аудит	

ИТОГО**ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ 7 СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННЫМ****ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ОСНОВНЫЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:

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

5.

КОММЕНТАРИИ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Использованная литература

1. World Health Organization. Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common childhood illnesses. Second edition. Geneva 2013. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care/en/index.html (accessed 18th December 2013).
2. Basic Neonatal Care Manual, University of Oxford April 2010. Available at <http://www.medscinet.net/intergrowth/patientinfodocs/neonatal%20manual%20final.pdf> (accessed February 26 2014)
3. World Health Organization. Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva 2012. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/basic_newborn_resuscitation/en/ (accessed February 21 2014)
4. World Health Organization. Breastfeeding – early initiation, Breastfeeding – continued breastfeeding, Breastfeeding – exclusive breastfeeding; e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). Geneva; 2013. Available at http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/en/ (accessed February 21 2014)
5. World Health Organization. Effective Perinatal Care training package. Regional Office for Europe 2006. Available at <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/effective-perinatal-care-training-package-epc> (accessed February 21 2014)
6. World Health Organization. Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. Geneva 2011. Available at http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/en/ (accessed February 21 2014)
7. World Health Organization. Essential newborn care: report of a technical working group (Trieste, 25-29 April 1994). Geneva 1996. Available at <http://www.who.int/iris/handle/10665/63076> (accessed 4 January 2014)
8. American Academy of Pediatrics. Helping Babies Breathe – The Golden Minute Program. 2010. Available at <http://www.helpingbabiesbreathe.org/> (accessed February 21 2014)
9. World Health Organization. Kangaroo Mother Care – A practical Guide. Geneva 2003. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/ (accessed February 21 2014)
10. World Health Organization. Managing Newborn Problems manual. Geneva 2003. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241546220/en/ (accessed February 21 2014)
11. World Health Organization. Recommended interventions for improving maternal and newborn health. Integrated management of pregnancy and childbirth, Geneva; 2007. Available

- at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_mps_0705/en/ (accessed February 26 2014)
12. American Academy of Pediatrics. Newborn Resuscitation Program. 2010. Available at <http://www2.aap.org/nrp/about.html>
 13. World Health Organization. Priority medicines for mothers and children. Geneva 2011. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/emp_mar2011.1/en/ (accessed February 26 2014)
 14. World Health Organization. Proposal for essential medicines for neonates. Second Meeting of the Subcommittee of the Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines (Geneva, 29 September to 3 October 2008). Geneva 2008. Available at http://www.who.int/selection_medicines/committees/subcommittee/2/en/ (accessed February 21 2014)
 15. World Health Organization. Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva 2013. Available at http://origin.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/index.html (accessed February 21 2014)

Литература по использованию лекарственных средств

1. Neofax 2011, 24th Edition. Thomson Reuter. 2011.
2. Kimberlin DW, Lin CY, Jacobs RF, Powell DA, Corey L, Gruber WC, Rathore M, Bradley JS, Diaz PS, Kumar M, Arvin AM, Gutierrez K, Shelton M, Weiner LB, Sleasman JW, de Sierra TM, Weller S, Soong SJ, Kiell J, Lakeman FD, Whitley RJ. National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Antiviral Study Group. Safety and efficacy of high-dose intravenous acyclovir in the management of neonatal herpes simplex virus infections. *Pediatrics*. 2001;108(2):230-8.
3. Paret G, Steinmetz D, Kuint J, Hegesh J, Frand M, Barzilay Z. Adenosine for the treatment of paroxysmal supraventricular tachycardia in full-term and preterm newborn infants. *Am J Perinatol*. 1996;13:343-6.
4. Jenik AG, Ceriani Cernadas JM, Gorenstein A, Ramirez JA, Vain N, Armadans M, Ferraris JR. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of the effects of prophylactic theophylline on renal function in term neonates with perinatal asphyxia. *Pediatrics*. 2000;105(4):E45.
5. Huet F, Semama D, Grimaldi M, Guignard JP, Gouyon JB. Effects of theophylline on renal insufficiency in neonates with respiratory distress syndrome. *Intensive Care Med*. 1995;21:511-4.
6. American Academy of Pediatrics. Antifungal Drugs. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. *Red Book: Report of the committee on Infectious Diseases*. 28th ed. Elk Grove Village, IL. 2009:765-766, 768.
7. Schmidt B, Roberts RS, Davis P, Doyle LW, Barrington KJ, Ohlsson A, Solimano A, Tin W; Caffeine for Apnea of Prematurity Trial Group. Caffeine therapy for apnea of prematurity. *N Engl J Med*. 2006;354(20):2112-21.
8. Prober CG, Stevenson DK, Benitz WE. The use of antibiotics in neonates weighing less than 1200 grams. *Pediatr Infect Dis J*. 1990;9(2):111-21.
9. Schaad UB, Suter S, Gianella-Borradori A, Pfenninger J, Auckenthaler R, Bernath O, Cheseaux JJ, Wedgwood J. A comparison of ceftriaxone and cefuroxime for the treatment of bacterial meningitis in children. *N Engl J Med*. 1990;18;322(3):141-7.
10. Doyle LW, Ehrenkranz RA, Halliday HL. Dexamethasone treatment after the first week of life for bronchopulmonary dysplasia in preterm infants: a systematic review. *Neonatology*. 2010;98(4):289-96.

11. Valverde E, Pellicer A, Madero R, Elorza D, Quero J, Cabañas F. Dopamine versus epinephrine for cardiovascular support in low birth weight infants: analysis of systemic effects and neonatal clinical outcomes. *Pediatrics*. 2006;117(6):e1213-22.
12. Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. *Pediatrics*. 2006;118(3):1028-34.
13. Anand KJ; International Evidence-Based Group for Neonatal Pain. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155(2):173-80.
14. Rao R, Georgieff MK. Iron in fetal and neonatal nutrition. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2007;12(1):54-63.
15. Moghal NE, Shenoy M. Furosemide and acute kidney injury in neonates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2008;93(4):F313-6.
16. Ohlsson A, Walia R, Shah SS. Ibuprofen for the treatment of patent ductus arteriosus in preterm and/or low birth weight infants (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;4. doi: 10.1002/14651858.CD003481.pub5.
17. Fowlie PW, Davis PG, McGuire W. Prophylactic intravenous indomethacin for preventing mortality and morbidity in preterm infants (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;7(7). doi: 10.1002/14651858.CD000174.pub2.
18. Jacqz-Aigrain E, Daoud P, Burtin P, Desplanques L, Beaufils F. Placebo-controlled trial of midazolam sedation in mechanically ventilated newborn babies. *The Lancet*. 1994;344(8923):646-50.
19. Volpe JJ. 4th Edition. *Neurology of the Newborn*, Philadelphia: WB Saunders Co. 2001:203-204.
20. Steinhorn RH, Kinsella JP, Pierce C, Butrous G, Dilleen M, Oakes M, Wessel DL. Intravenous sildenafil in the treatment of neonates with persistent pulmonary hypertension. *J Pediatr*. 2009;155(6):841-847.e1.
21. Ahsman MJ, Witjes BC, Wildschut ED, Sluiter I, Vulto AG, Tibboel D, Mathot, RA. Sildenafil exposure in neonates with pulmonary hypertension after administration via a nasogastric tube. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2010;95(2):F109-14.
22. Lokesh L, Kumar P, Murki S, Narang A. A randomized controlled trial of sodium bicarbonate in neonatal resuscitation-effect on immediate outcome. *Resuscitation*. 2004;60(2):219-23.
23. Rojas-Reyes MX, Morley CJ, Soll R. Prophylactic versus selective use of surfactant in preventing morbidity and mortality in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;14;3. doi: 10.1002/14651858.CD000510.pub2.
24. Contopoulos-Ioannidis DG, Giotis ND, Baliatsa DV, Ioannidis JP. Extended-interval aminoglycoside administration for children: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2004;114(1):e111-8.
25. Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, Daum RS, Fridkin SK, Gorwitz RJ, Kaplan SL, Karchmer AW, Levine DP, Murray BE, J Rybak M, Talan DA, Chambers HF. Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of America for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in adults and children: executive summary. *Clin Infect Dis*. 2011;52(3):285-92.
26. Wacker M, Holick MF. Vitamin D - effects on skeletal and extra-skeletal health and the need for supplementation. *Nutrients*. 2013;5:111-48.

8. Мониторинг и последующее наблюдение

Цель: Оценить практики, связанные с мониторингом и последующим наблюдением за больными новорожденными и женщинами после акушерских осложнений

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Анализ** историй родов/болезни и историй новорожденных
- **Наблюдение** клинической практики
- **Используйте, в том числе уже полученную информацию, собранную во время оценки в соответствии предыдущими клиническими разделами**

8.1 Мониторинг состояния пациентов	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Во время приема устанавливается план мониторинга в зависимости от тяжести состояния пациентов □ Для наблюдения используется стандартная карта/бланк, в которой отмечается следующая информация: данные пациента, жизненно важные признаки; клиническое состояние, лечение и процедуры, питание, исходы 			
8.2 Повторная оценка и контроль, осуществляемый медсестрами и акушерками	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Ключевые факторы риска контролируются и регистрируются сестрами как минимум дважды в день, у пациентов, находящихся в критическом состоянии – минимум четыре раза в сутки □ Дозы и время введения/дачи всех медикаментов фиксируются сестрой в карте наблюдения/истории болезни □ При в/в введении препаратов в документации фиксируется следующая информация: тип инфузии, объем, скорость, время начала и окончания инфузии □ Дополнительный контроль осуществляется в случаях, когда необходимо следить за динамикой развития определенных состояний (например: при использовании сульфата магния при ПЭ) □ Сестры/акушерки используют результаты мониторинга для вызова или консультации с врачом при изменении состояния пациента 			

8.3 Повторная оценка врачами	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<input type="checkbox"/> Состояние пациентов оценивается врачами как минимум один раз в сутки <input type="checkbox"/> Тяжелобольные оцениваются как минимум дважды в сутки (также это могут делать опытные сестры/акушерки)			
8.4 Наблюдение после выписки	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<input type="checkbox"/> При необходимости, до выписки решается вопрос об учреждении, в котором будет организовано последующее наблюдение (продолжено лечение), по возможности, ближайшее к месту жительства пациента <input type="checkbox"/> При выписке всем пациентам выдаются подробные выписки с диагнозом, проведенном обследовании и лечении, состоянии при выписке			

Примечание: Этот раздел применяется только в отношении больных новорожденных и женщин с акушерскими осложнениями

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 8. МОНИТОРИНГ И ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

РАЗДЕЛЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
8.1 Мониторинг состояния пациентов		
8.2 Повторная оценка и контроль, осуществляемый медсестрами и акушерками		
8.3 Повторная оценка врачами		
8.4 Наблюдение после выписки		

ИТОГО

ВЫВОДЫ**ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ОСНОВНЫЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

КОММЕНТАРИИ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Использованная литература

1. World Health Organization. Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common childhood illnesses. Second edition, Geneva 2013. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care/en/index.html (accessed 18 December 2013)
2. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Department of Reproductive Health and Research, Geneva 2000 reprinted 2007. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/en/index.html (accessed 4 January 2014)

ЧАСТЬ 3 РУКОВОДЯЩИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОМОЩИ

- 9. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)**
- 10. Руководства и аудит**
- 11. Доступность стационарной помощи и преемственность медицинской помощи**
- 12. Права матери и новорожденного**

9. Профилактика ИСМП

Цель: Оценить качество профилактики, контроля и лечения ИСМП

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Медицинская документация:** приказы, политика, протоколы и руководства, клинические отчеты
- **Наблюдение:** визуальная оценка повседневной практики ухода, наличия и использования оборудования во всех подразделениях оцениваемого учреждения.
- **Неформальное общение** с пациентами и медработниками – дополнительный источник информации

9.1 Организация системы профилактики ИСМП

9.1 Организация инфекционного контроля	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В учреждении внедрены национальные и региональные программы профилактики ИСМП <input type="checkbox"/> Организован комитет по инфекционному контролю <input type="checkbox"/> Индикаторы качества четко определены. Ключевые индикаторы регулярно собираются и анализируются, в том числе: частота ИСМП (%), локализация инфекции и т.д.. <input type="checkbox"/> Разработана программа по профилактике ИСМП на уровне учреждения, доведена до сведения всего персонала <input type="checkbox"/> Имеются протоколы по организации уборки и дезинфекции <input type="checkbox"/> Внедрена система учета аварийных ситуаций (укола иглой, пореза скальпелем и т.п.) <input type="checkbox"/> Рутинно забор проб на стерильность окружающей среды (воздух, стены, потолок, поверхности и т.д.) не проводится <input type="checkbox"/> Регулярно проводятся тренинги для персонала по вопросам профилактики ИСМП. Постоянно контролируется исполнение персоналом протокола по профилактике ИСМП <input type="checkbox"/> Регулярно проводятся плановые медосмотры персонала, постоянно контролируется состояние здоровья медработников <input type="checkbox"/> Определены принципы личной гигиены для персонала (руки, ногти, униформа, обувь и т.д.) <input type="checkbox"/> Не используются неэффективные и затратные методы профилактики ИСМП: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ультрафиолетовые лампы для дезинфекции 			

<ul style="list-style-type: none"> ○ Ограничение посещений ○ Рутинная смена одежды (использование халатов) и обуви персоналом при входе в отделение интенсивной терапии/реанимации 			
--	--	--	--

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 9.1 ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИСМП

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
9.1 Система профилактики ИСМП			

ИТОГО

9.2 Вспомогательные службы

9.2.1 Прачечная	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Чисто белье хранится отдельно от грязного <input type="checkbox"/> Чистое белье транспортируется отдельно от грязного <input type="checkbox"/> Использованное белье (простыни, пододеяльники) стираются в горячей воде (70°C - 80°C) со стиральным порошком и дезинфектантами 			
9.2.2 Утилизация отходов	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеются протоколы, четко определяющие порядок утилизации отходов <input type="checkbox"/> Отходы перевозятся на специальных тележках, которые не используются для других целей и регулярно обрабатываются <input type="checkbox"/> Печь для сжигания отходов находится в исправном состоянии <input type="checkbox"/> Острые предметы собираются и хранятся в специальных контейнерах (пластиковых или металлических, плотно закрытых, со специальной маркировкой) <input type="checkbox"/> В местах сбора отходов регулярно проводится уборка 			
9.2.3 Стерилизация	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется возможность проведения сте- 			

<ul style="list-style-type: none"> рилизации паром или телом □ Инструменты и оборудование очищаются и обеззараживаются до стерилизации □ Стерильные инструменты и оборудование хранятся в местах, защищенных от пыли, влаги, сырости, насекомых, животных □ При хранении используются хорошо различимая маркировка «стерильное/нестерильное», стерильное хранится отдельно □ Стерилизационные системы исправны: <ul style="list-style-type: none"> ○ Время (продолжительность обработки) ○ Температура ○ Упаковка ○ Мониторинг процесса стерилизации ○ Контроль качества стерилизации 			
--	--	--	--

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 9.2 ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
9.2.1 Прачечная		
9.2.2 Утилизация отходов		
9.2.3 Стерилизация		

ИТОГО

9.3 Мытье рук

9.3 Мытье рук	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Используются алгоритмы мытья рук (ВОЗ, национальные/региональные, на местном языке). Схемы мытья рук расположены над или рядом с раковинами □ Места для мытья рук оборудованы надлежащим образом: <ul style="list-style-type: none"> ○ Чистая вода ○ Жидкое мыло в дозаторе ○ Дозатор мыла моется перед заливкой новой порции 			

<ul style="list-style-type: none"> ○ Спиртовой антисептик ○ Одноразовые (или чистые) полотенца □ Персонал моет и обрабатывает руки в следующих случаях: <ul style="list-style-type: none"> ○ До и после процедур (медицинских, по уходу) ○ При переходе от одного пациента к другому □ Для рутинного мытья рук используется обычное жидкое мыло (без дезинфектантов) 			
---	--	--	--

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 9.3 МЫТЬЕ РУК

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ		Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
9.3	Мытье рук		

ИТОГО

9.4 Стандартные меры профилактики

9.4.1 Использование перчаток	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Нестерильные перчатки имеются в достаточном кол-ве □ Нестерильные перчатки используются правильно: <ul style="list-style-type: none"> ○ Меняются перед каждым пациентом ○ Для очистки использованных инструментов ○ При контакте с биологическими жидкостями: кровью, околоплодными водами и др. ○ После использования перчатки сразу же снимают, ничего не трогая □ Стерильные перчатки имеются в достаточном кол-ве □ Стерильные перчатки используются при проведении асептических процедур. □ При повышенном риске перфорации или заражения используются двойные перчатки 			

9.4.2 Изоляция	Оценка: Акушер- ство	Оценка: Неона- тология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Выделены специальные помещения для изоляции инфекционных больных □ Пациенты изолируются в соответствии с руководствами, основанными на доказательствах □ Для сбора отходов и использованного белья от инфицированного пациента используются специальные контейнеры с хорошо различимой маркировкой 			
9.4.3 Катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей	Оценка: Акушер- ство	Оценка: Неона- тология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Катетеризация мочевого пузыря используется только по показаниям, основанным на доказательствах □ Катетеризация мочевого пузыря проводится с использованием асептической техники и стерильного оборудования □ Катетер удаляется как можно быстрее (предпочтительно в течение 24 часов) □ Используется закрытая дренажная система □ После установки катетера периуретральная область антисептиками не обрабатывается 			
9.4.4 Профилактика внутрибольничной пневмонии	Оценка: Акушер- ство	Оценка: Неона- тология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Перед использованием мешок Амбу стерилизуется или подвергается дезинфекции высокого уровня □ Дыхательные контуры с увлажнителем при проведении ИВЛ меняются как минимум через 48 часов □ В увлажнителе используется стерильная вода □ Эндотрахеальная санация проводится с соблюдением асептики: <ul style="list-style-type: none"> ○ Перчатки ○ Закрытые системы ○ Одноразовый катетер ○ Инстилляций физ. р –ра не проводят 			

9.4.5 Катетер-ассоциированные инфекции кровотока	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Катетеризация и уход осуществляется с соблюдением правил асептики <input type="checkbox"/> Р-ры для инфузии готовятся с соблюдением правил асептики (бесконтактный метод) <input type="checkbox"/> При введении пупочного катетера мази и кремы, содержащие АБ, местно не применяются <input type="checkbox"/> Ежедневно контролируется место введения катетера, результаты фиксируются в историю болезни <input type="checkbox"/> Катетеры удаляют сразу же, как только пропадает необходимость в них 			

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 9.4 СТАНДАРТНЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
9.4.1 Использование перчаток		
9.4.2 Изоляция		
9.4.3 Катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей		
9.4.4 Профилактика внутрибольничной пневмонии		
9.4.5 Катетер-ассоциированные инфекции кровотока		

ИТОГО

9.5. Хирургические пациенты

9.5 Хирургические пациенты	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<input type="checkbox"/> Пациенты принимают душ или ванну с мылом за день или непосредственно перед операцией <input type="checkbox"/> Волосы в области операционного поля рутинно не удаляются <input type="checkbox"/> Очистительная клизма рутинно не назначается <input type="checkbox"/> Профилактика АБ проводится по показаниям <input type="checkbox"/> АБ выбираются с учетом эффективности, опубликованных рекомендаций, продолжительности действия, фармакинетики <input type="checkbox"/> Повязка на операционной ране сохраняется как минимум 24 часа			

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 9.5 ВЕДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
9.5 ведение хирургических пациентов		

ИТОГО

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 9. ПРОФИЛАКТИКА ИСМП

РАЗДЕЛЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
9.1 Система профилактики ИСМП		
9.2 Вспомогательные службы		
9.3 Мытье рук		
9.4 Стандартные процедуры		
9.5 Хирургические пациенты		

ИТОГО

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ 9 ПРОФИЛАКТИКА ИСМП**ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ОСНОВНЫЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

КОММЕНТАРИИ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Использованная литература

1. O'Grady NP, Alexander M, Burns A et al. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infection. Centers for Disease Control (CDC), Atlanta 2011. Available at <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf> (accessed 8 January 2014)
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Prevention and control of healthcare-associated infections, quality improvement guide. Public Health Guidance 36, 2011. Available at <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13763/59578/59578.pdf> (accessed 8 January 2014)
3. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK et al. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, Centre for Disease Control (HICPAC). Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections. Centers for Disease Control (CDC), Atlanta 2009. Available at <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf> (accessed 8 January 2014)
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Surgical site infection: prevention and treatment of surgical site infection. Clinical Guidance 74, 2008. Available at <http://publications.nice.org.uk/surgical-site-infection-cg74> (accessed 8 January 2014)
5. Rutala WA, Weber DJ and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guidelines for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities. Centers for Disease Control (CDC), Atlanta 2008. Available at http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf (accessed 8 January 2014)
6. World Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals (IVB) and Protection of the Human Environment (PHE) Department Management of solid health-care waste at primary health-care centres, a decision-making guide. Geneva 2005. Available at http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/hcwdmguide/en/index.html (accessed 8 January 2014)
7. World Health Organization. Practical guidelines for infection control in health care facilities. Regional Office for South-East Asia and Regional Office for Western Pacific. SEARO Regional Publication No. 41, 2004. Available at <http://www.searo.who.int/entity/emergencies/documents/infectioncontrolfullmanual.pdf> (accessed 8 January 2014)
8. Duce G, Fabry J, Nicolle L (eds). Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide. Second Edition, WHO/CDS/CSR/EPH/2002.12. 2002. Available at <http://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf> (accessed 8 January 2014)
9. Prüss A, Giroult E and Rushbrook P (eds). Safe management of wastes from healthcare activities. World Health Organization, Geneva 1999. Available at http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/wastemanag/en/ (accessed 8 January 2014)

10. Руководства, обучение и аудит

Цель: Оценить наличие системы обучения медицинского персонала, использование руководств, основанных на доказательствах в клинической практике; качество и регулярность проведения аудита; разбор клинических случаев и использования результатов аудита для улучшения качества.

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Документация:** политика, приказы, протоколы и руководства; отчеты о проведении тренингов, аудита, анализа случаев; протоколы рабочих встреч, конференции, совещаний для обсуждения результатов проведения аудита и разбора случаев
- **Наблюдение** практики, анализ доступных руководств и протоколов, памяток, информационных материалов по всем основным темам акушерской и педиатрической/неонатальной помощи
- **Опрос** сотрудников и руководителей, отобранных методом случайной выборки
- **Неформальные беседы** являются важным дополнительным источником информации

10.1 Руководства и протоколы

10.1.1 Наличие руководств	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<input type="checkbox"/> Используйте приложение 10.1 для оценки наличия и доступности руководств <input type="checkbox"/> Имеются руководства по основным темам перинатальной помощи <input type="checkbox"/> Имеются материалы по внедрению руководств в клиническую практику			
10.1.2 Использование руководств	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<input type="checkbox"/> Имеются и доступны для персонала печатные копии руководств в соответствующих подразделениях <input type="checkbox"/> Персонал обучен использованию имеющихся руководств и протоколов, или использован иной механизм по внедрению руководств в клиническую практику <input type="checkbox"/> При приеме на работу новый сотрудник знакомится с основными руководствами и протоколами <input type="checkbox"/> Имеются комитет/комитеты/рабочие группы по регулярному пересмотру протоколов и внесению изменений (при необходимости)			

Приложение 10.1 Руководства и протоколы

Используйте настоящую таблицу для оценки наличия и доступности для персонала национальных руководств, приказов, стандартов, местных протоколов, а также карманных справочников, памяток, инструкций, в том числе настенных плакатов-памяток и других материалов.

Определения:

- Национальные руководство/протокол/политика/приказ: разработанные в стране
- Местные протокол/алгоритмы: разработанные в определенном стационаре. Учитывают местные особенности (например: часы работы лаборатории, возможности оказания интенсивной помощи и последующего перевода на более высокий уровень и т.д.)

Руководства и протоколы	Национальный	Местный	Плакаты, памятки (опишите)
Список основных препаратов для женщин			
Список основных препаратов для новорожденных			
Закупка лекарств (больничная аптека)			
Утилизация просроченных и испорченных медикаментов			
Переливание крови/компонентов крови (включая скрининг)			
Побочные действия и нежелательные реакции лекарственных средств			
Расходные материалы, обеспечение и использование			
Использование и техническое обслуживание медицинского оборудования			
Кардиотокограф (КТГ)			
Вакуум экстрактор			
Инфузионный насос (взрослый)			
Аппарат УЗИ			
Инкубатор			
Источник лучистого тепла, другое оборудование для обогрева			
Лампы для фототерапии			
Глюкометр			
Оборудование для подачи кислорода			
Пульсоксиметры			
Многофункциональные мониторы			
Инфузоматы: перистальтический и шприцевой (неонатальный)			
Аппарат ИВЛ механический			
Другое акушерское и неонатальное обо-			

родование (поясните)			
Неосложненная беременность			
Нормальные роды			
Партограмма			
Физиологический послеродовый период			
Грудное вскармливание/кормление новорожденных			
Информирование беременных и родильниц об их собственном состоянии и состоянии здоровья новорожденного			
Акушерские осложнения			
Гестационная гипертензия			
Преэклампсия и эклампсия			
Преждевременные роды			
Периодическая аускультация (мониторинг ЧСС плода)			
Прогресс родов			
Родоусиление окситоцином			
Затянувшаяся активная фаза родов			
Эпизиотомия			
Экстренное кесарево сечение			
Тромбопрофилактика после КС			
Неонатальная реанимация			
Послеродовое кровотечение			
Порядок экстренного вызова ответственного дежурного врача/консультанта в случае осложнения беременности			
Инфекции			
Инфекция, вызванная стрептококками группы В			
Во время беременности и в послеродовом периоде			
Неонатальные инфекции			
Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи			
Антибактериальная терапия специфических неонатальных инфекций (ранний и поздний сепсис)			
Неонатальные осложнения			
Гипогликемия			
Гипербилирубинемия/желтуха			

Кислородотерапия			
Вскармливание новорожденных в ПИ-Те/ОРИТе			
Парентеральное кормление новорожденных			
Установка центрального катетера			
Центральная венозная линия			
Открытый артериальный проток			
Неонатальные судороги			
Анемия во время беременности			
Переливание крови и препаратов крови			
Инфекционный контроль			
Использование моющих средств и дезинфектантов			
Медицинский осмотр сотрудников			
Гигиена персонала			
Сбор и уничтожение отходов			
Мытье рук / гигиена рук			
Изоляция пациентов/меры предосторожности распространения инфекции			
Другие			
Система перенаправления пациентов			
Аудит и разбор клинических случаев			
Консультирование и коммуникация, с акцентом на соблюдение прав матери и ребенка			
Процедуры регистрации родов, новорожденных			
Процедура отказа от ребенка			
Сбор и анализ жалоб пациентов			
Разработка информационных материалов для пользователей			

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 10.1 РУКОВОДСТВА И ПРОТОКОЛЫ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
10.1.1 Наличие руководств		
10.1.2 Использование руководств		

ИТОГО

10.2 Непрерывное образование

10.2.1 Наличие ресурсов для обучения	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется как минимум одно современное руководство/учебник для акушерок (не более 5 лет с момента издания) <input type="checkbox"/> Имеется как минимум одно современное руководство/учебник для врачей-акушеров (не более 5 лет) <input type="checkbox"/> Имеется как минимум одно современное руководство/учебник по неонатологии (не более 5 лет) <input type="checkbox"/> Имеется как минимум одно современное руководство/учебник для медсестер (не более 5 лет) 			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеется подключенный к интернету компьютер с возможностью доступа к базам данных доказательной медицины и образовательным ресурсам (в том числе дистанционному обучению) <input type="checkbox"/> Имеется компьютер с возможностью подключения к ресурсам ВОЗ: БРЗ и другим руководствам и рекомендациям 			
10.2.2 Обучение на рабочем месте в учреждении	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<p>Имеется программа/программы обучения персонала</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Регулярно проводятся практические тренинги на местах, включая тренинги на манекенах (симуляционные тренинги), с использованием алгоритмов оказания помощи, оборудования и т.д. <input type="checkbox"/> В программу тренингов включены и проводятся ролевые игры <input type="checkbox"/> При поступлении на работу новый сотрудник работает под руководством и с помощью наставника (ментора) 			
10.2.3 Непрерывное профессиональное образование	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имеются национальные программы непрерывного образования и 			

<p>профессионального развития</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Администрация больницы активно поощряет врачей, акушеров и сестер к участию в образовательных программах (участие в конференциях, симпозиумах, курсах, тренингах и т.д.) 			
10.2.3 Командная работа	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Регулярно проводятся собрания персонала для обсуждения организационных вопросов оказания помощи □ В обсуждении участвует весь персонал: <ul style="list-style-type: none"> ○ Медсестры и акушерки ○ Доктора ○ Другие сотрудники □ Медсестры и акушерки, так же как и другие группы специалистов, проводят собственные совещания 			

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 10.2 НЕПРЕРЫВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
10.2.1 Наличие ресурсов для обучения		
10.2.2 Обучение на рабочем месте в учреждении		
10.2.3 Непрерывное профессиональное образование		
10.2.3 Командная работа		

ИТОГО

10.3 Аудит и разбор клинических случаев

10.3.1 Аудит в учреждении	Оценка: Акушер- ство	Оценка: Неона- тология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Нормативные документы или протоколы регулярно проходят процедуру аудита и анализа □ Имеется комитет, ответственный за организацию и проведение аудита: <ul style="list-style-type: none"> ○ Рутинного, регулярного ○ В ответ на жалобу или инцидент 			
10.3.2 Клинический аудит	Оценка: Акушер- ство	Оценка: Неона- тология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Все случаи смерти в учреждении анализируются и обсуждаются □ Все случаи тяжелых осложнений анализируются и обсуждаются □ К аудиту привлекаются все члены профессиональной команды, включая акушерок и медсестер □ Разбор клинических случаев проводится с использованием научно-обоснованных руководств и местных протоколов/алгоритмов □ Клинический аудит проводится с соблюдением принципов конфиденциальности и не служит поводом для обвинений сотрудника/сотрудников □ Основная цель аудита - выявление и обсуждение причин некачественной (субстандартной) помощи □ По результатам аудита разрабатываются рекомендации, которые доводятся до всего персонала и внедряются в практику □ Для оценки соответствия оказания помощи в рассматриваемом случае руководствам, основанным на данных доказательной медицины, используется количественный метод 			

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 10.3 АУДИТ И РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушер- ство	Оценка: Неонатоло- гия
10.3.1 Организация аудита в учреждении		
10.3.2 Клинический аудит и разборы клинических случаев		

ИТОГО**ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 10. РУКОВОДСТВА И АУДИТ**

РАЗДЕЛЫ	Оценка: Акушер- ство	Оценка: Неонатоло- логия
10.1 Руководства и протоколы		
10.2 Обучение		
10.3 Аудит и разборы клинических случаев		

ИТОГО**ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ 10 РУКОВОДСТВА И АУДИТ****ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ОСНОВНЫЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

КОММЕНТАРИИ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Использованная литература

1. World Health Organization. Beyond the numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva 2004. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591838/en/ (accessed 8 January 2014)
2. Frehywot S, Vovides Y et al. E-learning in medical education in resource constrained low- and middle-income countries. *Human Resources for Health*. 2013;11:4. Available at <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/4> (accessed 8 January 2014)
3. Johnson P, Fogarty L et al. An integrative review and evidence-based conceptual model of the essential components of pre-service education. 2013;11:42. Available at <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/42> (accessed 8 January 2014)
4. Taylor L, Abbott PA, Hudson K. E-Learning for Health-Care Workforce Development in: Geissbuhler A, Kulikowski C, eds. *IMIA Yearbook of Medical Informatics*. 2008;83-7. Available at <http://www.schattauer.de/en/magazine/subject-areas/journals-a-z/imia-yearbook/imia-yearbook-2008/issue/840/manuscript/9862.html> (accessed 8 January 2014)
5. Marshall AP, West SH, Aitken LM. Preferred information sources for clinical decision making: critical care nurses' perceptions of information accessibility and usefulness. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2011;8(4):224-35. Available at <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-6787.2011.00221.x/abstract> (accessed 8 January 2014)
6. McManus BM, Chambliss JH, Rapport MJ. Application of the NICU practice guidelines to treat an infant in a level III NICU. *Pediatric Physical Therapy*. 2013; 25(2):204-13. doi: 10.1097/PEP.0b013e31828a4870. available at http://journals.lww.com/pedpt/Fulltext/2013/25020/Application_of_the_NICU_Practice_Guidelines_to.17.aspx (accessed 8 January 2014)
7. Han H, Resch DS, Kovach RA. Educational technology in medical education. *Teaching and Learning in Medicine*. 2013;25;Suppl 1:S39-43. doi: 10.1080/10401334.2013.842914 available at <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10401334.2013.842914#.Us2CMuQpJ8E> (accessed 8 January 2014)

11. Доступность и непрерывность помощи

Цель: оценить доступность и непрерывность помощи, выявить возможные проблемы в преемственности помощи, как для матерей, так и новорожденных

Источники информации и инструкции по проведению оценки:

- **Медицинская документация:** руководства/процедуры/порядок перевода пациентов из учреждений первичного звена в стационар, а также из стационара на более высокий уровень оказания помощи; выписные и переводные эпикризы, истории болезни, родов и новорожденных (не менее 20);
- **Опрос** сотрудников и пациенток и членов семьи об их опыте получения помощи в стационаре, при переводе в другое учреждение и т.д.
- **Неформальное общение** с медицинскими работниками и пациентами – важный источник дополнительной информации

* При анализе экономических препятствий для получения медицинской помощи (пункты 11.2 и 11.4), спросите пациентов обо всех видах возможных платежей: за госпитализацию, стоимость медикаментов, анализов, диагностических исследований, за использование оборудования, расходных материалов и т.д. Критический уровень платежей определяется как уровень, который заставляет семью отказаться от обращения за помощью вообще, или вынуждает занимать деньги для получения медицинской помощи.

11.1 Координация работы с учреждениями первичного уровня	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Имеется согласованное с учреждениями первичного уровня руководство по перенаправлению пациентов, включающее: <ul style="list-style-type: none"> ○ Четкие критерии направления пациентов в стационары более высокого уровня оказания помощи ○ Использование единых бланков направлений, с указанием причин и полученного лечения, результатами обследования ○ Информации для женщин/членов семьи относительно услуг, часов работы, стоимости, адреса, телефонов и т.п. ○ Критерии и процедуры транспортировки ○ Быстрая оценка и сортировка поступающих пациентов □ Работает система постоянного обмена информацией с учреждениями первичного уровня (рабочие совещания для обсуждения статистических данных, результатов аудита, разбора случаев смерти или тяжелых осложнений) □ Учреждение или отдельные подразделения (например: акушерское и неонатальное отделения) проводят 			

мероприятия (тренинги, поддерживающие визиты, разработка протоколов и т.д.) с целью повышения качества оказания помощи на первичном уровне и улучшения системы перенаправления			
11.2 Доступность стационарной помощи	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Возможности получения стационарной помощи не зависят от расовых, этнических, культурных и религиозных причин <input type="checkbox"/> Отсутствие больничного транспорта не является препятствием для получения помощи <input type="checkbox"/> Стоимость проезда на транспорте не является препятствием для получения помощи * <input type="checkbox"/> Стоимость госпитализации не является критической для семьи и не является препятствием для получения помощи * <input type="checkbox"/> Пациентка и семья информируется о стоимости услуг, предоставляемых в стационаре, в том числе информация имеется на стендах в приемном отделении и других подразделениях <input type="checkbox"/> Отсутствует неофициальная оплата услуг персонала <input type="checkbox"/> Представления пациентов о качественной стационарной помощи не является препятствием к получению помощи в учреждении 			
11.3 Преимущество помощи в учреждении	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Внедрена система коммуникации между медицинскими работниками (врачами и сестрами и акушерками) в процессе оказания помощи (например: во время передачи дежурств на посту, на общепольничных рабочих совещаниях и т.д.) <input type="checkbox"/> Внедрена система коммуникации между персоналом различных подразделений и служб (например: родового блока и неонатальных отделений, в том числе отделения интенсивной терапии новорожденных) <input type="checkbox"/> Имеется система связи между учреждениями, предоставляющими различные услуги, например медицин- 			

ские и социальные			
11.4 Перенаправление на более высокий уровень оказания помощи или в другое медицинское учреждение	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Имеется руководство по перенаправлению пациентов, согласованное с учреждениями, куда могут быть направлены пациенты, включающее: <ul style="list-style-type: none"> ○ Четкие критерии перевода (в том числе в учреждения социальной помощи) ○ Использование единых бланков направлений, с указанием причин, полученного лечения, результатами обследования ○ Информации для женщин/членов семьи относительно услуг, часов работы, стоимости, адреса, телефонов и т.п. ○ Критерии и процедура транспортировки ○ Процедуры оценки и сортировки при переводе □ Отсутствие транспорта не является препятствием для перевода (в том числе задержки) □ Стоимость проезда на транспорте не является препятствием для перевода (в том числе задержки) * □ Стоимость услуг не является критическим препятствием для семьи при переводе * □ Работает система постоянного обмена информацией с учреждениями, оказывающими медицинскую и социальную помощь, куда переводятся пациенты (совместные совещания, рабочие встречи для обсуждения статистических данных о работе системы перенаправления, разбора клинических случаев, в том числе случаев смерти и критических осложнений) □ На непрерывность помощи не влияют ограничения, например по возрасту (отказ в госпитализации для детей старше 1 месяца) или какому-либо состоянию (например: пациенты с диареей могут быть направлены в инфекционную больницу) 			

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 11. ДОСТУПНОСТЬ И НЕПРЕРЫВНОСТЬ ПОМОЩИ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушер- ство	Оценка: Неона- тология
11.1 Координация работы с учреждениями первичного уровня		
11.2 Доступность стационарной помощи		
11.3 Преемственность помощи в учреждении		
11.4 перенаправление на более высокий уровень оказания помощи или в другие учреждения		

ИТОГО**ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ 11 ДОСТУПНОСТЬ И НЕПРЕРЫВНОСТЬ ПОМОЩИ****НАИБОЛЕЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

НАИБОЛЕЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

КОММЕНТАРИИ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Использованная литература

1. World Health Organization. Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common childhood illnesses. Second edition, Geneva 2013. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care/en/index.html (accessed 18 December 2013).
2. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Department of Reproductive Health and Research, Geneva 2000 reprinted 2007. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/en/index.html (accessed 4 January 2014)
3. World Health Organization. Management of health facilities: Referral systems. Geneva (undated) available at <http://www.who.int/management/facility/referral/en/index.html> (accessed 18 December 2013).
4. World Health Organization. Referral Systems - a summary of key processes to guide health services managers. Geneva (undated). Available at <http://www.who.int/management/Referralnotes.doc> (accessed 18 December 2013)
5. Cervantes K, Salgado R, Choi M, Kalter HD. Rapid assessment of referral care systems: a guide for program managers. Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia, November 2003. Available at <http://www.who.int/management/facility/RapidAssessmentofReferralCareSystems.pdf> (accessed 18 December 2013).
6. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327:1219-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219> (accessed 8 January 2014)

12. Права матери и новорожденного

Цель: Оценить уровень соблюдения в учреждении прав пациентов, особенно беременных, матерей и новорожденных.

Источники информации и инструкции по проведению:

- **Документация:** Устав и политика учреждения, нормативные документы, руководства
- **Наблюдение** практики оказания помощи в отделениях стационара на всех этапах: с момента поступления до выписки
- **Опрос** пациенток и членов семей (используйте соответствующие части форм для интервью); опрос сотрудников
- **Неформальные беседы** с пациентами и сотрудниками – дополнительный источник информации

12.1 Политика учреждения в области соблюдения прав пациентов

12.1 Внедрение хартии прав пациентов	Оценка: Акушер- шер- ство	Оценка: Неонато- логия	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В учреждении внедрены все основные положения хартии прав пациентов <input type="checkbox"/> Устав (политика) учреждения о соблюдении прав пациентов соответствует международным документам <input type="checkbox"/> Устав (политика) разработан с привлечением сотрудников учреждения, а также всех заинтересованных сторон: общественных организаций пациентов, НКО, омбудсмена и т.п.) <input type="checkbox"/> Персонал знаком с основными положениями хартии прав пациентов, понимает свою роль в обеспечении прав пациентов <input type="checkbox"/> В учреждении проводится регулярный мониторинг соблюдения прав пациентов, выявляют и анализируют случаи нарушения, предпринимают действия по исправлению <input type="checkbox"/> Нормативные документы, посвященные вопросам соблюдения прав пациентов, обновляются по мере необходимости <input type="checkbox"/> Имеется подготовленный с учетом уровня грамотности населения и переведенный на местные языки, текст устава (политики) учреждения, или основные положения хартии прав пациентов <input type="checkbox"/> Распечатанный полный текст хартии доступен для пациентов и членов семей во всех отделениях учреждения в виде отдельного файла <input type="checkbox"/> Полный текст или выдержки из хартии расположены в заметных местах (на стендах, стенах) в следующих подразделениях: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Поликлинике <input type="checkbox"/> Приемном отделении 			

<ul style="list-style-type: none"> ○ Родовом блоке ○ Послеродовом отделении совместного пребывания ○ Неонатальном отделении ○ В отделениях интенсивной терапии (взрослом и для новорожденных) ○ В других подразделениях 			
--	--	--	--

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 12.1 ПОЛИТИКА УЧРЕЖДЕНИЯ В ОБЛАСТИ СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
12.1 Внедрение хартии прав пациентов		

ИТОГО

12.2 Наличие и доступность медицинской помощи

12. 2.1 Доступность услуг	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Помощь оказывается и матерям и новорожденным □ Должным образом подготовленный персонал доступен круглосуточно □ Необходимые медикаменты, оборудование и расходные материалы в необходимом количестве доступны круглосуточно 			
12.2.2 Преимущество помощи	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Налажена связь между учреждениями различного уровня оказания помощи женщинам и новорожденным: <ul style="list-style-type: none"> ○ Между учреждениями первичного уровня и стационаром ○ Между стационаром и первичным уровнем ○ Между стационаром и учреждениями более высокого уровня □ Результаты анализов и диагностических исследований быстро и без потерь доставляются в отделения, что позволяет избежать повторного проведения и задержки начала лечения □ Матери имеют на руках информацию о состоянии собственного здоровья и здоровья новорожденного (карты, истории болезни и другие подобные документы) 			

12.2.3 Физическая доступность	Оценка: Акушер- шер- ство	Оценка: Неонато- логия	Коммента- рии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Поликлиника (консультативное отделение) открыта в часы, наиболее удобные для пациентов <input type="checkbox"/> Контролируется время ожидания приема пациентами: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В поликлинике <input type="checkbox"/> В стационаре <input type="checkbox"/> При переводе <input type="checkbox"/> Максимально облегчен доступ в учреждение для пациентов и их сопровождающих (в том числе с ограниченными возможностями): имеется пандус, широкие входы, наличие лифта и т.д. <input type="checkbox"/> В случае если новорожденному требуется госпитализация, матери или другому члену семьи предлагается остаться в стационаре 			
12.2.4 Экономическая доступность	Оценка: Акушер- шер- ство	Оценка: Неонато- логия	Коммента- рии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Госпитализация, лечение, транспорт не требуют расходов семьи в объеме, который для них может быть критическим и стать препятствием для получения помощи <input type="checkbox"/> В случае если помощь платная, имеются механизмы предоставления бесплатной помощи особо нуждающимся группам пациентов <input type="checkbox"/> Имеется полная информация о бесплатных и платных услугах (включая госпитализацию, анализы, медикаменты, питание, постельное белье и т.д.) <input type="checkbox"/> Неофициальные платежи напрямую медицинским работникам запрещены 			
12.2.5 Отсутствие дискриминации	Оценка: Акушер- шер- ство	Оценка: Неонато- логия	Коммента- рии
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Помощь оказывается без возрастных, расовых, этнических, культурных и религиозных ограничений <input type="checkbox"/> При подготовке информационных материалов, вывесок, указателей учитывается уровень грамотности и языковые различия населения 			
12.2.6 Информирование пациентов, оказание поддержки со стороны медицинских работников	Оценка: Акушер- шер-	Оценка: Неонато- логия	Коммента- рии

	СТВО		
<ul style="list-style-type: none"> □ Медицинские работники обладают навыками консультирования и коммуникации □ Персонал учитывает мнение пациентов и со вниманием относится к их проблемам и потребностям □ Медработники поощряют женщин задавать вопросы и получать дополнительную информацию □ Мать получает информацию о состоянии здоровья ребенка и собственного здоровья в соответствующие периоды: <ul style="list-style-type: none"> ○ Антенатальный ○ Роды ○ Послеродовый ○ Выписка □ Матери знают и могут объяснить тревожные симптомы, при появлении которых, как у ребенка, так и у нее самой, следует обратиться за медицинской помощью □ Информирование и поддержка женщин проводится в максимально понятной для них форме □ Пациентки, которые могут потребовать особой помощи, поддержки и информирования: <ul style="list-style-type: none"> ○ С физическими и сенсорными проблемами ○ С психическими расстройствами ○ С психологическими проблемами ○ Матери-подростки ○ Низкий материальный и социальный статус ○ С больными детьми 			

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 12.2. НАЛИЧИЕ И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
12. 2.1 Доступность услуг		
12.2.2 Преемственность помощи		
12.2.3 Физическая доступность		
12.2.4 Экономическая доступность		
12.2.5 Отсутствие дискриминации		

ИТОГО

12.3 Уважение пациентов, соблюдение конфиденциальности

12.3.1 Уважение частной жизни, конфиденциальность	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Внедрен пациенто-ориентированный подход, учитываются индивидуальные предпочтения пациентов □ Медицинские работники уважают культурные и религиозные традиции пациентов □ В случае если следование религиозным или культурным традициям опасно для здоровья (матери или новорожденного), то это обсуждается, предоставляется полная информация, оказывается поддержка □ Осмотр и общение пациентки доктором или сестрой проводится в условиях, в которых исключено присутствие посторонних □ Женщины (если об этом просит сама пациентка и если это возможно) осматриваются доктором-женщиной □ Доступ к медицинской документации, содержащей информацию о пациентах, строго ограничен специалистами, оказывающими помощь □ Информация о пациентах не распространяется даже среди членов семьи без разрешения самой пациентки □ Особое внимание уделяется пациенткам – жертвам насилия □ Персонал обладает навыками реагирования на физические и эмоциональные потребности пациентов и членов семей □ Помощь оказывается на наивысшем возможном уровне в соответствии международными стандартами, качество помощи регулярно контролируется и улучшается 			
12.3.2 Адекватное обезболивание медицинских процедур и вмешательств	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология	Комментарии
<ul style="list-style-type: none"> □ Болезненные процедуры максимально ограничены (при наличии менее болезненных альтернатив) □ Процедуры проводятся способом, доставляющим наименьший дискомфорт, в частности: <ul style="list-style-type: none"> ○ Рациональное планирование 			

<p>взятия крови на анализ (снижение частоты повторных процедур)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ В помещениях, где находятся больные новорожденные, обеспечивается охранительный режим (тишина, приглушенный свет, исключение рутинных процедур) ○ Процедуры, при проведении которых необходимо голодание сведены к минимуму 			
<ul style="list-style-type: none"> □ При проведении болезненных процедур: <ul style="list-style-type: none"> ○ Регулярно оценивается интенсивность боли ○ Проводится адекватное обезболивание (при необходимости) ○ В первую очередь предлагаются немедикаментозные методы обезболивания 			
<p>12.3.3 Исключение ненужных, избыточных процедур</p>	<p>Оценка: Акушерство</p>	<p>Оценка: Неонатология</p>	<p>Комментарии</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Исключены случаи госпитализаций без показаний □ Отсутствуют случаи необоснованно длительных госпитализаций □ Исследования и лечение, не имеющие доказательств эффективности не назначаются □ Лекарства с недоказанной эффективностью не назначаются □ Если нет противопоказаний, женщин не ограничивают в передвижении □ Доступ родителей к больным детям не ограничивают 			
<p>12.3.4 Вовлечение пациентов в процесс принятия решений</p>	<p>Оценка: Акушерство</p>	<p>Оценка: Неонатология</p>	<p>Комментарии</p>
<ul style="list-style-type: none"> □ Персонал интересуется состоянием матери и новорожденного □ Медработники поощряют пациенток обращаться к ним за помощью в случае необходимости □ В случае если пациентка находится в тяжелом состоянии и не способна сама ухаживать за ребенком, к уходу и поддержке привлекаются родственники 			

<p>Матери рутинно вовлекаются в процесс принятия решения, особенно при обсуждении различных вариантов ухода</p> <p>Медработники поощряют отца или другого члена семьи оставаться в больнице для оказания поддержки, в том числе во время родов</p> <p>Матерям предлагают остаться с ребенком, в случае его госпитализации, и привлекают ее к уходу за ним</p> <ul style="list-style-type: none"> □ В случае если мать по каким-то причинам не в состоянии остаться со своим ребенком, другому родственнику предлагают остаться с ним □ Пациентам предоставляется точная и понятная им информация об организации помощи (в том числе о документах, необходимых для госпитализации, правилах внутреннего распорядка, работе служб и т.п.) □ Перед проведением большинства вмешательств и процедур оформляется информированное согласие □ Большинство процедур проводится на месте 			
---	--	--	--

ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 12.3. УВАЖЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, СОБЛЮДЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

КЛЮЧЕВЫЕ ПРАКТИКИ/ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
12.3.1 Уважение частной жизни, конфиденциальность		
12.3.2 Адекватное обезболивание процедур и вмешательств		
12.3.3 Исключение ненужных, избыточных процедур		
12.3.4 Вовлеченность пациентов в процесс принятия решений		

ИТОГО

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПО РАЗДЕЛУ 12. ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

ОСНОВНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ	Оценка: Акушер- ство	Оценка: Неона- тология
12.1 Политика учреждения в области соблюдения прав пациентов		
12.2 Наличие и доступность медицинской помощи		
12.3 уважение пациентов, вовлечение в процесс принятия решения		

ИТОГО**ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ 12 ПРАВА ПАЦИЕНТОВ**

<p>ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.
<p>ОСНОВНЫЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.
<p>КОММЕНТАРИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.

Использованная литература

1. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. Task Force on Health Promotion for Children and Adolescents in & by Hospitals (HPH-CA). Self-evaluation model and tool on the respect of Children's Rights in Hospital, First edition. 2009. Available at http://www.sch.edu.au/policies/task-force_hph-ca_childrens_rights_in_hospital_self_evaluation_model_tool_template_1st_edition.pdf (accessed 15 December 2013)
2. The European Association for Children in Hospital (EACH). The EACH Chart. Available at <http://www.each-for-sick-children.org/each-charter.html> (accessed on 16 October 2013)
3. White Ribbon Alliance. Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women. Washington DC. 2011. Available at http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf (accessed February 21 2014)
4. International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI). Ten steps to optimal MotherBaby maternity services. International MotherBaby Childbirth Organization. Available at <http://www.imbci.org/> (accessed 8 January 2014)
5. UN Human Rights Council. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on preventable maternal mortality and morbidity and human rights. 2010, A/HRC/14/39. Available at <http://www.refworld.org/docid/4c0615622.html> (accessed on 8 January 2014)
6. International Planned Parenthood Federation (IPPF). Charter on Sexual and Reproductive Rights. London 1996. Available at <http://www.shfpa.org.au/sites/shfpa.drupalgardens.com/files/201303/IPPF%20Charter.pdf> (accessed on 8 January 2014)
7. Active Citizenship Network. European Charter of Patient's Rights. European Commission, Rome 2002. Available at http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf (accessed on 8 January 2014)
8. World Health Organization. Patients' Rights. web site. Available at <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/> (accessed 16 October 2013)
9. World Health Organization. Global Strategy for Women's and Children's Health. Available at <http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/index.html> (accessed 2 January 2014)
10. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality, 2012: Human Rights Council 20th Session. Available at http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf (accessed 2 January 2014)
11. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva 2013. Available at <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/index.html> (accessed 30 January 2014)
12. United Nations. Convention on the Rights of the Child. Committee of the Rights of the Child. Fifty-First Session, 25 May-12 June 2009. General Comment No. 12. 2009. Available at <http://www.coe.int/t/dg3/children/participation/CRC-C-GC-12.pdf> (accessed 30 January 2014)

ЧАСТЬ 4

Интервью

Приложение А: Опрос медицинских работников

Приложение В: Опрос пациентов (беременных и женщин после родов)

Приложение А: Опрос медицинских работников

Опрос медицинских работников и пациентов является неотъемлемой частью процесса оценки, а интервьюеры – частью команды. Перед проведением оценки интервьюеры должны познакомиться с данным инструментом и пройти тренинг по наиболее эффективным методикам проведения интервью. Важно понимать, что интервью – это прежде всего, способ установления доверительных отношений с медицинскими работниками для того чтобы получить в важную информацию «из первых рук», непосредственные свидетельства персонала о положении дел в учреждении, которые будут использованы для проведения встречи по итогам оценки, а также разработки отчета.

Необходимо заранее проинформировать руководителей больницы о проведении интервью, а также о том, что интервьюеры будут сами отбирать сотрудников для опроса, чтобы избежать предвзятости мнений и «цензуры» потенциально критических оценок. Попросите руководителей учреждения определить подходящее место для проведения интервью. Во время интервьюеров остальные члены команды экспертов должны оказывать им поддержку и помощь.

Подготовка интервью

Изучение форм для интервью: Пожалуйста, внимательно прочитайте все формы для интервью. Если что-то осталось непонятным, обратитесь за помощью к опытным экспертам. Вы можете попрактиковаться в проведении опроса в паре с кем-нибудь из членов команды. Обратите внимание, что некоторые разделы опросника применимы только для медицинских работников, а другие для студентов, резидентов, ординаторов. Если указания отсутствуют, эти вопросы могут быть адресованы как постоянному персоналу, так и студентам.

Определение места для интервью: Важно, чтобы во время проведения интервью никто посторонний не мог слышать, что говорит интервьюируемый, что бы создать максимально комфортную обстановку, чтобы он/она могли сосредоточиться на ваших вопросах. Возможно, лучшим выбором будет отдельный кабинет, где вы будете наедине, и возможные помехи будут сведены к минимуму. Желательно, чтобы место для интервью находилось недалеко от места работы интервьюируемого, чтобы не отвлекать его надолго от прямых обязанностей.

Выбор интервьюируемого: Желательно провести опрос как минимум по два сотрудника каждой категории медицинских работников (сестер, акушерок, врачей различных специальностей, студентов и интернов/резидентов). Рассмотрите возможность проведения интервью сотрудников из вспомогательных служб, которые часто контактируют с пациентами (например, лаборантов, санитарок и т.д.). В начале рабочего дня попросите список сотрудников, которые находятся на дежурстве в день проведения оценки. Старайтесь вызывать сотрудников сами для соблюдения конфиденциальности, а не предоставлять руководителю общий список.

Подготовьте необходимое кол-во форм интервью.

Проведение интервью

Как начать интервью: Так как основная цель опроса - получение честного мнения, необходимо быть уверенным, что интервьюируемый точно понимает цели опроса, доверяет эксперту, знает и надеется, что интервью будет полностью конфиденциальным. Перед началом опроса еще раз объясните сотруднику:

- Целью является получение его прямого мнения об опыте работы в больнице, а также о том, какие проблемы существуют и как они могут быть решены
- Он/она абсолютно свободны в принятии решения об участии в интервью
- Опрос будет проведен в конфиденциальной обстановке в удобное для него время
- Не существует понятия «правильный» ответ, он/она имеют право отказаться отвечать на любой из вопросов
- Коллеги и руководители никогда не узнают того, о чем он говорил во время опроса

- Его/ее мнение, высказывания могут быть использованы во время встречи с персоналом или в отчете, но его имя не будет упомянуто ни в одном устном сообщении или письменном документе.

Проведение интервью: форма для опроса будет вашим помощником во время разговора с интервьюируемым. Не стоит показывать опросник собеседнику для исключения влияния содержания на его ответы. Задавайте вопросы по одному. Используйте собственные пояснения по вопросу только в том случае, если собеседнику что-то не понятно в формулировке. В конце некоторых вопросов имеются «примеры». Они приведены, прежде всего, для лучшего понимания сути вопроса и той информации, которую Вы пытаетесь обнаружить, но не нужно зачитывать примеры, что, также может повлиять на ответы интервьюируемого. Кроме того, примеры содержат не только «правильные» ответы.

Запишите ответ в правой части таблицы. Не настаивайте на ответе, если чувствуете, что ваш собеседник по каким-то причинам не хочет на него отвечать. Сделайте пометку для себя и продолжите интервью. Часто интервьюируемый отвечает односложно: «Да» или «Нет», старайтесь записывать ответ собственными словами собеседника, в том виде, каком они прозвучали, не пытайтесь обобщить высказанную точку зрения. Запись фактических слов часто помогает лучше понять, что же именно хочет сказать интервьюируемый. Поставьте комментарии в кавычки. Например:

“у нас реальные проблемы с водоснабжением, иногда воды в водопроводе нет целыми днями, как мы можем мыть свои руки для профилактики инфекций?”

Если необходимо, используйте для комментариев дополнительный лист.

Окончание интервью: Если респондент выскажет пожелание ознакомиться с ответами – зачитайте ему их, при этом он имеет право внести поправки. Поблагодарите сотрудника за время, которое он вам уделит.

Пожалуйста, не оставляйте формы в местах, где их могут прочитать люди, не входящие в состав команды экспертов.

После каждого интервью, прочитайте его еще раз и убедитесь, что вы подчеркнули или выделили другим способом, особенно важные мысли респондента, которые будут иметь значение при обсуждении результатов оценки и во время встречи по ее итогам. Вы также можете использовать таблицу с основными слабыми и сильными сторонами системы и выводами, которая расположена в конце раздела инструмента с формами интервью.

Опрос медицинских работников/студентов/интернов

Страна:	Регион:	Город:
Код учреждения:	Интервью № _____	

ЧАСТЬ 1: ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ	
ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕРСОНАЛА:	Ответ
Специальность	
Место работы (подразделение) Должность, сфера ответственности	
Вы работает по Вашей основной специальности?	
В каком году Вы получили сертификат (другой документ, разрешающий работать по специальности) по Вашей основной специальности?	
Имеете ли Вы какие-либо другие специальности, подтвержденные документально? Пожалуйста, уточните: наименование специальности, год получения сертификата/лицензии	
Стаж работы по специальности?	
Как давно Вы работаете в данном учреждении?	
Как долго Вы работаете в отделении? В последней должности?	
ТОЛЬКО ДЛЯ СТУДЕНТОВ:	Ответы
Наименование курса	
Год обучения	
Ожидаемое время окончания учебы и начала работы по специальности	
Когда Вы начали проходить практику в данной больнице? Когда заканчиваете?	
В каком отделении проходите практику в настоящее время?	
Когда Вы начали проходить практику в данном отделении? Когда заканчиваете?	
Есть ли какие-то конкретные навыки, которые Вы должны получить за время практики? Как они будут оцениваться? Пожалуйста, коротко поясните:	
Есть ли у Вас наставник из числа медицинских работников отделения? <i>Если да:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Как много студентов в настоящее время работают вместе с Вами под руководством данного наставника? ○ Как часто Вы работаете вместе с наставни- 	

ком?	
С кем Вы можете посоветоваться, и кто оказывает Вам поддержку во время работы?	
Как Вы думаете, студентов слишком много? Слишком мало?	
Как Вы чувствуете, Вы получили свободы в Вашей работе слишком много? Слишком мало?	
ЧАСТЬ 2: СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНИЦЫ	
Персонал	Ответы
Достаточное ли кол-во персонала работает в Вашем отделении?	
Правильное ли сочетание опытных и молодых специалистов во время дежурств?	
Возможно, не хватает каких-то конкретных специалистов (акушеров, докторов и т.д.)?	
В случае если персонала не хватает, в какие периоды это особенно заметно (ночное время, выходные дни и т.п.)?	
Если больница является клинической базой для обучения студентов/интернов, имеется ли достаточное кол-во сотрудников для качественного обучения (поддержки)?	
Как Вы считаете, сотрудники для помощи студентам (хотя бы частично), или студенты для помощи сотрудниками?	
Высока ли текучесть сотрудников? Если да, то почему?	
Другие комментарии	
Условия работы	Ответы
Далеко ли находится работа от Вашего дома? Если да, то насколько трудно добираться до работы? Как дорого?	
Предоставляет ли Вам больница бесплатное или недорогое жилье?	
Если у Вас есть дети, оказывает ли Вам учреждение поддержку в уходе за детьми и их обучении?	
Удовлетворены ли Вы графиком своей работы?	
ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕРСОНАЛА: Как вы думаете, Вы получаете справедливую зарплату?	
ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕРСОНАЛА: Удовлетворены ли Вы исполнением Ваших прав на пропуск работы по болезни или выходные?	

ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕРСОНАЛА: Имеются ли какие-то меры поощрения (награды) для сотрудников, которые выполняют свою работу особенно хорошо? <i>Если да:</i> Пожалуйста, поясните:	
ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕРСОНАЛА: Применяются ли к медицинским работникам, которые работают не всегда хорошо наказания в любом виде? <i>Если да:</i> Пожалуйста, уточните:	
Оборудование и расходные материалы	Ответы
Основываясь на Вашем опыте, пожалуйста, прокомментируйте наличие и качество следующих элементов медицинской помощи в Вашем отделении или больнице. Если есть какие-либо недостатки, пожалуйста, приведите конкретные примеры:	
Лабораторная диагностика	
Оборудование (например, дыхательные мешки и маски, фетальные мониторы, аппараты УЗИ и т.п.)	
Медикаменты, включая растворы для инфузии, препараты крови	
Одноразовый расходный материал (например, шприцы, марля и т.д.)	
Вода и электричество	
Оборудование и материалы для уборки и дезинфекции	
Кровати для женщин, детские кроватки, постельное белье	
Питание для женщин	
Туалеты, душевые, ванн комнаты для женщин	
Карты, истории болезни, журналы и т.п.	
Другое	
Ограничения доступности помощи для пациентов	Ответы
Часто ли пациенты поступают в больницу поздно (непосредственно перед рождением ребенка или с осложнениями)? <i>Если да, почему это происходит?</i> <i>Примеры: НЕ ЧИТАТЬ ВСЛУХ:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Культурные традиции ○ Стоимость (плата за оказание помощи) ○ Отсутствие транспорта (или высокая плата за проезд до больницы) ○ Женщина не имеет право голоса – зависимость от членов семьи 	

<p>Имеются ли проблемы при переводе пациентов в учреждения более высокого уровня? Если да, то, какие проблемы? <i>Примеры – НЕ ЧИТАТЬ ВСЛУХ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Отсутствие четких критериев для перевода ○ Задержка в принятии решения о переводе ○ Неадекватная помощь до перевода ○ Транспортные проблемы (нехватка или отсутствие санитарного транспорта) ○ Противодействие семьи (культурные традиции или необходимость оплаты) 	
<p>Имеются ли проблемы при переводе пациентов из вашей больницы в учреждение более высокого уровня? <i>Примеры – НЕ ЧИТАТЬ ВСЛУХ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Отсутствие четких критериев для перевода ○ Задержка с принятием решения о переводе ○ Трудности с проведением адекватного лечения до перевода ○ Транспортные проблемы (нехватка или отсутствие санитарного транспорта) ○ Противодействие семьи по различным причинам: культурные, необходимость платы 	
ЧАСТЬ 3: РУКОВОДСТВА, ВЕДЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ, СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ	
Клинические руководства/Ведение отдельных случаев	Ответы
Как Вы думаете, достаточно информационных источников и руководств, к которым Вы имеете доступ в больнице?	
Считаете ли Вы, что отсутствие согласованных стандартов оказания помощи является проблемой в вашем учреждении, отделении?	
<p>Имеются ли какие алгоритмы/плакаты/памятки непосредственно рядом с местом вашей работы? <i>Если да, где они находятся, и имеете ли Вы к ним свободный доступ?</i></p>	
<p>Имеются ли какие-либо руководства/протоколы в отделении, где вы работаете? <i>Если да, где они хранятся, и имеет ли Вы к ним свободный (в том числе бесплатный) доступ?</i></p>	
<p>Если на месте Вашей работы руководств нет, где Вы можете получить их при необходимости? <i>Примеры – НЕ ЧИТАТЬ ВСЛУХ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Старшие коллеги ○ Библиотека ○ Интернет 	

Привлекались ли Вы лично к разработке местных руководств и протоколов? <i>Если да, пожалуйста, поясните:</i>	
Аудит и разборы клинических случаев	Ответы
Проводятся ли в Вашей больнице рабочие совещания/конференции для обсуждения клинических случаев, результатов аудита? <i>Если да:</i> Проводятся ли регулярно? Как часто? Когда было последнее совещание? Вы участвовали? Как Вы думаете, такие совещания/встречи полезны?	
Можете ли Вы привести в пример какое-то практическое решение, которое было вынесено в результате такого совещания и как оно повлияло на качество помощи?	
Это решение внедрено? <i>Если да, что конкретно улучшилось?</i>	
Сотрудников, допустивших ошибки при оказании клинической помощи, наказывают (например, выносят выговор)? <i>Если да, то как?</i>	
Делали ли Вы когда-нибудь предложения по улучшению качества помощи? <i>Если да, приведите пример:</i>	
<i>Если Вы делали предложение, были ли Вы выслушаны? Что было сделано?</i>	
Как Вы чувствуете, предоставляется ли Вам достаточно возможности участвовать в обсуждении и высказывать свое мнение по следующим вопросам: <ul style="list-style-type: none"> ○ Возможные риски и проблемы ○ Как улучшить качество помощи 	
Аккредитация учреждения или поддерживающие визиты	Ответы
Проводилась ли аккредитация вашего учреждения или внешние поддерживающие визиты? <i>Если да, как часто и кем они проводятся? Когда был последний случай?</i>	
Информировали ли Вас заранее о его проведении, в том числе о сроках? <i>Если да, готовились ли Вы к визитам? Пожалуйста, укажите, в чем заключалась подготовка:</i>	
После визита, были ли какие-то изменения внесены в практику на вашем рабочем месте? <i>Если да, пожалуйста, кратко опишите:</i>	
Что Вы думаете по поводу аккредита-	

ции/поддерживающих визитов?	
Информирование пациентов и соблюдение прав пациентов	Ответы
Как Вы думаете, Ваши пациентки хорошо информированы о том, как правильно ухаживать за собой и ребенком?	
В какой период пребывания в больнице наиболее полезно предоставлять информацию, консультировать пациенток?	
Как Вы думаете, обязательно ли взятие согласия у пациентов перед проведением манипуляции, вмешательства?	
В случае если женщина и ее родственники имеют разные мнения по клиническим вопросам, кого Вы должны слушать в первую очередь?	
Как Вам кажется, достаточно ли Вам времени для информирования пациентов?	
Имеются ли в отделении какие-либо информационные материалы для женщин (брошюры, листовки, плакаты и т.п.)?	
Как Вы считаете, методы обезболивания для женщин и новорожденных, которые используются в Вашей больнице, достаточно эффективны?	
Имеется ли какой-то приказ, другой документ, в котором прописаны права пациентов в Вашей больнице?	
Каковы правила соблюдения конфиденциальности при сборе данных о пациентах?	
Что Вы знаете о том, как соберется информация от пациентов, их мнение о качестве оказанной им помощи?	
ЧАСТЬ 4: ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ	
ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕРСОНАЛА: обучение на рабочем месте (в учреждении)	Ответы
Требуется ли от Вас обязательное участие в тренингах в учреждении или с отрывом от работы (непрерывное образование)? <i>Если да:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Как много часов обучения/кредитов Вы должны получить? И за какой период? ○ Это местный или национальный стандарт? 	
Принимали ли Вы участие во всех тренингах и других обучающих мероприятиях, организованных в учреждении в течение последнего года? <i>Если, да:</i> пожалуйста, уточните: <ul style="list-style-type: none"> ○ Тема и продолжительность ○ Тренинги проходят в Ваше рабочее время, 	

<p>приходится брать неоплачиваемый отпуск или в ваше свободное время?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Кто оплачивал участие (Вы сами, учреждение, внешний спонсор)? ○ Получали ли Вы дополнительные деньги (например, суточные)? 	
<p>Принимали ли Вы участие во всех тренингах и других обучающих мероприятиях, организованных вне учреждения в течение последнего года? <i>Если, да:</i> пожалуйста, уточните:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Тема и продолжительность ○ Тренинги проходят в Ваше рабочее время, приходится брать неоплачиваемый отпуск или в ваше свободное время? ○ Кто оплачивал участие (Вы сами, учреждение, внешний спонсор)? ○ Получали ли Вы дополнительные деньги (например, суточные)? 	
<p>Как бы Вы оценили качество семинаров, в которых принимали участие за последний год?</p>	
<p>Насколько полезны и какое имеют отношение к Вашей практике те знания, которые Вы получили на этих курсах?</p>	
<p>ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕРСОНАЛА: Ротация персонала</p>	<p>Ответы</p>
<p>Проводится ли ротация персонала между подразделениями регулярно? <i>Если да,</i> как часто проводится ротация?</p>	
<p>Если ротация проводится, нравится ли Вам такая система? По Вашему мнению, какие положительные и отрицательные стороны имеются?</p>	
<p>ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕРСОНАЛА: Карьера</p>	<p>Ответы</p>
<p>Имеются ли у Вас лично возможности карьерного роста в данном учреждении? <i>Если да:</i> пожалуйста, поясните:</p>	
<p>Что Вы думаете по этому поводу?</p>	
<p>ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕРСОНАЛА: Командная работа и взаимопомощь</p>	<p>Ответы</p>
<p>Ощущаете ли Вы поддержку коллег? <i>Если да:</i> как Вы поддерживаете друг друга?</p>	
<p>Чувствуете ли Вы поддержку Вашего руководителя/руководителей? <i>Если да:</i> как они оказывают поддержку Вам?</p>	
<p>Чувствуете ли Вы поддержку Ваших коллег – членов общественных профессиональных организаций? <i>Если да:</i> как они оказывают поддерж-</p>	

ку?	
Наблюдали ли Вы когда-нибудь межличностные конфликты между коллегами?	
Какие шаги предпринимаются для разрешения этих конфликтов?	
<p>Есть ли в учреждении официально назначенный специалист (не являющийся Вашим руководителем) с которым Вы могли бы обсудить любые вопросы, включающие следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ваши потребности в профессиональном развитии ○ Конфликты и проблемы на работе ○ Профессиональные/этические проблемы, возникающие во время оказания помощи или при разборе клинических случаев 	
<i>Если да:</i> как часто Вы встречаетесь с таким человеком?	
Общая удовлетворенность работой:	Ответы
ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕРСОНАЛА: Вы хотели бы продолжить работу в данном учреждении, или, возможно, хотели бы сменить место работы? Почему?	
ТОЛЬКО ДЛЯ СТУДЕНТОВ: После окончания учебного заведения Вы бы хотели работать в данном учреждении? Или где-то еще? Почему?	
<p>Есть ли что-то еще, что могло бы улучшить мнение о данной больнице?</p> <p><i>Если да:</i> Пожалуйста, поясните:</p>	
Какие комментарии Вы бы хотели добавить?	

ВЫВОДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ОСНОВНЫЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

КОММЕНТАРИИ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

приложение В: Опрос пациенток (беременных и женщин после родов)

Проведение опроса пациентов является неотъемлемой частью процесса оценки, а интервьюеры – частью команды. Перед визитами в учреждения интервьюеры должны пройти адекватную подготовку для знакомства с инструментом, а также обучение методикам эффективного интервьюирования, чтобы, используя эти знания на практике, быстрее завоевывать доверие собеседника и получать достоверную информацию «из первых рук» - чрезвычайно важную для объективизации оценки.

Необходимо заранее проинформировать руководителей больницы о принципах проведения интервью, в том числе о том, что интервьюеры будут сами отбирать пациентов, безусловно, после получения их согласия (чтобы избежать предвзятости мнений и «цензуры» потенциально критических оценок). Попросите руководителей учреждения определить подходящее место для проведения опросов. Во время работы интервьюеров остальные члены команды экспертов должны оказывать им поддержку и помощь.

Подготовка к опросу

Изучите формы для опроса: Пожалуйста, внимательно прочитайте все формы для интервью. Если что-то стало непонятным, обратитесь за помощью к опытным экспертам. Вы можете попрактиковаться в проведении опроса в паре с кем-нибудь из членов команды. Обратите внимание, что некоторые разделы опросника применимы для определенной категории пациенток (для беременных, или родильниц). Тем не менее, в процессе разговора Вы можете самостоятельно решить о целесообразности (применимости) вопроса в конкретной ситуации.

Определение места для интервью: Важно, чтобы во время проведения интервью никто из сотрудников не мог слышать, что говорит пациентка, так как это может повлиять на откровенность ответов. Если это возможно, следует проводить интервью «Один-на-Один», чтобы другие пациентки или родственники не слышали ее ответов. Женщина должна чувствовать себя максимально комфортно и спокойно, чтобы могла полностью сосредоточиться на Ваших вопросах. В случае если пациентка ограничена в передвижении (например, у нее постельный режим) сделайте все возможное чтобы обеспечить конфиденциальность, выберите такой момент, когда возможность нарушений данного условия будет минимальной.

Возможно, лучшим местом для проведения опроса будет отдельный кабинет (или палата), где вы сможете поговорить без посторонних (конечно же, мать может взять своего ребенка). Предупредите персонал о том, где Вы планируете проводить опрос, чтобы они знали, где искать пациентку в случае необходимости. Обратитесь к сотрудникам в случае, если Вы испытываете трудности в поиске подходящего места для интервью

Выбор интервьюируемого: Вам необходимо провести опрос пациенток из нескольких групп: беременных, поступивших в родоразделное отделение или на роды, а также у женщин в послеродовом периоде. Попытайтесь проинтервьюировать пациенток в различных ситуациях, чтобы услышать как можно больше точек зрения, например:

Беременные, которые находятся в родоразделном отделении или в начале родов. В этом случае следует пропустить раздел 3 и сразу же перейти к разделу 4.

Женщины после родов:

- У которых были вагинальные роды и здоровый ребенок
- Матери после КС
- Женщины, ребенок у которых родился преждевременно, или нездоров, или оказался в неонатальном отделении по каким-либо причинам. Опрашивая таких пациенток, Вы можете получить очень полезную информацию, но необходимо со-

блюдать тактичность, задавая вопросы о здоровье ребенка и о той поддержке и помощи, которую она получает от медицинских работников

- Пациентки, родившие примерно 3 месяца назад. Так как восприятие опыта рождения по прошествии некоторого времени может значительно отличаться

Подготовьте необходимое кол-во форм интервью.

Проведение интервью

Как начать интервью: Так как основная цель опроса - получение честного, непредвзятого мнения, необходимо быть уверенным, что интервьюируемый точно понимает цели опроса, доверяет эксперту, знает и надеется, что интервью будет полностью конфиденциальным. Перед началом опроса еще раз объясните пациентке:

- Целью является получение ее личного мнения об опыте пребывания в больнице, а также о том, как медицинская помощь может быть улучшена
- Она абсолютно свободна в принятии решения об участии в интервью
- Опрос будет проведен в конфиденциальной обстановке, так чтобы другие не могли слышать ее ответы, в удобное для нее время
- Не существует понятия «правильный» ответ, она имеет право отказаться отвечать на любой из вопросов
- Она может остановить интервью в любое время, или, если она просто нуждается в отдыхе, опрос может быть продолжен в любое время
- Ее мнение, высказывания могут быть использованы во время встречи с персоналом или в отчете, но ее имя не будет упомянуто ни в одном устном сообщении или письменном документе.

Проведение интервью: форма для опроса будет вашим помощником во время разговора с пациенткой. Не стоит показывать опросник собеседнику для исключения влияния содержания на его ответы. Задавайте вопросы по одному. Используйте собственные пояснения по вопросу только в том случае, если собеседнику что-то не понятно в формулировке.

Запишите ответы в правой части таблицы. Убедитесь что обстановка по-прежнему дружелюбная, Вы поддерживаете оптимизм и непредвзятое отношение. Не настаивайте на ответе, если чувствуете, что ваш собеседник по каким-то причинам не хочет на него отвечать. Сделайте пометку для себя и продолжите интервью. Часто интервьюируемый отвечает односложно: «Да» или «Нет», старайтесь записывать ответ собственными словами собеседника, в том виде, каком они прозвучали, не пытайтесь обобщить высказанную точку зрения. Запись фактических слов часто помогает лучше понять, что же именно хочет сказать интервьюируемый. Поставьте комментарии в кавычки. Например:

“я хотела, чтобы мама осталась в родильном зале и держала меня за руку, но акушерка сказала ей выйти на улицу, и мне было очень страшно”

Если необходимо, используйте для комментариев дополнительный лист.

Окончание интервью: Если пациентка выскажет пожелание ознакомиться с ответами – зачитайте их, при этом она имеет право внести поправки. Женщины быстро утомляются в этот период, поэтому поблагодарите ее за время, которое она вам уделила.

Пожалуйста, не оставляйте формы в местах, где их могут прочитать люди, не входящие в состав команды экспертов.

После каждого интервью, прочитайте его еще раз и убедитесь, что вы подчеркнули или выделили другим способом, особенно важные мысли респондента, которые будут иметь значение при обсуждении результатов оценки и во время встречи по ее итогам. Вы также можете использовать таблицу с основными слабыми и сильными сторонами системы и выводами, которая расположена в конце раздела инструмента с формами интервью.

Опрос пациентов

Страна:	Регион:	Город:
Код учреждения:	Интервью № _____	

ЧАСТЬ 1: ПЕРСОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ И ДОСТУПНОСТЬ ПОМОЩИ	
Информация о пациентке/акушерский анамнез	Ответы
Сколько Вам лет?	
Кто Вы по профессии?	
Это Ваш первый ребенок? <i>Если нет, как много детей у Вас в семье?</i>	
Другие дети также родились в этой больнице? <i>Если нет, где они родились?</i>	
Были ли у Вас роды путем Кесарева сечения?	
Подготовка к родам, знания об осложнениях, доступность помощи	Ответы
Вы посещали медицинского работника во время беременности? <i>Если да, сколько было визитов?</i>	
Где Вы наблюдались во время беременности?	
Были ли у Вас какие-то осложнения во время беременности? <i>Если да, пожалуйста, уточните какие:</i>	
Во время визитов давали ли Вам какие-то советы о подготовке к родам? <i>Если да, какие советы Вам давали?</i>	
Платили ли Вы за что-либо во время визитов? <i>Если да, была ли плата непосильной для вашей семьи?</i>	
Рекомендовал ли Вам медицинский работник рожать в этой больнице? <i>Если да, кто конкретно говорил и когда?</i> <i>Если нет, почему Вы выбрали данную больницу?</i>	
Вас перевезли в эту больницу из другой? <i>Если да, расскажите о своем опыте</i>	
Вы живете далеко от больницы? Как Вы добирались до нее?	

Должны ли Вы были получить разрешение на посещение медработника во время беременности от своего мужа или другого члена семьи? <i>Если да</i> , в каких случаях и было ли это проблемой?	
Должны ли Вы были просить/занимать деньги на поездку до больницы?	
Как вы оцениваете, легко, или трудно Вам добираться до этой больницы?	
ЧАСТЬ 2: ПОМОЩЬ ВО ВРЕМЯ РОДОВ	
Поступление	Ответы
Назовите, пожалуйста, причину, по которой Вы обратились в больницу и были госпитализированы? Пожалуйста, коротко поясните:	
После того как Вы добрались до больницы как долго Вы ожидали первого осмотра медицинским работником?	
Было ли Вашей подруге или члену семьи позволено остаться в том же помещении, где проводился первичный осмотр?	
Объясняли ли медицинские работники то, что они делали?	
Понимали ли Вы то, что он делали?	
Объясняли ли медицинские работники, что они собираются делать дальше?	
Чувствовали ли Вы себя комфортно во время приема в больницу? <i>Если нет</i> , что нужно было бы сделать лучше?	
Помощь во время родов	Ответы
Были ли у вас какие-то медицинские проблемы во время родов? Если да, коротко опишите:	
Разрешалось ли Вам пить во время схваток?	
Разрешалось ли Вам есть в течение родов?	
Разрешалось ли Вам свободно передвигаться во время родов?	
Находился ли медицинский работник большую часть времени с Вами в родовой палате?	
В каждой смене медицинских работников был кто-то один, кто ухаживал за Вами,	

или таких было несколько?	
Разрешалось ли Вашей подруге или члену семьи оставаться Вами в родовой палате в течение всех родов?	
Была ли еще одна (или несколько) рожениц в одной с вами родовой?	
Чувствовали ли Вы себя достаточно комфортно в родовой палате? <i>Если да, пожалуйста, поясните:</i>	
Поддержка персонала	Ответы
На протяжении родов медицинские работники оказывали Вам поддержку любым из перечисленных ниже способом:	
Находились с Вами так долго как возможно	Да [] Нет []
Обеспечивали приватность обстановки	Да [] Нет []
Объясняли течение родов	Да [] Нет []
Поощряли, хвалили, успокаивали Вас	Да [] Нет []
Предлагали и помогали принять удобную позу	Да [] Нет []
Предлагали и помогали гулять	Да [] Нет []
Оказывали помощь Вашему помощнику	Да [] Нет []
Предлагали и поощряли питье во время схваток	Да [] Нет []
Предлагали и поощряли прием легкой пищи	Да [] Нет []
Обеспечивали чистоту и сухость	Да [] Нет []
Прикладывали теплые или холодные компрессы	Да [] Нет []
Помогали принимать душ или ванну	Да [] Нет []
Предлагали и использовали специальные техники расслабления и дыхания	Да [] Нет []
Предлагали и проводили массаж	Да [] Нет []
Предлагали послушать музыку	Да [] Нет []
Предлагали и использовали приемы концентрации внимания	Да [] Нет []

В целом, довольны ли Вы той поддержкой, которую оказали медицинские работники во время родов	
Обезболивание	Ответы
Были ли какие-то процедуры/вмешательства, ситуации болезненными для Вас? <i>Если да, пожалуйста, опишите:</i>	
<i>Вам предлагалось обезболивание?</i> <i>Если да, то, что конкретно предлагалось?</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Эпидуральная анальгезия ○ Вдыхание закиси азота ○ Теплая ванна ○ Другие, поясните: 	
Использовали ли Вы какие-либо другие методы обезболивания? <i>Если да, пожалуйста, укажите какие</i>	
Были ли какие-то процедуры/вмешательства, ситуации болезненными для Вашего ребенка? <i>Если да, пожалуйста, опишите их, а также укажите то, что было сделано для обезболивания</i>	
ЧАСТЬ 3: ПОМОЩЬ ВО ВРЕМЯ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ (<i>исключите для еще не родивших женщин</i>)	
Помощь во время рождения ребенка	Ответы
Были ли какие-то медицинские проблемы во время рождения ребенка? <i>Если да, пожалуйста, поясните кратко:</i>	
Каким способом родился ребенок – через естественные родовые пути (вагинально), путем кесарева сечения, были ли наложены щипцы или вакуум?	
Если были вагинальные роды: <ul style="list-style-type: none"> ○ Вам предложили тужиться тогда когда Вы сами этого захотели? ○ Что Вам объясняли о том как надо тужиться? ○ Во время потуг Вас просили лежать? ○ Был ли Вам предоставлена возможность выбора позиции, в которой бы Вы хотели родить ребенка? ○ В какой позиции Вы его родили? 	
Объяснял ли медработник, что с Вами происходит во время рождения ребенка? <i>Если да, были ли Вам понятны эти объяснения?</i>	

Вы рожали одна в палате или были еще роженицы кроме Вас? Если да, что Вы думаете об этом?	
Находились ли Ваша подруга или родственник во время рождения ребенка вместе с Вами?	
Если у Вас был составленный во время беременности план родов, принимался ли он во внимание?	
В целом, вы чувствовали себя комфортно, ощущали ли поддержку во время рождения ребенка? Пожалуйста, поясните:	
Помощь новорожденным	Ответы
Здоров ли Ваш ребенок? пожалуйста, поясните:	
Был ли Ваш ребенок помещен на Ваш живот или грудь сразу же после рождения?	
Ребенка сразу после родов забрали? <i>Если да:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Куда и почему? ○ Через какое время ребенка принесли обратно? 	
Находился ли ребенок вместе с Вами в одной палате? <i>Если нет, где находился ребенок?</i>	
Поощряли ли сотрудники контакт-К-коже с ребенком?	
Ваш ребенок родился рано (недоношенным) или маловесным? <i>Если да, предлагалась ли Вам использовать методику «Кенгуру»?</i>	
Оказывал ли медперсонал Вам помощь в купании ребенка и смене подгузников?	
Могли ли Вы получать информацию о вашем ребенке в любое время или только в определенные часы?	
Вскармливание новорожденного	Ответы
Как Вы кормите Вашего ребенка (исключительно грудное молоко, молочные смеси, другой способ)?	
Если Вы не кормите ребенка грудью, не могли бы Вы сказать почему?	
<i>Если грудное вскармливание:</i> первый раз приложили ребенка к груди в родовой палате?	
<i>Если грудное вскармливание:</i> Были ли у	

Вас какие-либо проблемы с кормлением грудью? <i>Если да, какие проблемы, пожалуйста, уточните:</i>	
<i>Если грудное вскармливание:</i> если проблемы с грудным вскармливанием были, давали ли Вам медицинские работники практические советы о том, как их решить?	
<i>Если грудное вскармливание:</i> Если Ваш ребенок находится отдельно от Вас, разрешено ли Вам кормить его грудью непосредственно в том отделении, где он находится?	
<i>Если грудное вскармливание:</i> Если Ваш ребенок слишком слаб, чтобы вскармливаться грудью, показывал ли Вам медицинский персонал как правильно сцеживать молоко из груди?	
В целом, Вы ощущали достаточно помощь и поддержку в вопросах вскармливания? Пожалуйста, поясните:	
Помощь больным детям	Ответы
У Вашего ребенка есть какие-либо проблемы со здоровьем? <i>Если да, как его лечили?</i>	
Знаете ли Вы, какие лекарства ему вводили и процедуры проводили?	
Имеете ли Вы информацию, что собираются делать с ребенком: выписывать домой или переводить в другое медицинское учреждение?	
Вы удовлетворены той помощью, которая оказывается Вашему ребенку?	
Помощь в послеродовом периоде и планирование семьи (контрацепция)	Ответы
Были ли у Вас какие-либо медицинские проблемы в послеродовом периоде? <i>Если да, пожалуйста, поясните:</i>	
Вы удовлетворены тем, какую помощь оказали для обезболивания после родов?	
<i>Для пациенток после Кесарева сечения:</i> удовлетворены ли Вы той помощью, которую получили в грудном вскармливании, подмывании ребенка и смене подгузников?	
Вы использовали контрацептивы до этой беременности? Если да, чем Вы пользовались? Какой метод/методы?	

Хотели бы использовать контрацепцию в дальнейшем, чтобы не забеременеть снова слишком быстро после родов?	
Обсуждали ли Вы с медицинскими работниками вопросы контрацепции в течение данной госпитализации? <i>Если да</i> , Вы удовлетворены теми советами, которые получили?	
ЧАСТЬ 4: УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ МАТЕРИ И УВАЖЕНИЕ ЕЕ ПРАВ	
Преимственность, доступность помощи. Уважение и соблюдение прав	Ответы
Вы уже знаете, кто из медицинских работников будет наблюдать за Вами в послеродовом периоде? <i>Если да</i> , когда и где Вы уже встречались?	
Представляется ли медицинские работники при встрече с Вами?	
Находились ли в родовой палате посторонние Вам люди (например, студенты)? <i>Если да</i> , спрашивали они у Вас разрешения присутствовать?	
Спрашивал ли у Вас медицинский работник согласия перед проведением какой-либо клинической процедуры, например влагалищного исследования?	
Проводились ли какие-либо вмешательства без Вашего согласия? <i>Если да</i> , пожалуйста, поясните, какие:	
Имели ли Вы возможность задавать любые вопросы медперсоналу о Вашем состоянии или состоянии здоровья Вашего ребенка? <i>Если да</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Понятны ли были Вам ответы медицинских работников? ○ Как бы Вы охарактеризовали их отношение к Вам? 	
Были ли ситуации, когда медицинские работники давали разные советы или предоставлял разную информацию по одному и тому же вопросу?	
Обсуждали ли Вы изменения в плане лечения с персоналом?	
Имели ли Вы возможность просить ознакомиться с медицинскими документами, касающимися помощи, которая оказывается Вам или Вашему ребенку? <i>Если да</i> , позволяли ли Вам читать медицинскую документацию?	

Вы знаете процедуру обращения с жалобой, если Вам кажется, что с Вами обращаются без должного уважения и внимания?	
Условия пребывания	Ответы
Позволялось ли кому-то посещать Вас?	
Все туалеты и душевые, ванны в рабочем состоянии, чистые?	
Если предусмотрено кормление пациентов, было ли питание качественным и достаточным по объему?	
Должны ли Вы были платить за что-либо во время пребывания в больнице? Должны ли Вы за что-то заплатить перед выпиской? <i>Если да</i> , то, пожалуйста, поясните, как много вы уже заплатили (или заплатите) и за что:	
Это дорого для Вас рожать ребенка в этой больнице? Вам пришлось занять деньги?	
<i>ТОЛЬКО для женщин после родов</i> : продолжительность пребывания в больнице короче/длиннее, чем бы Вам хотелось? <i>Если да</i> , почему?	
В целом, Вы чувствуете, что помощь медперсонала, оказанная Вам лично, была достаточной?	
<i>ТОЛЬКО для женщин после родов</i> : В целом, вы чувствуете, что помощь медперсонала, оказанная Вам в уходе за ребенком была достаточной?	
В целом, чувствовали ли Вы, что персонал относится к Вам с уважением? Уважали ли медицинские работники Ваши собственные, культурные, религиозные чувства? Пожалуйста, поясните:	
В целом, Вы удовлетворены качеством обезболивания, если это было необходимо? Предложенным выбором методов обезболивания и имели ли Вы возможность выбора? Пожалуйста, поясните:	
Есть ли у Вас предложение по улучшению качества помощи женщинам и их детям в данной больнице?	

ВЫВОДЫ ПО ОПРОСУ ПАЦИЕНТОК**НАИБОЛЕЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

НАИБОЛЕЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

КОММЕНТАРИИ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ЧАСТЬ 5

ПОДВЕДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОЦЕНКИ. РАЗРАБОТКА ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ

Согласование результатов оценки и разработка плана действий

ШАБЛОН 1. Обобщение результатов в группах специалистов

Каждая группа экспертов может использовать настоящую матрицу для обсуждения общих результатов оценки, баллов, подготовки к общему обсуждению в экспертной группе и встрече с персоналом.

Акушерки

НАИБОЛЕЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

НАИБОЛЕЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

КОММЕНТАРИИ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Акушеры-гинекологи

НАИБОЛЕЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

НАИБОЛЕЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.

3. 4. 5.
КОММЕНТАРИИ: 1. 2. 3. 4. 5.

Неонатологи

НАИБОЛЕЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ: 1. 2. 3. 4. 5.
НАИБОЛЕЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ: 1. 2. 3. 4. 5.
КОММЕНТАРИИ: 1. 2. 3. 4. 5.

Мнение клиентов

НАИБОЛЕЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ: 1. 2. 3. 4.
--

5.

НАИБОЛЕЕ СЛАБЫЕ СТОРОНЫ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

КОММЕНТАРИИ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ШАБЛОН 2. Общая оценка

Используйте данный шаблон во время заключительного совещания экспертной группы. Определите приоритетные области оказания помощи, которые требуют улучшения в первую очередь.

Основываясь на шаблонах 1 и 2, обсудите в группе, какие темы для обсуждения во время заключительной конференции будут основными.

Система поддержки больницы	Оценка: Акушерство	Оценка: Неонатология
1.1 Инфраструктура, персонал, основные системы обеспечения		
1.2 Статистика, информационная система, медицинская документация		
1.3 Обеспечение лекарствами, доступность медикаментов		
1.4 Оборудование		
1.5 Расходные материалы		
1.6 Лабораторная служба		
1.7 Инфраструктура учреждения		
Медицинская помощь при отдельных состояниях		
2. Нормальные роды		
3. Кесарево сечение		
4. Акушерские осложнения и экстренная помощь		
5. Базовая помощь новорожденным		
6. Помощь больным новорожденным		
7. Специализированная неонатальная помощь		
8. Мониторинг и последующее наблюдение		
Организация помощи		
9. Профилактика инфекций		
10. Руководства и аудит		
11. Доступность стационарной помощи и непрерывность помощи		
12. Права матери и новорожденного		

ШАБЛОН 3. План действий в учреждении

Обсудите результаты оценки с руководителями учреждения, поясните те положения, которые будут непонятны, приведите реальные примеры для лучшего понимания. Обсудите их восприятие и мнения по результатам оценки, и меры, которые могли бы быть приняты для улучшения качества оказываемой помощи. Обсудите важность и целесообразность каждого действия. Оформите план с помощью следующей матрицы.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ	НЕОБХОДИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ (ВКЛЮЧАЯ ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРЕПЯТСТВИЙ)	ОТВЕТСТВЕННЫЙ СОТРУДНИК И СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ

ШАБЛОН 4. План действий. Национальный уровень

При обсуждении результатов оценки на национальном/центральном уровне, обсудите необходимые действия для повышения качества помощи. Следующая матрица может быть полезной для разработки плана действий.

ФУНКЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ	НЕОБХОДИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ (ВКЛЮЧАЯ ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРЕПЯТСТВИЙ)	ОТВЕТСТВЕННЫЙ И СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ
1. Руководство и стратегическое управление			
2. Предоставление услуг			
3. Инфраструктура, материальные ресурсы			
4. Человеческие ресурсы			
4. Финансы			
5. Система информации			

