

Приложение 4
к приказу Министерства
здравоохранения Кыргызской
Республики
от 25 сентября 2020 года № 759

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
КЫРГЫЗСКИЙ АЛЬЯНС АКУШЕРОВ

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
"Анализ критических случаев в акушерской практике на
уровне стационара"

Клиническое руководство по анализу критических случаев в акушерской практике на уровне стационара Кыргызской Республики утверждено приказом МЗ КР № 759 от 25 сентября 2020 года.

Клиническое руководство по оценке качества медицинской помощи при тяжелых акушерских осложнениях в родовспомогательных организациях здравоохранения Кыргызской Республики, утвержденное приказом МЗ КР № 392 от 08.07.2015 г., считать утратившим силу.

Клиническая проблема

Оценка качества выполнения критически важных мер при оказании медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам.

Этапы оказания помощи

Все уровни здравоохранения Кыргызской Республики.

Целевая группа поставщиков медицинских услуг

Медицинские работники, программные менеджеры и лица, формирующие политику, которые ответственны за качество медицинского обслуживания беременных женщин и рожениц в медицинском учреждении или во всей системе здравоохранения; студенты медицинских высших и средних учебных заведений.

Целевая группа пользователей

Женщины, которые почти умерли, но выжили после осложнений, произошедших во время беременности, родов или в течение 42 дней после завершения беременности благодаря хорошей акушерской помощи или везению.

Дата создания

2020 год.

Планируемая дата обновления

Проведение следующего пересмотра планируется при появлении новых ключевых изменений. Все поправки к клиническому руководству будут опубликованы в периодической печати. Любые комментарии и пожелания по содержанию клинического руководства приветствуются.

Рабочая группа по разработке руководства

Ешходжаева А.С., начальник управления лечебно-профилактической помощи и лицензирования МЗ КР, руководитель рабочей группы;

Стакеева Ч.А., КГМА, кафедра акушерства и гинекологии № 2, к.м.н.;

Асылбашева Р.Б., главный специалист УОМПилП МЗ КР;

Мамбеталиева Д.С., зав. отделением анестезиологии и реанимации ГПЦ г.Бишкек;

Орозалиева А., акушерка КРД № 2, г.Бишкек.

Методологическая поддержка

Джакубекова А.У., ведущий специалист по лекарственной политике УОМПилП МЗ КР.

Внешний эксперт

Стелиан Ходороджа, доцент кафедры акушерства и гинекологии, Государственный Университет Медицины и Фармации "Николае Тестемицану", Республика Молдова, г.Кишинев, международный эксперт ВОЗ.

Адрес для переписки с рабочей группой

Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. Тоголок Молдо № 1, 720040.

Тел. 66-27-98, 62-18-29.

Выражается глубокая признательность ВОЗ в Кыргызской Республике за оказанное техническое и методическое содействие при разработке руководства.

Список сокращений

| | |
|-----------------|---|
| АД | Артериальное давление |
| АКС | Анализ критических случаев |
| ВИЧ | Вирус иммунодефицита человека |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ГБ | Городская больница |
| ГСВ | Группа семейных врачей |
| ДИ | Доверительный интервал |
| ДЗ | Диагноз |
| ЗВУР | Задержка внутриутробного развития плода |
| ИКС | Исследование критического случая |
| КГМА | Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева |
| КГМИПИПК | Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации |
| КП | Качество помощи |
| КРСУ | Кыргызско-Российский Славянский университет |
| КР | Кыргызская Республика |
| КС | Кесарево сечение |
| мЕД | Милли-единицы |
| МС | Материнская смертность |
| МА | Медицинский аборт |
| НЦОМид | Национальный центр охраны материнства и детства |
| ОЗ | Организация здравоохранения |
| ОМОКБ | Ошская межобластная объединенная клиническая больница |
| ООб | Областная объединенная больница |
| П/Д | Период |
| ПТС | Преэклампсия тяжелой степени |
| РДС | Респираторный дистресс синдром |
| ПЦ | Перинатальный центр |
| СОП | Стандартные операционные процедуры |
| СПВ | Самопроизвольный выкидыш |
| СУБ | Сельская участковая больница |
| ТБ | Территориальная больница |
| УЗИ | Ультразвуковое исследование |

| | |
|-------------|------------------------------|
| ЧКЗЦ | "Что кроется за цифрами" |
| ЦОВП | Центр общеврачебной практики |
| ФАП | Фельдшерско-акушерский пункт |
| ЧСС | Частота сердечных сокращений |
| Ш/М | Шейка матки |
| ЭМА | Эмболизация маточных артерий |

Глоссарий [12]

| | |
|--|---|
| Агональное дыхание | - Терминальное дыхание. - Дыхание судорожное и шумное |
| Гистерэктомия | Хирургическое удаление матки в случае инфекции или кровотечения |
| Длительное отсутствие сознания | - Любая потеря сознания более чем на 12 часов при полном или почти полном отсутствии реакции на внешние стимулы. Состояние, которое оценивается по шкале комы Глазго < 10 |
| Критический случай в акушерской практике | Женщина, которая была близка к смерти, но выжила после осложнения во время беременности, родов или в течение 42 дней после родов |
| Массивная трансфузия | Трансфузия значительного объема крови или эритроцитной массы, то есть трансфузия ≥ 5 ЕД крови или эритроцитной массы |
| Метаболическая кома | Потеря сознания и наличие глюкозы и кетокилот в моче |
| Нарушения коагуляции | - Замедленное образование сгустков/синдром диссеминированной внутрисосудистой коагуляции. - Клиническое проявление: отсутствие образования сгустков из места в/в инъекции или из шва спустя 7-10 минут. - Нарушения коагуляции можно оценить с помощью "прикроватного теста на свертываемость" (отсутствие образования сгустка спустя 7 минут или образование мягкого сгустка, который легко разрушается). - Нарушения коагуляции можно оценить с помощью других лабораторных тестов: - острая тромбоцитопения (< 50000 тромбоцитов), - низкий уровень фибриногена (< 100 мг/дл), - увеличенное протромбиновое время (> 6с, INR > 5), или повышенный уровень D-димера (> 1000 нг/дл) |
| Общий паралич | - Полный или частичный паралич обеих сторон тела. Обычно крайняя нервно-мышечная общая слабость, связанная с критическим состоянием. Это состояние также известно под названием полинейропатия критических состояний. - Непроизвольные судороги: - не поддающиеся лечению персистирующие судороги, - эпилептическое состояние |
| Олигурия, не отвечающая на прием жидкости или диуретиков | Диурез: < 30 мл/ч в течение 4 часов или < 400 мл/24 ч, не отвечающий на прием жидкости или диуретиков |
| Острая тяжелая азотемия | Креатинин ≥ 300 μ моль/л или $\geq 3,5$ мг/дл |
| Прикроватный тест на свертываемость | Клинический тест для оценки коагуляции. Стандарт проведения: 1. Наберите 2 мл венозной крови в маленькую, сухую, чистую, прозрачную стеклянную лабораторную пробирку (размером |

| | |
|--|---|
| | <p>приблизительно 10 мм x 75 мм).</p> <p>2. Держите предварительно закрытую пробирку в руке, чтобы обеспечить ее согревание до температуры 37°C.</p> <p>3. Спустя 4 минуты медленно наклоните пробирку и посмотрите, образовался ли сгусток. Затем наклоняйте пробирку каждую минуту, пока кровь не свернется и пробирку можно будет перевернуть вверх дном.</p> <p>4. Замедленное образования сгустка (более 7 минут) или образование мягкого сгустка, который легко разрушается, дает основание заподозрить коагулопатию</p> |
| Сердечно-легочная реанимация | Комплекс экстренных процедур, включающий наружный массаж сердца и вентиляцию легких, применяемые у пациентов с остановкой сердца |
| Тяжелый ацидоз | Показатель pH крови < 7,1 |
| Тяжелая острая гипербилирубинемия | Билирубин > 100 ммоль/л или > 6,0 мг/дл |
| Тяжелая острая тромбоцитопения | Острое снижение числа тромбоцитов в крови до уровня < 50000 тромбоцитов/мл |
| Тяжелое брадикапноэ | Частота дыхательных движений менее 6 дыхательных движений в минуту |
| Тяжелая гипоперфузия | Лактат > 5 ммоль/л или 45 мг/дл |
| Тяжелая гипоксемия | <ul style="list-style-type: none"> - Насыщение крови кислородом < 90% в течение ≥ 60 минут или PaO₂/FiO₂ < 200. - Показатель PaO₂/FiO₂ - это отношение между насыщением кислородом артериальной крови (PaO₂) и содержанием кислорода во вдыхаемом воздухе (FiO₂). - Насыщение кислородом артериальной крови определяется путем артериальной газометрии. Содержание кислорода во вдыхаемом воздухе может варьироваться в зависимости от потребностей пациентки и должен замеряться в момент забора крови для газометрии. Число может быть точным (например, при механической вентиляции легких, 0,21-1,00) или оценочным (без дополнительной подачи кислорода, 0,21; подача кислорода через носовой катетер, 0,25; кислородная маска, 0,25-1,0) |
| Тяжелое послеродовое кровотечение | <p>Любое кровотечение во время беременности, родов или в послеродовом периоде, которые сопровождается минимум одним из следующих:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гистерэктомия; - наложение швов на маточные артерии /компрессионных швов на матку; - трансфузия 5 или более единиц эритроцитарной массы; - трансфузия препаратов крови для лечения коагулопатии (свежая замороженная плазма, криопреципитат, тромбоциты) |
| Тяжелая преэклампсия | <p>Тяжелая гипертензия (АД ≥ 160/110 мм рт.ст.) "+" значительная протеинурия</p> <p>ИЛИ</p> <p>Любая гипертензия (с наличием или отсутствием протеинурии) "+" один или несколько признаков органной дисфункции (2)</p> |
| Тяжелая генерализованная инфекция или сепсис | <ul style="list-style-type: none"> - Подозрение на инфекцию или документально подтвержденная инфекция. - Органная дисфункция (оценка два балла и более по шкале qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment): - дыхание более 25 в мин., - изменение сознания, - систолическое АД менее 90 мм рт.ст. |

| | |
|----------------------------|---|
| Тяжелое тахипноэ | Частота дыхания более 40 в минуту |
| Угрожающее жизни состояние | Тяжелое состояние, характеризующееся дисфункцией какого-нибудь органа. В контексте критических случаев в акушерской практике - это состояние, которое может завершиться либо развитием критического случая, либо смертью пациентки |
| Шок | Систолическое давление крови < 80 мм рт.ст. или систолическое давление < 90 мм рт.ст. в сочетании с частотой пульса более 120 ударов в минуту |
| Эклампсия | - Генерализованные судороги у пациентки, не страдавшей ранее эпилепсией. - Кома при преэклампсии |

Введение

В Кыргызской Республике принципы и подходы "Что кроется за цифрами" впервые были озвучены в рамках регионального семинара ВОЗ "Что кроется за цифрами", проведенного на Иссык-Куле в 2004 году. Представители стран выбрали два взаимодополняющих подхода, как наиболее подходящие для Европейского региона ВОЗ: Конфиденциальное расследование случаев материнской смертности (КРМС) на национальном уровне и исследование критических случаев (ИКС) на уровне стационара. Внедрение исследования критических случаев в пилотных организациях начато в 2008 г. Для успешной работы было создано три Руководства по исследованию критических случаев, в которых были определены понятие "критический случай", изложены структура комитета по ИКС, организация его работы [3], обзор по улучшению качества услуг в организациях здравоохранения [4, 5], методология выбора критического случая и положение о мониторинге и оценке работы самого комитета [6]. Далее, для планирования последующих мероприятий в масштабах всей страны, руководство МЗ КР, понимая практическую значимость и эффективность ИКС, предложило региональному бюро ВОЗ провести оценку качества внедрения подхода "Что кроется за цифрами". Учитывая рекомендации международных консультантов [8], появление новых ключевых рекомендаций [7], было решено пересмотреть существующее в стране клиническое руководство по ИКС. Согласно новому пособию ВОЗ 2016 года "Внедрение цикла анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара" был изменен термин "Исследование критических случаев" на "Анализ критических случаев".

Цель пособия

Предоставить единый стандарт проведения сессии анализа критического случая (АКС) в акушерском стационаре/отделении и обеспечить качество всего цикла АКС.

Ожидаемые результаты от внедрения рекомендаций данного документа:

1. Улучшение клинической практики и снижение уровня предотвратимых заболеваемости и смертности.
2. Выявления реальных причин медицинского и немедицинского свойства, которые привели к критическому случаю, в том числе социального и семейного характера; установление факторов недостаточного ухода на уровне учреждения.
3. Разработка и внедрения рекомендаций по повышению качества обслуживания беременных, рожениц и родильниц в конкретном учреждении, а также мониторинг внедрения предлагаемых рекомендаций.
4. Поощрение изменений в целях улучшения медицинского обслуживания беременных, рожениц и родильниц.

Основные группы пользователей: акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, акушерки, руководители организаций здравоохранения; студенты медицинских высших и средних учебных заведений.

Для кого предназначено руководство: для поддержки работы комитетов качества, клиницистов при проведении анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара.

Описание процесса поиска и оценки существующих клинических руководств и других доказательств: Клиническое руководство является адаптацией пособия ВОЗ 2016 года "Внедрение цикла анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара".

Декларация конфликта интересов: перед началом работы по созданию данного клинического руководства все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями.

Цикл анализа критических случаев в акушерской практике

Анализ критического случая (АКС) - это "Непрерывный процесс повышения качества, направленный на улучшение медицинской помощи и ее исходов на уровне стационара путем систематического анализа оказываемой помощи на предмет соответствия четким критериям и внедрение изменений" [7].

Таким образом, АКС используется как разновидность "клинического аудита", ориентированного на анализ критических случаев в акушерской практике, когда не является обязательным включать все критические случаи.

Основные составляющие анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара представлены в Таблице 1.

Таблица 1: Основные составляющие АКС

| Составляющие | Содержание |
|----------------------|--|
| Что | Проанализировать критические случаи |
| Где | Местная деятельность на уровне стационара. Информация о клинических случаях остается на местном уровне |
| Кто | Местный коллектив стационара |
| Как | Выборочный анализ наиболее информативных случаев. Преимущественно качественные данные. Систематически включают мнение женщин (и семьи) |
| Почему | Основные задачи: - Повышение качества и организации помощи на местном уровне. Задачи второго плана: - Возможность обучения для коллективов местных стационаров. - Обмен полученным опытом с коллективами других стационаров. - Представление рекомендаций в МЗ (например, обновление национальных руководств) |
| Ожидаемые результаты | Без обвинения, поиска виновных, дисциплинарных взысканий, преследования: - Повышение качества предоставляемой помощи. - Поддержка и предоставление возможностей обучения |

I. Основные характеристики АКС

1. Цикличность.
2. Проводится на базе стационара.
3. Носит междисциплинарный характер, т.е. в исследовании принимают участие акушеры-гинекологи, акушерки, неонатологи, лаборанты, фармацевты, администрация, если участвовали в оказании помощи.

4. Активное участие снизу-вверх.
5. Укрепляет местную заинтересованность в процессе.
6. Основан на фундаментальных правилах:
 - уважение;
 - конфиденциальность;
 - нет обвинений и наказания.
7. Основан на стандартах, т.е. оказываемая помощь анализируется на предмет соответствия:
 - научно обоснованным руководствам;
 - местным протоколам и стандартам помощи.
8. Акцент делается не только на ведении пациентки, анализируются также и организационные вопросы, и вопросы коммуникации, и система поддержки.
9. Включает мнение женщины, таким образом появляется "опыт оказания помощи", а также дополнительная информация об "оказании помощи".
10. Признает надлежащую практику.
11. Выявляет некачественную помощь и определяет "причины, лежащие в ее основе" (подход почему-но-почему?).
12. Предлагает решение проблем, которые согласованы.
13. Ориентирован на действия: решения внедряются, мониторинг - это необходимый этап цикла.
14. Низкозатратный: процесс сам по себе не требует больших ресурсов для реализации.

II. Преимущества инструмента АКС

1. Стимулирует заинтересованность сотрудников стационара, непосредственно оказывающих медицинскую помощь пациентам, их "активную позицию" и готовность к экстренным случаям (Таблица 2).
2. Стимулирует желание сотрудников учреждения предлагать, согласовывать и реализовывать решения. Если сотрудникам обеспечивается конфиденциальности, они захотят выявить и устранить недостатки, даже те, которые явно не зафиксированы в историях болезни.
3. Содействует использованию научно обоснованных руководств, как клинических, так и организационных, и может помочь выявить потребность в разработке новых национальных руководств и местных протоколов.
4. Содействует внедрению отношений, нацеленных на решение проблем, поощряет диалог, обмен мнениями и отработку взаимодействия между различными специалистами, например, между сотрудниками родильного отделения и отделения ухода за новорожденными, у которых зачастую не хватает поводов для встреч и обсуждения случаев.
5. Содействует активизации роли среднего медицинского персонала (акушеров, медицинских сестер).
6. Содействует улучшению качества медицинской документации.
7. Как дополнительное преимущество, организация и проведение встреч на базе стационара не требует значительных материальных вложений.

Таблица 2. Основополагающие принципы цикла АКС

| Цикл АКС ставит своей целью | Цикл АКС не ставит своей целью |
|--|---|
| 1. Провести критический и открытый анализ критического случая, выявить подробности ведения пациентки и получить правдивую картину того, что произошло в действительности. 2. Создать условия для согласования и реализации, с широким вовлечением | 1. Выявление виновных, обеспечение базы для судебных разбирательств или использование материалов АКС для обвинения отдельных лиц, или учреждений, или для наказания отдельных лиц, или групп людей. |

| | |
|---|---|
| <p>сотрудников, стратегий повышения качества помощи.</p> <p>3. Найти решение проблемы и ее практическую реализацию внутри стационара (например, усовершенствовать обучение на местах, обновить внутренние протоколы, усилить работу в команде, усовершенствовать коммуникацию в коллективе).</p> <p>4. Уведомить МЗ о недостатках, которые требуют принятия мер на более высоком уровне системы здравоохранения (например, необходимость додипломного обучения или обновление национальных руководств).</p> <p>5. Отношение "без обвинения, без наказания" и соблюдение конфиденциальности крайне важны для процесса работы</p> | <p>2. Дисциплинарное взыскание для медицинских работников или пересмотр их квалификации (для анализа не требуется даже упоминать имена пациентов или медперсонала).</p> <p>3. Исключительно сбор эпидемиологических данных для органов здравоохранения.</p> <p>4. Составление отчетов, лишь чтобы показать, что качество помощи идеальное и все стандарты выполняются.</p> <p>5. Рассмотрение только мер по устранению нарушений на уровне МЗ.</p> <p>6. Если при внедрении подхода будут иметь место попытки найти виновных или не будут соблюдаться принципы конфиденциальности, это негативно отразится на желании коллектива сотрудничать</p> |
|---|---|

III. Методология АКС

1. Случай для анализа отбирается персоналом, вовлеченным в оказание помощи, обычно ежемесячно (реже - в менее крупных учреждениях, там, где критические случаи происходят редко).

2. В цикле АКС используется анализ критических случаев из клинической практики для того, чтобы определить направления оказания помощи, требующих усовершенствования.

3. Задача состоит в том, чтобы, опираясь на анализ отобранного случая, обсудить привычную практику ведения пациентов в ОЗ, процедуры и отношения, а также выявить те направления, которые можно в будущем усовершенствовать. Т.е. определить такие направления, которые помогут улучшить качество помощи, найти и реализовать решения для выявленных проблем.

4. АКС не ограничивается исключительно описательной функцией (подсчет критических случаев, расчет коэффициента частоты или установление относительных рисков).

5. Цикл АКС ориентирован на действия, т.е. процесс нацелен на совершенствование существующей практики с учетом результатов анализа.

6. Цель обсуждения случая на заседании комитета по АКС - это анализ всех аспектов оказания помощи (ведение пациента, вспомогательные службы больницы, организация помощи, в том числе, работа в команде и коммуникация, индивидуальное поведение), которые могли привести к конечным исходам, определяя недочеты в оказании помощи и их причины, а также согласованность действий персонала для повышения качества помощи. После каждой сессии АКС, цикл должен быть завершен выполнением согласованных действий и мониторингом результатов (Рис. 1) аналогично циклу "планируй-делай-изучай-действуй". Конечная цель процесса - дать толчок к конкретным действиям для повышения качества помощи.

Рис. 1. Этапы цикла анализа критического случая



Важно помнить, что:

1. Все этапы цикла АКС одинаково важны.
2. Для достижения существенных изменений в клинической практике все этапы цикла АКС следует выполнять многократно, в течение длительного времени.
3. Анализ клинической практики без обратной связи и без реализации регулярных мероприятий не является эффективным.
4. Цикличность процесса - это основа методики АКС и это должны понимать все участники цикла АКС.

Анализ критических случаев на уровне стационара

I. Общая подготовка к каждой сессии

1. Частота встреч.

Обычно, встречи организуются каждые 4-6 недель.

2. Конкретная частота встреч зависит от таких местных особенностей, как:

- a) размер стационара;
- b) число критических случаев;
- c) число сотрудников, имеющий опыт работы по АКС в прошлом;
- d) нагрузка на сотрудников.

3. В идеале частота сессий АКС должна быть достаточной, чтобы они воспринимались сотрудниками больницы как "обычная работа", а не просто как "собрание, которое проводится время от времени". Наряду с вышеуказанным, не следует перегружать сотрудников.

4. Важно убедиться, что собрания проводятся регулярно в течение длительного времени, чтобы развить и поддерживать компетенции, относящиеся к проведению сессии АКС (включая разработку решения и согласование действий), а также, чтобы дать время для исполнения рекомендаций и осуществления согласованных действий.

5. Важно помнить, что цель работы заключается в том, чтобы весь процесс привел к реальным изменениям клинической практики на уровне стационара.

II. Роли и обязанности координатора и фасилитатора

1. На уровне ОЗ фасилитатора назначает местный координатор. Однако на первых этапах реализации цикла АКС роль фасилитатора может исполнять координатор. Далее, по мере развития компетенций персонала, роль фасилитатора могут взять на себя другие участники. С ролью фасилитатора хорошо могут справиться и акушерка, и медсестра, и врач, прошедшие обучение или обладающие соответствующими навыками и опытом проведения собраний.

2. В крупных ОЗ желательно иметь более одного опытного фасилитатора.

3. Координатор и фасилитатор должны работать в команде, особенно при подготовке сессии, а также при подведении итогов, после завершения анализа.

4. Во время сессии АКС роль фасилитатора состоит в следующем:

- a) приглашать участников к обмену мнениями;
- b) обеспечить активное участие всех вовлеченных сотрудников;
- c) обеспечить выполнение основных правил;
- d) обеспечить соблюдение всех этапов анализа случая;

e) при ведении сессии фасилитатор не должен напрямую обращаться с вопросами к сотрудникам, поучать, делать вид, что он знает все, но при этом эффективно управлять динамикой группы.

5. Фасилитатор должен обладать соответствующими "личными качествами", такими, как умение распознать динамику команды и направить ее должным образом, для максимальной пользы сессии АКС. Такие навыки обычно отрабатывают в ходе обучения.

6. Фасилитатор, совместно с координатором, определяет других ключевых участников сессии, а именно:

- a) интервьюера;
- b) докладчика;
- c) секретаря.

7. Докладчика и секретаря, обычно, назначают по принципу ротации, т.е. на каждой сессии их роли можно взаимозаменять. В то время как интервьюер должен иметь опыт проведения опросов.

8. Следует взять за обязательное правило:

a) фасилитатор должен связаться с интервьюером и докладчиком до сессии АКС, чтобы гарантировать готовность материалов: интервью и краткая информация о случае;

b) фасилитатор определяет полный список участников каждой сессии АКС (тех, кто принимал участие в ведении случая) (Таблица 3).

Таблица 3: Роли и обязанности ключевых участников АКС

| | До сессии | Во время сессии | После сессии |
|-------------|---|-------------------------|---|
| Координатор | - Выбрать случай - Определить участников | Наблюдение за процессом | - Хранить все документы в надежном месте |
| Фасилитатор | - Определить дату для обсуждения случая - Организовать интервью с женщиной - Определить, кто подготовит и представит краткое описание случая - Обеспечить наличие всех материалов до начала сессии АКС | Фасилитировать сессию | - Гарантировать конфиденциальность - Передать заключительные рекомендации заинтересованным сотрудникам и руководителю - Последующее наблюдение за выполнением рекомендаций - Контроль выполнения решений |

| | | | |
|------------------|---|---|---|
| Интервьюер | - Связаться с женщиной/родственникам - Провести интервью - Подготовить краткое изложение интервью для представления | - Представить результаты интервью | - Соблюдать принцип конфиденциальности - Реализовать решения (как согласовано) |
| Докладчик | - Подготовить краткий обзор случая | - Представить краткий обзор случая | - Соблюдать принцип конфиденциальности - Реализовать решения (как согласовано) |
| Секретарь | Ознакомиться с шаблонами документации для сессии | Заполнить шаблон (Приложение 10) основываясь на итогах обсуждения | - Соблюдать принцип конфиденциальности - Реализовать решения (как согласовано) |
| Другие участники | Записать дату сессии АКС (обеспечить свое участие) | Активно участвовать в сессии | - Соблюдать принцип конфиденциальности - Реализовать согласованные решения |

III. Определение и выбор случая

Критический случай необходимо определить, в соответствии с национальными определениями критического случая (Приложение 3). Когда цикл АКС внедряется рутинно, необходимые случаи (из числа недавних) могут выбираться любыми медицинскими работниками, которые знакомы с определениями "критический случай".

Выбранные случаи должны соответствовать следующим критериям:

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

IV. Приглашение участников

1. Список участников, приглашаемых на каждое заседание, включает сотрудников, которые участвовали в ведении рассматриваемого случая:

- акушер-гинеколог,
- акушерки,
- неонатологи,
- медсестры,
- другие задействованные сотрудники, например, анестезиолог, лаборанты, радиологи,
- вспомогательный персонал (например, сотрудники, отвечающие за транспортировку пациента и др.).

2. Главная принцип АКС - участие сотрудников, оказывавших женщине медицинскую помощь.

3. Рекомендуется избегать или сводить к минимуму участие специалистов, которые не имели прямого отношения к ведению рассматриваемого случая. Такой подход позволит обеспечить открытое обсуждение упущенных возможностей среди сотрудников, избежать обвинений специалистов, которые не участвовали в случае, а также гарантирует соблюдение принципа всеобщего участия снизу - вверх и базового правила АКС: "Обзор - это про нас, а не для того, чтобы осуждать других".

4. Руководитель играет ключевую роль в сборе рекомендаций, касающихся организационных вопросов/политики больницы (например, необходимость закупки/технического обслуживания

основного оборудования, реорганизация смен и т.д.) и в дальнейшем поддерживать их реализацию. В ряде случаев можно рассмотреть возможность присутствия на сессии АКС представителя старшего руководящего состава больницы: присутствие руководителя может быть необходимо для эффективного выполнения решений по устранению недостатков. Но следует помнить, что это также может стать препятствием к раскрытию всей информации о случае и свободному и правдивому высказыванию мнений. Руководитель, присутствуя на сессии АКС, должен уважать и соблюдать принцип "не обвинять, не наказывать" и принцип "конфиденциальности".

V. Установление базовых правил

Все участники мероприятия должны согласиться соблюдать важнейшие базовые правила поведения при обсуждении случая, которые можно зачитывать вслух, перед началом каждого заседания (Таблица 4). Это полезно, т.к. участники заседания, особенно в крупных медицинских учреждениях, каждый раз новые, в зависимости от обсуждаемого случая.

Таблица 4: Базовые правила

| |
|--|
| <p>Мы, сотрудники родильного дома, согласны уважать правила хорошего тона в течение всей встречи по расследованию критического случая в нашем учреждении, т.е.:</p> <ul style="list-style-type: none">- приходить вовремя на встречу по АКС,- уважать идеи каждого и способы их выражения,- соблюдать принцип конфиденциальности и стараться не разглашать конфиденциальные подробности вне заседания,- избегать обвинения отдельных лиц; цель заседания - найти решения, чтобы улучшить качество помощи, оказываемой в нашей больнице,- помнить, что "анализ - это про нас"; это не "осуждение других",- наша конечная цель - улучшение качества помощи в больнице ради пользы нашего населения,- участвовать активно в обсуждениях,- принимать обсуждения и разногласия без словесного насилия,- не скрывать полезную информацию или фальсифицировать информацию, которая помогла бы понять расследуемый случай,- стараться (в максимально возможной степени, поскольку это нелегко), признавать, что наши собственные действия могут быть подвергнуты сомнению |
|--|

VI. Необходимые материалы

Все материалы для обсуждения должны быть готовы до начала сессии, чтобы не тратить время (Таблица 5).

Таблица 5: Материалы, необходимые для обсуждения случая

| |
|--|
| <p>Общие:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Национальное руководство (с операциональными определениями, стандартами).2. Внутренний протокол/Местный алгоритм, отвечающий на вопросы:<ul style="list-style-type: none">- Кто делает?- Что делает?- Как быстро это нужно сделать?3. Журнал для записи основной информации о каждой сессии АКС.4. Флипчарты, ручки, бумага (если есть, видеопроектор) |
| <p>Для контроля исполнения:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Папка (папки) с прошлого обсуждения(ий) с шаблонами согласованных рекомендаций по последующим действиям |
| <p>Для нового случая:</p> <ol style="list-style-type: none">1. История(и) болезни.2. Краткий обзор случая. |

3. Интервью женщины.

4. Чистый экземпляр шаблона для анализа случая и выработки рекомендаций

Для справки:

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

VII. Сбор информации с точки зрения женщины и членов семьи - интервью

1. Следует своевременно проинформировать интервьюера о женщине, чей случай выбран для анализа.

2. Интервьюер должен собрать информацию о ее мнении и опыте получения помощи.

3. Методы интервью должны соответствовать методам, которые обсуждаются в ходе технического семинара(ов).

4. Женщину (или других людей, выбранных для проведения интервью) следует полностью информировать о цели и описать предмет интервью, а также получить ее/их согласие до начала интервью.

5. Всегда следует соблюдать принципы свободы выбора (участие в интервью добровольное; любой человек, принимающий участие в интервью, вправе прекратить его в любое время) и конфиденциальности (нельзя разглашать имя опрашиваемого в каких-либо официальных отчетах).

6. Интервью следует проводить в тихом месте, по возможности, после выписки, чтобы женщина могла чувствовать себя свободно, обсуждая полученную помощь, и в соответствии с общими правилами проведения интервью.

7. Если это уместно, можно опросить родственников или близких друзей, чтобы дополнить информацию, предоставленную женщиной (Приложение 4).

8. Цель интервью: сбор фактов, а также субъективных оценок и взглядов женщины, это не должна быть формальная поверхностная обратная связь. Включение информации о "реальном опыте получения помощи" крайне важно для того, чтобы понять, что произошло на самом деле и как, в целом, улучшить клиническую практику (Приложение 5).

9. Интервьюер должен стремиться получить описание ведения пациентки, а также собрать информацию о соблюдении основных прав женщины в ОЗ (например, справедливый доступ к помощи, информированность, конфиденциальность и др.), о доступе к медицинской помощи, ее ценовую доступность и приемлемость, и все это должно быть обязательно обсуждено на сессии АКС.

10. Основные факты по результатам интервью следует должным образом обобщить и подготовить для представления в ходе сессии АКС (например, запись ответов женщины ее словами).

11. Нельзя упоминать или записывать в документах по АКС имена медицинских работников и пациенток, а информация, в том числе, по итогам интервью, является конфиденциальной.

Этапы сессии АКС

Продолжительность сессии АКС

Весь процесс обсуждения случая (от представления случая до согласования действий, направленных на улучшение качества помощи) не должен отнимать слишком много времени.

Практический опыт показал, что, для выполнения всех необходимых шагов, достаточно 60-90 минут, в том числе:

с) предоставления информации о выполнении рекомендаций по прошлым случаям - максимум 10 минут;

d) обзора случая и реконструкция событий, в том числе по результатам интервью женщины - 15 минут;

e) остальное время следует посвятить анализу случая и выработке рекомендаций;

f) четкие временные рамки не позволят слишком долго отвлекать сотрудников от их рабочих обязанностей и повысят процент участия.

Тщательное соблюдение предлагаемой последовательности при проведении сессии АКС поможет предотвратить следующее:

1. попытки отдельных сотрудников и влиятельных людей перехватить инициативу заседания;
2. вводить круговой спор в дискуссию;
3. применение авторитета и влияния, чтобы загнать в угол восстановление истинной последовательности событий и анализ случая.

Фасилитатор, вооружившись этим пошаговым подходом, должен стараться преодолеть вышеуказанные негативные моменты.

Шаблоны документов для регистрации АКС, представлены в Приложении 8.

Практический пример заполнения шаблонов представлен в Приложении 9.

Шаг 1. Контроль выполнения рекомендаций прошлой сессии АКС

1. Встреча должна начинаться с контроля выполнения рекомендаций, данных на предыдущем заседании или заседаниях, если некоторые рекомендации с прошлых заседаний все еще не выполнены.

2. Такой контроль - важнейший шаг для завершения цикла АКС и его не следует пропускать!

3. Необходимо иметь журнал записей, который поможет быстро просмотреть все прежние рекомендации, увидеть ответственных, сроки исполнения и степень выполнения.

4. На этом шаге команда, участвующая в сессии, должна:

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

Шаг 2. Представление краткого обзора случая

1. Один из сотрудников представляет:

a) в письменной форме (бумажные копии, флипчарт или слайды) краткий, заранее подготовленный, основанный на истории болезни и других документах, относящихся к делу обзор случая;

b) докладчика случая назначает фасилитатор.

2. По возможности, докладчиком не должен быть сотрудник, который является основным ответственным за ведение этого случая.

3. Представление обзора должно быть кратким (не более 5-7 минут).

4. На представление случая не должно тратиться слишком много времени, которое лучше уделить обсуждению случая. При этом нужно представить все основные элементы случая, поэтому докладчику необходимо развивать навык обобщения информации.

Шаг 3. Реконструкция ведения пациентки "от двери до двери"

1. После представления краткого обзора случая каждому сотруднику, который оказывал помощь этой пациентке, следует дать время, чтобы они сообщили новые важные факты произошедшего подходом "от двери до двери":

a) реконструкция последовательности событий и оказанной помощи, а также проблемы, с которыми пришлось столкнуться, с момента поступления женщины в стационар (входная дверь) до выписки (выход из дверей).

2. Реконструкция ведения пациентки "от двери до двери" имеет решающее значение для правильного обсуждения случая, поскольку в истории болезни не указываются многие аспекты оказания помощи (например, подробности ведения, задержки, работа команды, личное поведение,

коммуникация и т.д.). В Приложениях 6, 7 предложен перечень элементов, которые нужно учесть при проведении анализа случая.

3. На этом этапе можно обсудить полноту и точность заполнения медицинской карты.

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

1. Интервьюер должен подготовить краткое информационное сообщение по итогам опроса женщины и/или членов ее семьи об ее/их опыте и восприятии качества оказываемой помощи в ОЗ.

2. Необходимо должным образом представить основное содержание беседы и основные выводы (например, включить в отчет точные слова женщины).

3. Включение информации об "опыте получения помощи" (эффективная информация, эмоциональная поддержка, уважение и достоинство) крайне важно для того, чтобы глубоко понять, что произошло на самом деле и как в целом улучшить качество помощи.

Шаги 5-7. Анализ случая

1. Анализ случая следует выполнять с применением структурированного аналитического подхода.

2. Анализ случая - это критический анализ ведения пациентки, соответствия помощи, своевременности, уважения прав женщины с момента прибытия (входная дверь) в больницу до выписки (выход из дверей).

3. Анализ случая основывается на определенных стандартах: в шаблонах документов должна присутствовать четкая ссылка на руководства, протоколы и стандарты (Таблица 6).

4. В ходе анализа случая фасилитатору следует избегать прямых вопросов всем присутствующим с использованием местоимения "Вы" (Например, говорить: "Что Вы сделали? Почему Вы не сделали то или это?").

5. Фасилитатор должен стимулировать всеобщее участие в обсуждении того, что было сделано правильно и что можно улучшить.

6. Сравнивая ведение случая с руководствами и стандартами, участники углубят свое знание этих документов, навыки их использования, а также поймут важность предоставления помощи в соответствии с клиническими руководствами, местными протоколами и стандартами помощи.

7. При проведении анализа случая надо стараться вместе с анализом ведения пациентки проанализировать, соблюдаются ли в больнице основные права женщины.

Таблица 6. Анализ случая

Шаг 5. Что прошло удачно и почему

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

Шаг 6. Что было неудачно

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

Шаг 7. Почему, но по какой причине

Что касается элементов помощи, которые были неуспешными, участники должны выяснить причины. Вопросы "почему" можно повторять до тех пор, пока не будут выяснены причины неудач. Для каждого элемента помощи может существовать ряд различных факторов разных категорий, которые обусловили получение негативных результатов (Приложение 1):

- персонал
- лекарственные препараты
- оборудование

- протоколы
- организация и управление
- уважение прав человека

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

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

Шаг 8. Выработка рекомендаций и действия по улучшению клинической практики

1. После анализа того, что "было неуспешно" и причин, обусловивших неудачу, следует выработать основные рекомендации для решения главных проблем.

2. Фасилитатор должен привлечь всех участников к выработке рекомендаций, не следует предлагать только свои решения.

3. Рекомендации должны соответствовать критериям SMART:

- а) конкретные (specific);
- б) измеримые (measurable);
- с) достижимые (achievable);
- д) реалистичные (realistic);
- е) ограниченные по срокам (time-bound).

4. Подготовить такие рекомендации может быть сложно, но это можно сделать под руководством специалиста и учиться на практике.

5. Рекомендации должны включать мероприятия, которые следует выполнить в стационаре, где проводится анализ, а также в них должно быть указано следующее:

- а) ЧТО сделать,
- б) КТО это сделает,
- с) КОГДА это следует сделать.

6. В Шаблонах документов для анализа случаев выделено место для записи рекомендаций, а также для указания ответственных и временных рамок (Приложение 8).

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

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

9. Ожидается, что в ходе каждой сессии будет согласовано 3-4 основные рекомендации. Естественное желание - выработать максимально возможное количество рекомендаций, но опыт показал, что, если есть несколько четких и важных рекомендаций, выполнение которых можно оценить и регулярно контролировать, проще обеспечить их выполнение. Хотя каждая рекомендация может показаться лишь небольшим шагом вперед, вся сумма рекомендаций, выработанных в ходе сессий АКС за определенное время, может иметь решающее значение.

10. Особое внимание следует уделить тому, чтобы проводить цикл АКС регулярно, а также "практической" стороне дела. Регулярная организация заседаний каждый месяц уже означает, что

в год будет обсуждаться 10-12 случаев, а рекомендаций будет подготовлено еще больше - около 30. Что еще важнее, рекомендации должны быть выполнены.

11. С самого начала необходимо ясно осознавать, что эффективность процесса следует измерять с точки зрения того, "сколько рекомендаций претворено в жизнь", а не просто "сколько случаев обсуждалось".

12. Может возникнуть искушение сосредоточиться на факторах, которые находятся вне сферы влияния персонала больницы, например, поступление женщины в стационар с опозданием. Следует помнить, что конечная цель анализа - улучшить качество помощи на уровне стационара.

13. При разработке рекомендаций важно сосредоточиться на событиях и действиях в стационаре, а также выявить коренные причины на уровне стационара при участии лиц, участвовавших в ведении пациентки для того, чтобы можно было согласовать и выполнить действия по устранению этих причин и улучшить качество помощи на уровне стационара.

14. Попытка решить вопросы вне компетенции данного учреждения и без участия сотрудников, занимавшихся пациенткой, не поможет выработать конкретные рекомендации и улучшить клиническую практику.

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

Шаг 9. Документальное оформление сессии по анализу критического случая

1. Имеющийся опыт показал, что крайне важно использовать стандартные, структурированные формы для документального оформления сессии АКС; они помогают повысить эффективность, пользу и своевременность обсуждения, вместе с использованием данных в последующем (Приложение 8).

2. Следует соблюдать конфиденциальность: все необходимые данные для краткого обзора случая следует взять из историй болезни, не упоминая ни конкретных пациентов, ни сотрудников.

3. В образцах документов не должно быть упоминания ни имени женщины, чей случай обсуждался, ни имен отдельных медицинских работников.

4. Местный координатор отвечает за надежное хранение всех материалов в то время, когда они не используются.

5. Основная информация о случаях, которые обсуждались ранее, должна храниться в журнале записей.

6. Основная информация для записи в журнале в целях упрощения последующего контроля выполнения рекомендаций и обобщением результатов: тип критического случая, дата обсуждения случая, обобщенный список рекомендаций, ответственные лица и сроки, обеспечено ли выполнение или нет.

Мероприятия, проводимые после каждой сессии АКС

Шаг 10. Практическое внедрение рекомендаций

1. Принятие мер - это то, ради чего проводилась вся предыдущая работа.

2. Принятие мер могут включать вмешательства на различных уровнях:

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

3. Ожидается, что руководители/местные органы здравоохранения будут активно поддерживать выполнение рекомендаций.

4. Многие рекомендации и решения, предложенные в ходе анализа случаев, будут напрямую касаться организации медицинской помощи.

5. Без участия и непрерывного мониторинга со стороны руководства стационара трудно осуществить изменения и обеспечить их устойчивость.

Шаг 11. Проверка выполнения рекомендаций

1. Весь процесс является циклическим и непрерывным.

2. Регулярное рассмотрение предыдущих рекомендаций на каждой сессии АКС необходимо для обеспечения соответствия рекомендаций критериям SMART и высокий процент их выполнения. За это отвечает местный координатор, который может работать совместно с местным руководителем и фасилитатором(ами).

Шаг 12. Документальное оформление всего цикла АКС

1. После каждой сессии АКС следует должным образом проинформировать о рекомендациях всех лиц, имеющих возможности для выполнения или каким-либо образом вовлеченных в осуществление рекомендаций сессии.

2. Рекомендации по итогам сессии АКС необходимо довести не только до руководителя учреждения, но и до всех сотрудников. Например, о них можно рассказать на утренней планерке. Это важный шаг, поскольку рекомендации разрабатываются не только для участников события, но и для того, чтобы усовершенствовать практику всех сотрудников стационара.

3. В опубликованных отчетах следует уделять особое внимание способам совершенствования системы, а не отдельным людям или конкретным совершенным ошибкам.

4. Рекомендуется:

а) каждые полгода - год составлять отчет и представлять его всем сотрудникам учреждения (Приложение 10).

5. Отчет Национальному координатору по АКС - подавать отчет 1 раз в год после проведения отчетного заседания в коллективе ОЗ и окончания годового цикла работы комитета по АКС (Приложение 12).

Обеспечение качества цикла исследования критических случаев

I. Почему важно обеспечить качество процесса

1. Большое значение имеет обеспечение надлежащего качества процесса при внедрении цикла АКС.

2. Цикл АКС - это комплекс мер, который:

а) подразумевает изменение поведения;

б) стимулирует проявления честности и открытости при оценке нашей собственной практики и отношения к ней;

в) предполагает тщательный анализ случаев тяжелых акушерских осложнений (критических случаев) с целью выявления действительных причин, имеющихся недостатков и принятия решений для последующего их внедрения.

3. Проведение АКС без точного соблюдения его принципов и методов, потенциально, может привести к негативным последствиям (например, затруднять работу команды, подрывать уверенность в себе у отдельных сотрудников) и даже нанести прямой ущерб. Например, когда аудит проводится для того, чтобы найти и наказать "виновных" сотрудников, последние вынуждены утаивать ключевую информацию и сообщать недостаточные и/или недостоверные данные (когда все практики формально помечаются как "соответствовавшие стандартам").

II. Ключевые элементы успешного внедрения, возможные проблемы и варианты их решения

Существует несколько аспектов, которые важно принимать во внимание, для успешного внедрения цикла АКС:

1. Устойчивая внешняя поддержка: техническая поддержка со стороны международных экспертов важна для того, чтобы облегчить реальный сдвиг в поведении персонала и обеспечить надлежащее качество цикла АКС.

2. Нормативно-правовая база и приверженность руководства:

а) основные правила должны быть оформлены официально;

б) важна поддержка со стороны местных руководителей и лиц, ответственных за принятие решений.

3. Ключевые сотрудники - для успешного внедрения методологии существенное значение имеют потенциал и приверженность национальных и местных координаторов.

4. Эффективное обучение критической массы сотрудников: обучение команды в каждом стационаре создает необходимую критическую массу подготовленных сотрудников.

5. Заинтересованность на местном уровне:

а) с самого начала следует стремиться применять подход, предполагающий активное участие сотрудников на местах;

б) рекомендации должны быть разработаны самими сотрудниками больницы и основаны на реальных клинических случаях.

6. Включение мнения женщин: для улучшения качества помощи важна реальная информация об "опыте получения помощи", предоставленная теми, кто пользуется медицинскими услугами.

7. Завершенность:

а) все этапы цикла должны быть выполнены;

б) важно, чтобы каждая сессия начиналась с контроля за ходом осуществления мер, согласованных в ходе предыдущей сессии.

8. Простота:

а) в ситуациях, когда сотрудники уже перегружены клинической работой, стремление обсудить слишком большое число клинических случаев может произвести негативный эффект;

б) лучше поставить целью проведение анализа реалистичного числа критических случаев, но с формулировкой действительно важных рекомендаций и их последующим эффективным выполнением.

9. Регулярность:

а) для достижения реальных сдвигов в качестве помощи важно регулярное проведение собраний в течение долгого времени;

б) в тех случаях, когда ключевые сотрудники (например, местный координатор) не смогут выполнять свою роль, необходимо обеспечить соответствующую передачу функций.

10. Фокусированность:

а) для достижения "реальных сдвигов" необходимо идентифицировать "реальную проблему", открыто проанализировать ее и сформулировать рекомендации по ее устранению на основе принципов SMART.

11. Извлечение уроков:

а) фундаментальным принципом является надлежащее распространение информации о результатах и способность извлекать уроки из прошлого опыта.

12. Мониторинг:

а) существенное значение, в том числе для отчетности о процессе в целом, имеет регулярный сбор отчетов на национальном уровне и предоставление обратной связи;

б) без надлежащего мониторинга процесс внедрения методологии АКС может быстро прекратиться.

13. Очевидно, что мешать успешному внедрению цикла АКС могут многочисленные проблемы. Некоторые типичные проблемы и возможные пути их решения представлены в Таблице 7.

14. Следует признать, что процесс изменений носит постепенный характер и варьирует между странами.

15. "Обучение на практике" оказалось эффективным способом повысить доверие сотрудников в отношении таких изменений.

16. В некоторых стационарах традиционно установившаяся профессиональная практика отличается от методики, описанной в данном руководстве, и внедрение этой методики будет подразумевать существенное изменение отношения к процессу.

17. В сложных условиях особое внимание следует уделять обеспечению, как адекватного обучения, инструктажа, так и обеспечению внешнего поддерживающего кураторства.

18. Чтобы избежать использования местных трудностей в качестве оправданий в отсутствии прогресса в процессе внедрения, можно подчеркнуть возможную пользу от внедрения АКС для сообщества в целом, а также привести примеры успешного внедрения в аналогичных стационарах.

Таблица 7: Типичные проблемы и возможные пути их решения для успешного внедрения АКС на уровне стационара

| Типичные проблемы | Решения |
|--|--|
| Общая организация АКС | |
| Слабое местное руководство/координатор. Незаинтересованность руководителей/сотрудников. Незаинтересованность региональных/национальных руководителей и органов здравоохранения | <ul style="list-style-type: none"> - Процесс и принципы АКС должны быть одобрены местными/региональными/национальными административными органами здравоохранения. - Укрепить заинтересованность сотрудников родильного дома. - Обеспечить постоянное кураторство и внешнюю поддержку, пересмотреть основные принципы. - Распространить информацию о положительных результатах и примерах |
| <ul style="list-style-type: none"> - Трудности с проведением регулярных собраний из-за чрезмерной загруженности персонала. - Низкий уровень участия местного персонала | <ul style="list-style-type: none"> - Усилить информированность персонала, роль фасилитатора и поддержку со стороны местного руководителя. - Обсуждать важность этих мероприятий с руководителем; нацеленность на реально достижимый результат; предложить период "иммунитета" для сотрудников, подавших отчет о действиях |
| - Недостаточные навыки применения методики | <ul style="list-style-type: none"> - Улучшить обучение и кураторство. - Регулярная оценка и улучшение качества работы, обмен опытом с привлечением представителей больниц. - Поддержка посещений для обмена опытом. - Независимая внешняя оценка качества международными экспертами и рекомендации по улучшению процесса |
| - Дефицит и отток персонала | <ul style="list-style-type: none"> - Обеспечение передачи ключевых навыков и функций другим сотрудникам в случае оттока кадров. - Ротация сотрудников, выполняющих ключевые функции. |

| | |
|---|--|
| | - Политика, направленная на сокращение дефицита и оттока кадров |
| Выявление и отбор клинических случаев | |
| - Отбор только "хороших случаев" (т.е. случаев, демонстрирующих хорошее ведение). - Приглашение к участию в анализе не всех сотрудников, участвовавших в ведении пациентки | - Усилить обучение и внешнюю поддержку/кураторств в вопросах отбора случаев и участников |
| Учет мнения женщин | |
| - Мнение пациенток не учитывается совершенно. - Не ставится/не достигается цель получить описание "реального" опыта получения помощи. - Мнение пациенток в действительности не учитывается при анализе случаев и разработке рекомендаций | - Усилить обучение и внешнюю поддержку/кураторство в вопросах включения в процесс мнения пациентов |
| Представление и анализ клинического случая | |
| - Боязнь раскрыть реальную информацию. - Нарушение конфиденциальности. - Обвинения. - Акцент на внешних факторах вместо определения внутренних (устраняемых) факторов на уровне стационара. - Низкая степень участия акушерок. - Отсутствие "критического анализа". - Плохое знание стандартов помощи. - Обсуждение случая хаотическим путем. Типичное поведение старших сотрудников/руководителей: - Начальственное отношение: читают нотации, устраивают проверки, заставляют сотрудников замолчать, прерывают ход собрания, выносят суждения на основании личного мнения. - Ссылки на устаревшие "приказы". - Скрытие основных подробностей | - Обеспечить одобрение принципов, АКС, местными властями. - Повторять базовые правила на каждой сессии. - Усилить роль и потенциал фасилитатора. - Усилить обучение и внешнюю поддержку/кураторство (включая наставничество со стороны "чемпионов", и партнерство между стационарами). - Независимая внешняя оценка качества, осуществляемая международными экспертами в целях поддержки и укрепления потенциала местного координатора (иногда местным координаторам и фасилитаторам трудно противостоять вмешательству со стороны руководителей или старших сотрудников). - Предложить руководителю делегировать соответствующие полномочия координатору, а также оказывать поддержку в организации и выполнении рекомендаций - вместо прямого участия в сессиях АКС. - Демонстрация того, как можно достичь более эффективного общения |
| Согласование рекомендаций, основанных на принципах SMART, для улучшения качества помощи | |
| - Трудности в разработке/согласовании рекомендаций, основанных на принципах SMART. - Тенденция уделять основное внимание рекомендациям для внешних субъектов (на национальном уровне и т.д.) | - Усилить обучение и внешнюю поддержку/кураторство по вопросам разработки рекомендаций, основанных на принципах SMART. - Укрепление обязательств руководителей по оказанию поддержки в ходе разработки соответствующих рекомендаций. - Обеспечение взаимных посещений стационаров основными сотрудниками для непосредственного наблюдения за ходом сессий |
| Исполнение рекомендаций | |
| - Недостаточное выполнение согласованных действий. | - Усилить подготовку и внешнюю поддержку/кураторство в вопросах |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Выполнение других действий. - Наказания | <p>воплощения рекомендаций в конкретные действия.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Улучшить документацию. - Независимая внешняя оценка качества международными экспертами и рекомендации по улучшению. - Обеспечение взаимных посещений стационаров основными сотрудниками для непосредственного наблюдения за ходом сессий |
| Документирование процесса | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Отсутствие четкой и полной документации. - Недостаточное соблюдение конфиденциальности. - Отсутствие некоторых документов | <ul style="list-style-type: none"> - Усилить подготовку и внешнюю поддержку/кураторство в вопросах использования шаблонов для документирования сессий. - Укрепление обязательств руководителей по использованию шаблонов. - Независимая внешняя оценка качества международными экспертами и рекомендации по улучшению процесса |
| Мониторинг результатов | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Отсутствие эффективного мониторинга | <ul style="list-style-type: none"> - Обеспечить регулярное проведение сессий и контроль выполнения мер, согласованных на предыдущем собрании, в начале каждой сессии. - Усилить подготовку в вопросах мониторинга и внешнюю поддержку/кураторство. - Независимая внешняя оценка качества международными экспертами и рекомендации по улучшению процесса |

Оценка качества цикла АКС

I. Инструмент оценки

1. Рекомендуется регулярно проводить оценку качества внедрения анализа критического случая, с последующей формулировкой рекомендаций, как на уровне стационара, так и на национальном уровне, в целях повышения качества всего цикла АКС.

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

3. Инструменты для оценки качества внедрения цикла АКС представлены в приложениях.

а) шаблон для комплексной отчетности о реализации подхода АКС на уровне страны (Приложение 2). В идеале он должен быть скомпилирован предварительно, до миссии по оценке качества на местах в выбранных стационарах. Шаблон также может быть использован для целей мониторинга, который проводится на более регулярной основе;

б) перечень вопросов для оценки качества цикла АКС на уровне стационара и матрица для разработки местных рекомендаций (Приложение 11) предназначены для использования в ходе оценки качества внедрения цикла АКС в отдельных родильных стационарах, а также для выработки рекомендаций, которые будут использоваться на местном уровне. Если оценка проводится с адекватной выборкой родильных стационаров, ее результаты могут служить информацией о качестве реализации цикла АКС на национальном уровне, а также могут быть использованы в качестве основы для разработки рекомендаций на национальном уровне;

с) матрица для разработки плана действий на национальном уровне после оценки качества (Приложение 10). Как правило, используется в ходе национального семинара, на котором представляются и обсуждаются выводы двух предыдущих оценок.

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

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

II. Команда

1. Обычно оценку проводит команда из 2-4 человек:

а) 1-2 опытных внешних экспертов международного уровня;

б) 1-2 национальных эксперта, как правило, координатор(ы) или другой персонал, участвующий в АКС.

2. Крайне важно, чтобы члены команды по оценке были профессионально компетентны и признаны таковыми, чтобы гарантировать взаимодействие на равных с персоналом стационара в ходе оценки.

3. Международные эксперты должны иметь опыт в области оценки качества цикла АКС и использования перечня вопросов (Приложение 11); такой опыт также является обязательным для руководителя команды. Также необходим опыт внедрения рекомендаций ВОЗ и других научно обоснованных практик и опыт работы в области оказания помощи матерям и новорожденным.

4. Преимуществом будет опыт внедрения другого аналогичного процесса в целях повышения качества и опыт работы в области управления системой здравоохранения.

5. Члены национальной команды по оценке должны обладать многолетним положительным опытом участия в процессе и координации цикла АКС, знаниями о принципах доказательной медицины, достаточным клиническим опытом в оказании помощи матерям и новорожденным, а также, если это возможно, опытом работы в области подготовки кадров и в управлении системой здравоохранения.

6. Как правило, координаторы, участвующие в оценке, не являются сотрудниками или руководителями тех стационаров, которые они собираются оценивать.

7. Если процедуру оценки организует страновой офис ВОЗ, рекомендуется, чтобы один представитель офиса принимал участие, по крайней мере в некоторых посещениях больниц с целью оценки, чтобы оказывать поддержку и полностью понимать метод и его смысл.

8. Аналогичным образом, если оценка проводится другими агентствами ООН, структурами, проектами и т.д., участие представителя позволит лучше понять выводы оценки и рекомендуемые меры, а также познакомиться со специалистами, участвующими в процессе.

III. Специальный инструмент

1. Контрольный список вопросов для проведения оценки приводится в Приложении 11.

2. Контрольный список включает 50 ключевых пунктов, разделенных на группы подзаголовками голубым шрифтом.

3. Справочный материал по всем ключевым элементам, включенным в контрольный список, содержится в данном пособии.

4. Контрольный список должен использоваться опытными специалистами по оценке.

5. Контрольный список должен использоваться в качестве руководства для профессиональной экспертной оценки качества внедрения цикла АКС на уровне стационара (т.е. не просто "бумажная работа").

6. Контрольный список включает сводную таблицу для определения основных сильных и слабых сторон, внесения дополнительных комментариев по поводу качества цикла АКС и матрицу для прямого указания тех аспектов, которые требуют улучшения, а также согласованных мер, ответственных лиц и сроков выполнения.

IV. Подготовка к посещению по проведению оценки

1. Предварительная информация о задачах и методах оценки должна быть доведена до сведения местной администрации здравоохранения до обращения к руководству стационара(ов) подлежащим(и) оценке.

2. Необходимо обсудить и согласовать критерии отбора стационаров для посещения, в частности, для достижения репрезентативности при проведении оценки в масштабах всей страны.

3. Необходимо разработать подробный график посещений для проведения оценки - как правило, его разрабатывают органы здравоохранения, а также партнеры по развитию или руководители проектов и национальная координационная группа по АКС в тесном сотрудничестве с руководителем команды по оценке.

4. В среднем время, необходимое для оценки одного стационара, как правило, составляет полдня - один день.

5. При разработке графика необходимо учитывать время в пути и местные рабочие часы и праздники.

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

7. Для обучения национальных экспертов по оценке (т.е. национальных координаторов) необходимо провести семинар продолжительностью полдня. В ходе семинара следует убедиться, что каждый член команды по оценке понимает структуру и порядок использования Контрольного списка (Приложение 11).

8. В случае необходимости следует дать разъяснения по поводу ключевых вопросов. Используя несколько примеров, следует проверить общее понимание системы подсчета баллов.

9. До начала оценки и после ее завершения следует отвести достаточное время для обсуждения среди национальных и международных членов команды по оценке, чтобы разъяснить моменты, вызывающие какие-либо сомнения по поводу методов оценки.

10. Новые члены команды по оценке учатся, наблюдая за процессом вместе с опытными экспертами до тех пор, пока не приобретут соответствующие навыки, практический опыт и не выработают отношение к оценке, основанное на принципах конфиденциального и поддерживающего наблюдения "на равных" и обратной связи.

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

V. Представление цели, задач и методов оценки

1. Посещение начинается с представления сотрудникам ОЗ краткой информации о целях и методах оценки. В презентации, прежде всего, следует подчеркнуть, что оценка данного стационара проводится в рамках текущей программы по оценке качества АКС и в целях оказания поддержки стационара для улучшения качества АКС, путем выявления аспектов, которые необходимо улучшить, и определения мер, которые должны быть приняты на местном и на более высоком, административном, уровне.

2. Необходимо особо подчеркнуть, что в ходе оценки будет применяться подход, предполагающий активное участие всех сторон, оказание поддержки и сохранение конфиденциальности информации, без каких-либо обвинений (будь то в отношении отдельных сотрудников или подразделений/отделений, вовлеченных в процедуру оценки).

3. Следует разъяснить, что некоторые сотрудники могут быть опрошены о больничных процедурах и практиках, связанных с циклом АКС, и что члену(ам) команды по оценке необходимо будет изучить соответствующие документы, такие как заполненные формы предыдущих сессий, сводная документация и журналы.

4. Должны быть доступны соответствующие документы (журналы, заполненные формы ранее проанализированных случаев), необходимые для оценки.

5. Следует пояснить, что итоговые результаты оценки стационара будут сообщены в анонимной форме без указания названий стационаров или имен отдельных специалистов, а также подробностей ведения случаев.

VI. Посещение стационара для проведения оценки

1. Оценка осуществляется в ходе посещения пилотных стационаров (1 день на каждое ОЗ) и включает следующие виды деятельности:

а) непосредственное наблюдение сессии АКС (1-2 часа);

б) последующее обсуждение с участниками сессии АКС, в том числе выяснение их восприятия качества сессии АКС;

в) отзывы и рекомендации экспертов по оценке относительно качества сессии АКС, предоставленные для участников;

г) встреча с местным координатором(ами), фасилитатором и ключевым персоналом, участвующем в цикле АКС, с целью обсуждения их восприятия качества цикла АКС, достижений и проблем;

д) совместная проверка соответствующей документации предыдущих сессий АКС (по крайней мере 5 случаев, если возможно 10), включая интервью пациенток и контроль за выполнением согласованных рекомендаций;

е) получение дополнительной информации от национального координатора;

ж) окончательный отзыв и рекомендации для местного координатора(ов) и ключевых сотрудников;

з) эксперты должны оценивать качество цикла АКС, а не качество ведения случая как такового.

2. Оценка основывается на информации из различных источников: непосредственное наблюдение за ходом сессии АКС, а также проверка соответствующих документов.

3. Такое сочетание различных источников информации, а также использование контрольного списка в качестве руководства (Приложение 11), позволяет провести комплексную оценку качества цикла АКС.

4. Оценка начинается с краткого представления участников и экспертов по оценке, чтобы обеспечить понимание различных ролей и вида участия в процедуре оценки.

5. Наблюдение за ходом сессии(й) АКС не должно быть навязчивым. Эксперты по оценке должны всегда проявлять уважение, сохранять молчание, стараться быть незаметными, избегать комментариев до тех пор, пока фасилитатор не объявит, что сессия закончена.

6. Эксперты должны наблюдать за поведением всех участников, обменом мнениями, различными ситуациями и действиями в ходе сессии, а также проверять регламент (например, длительность описания случая, по сравнению с длительностью анализа случая).

7. Эксперты должны вести заметки в режиме реального времени, чтобы затем заполнить контрольный список.

8. Нарращивание потенциала и подход, предполагающий активное участие всех сторон, являются ключевыми элементами процесса оценки.

9. По окончании наблюдения за сессией АКС местный персонал может задавать вопросы по поводу того, как улучшить цикл АКС и эксперты по оценке должны быть готовы к их обсуждению.

10. Если оценка, путем непосредственного наблюдения за некоторыми конкретными проблемами, не представляется возможной (например, определенные проблемы в представлении

критических случаев), то могут быть применены различные техники, такие как практические занятия и сценарии (например: "давайте представим себе, что во время сессии АКС возникла следующая проблема - проявления начальственного отношения, страх рассказать о том, что пошло не так, и т.д., как вы поступите?").

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

12. Оценка, как правило, позволяет определить ключевых сотрудников, которые могут исполнять роль движущей силы для цикла АКС и улучшения качества.

13. Посещение считается завершенным, когда собранная информация считается достаточной для того, чтобы обеспечить обоснованную оценку качества цикла АКС, а также предоставление обратной связи (отзывов) и рекомендаций.

14. Каждый эксперт по оценке в конце посещения, но не позднее, должен уделить время завершению работы над заполнением своей копии контрольного списка для посещенной больницы (включая баллы, сильные и слабые стороны, замечания и рекомендации).

VII. Баллы

1. Каждый эксперт должен выставить свои собственные оценки в баллах.

2. Обсуждение в команде может помочь понять точку зрения другого эксперта(ов) и обосновать/обсудить различия в баллах.

3. Каждый ключевой элемент в контрольном списке должен быть оценен с использованием следующих критериев:

- a) Оценка 0 = совершенно неприемлемое качество;
- b) Оценка 1 = серьезные проблемы;
- c) Оценка 2 = некоторые недостатки;
- d) Оценка 3 = приемлемое качество.

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

VIII. Обеспечение обратной связи на местном уровне

1. Команда по оценке, совместно, готовит обобщенные, но подробные отзывы, фокусирующиеся на основных сильных и слабых сторонах, предназначенные для сотрудников каждого отдельного стационара.

2. Как правило, отзыв составляет руководитель команды по оценке при участии других членов команды.

3. Отзыв должен уделять основное внимание приоритетным вопросам и ссылаться на информацию о фактических результатах проверки, чтобы проиллюстрировать ключевые моменты.

4. Осуществляя обратную связь, эксперты по оценке должны всегда помнить, что конечная цель состоит в том, чтобы мотивировать персонал изменить поведение и показать, что улучшения возможны.

5. Общее отношение должно демонстрировать поддержку; следует подчеркивать, что делается надлежащим образом, а также указывать потенциал для улучшений, подчеркивая, что определение индивидуальной ответственности не является целью оценки.

6. Матрица "Рекомендаций по улучшению качества цикла АКС на стационарном уровне", включенная в контрольный список (Приложение 11) заполняется совместно, экспертами и местным координатором. В ней четко указывают:

- a) приоритетные аспекты, которые нуждаются в улучшении;
- b) согласованные меры;

- с) лица, ответственные за выполнение;
- д) четко определяется необходимость дальнейшего обучения или технической поддержки;
- е) планы последующего наблюдения и/или поддерживающего кураторства, если дальнейшие действия включены в программу.

7. Определить действия, которые необходимо довести до более высокого уровня (районного/регионального/национального).

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

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

1. Эксперты, в конце всех оценочных посещений, обсудят общие выводы, определяют общие сильные и слабые стороны, подготовят презентации для заключительного совещания с Министерством здравоохранения и другими заинтересованными сторонами.

2. Должен быть организован однодневный или двухдневный семинар, чтобы представить и обсудить общие национальные результаты оценки со всеми заинтересованными сторонами и представителями родильных стационаров, участвующих в программе внедрения АКС.

3. В число участников встречи должны войти: национальные и местные координаторы АКС; представители Министерства здравоохранения и других органов здравоохранения; руководители стационаров; все соответствующие национальные и международные партнеры, в том числе члены академических кругов/научных и профессиональных сообществ, другие ключевые заинтересованные стороны, и, конечно, все эксперты по оценке.

4. Должны быть приглашены представители обществ пользователей услуг, если такие общества существуют.

5. Встречу следует начать с презентации каждого стационара, включая их достижения и проблемы.

6. Далее следует представить результаты оценки.

7. Рекомендуется соблюдать конфиденциальность при представлении результатов, не связывая названия стационаров с конкретными оценками и подчеркивая, что главная цель состоит в том, чтобы выявить системные проблемы, которые необходимо устранить.

8. Для обобщения результатов оценки могут быть использованы таблицы и рисунки, либо различные стационары могут быть обозначены номером или литерой.

9. Команда каждого стационара представит и обсудит запланированные шаги по улучшению процесса АКС.

10. Принимая во внимание как информацию о внедрении методики в стране в целом (Приложение 2), так и данные, полученные в ходе непосредственной оценки на уровне стационаров (Приложение 11), команда по оценке будет способствовать определению мер, которые необходимо принять на национальном уровне.

11. На национальном уровне должны быть определены графики и обязанности, а также дальнейшие шаги (которые могут включать, например, национальный семинар по повышению потенциала в определенных областях, а также обновление национального плана действий) и роли партнеров.

12. Совещание должно включать определение плана дальнейших действий и обсуждение вопроса о механизмах, которые можно было бы разработать (или улучшить, если такие механизмы уже существуют) для обеспечения устойчивости и для поддержания и расширения национального потенциала в области оценки качества и совершенствования АКС.

13. Руководитель команды координирует подготовку отчета, включая все рекомендации, которые будут представлены в Министерства здравоохранения или местные административные органы, агентствам ООН и другим соответствующим партнерам.

14. Окончательный письменный отчет должен включать краткое изложение общих выводов с сохранением конфиденциальности, общие сильные и слабые стороны, а также рекомендации по улучшению процесса.

15. Рекомендации составляют основу для определения и планирования дальнейших шагов.

16. Если качество процесса не соответствует стандартам, необходимо выделить время для внедрения рекомендаций по улучшению, и провести вторую оценку.

17. Можно использовать опыт и (людские) ресурсы тех стационаров, которые выполняют процесс довольно хорошо, для помощи роддомам с низким качеством внедрения.

18. После периода дальнейшего внедрения цикла АКС (12-24 месяцев) должна быть предложена и запланирована вторичная оценка с использованием того же контрольного списка и команды экспертов для оценки прогресса, выявления препятствий и предложения дальнейших шагов, которые необходимо предпринять.

Х. Развитие технического потенциала, определение ролей и обязанностей для успешного внедрения АКС

Национальный координатор - это основное лицо, отвечающее за выполнение процесса АКС на национальном уровне. Обычно, это один человек, но решение о числе национальных координаторов, также, будет зависеть от размеров страны, и, в некоторых случаях, могут быть назначены региональные координаторы.

Местный координатор - это основное лицо, отвечающее за координацию процесса АКС на уровне ОЗ. Координатора в стационаре следует выбирать из числа местных сотрудников. При этом совсем необязательно, чтобы координатором становился руководитель больницы, или заместитель главного врача, или заведующий родильным отделением.

Требования к национальному/местному координатору(ам):

1. Достаточный опыт клинической работы в области оказания медицинской помощи матерям и (или) новорожденным.
2. Знание принципов доказательной медицины.
3. Хорошее знание национальных и международных стандартов и эффективной перинатальной помощи.
4. Отличное понимание цикла АКС.
5. Ответственность и лидерские качества.
6. Способность работать в команде.
7. По возможности, опыт обучения персонала и работы в системе управления здравоохранением.

Таблица 8: Роли и обязанности координаторов

| | |
|-------------------------------------|--|
| <p>Национальный координатор АКС</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Участие в техническом семинаре с международными экспертами; - Участие в сессиях АКС в своем стационаре; - Поддержка внедрения АКС в стационарах страны; - Участие в национальных мероприятиях по обеспечению качества АКС вместе с международными экспертами, а затем контроль качества (в том числе выезды в стационары) на национальном уровне; - Координация мероприятий по обеспечению качества АКС в своем стационаре; - Координация региональных/национальных отчетов; - Надзор за проведением мониторинга в сотрудничестве с органами управления в сфере здравоохранения; - Координация распространения результатов на региональном/национальном уровне и обсуждение достижений и ограничений, а также решений о том, как преодолеть эти ограничения; - Надзор и координация планов по расширению деятельности; |
|-------------------------------------|--|

| | |
|-------------------------|--|
| | - Организация каскадного обучения и выполнение роли тренера |
| Местный координатор АКС | <ul style="list-style-type: none"> - Участие в техническом семинаре; - Надзор за организацией и регулярное проведение сессий АКС; - Координация и участие в сессиях АКС в ОЗ; - Назначение фасилитатора для каждой сессии АКС; - Координация ведения учета и обеспечение хранения всей информации в надежном месте; - Предоставление руководству ОЗ информации о принятых рекомендациях после каждой сессии; - Надзор за выполнением рекомендаций; - Надзор за тем, чтобы рекомендации на национальном уровне передавались на национальный уровень; - Координация отчетов учреждения (Приложение 12) и мониторинга (Приложение 2); - Обеспечение соблюдения конфиденциальности в отчетах; - Координация мероприятий по обеспечению качества АКС в ОЗ; - Координация распространения результатов в стационаре и обсуждение достижений и барьеров, а также решений о том, как их преодолеть; - Обеспечение наращивания потенциала специалистов, чтобы обеспечить возможность перераспределения ролей в условиях текучести кадров; - Определить в ОЗ и должным образом обучить фасилитатора и интервьюера |

XI. Фаза расширения

Национальному координатору по АКС необходимо разработать план расширения работы на другие родовспомогательные отделения/стационары.

1. Выбор учреждения: для обеспечения эффективного внедрения АКС предпочтительно выбрать 5-6 новых ОЗ. Одно пилотное учреждение (с хорошим качеством оценки) может "взять шефство" над одним или двумя близлежащими "новыми" учреждениями и обучать их. В этом процессе можно опираться на оценку качества: какие сотрудники больницы работают лучше и, какой координатор/персонал может играть ведущую роль.

2. Организовать семинар с привлечением сотрудников пилотного ОЗ, для того чтобы сотрудники нового учреждения могли узнать об "извлеченных уроках" в пилотном стационаре.

3. Отчет о результатах на уровне ОЗ: для успешного внедрения процесса АКС очень важно представление и обсуждение результатов на уровне стационара (Приложение 10).

На национальном уровне: очень важна передача информации национальному координатору о результатах внедрения АКС в ОЗ (Приложение 12). Цель отчетности не в том, чтобы формально соблюсти требования. Это нужно для обмена опытом, извлечения уроков и постоянного улучшения качества сессий АКС. Результаты мероприятий по оценке качества необходимо довести до всех заинтересованных сторон, обсудить и согласовать все мероприятия, направленные на повышение качества внедрения.

4. Бюджет: следует разработать соответствующий бюджет с учетом необходимых мероприятий, возможно, на разработку и печать обучающих материалов, затраты на обучение, контроль качества, мероприятия по налаживанию связей и обеспечить наличие финансирования, сотрудничества (например, обмен опытом), а также распространение результатов (обычно, это отчеты и семинары).

5. Планы обеспечения устойчивости АКС необходимо продумать с самого начала внедрения, а после завершения пилотной фазы - пересмотреть.

6. Для поддержания процесса, а также обеспечения положительных изменений в клинической практике потребуются и техническая, и финансовая поддержка в средне- и долгосрочной перспективе, а также - профессиональное признание. При этом следует иметь в виду, что эффективная помощь, направленная на профилактику и лечение осложнений в этот критический период, скорее всего, позволит значительно сократить число материнских смертей,

случаев мертворождений и смерти новорожденных в раннем неонатальном периоде. Поэтому, эти затраты следует рассматривать, как возможность получить доход, втрое превышающий сумму вложенных средств.

XIII. Мероприятия

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

a) Нормативная база: если это необходимо, следует обеспечить расширение нормативной базы на каждое учреждение.

b) Местный план действий: в местной команде план действий будут разрабатывать сотрудники, принимавшие участие в мероприятиях по развитию компетенций (по согласованию с руководителем/директором ОЗ). Предлагается официально представить процесс всем сотрудникам больницы, участвующим в оказании помощи матерям и новорожденным и распространить методические материалы.

c) Методические материалы: будут использоваться материалы, разработанные в пилотной фазе (с любыми необходимыми доработками).

d) Обучение: организуется серия технических семинаров с участием сотрудников "новых" больниц: 4-5 специалистов от каждого учреждения (акушеры, акушерки, неонатологи, интервьюер, анестезиологи и руководители), стремящиеся к улучшению качества помощи, имеющие возможность проводить изменения на уровне учреждения и прошедшие обучение по ЭПП.

e) Два или три тренера (национальные и местные координаторы, фасилитаторы и интервьюеры) будут руководить развитием технических компетенций местного персонала, используя аналогичную программу обучения и пользуясь теми же слайдами, презентациями, упражнениями и методиками, которые применялись в ходе первого технического семинара.

f) Обеспечение качества: обеспечение соответствующего качества процесса АКС - это ключ к реальным переменам в качестве оказываемой помощи.

g) Отчетность и оценка влияния: выбранный способ может отличаться, но чаще всего подразумевает письменные отчеты и семинары.

h) Бюджет: на уровне учреждения расходы обычно минимальны. Выполнение рекомендаций по результатам анализа критических случаев может потребовать небольших вложений, однако особое внимание следует уделить тому, что можно сделать при имеющихся ресурсах.

XIV. Обеспечение качества

1. Обеспечение адекватного качества выполнения цикла АКС крайне важно, чтобы избежать бесполезной траты средств.

2. В некоторых случаях, при неправильном выполнении, этот процесс может иметь негативные последствия (например, подорвет уверенность в себе специалистов при выполнении своей работы).

3. Поскольку ожидается, что местные координаторы будут постепенно наращивать компетенции, по мере приобретения практического опыта АКС, национальному координатору следует оказывать местным координаторам поддерживающее кураторство. Цель такого кураторства должна заключаться в обеспечении последовательного применения принципов и методологии анализа отдельных критических случаев. ВОЗ предлагает привлекать международного эксперта и к планированию работы по данному направлению, и к непосредственной оценке качества, через какое-то время после расширения подхода (1-2 года). Это связано с тем, что качество сессий АКС падает при каждой следующей волне.

4. Другие механизмы обеспечения качества АКС включают мониторинг, обучение, наставничество, налаживание контактов (например, определение местных лидеров/передовиков, визиты, обмен опытом с целью непосредственного наблюдения за тем, как проходит исследование критических случаев).

Курирующие органы

1. Национальный уровень

а) Решающее значение имеет передача национальному координатору информации отдельными ОЗ о процессе и конечных результатах осуществления АКС.

б) Национальному координатору нужно создать механизмы обеспечения качества (эффективный мониторинг, обратная связь в учреждении).

в) Местная администрация должна активно поддерживать реализацию высококачественной системы АКС, и, как следствие, быть ответственными за мониторинг и предоставление обратной связи по техническим вопросам по необходимости.

г) Следует разработать хорошую систему мониторинга и оценки и, где это возможно, оценки влияния, возможно, национальный обзор качества цикла АКС; распространение отчетов; курация со стороны национального координатора; план действий по улучшению качества АКС, если было выявлено, что качество не соответствует должному уровню.

е) Цель обратной связи - это улучшение качество процесса АКС.

2. Международный уровень

а) Внедрение качественного цикла АКС на национальном уровне требуется эффективного сотрудничества и постоянной поддержки со стороны партнеров по развитию, в частности агентств ООН.

3. Успешное внедрение подхода АКС в стране

а) Необходимо создать, как на национальном, так и на местном уровнях, хорошую систему мониторинга и оценки воздействия, по сути, в соответствии с философией и принципами цикла "планируй-делай-изучай-действуй" (ПДИД).

б) Оценку качества цикла АКС следует проводить совместно с международными экспертами и национальными координаторами при поддержке сотрудников ВОЗ/ООН и (или) партнеров по развитию, и/или руководителей проекта, с составлением отчетов для Странового офиса/Регионального бюро ВОЗ, партнерам по развитию, МЗ КР и местным координаторам.

Список литературы

1. Руководство ВОЗ "Что кроется за цифрами. Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасной беременности", 2004 г.

2. Первый отчет конфиденциального аудита материнской смертности в Кыргызской Республике за 2011-2012 гг. - Кыргызстан, 2014 г., 56 стр.

3. Амираева Р.А., Ишеналиева Ч.А., Мусуралиев М.С., Киндяковой О.Н., Аскеров А.А. "Руководство по проведению заседания местного комитета по анализу случаев угрожающих жизни осложнений" - г.Бишкек, 2007 г., 7 стр.

4. Аскеров А.А., Абдувалиева С.Т., Ешходжаева А.С., Макенжан уулу Алмаз "Руководство по исследованию критических случаев в пилотных лечебно-профилактических организациях Кыргызской Республике" - г.Бишкек, 2009 г., 17 стр.

5. Аскеров А.А., Ешходжаева А.С., Абдувалиева С.Т., Тогузбаева Б.Д., Асакеева Р.С., Далбаева Б.Ж., Кулмурзаева З.Н. "Руководство по аудиту критических случаев в организациях здравоохранения" - г.Бишкек, 2011 г., 31 стр.

6. Ешходжаева А.С., Стакеева Ч.А., Сексенбаева Д.Б., Арстанкулов Т.А., Бообекова А.А. "Оценка качества медицинской помощи при тяжелых акушерских осложнениях" (повышение качества акушерской помощи на основе исследования критических случаев) - Клиническое руководство - г.Бишкек, 2015 г., 41 стр.

7. Внедрение цикла Анализа Критических Случаев в акушерской практике на уровне стационара. Пособие и практический инструмент, ВОЗ, 2016 г., 104 стр.

8. Альбертой Баччи при участии Стелиана Ходорогеа и Тинатин Гагуа "Внедрение подхода "Что кроется за цифрами" в Кыргызской Республике: оценка и улучшение качества" - Миссия ВОЗ, 10-21 июня 2019 г., 44 стр.

9. Клинический протокол по профилактике и лечению послеродового кровотечения - Бишкек - 2015 г.

10. Преэклампсия тяжелой степени и эклампсия - клинический протокол МЗ КР - Бишкек - 2018 г.

11. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. - World Health Organization 2011 г., 29 s.

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

Приложение 1

Критерии критических случаев [1]

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

- поступивших в стационар с любым из нижеперечисленных состояний
или

- у которых любые из нижеперечисленных состояний развиваются в период их пребывания в стационаре(*).

Тяжелые акушерские осложнения:

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

Критические вмешательства или перевод пациентки в отделение реанимации и интенсивной терапии:

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

Угрожающие жизни состояния (критерии критического случая)

- Дисфункция сердечно-сосудистой системы:
 - шок, остановка сердца (отсутствие пульса/сердцебиения и потеря сознания),
 - непрерывное введение вазоактивных лекарственных препаратов,
 - сердечно-легочная реанимация,
 - тяжелая гипоперфузия (лактат > 5 ммоль/л или > 45 мг/дл),
 - тяжелый ацидоз (pH < 7,1)
- Респираторная дисфункция:
 - острый цианоз,
 - агональное дыхание,
 - тяжелое тахипноэ (частота дыхательных движений > 40 дыхательных движений в минуту),
 - тяжелое брадипноэ (частота дыхательных движений < 6 дыхательных движений в

| |
|---|
| <p>минуту),</p> <ul style="list-style-type: none"> - интубация и вентиляция легких, не связанная с анестезией, - тяжелая гипоксемия (насыщение крови кислородом < 90% за ≥ 60 минут или PAO₂/FiO₂ < 200) <p>- Дисфункция почек:</p> <ul style="list-style-type: none"> - олигурия, не отвечающая на прием жидкостей или диуретиков, - диализ при острой почечной недостаточности, - тяжелая острая азотемия (креатинин ≥ 300 μмоль/мл или ≥ 3,5 мг/дл) <p>- Нарушения свертываемости крови/гематологические нарушения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - замедленное образование сгустков крови, - переливание больших объемов крови или эритроцитов (≥ 5 единиц), - тяжелая острая тромбоцитопения (< 50000 тромбоцитов/мл) <p>- Дисфункция печени:</p> <ul style="list-style-type: none"> - желтуха на фоне преэклампсии, - тяжелая острая гипербилирубинемия (билирубин > 100 μмоль/л или > 6,0 мг/дл) <p>- Неврологические нарушения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - длительный период без сознания (длительность ≥ 12 часов)/кома (в том числе, метаболическая кома), - апоплексический инсульт, - непроизвольные судорожные припадки/эпилептическое состояние, - общий паралич <p>- Дисфункция матки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - маточное кровотечение или инфекция, ведущая к гистерэктомии |
|---|

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

Критерии-исключения: Женщины, у которых вышеперечисленные состояния развиваются не в связи с беременностью (то есть не в течение беременности или 42 дней после прерывания беременности).

Ссылки:

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

Приложение 2

Шаблон для комплексной отчетности о внедрении подхода АКС на уровне страны

| Форма для комплексного отчета о внедрении АКС на уровне страны | | | |
|--|-----------------|------------------------------|-----|
| Страна | Название страны | Год представления отчетности | Год |

ЧАСТЬ 1. МЕРОПРИЯТИЯ/ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| Основные шаги | ДА/НЕТ | Дата (ссылка на дату) | Поддерживающие партнеры |
|---------------|--------|-----------------------|-------------------------|
|---------------|--------|-----------------------|-------------------------|

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

| | | | |
|---|--|--|--|
| 10. Первый семинар по вопросам внешней оценки качества на этапе расширения | | | |
| 11. Первый семинар по оценке качества | | | |
| 12. Второй семинар по вопросам внешней оценки качества на этапе расширения | | | |
| 13. Первый семинар по оценке качества | | | |
| 14. Семинары по распространению информации (Представьте подробную информацию) | | | |
| 15. Другое (укажите) | | | |

ЧАСТЬ 2. РЕЗУЛЬТАТЫ

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

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

ЧАСТЬ 3. РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

| | ДА/НЕТ | Дата (ссылка на дату семинара, если это необходимо) |
|---|--------|---|
| Национальный отчет | | |
| Другие публикации - Информационные рассылки и бюллетени - Справочные материалы/Информационные листки - Пресс-релизы или другие публикации в СМИ - Научные статьи - Вебсайт - Прочее | | Пожалуйста, укажите ссылку полностью |

ЧАСТЬ 4. ПРОБЛЕМЫ

| № | Перечислите основные проблемы, встретившиеся при внедрении методики | Укажите возможные пути их решения |
|---|---|-----------------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

| | | |
|----|--|--|
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

ЧАСТЬ 5. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

| |
|--|
| |
|--|

Приложение 3

Операционные определения

| | |
|--|--|
| Тяжелое послеродовое кровотечение | Любое кровотечение во время беременности, родов или в послеродовом периоде, которые сопровождается минимум одним из следующих: - гистерэктомия; - наложение швов на маточные артерии/компрессионных швов на матку; - трансфузия 5 или более единиц эритроцитарной массы; - трансфузия препаратов крови для лечения коагулопатии (свежая замороженная плазма, криопреципитат, тромбоциты) |
| Тяжелая преэклампсия | Тяжелая гипертензия (АД \geq 160/110 мм рт.ст.) "+" значительная протеинурия ИЛИ Любая гипертензия (с наличием или отсутствием протеинурии) "+" один или несколько признаков органной дисфункции (2) |
| Эклампсия | - Генерализованные судороги у пациентки, не страдавшей ранее эпилепсией. - Кома при преэклампсии |
| Тяжелая генерализованная инфекция или сепсис | - Подозрение на инфекцию или документально подтвержденная инфекция; - Органная дисфункция (оценка два балла и более по шкале gSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment): - дыхание более 25 в мин; - изменение сознания; - систолическое АД менее 90 мм рт.ст. |
| Разрыв матки | Разрыв матки во время родов, подтвержденный лапаротомией |

Ссылки:

1. Клинический протокол по профилактике и лечению послеродового кровотечения - Бишкек - 2015 г.
2. Преэклампсия тяжелой степени и эклампсия - клинический протокол МЗ КР - Бишкек - 2018 г.

Приложение 4

Принципы проведения интервью

Общие принципы:

а) Пациентка, выбранная для интервью (или другие люди) должна быть полностью проинформирована и, ее согласие необходимо получить до начала интервью. Должны быть соблюдены принципы автономии (участие в интервью является добровольным, любое опрашиваемое лицо имеет право завершить интервью в любое время) и конфиденциальности (имя опрашиваемого лица не раскрывается ни в одном официальном отчете).

б) Интервью следует проводить в спокойном месте, по возможности после выписки, чтобы избежать боязни женщины обсуждать оказанную ей помощь, и в соответствии с общими методическими правилами проведения интервью. При необходимости также могут быть опрошены родственники или близкие друзья пациентки, чтобы дополнить информацию, предоставленную женщиной.

в) Целью интервью должен быть сбор всесторонних сведений о реальных фактах, а также о реальном восприятии и мнении женщины о ситуации, а не только формальное получение поверхностной обратной связи.

г) Вопросы должны быть нацелены на получение общей картины оказанной женщине помощи, а также на сбор информации о соблюдении в больнице основных прав женщины (например, таких, как права на равенство в доступе к медицинской помощи, эффективное общение, эмоциональную поддержку, уважение и достоинство).

д) Интервьюеры должны обладать соответствующей квалификацией или пройти обучение различным методам получения информации в деликатной манере и без предвзятого отношения к пациентке, а также они должны уметь помогать респондентам вспомнить факты, подробности и даты.

е) Они должны знать, как себя вести, чтобы не расстроить респондентов, и что делать, когда респондент хочет задать вопросы и получить информацию.

ж) Интервьюеры должны гарантировать и соблюдать конфиденциальность получаемой ими информации.

з) Крайне важно для интервьюеров вести себя нейтрально и не навязывать свои личные мнения и убеждения респондентам.

и) Вопросы структурированного интервью должны быть сформулированы кратко, четко, на местном языке с использованием местной терминологии. Они должны звучать нейтрально и не предполагать правильного ответа. В противном случае респондент может давать тот ответ, которого, как ему кажется, ждет от него интервьюер, и который не обязательно соответствует истине.

к) Более деликатные вопросы следует задавать ближе к концу опроса. Это даст возможность интервьюеру установить более близкий контакт с респондентом, прежде чем расспрашивать о подобных темах.

л) Основное содержание опроса должно быть надлежащим образом обобщено; выводы должны быть соответствующим образом представлены в ходе сессии АКС (например, с использованием соответствующих цитат).

Приложение 5

Опросник для проведения интервью рожениц

1. Состояние женщины до беременности

Пожалуйста, сообщите мне некоторые сведения о себе:

- ФИО;
- образование;
- место работы;
- место жительства;
- количество предыдущих детей;

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - имели ли место какие-либо проблемы со здоровьем; - получали ли вы какое-либо лечение до беременности, какого рода, и какой был исход |
| <p>2. Беременность</p> <ul style="list-style-type: none"> - Как вы забеременели (была ли беременность ожидаемой или незапланированной)? - Какие услуги были вам оказаны во время беременности? - Как проходила беременность; были ли у вас какие-либо заболевания; если да, то какие и как их лечили? |
| <p>3. Госпитализация</p> <ul style="list-style-type: none"> - Когда вы были госпитализированы? - По какой причине? - Кто отвез вас в больницу? - Как и в какое время дня? - Кто первым встретил вас в роддоме, какие услуги он/она оказал(а) вам? - Что происходило в больнице (кто оказывал услуги и какие именно)? - Как проходили схватки? - Кто и как оказывал уход? - Был ли с вами кто-либо из членов вашей семьи? - Как проходили роды? - Какой уход был обеспечен во время родов? - Кто из членов вашей семьи присутствовал при родах и почему? - Что происходило после родов? - Как вы думаете, в чем причины такого развития событий? - Когда вас выписали? - Какие сведения вам сообщили? |
| <p>4. Уровень удовлетворенности медицинским обслуживанием и рекомендации, адресованные другим женщинам, семьям, а также медицинскому персоналу</p> <ul style="list-style-type: none"> - Пожалуйста, сообщите мне ваши рекомендации и пожелания по улучшению качества обслуживания в медицинских учреждениях, оказывающих услуги во время беременности и родов. - Каково ваше мнение о качестве помощи, оказанной вам (попытайтесь получить подробные ответы на следующие вопросы): - физические структуры (например, комната и условия для соблюдения личной гигиены); - наличие персонала, оборудования, лекарств; - отношение персонала родильного дома, в том числе информация и коммуникация, эмоциональная поддержка, соблюдение уважения и достоинства, неприкосновенность частной жизни, партнерские роды |

Приложение 6

Анализ "от двери, до двери"

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

| Этапы | Примерные вопросы |
|----------------|--|
| Госпитализация | <ul style="list-style-type: none"> - Когда женщина поступила в стационар, соответствовала ли она Вашему определению "Критический случай", требующего экстренного вмешательства? - Если "нет", стал ли этот случай впоследствии "критическим, представляющим угрозу для жизни женщины" (и в какой момент)? - Имела ли место задержка перед тем, как женщина была осмотрена |

| | |
|-----------------------------|---|
| | медперсонала? |
| Постановка диагноза | <p>Носил ли первоначальный осмотр пациентки адекватный характер с технической точки зрения?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Был ли поставлен верный диагноз, согласно клиники и наличия осложнений? - Имела ли место задержка в разработке диагноза? - Имела ли место задержка в обмене сообщениями между членами персонала (например, между акушеркой и дежурным врачом)? - Были ли указаны все необходимые исследования (то есть лабораторные анализы, рентгеновские снимки и т.д.)? - Были ли проведены все необходимые исследования? - Были ли необходимы все проведенные исследования? - Имела ли место задержка в проведении исследования и обнародовании результатов? |
| Тактика/лечение | <ul style="list-style-type: none"> - Носило ли первоначально предписанное лечение адекватный характер (это может включать установку внутривенной капельницы и обеспечение внутривенного введения достаточного количества жидкостей для стабилизации состояния женщины и т.д.)? - Носило ли последующее лечение адекватный характер (это может включать хирургическое вмешательство, назначение лекарственных препаратов для лечения осложнений или инфекций, переливание крови и т.д.)? - Был ли каждый элемент ведения пациентки адекватным и необходимым? - Было ли лечение основано на каком-либо лечебном протоколе? - Соответствовало ли оказанное лечение лечебному протоколу? - Было ли найдено соответствующее решение для каждой из выявленных проблем? - Имели ли место какие-либо задержки в назначении необходимого лечения (иными словами, могло ли это произойти по причине задержек в осмотре пациентки ключевым персоналом, по причине задержки в признании необходимости лечения)? - Имели ли место какие-либо задержки в проведении необходимого лечения (в случае вмешательства первостепенной важности, как, например, кесарево сечение, следует разбить ответ на соответствующие этапы: оповещение персонала, осуществляющего хирургическое вмешательство; оповещение другого ключевого персонала; перевод пациентки в операционных зал, подготовка пациентки; анестезия; операция)? |
| Наблюдение во время лечения | <ul style="list-style-type: none"> - Было ли назначено правильное поддерживающее лечение? - Основывалось ли поддерживающее лечение на каком-либо протоколе? - Было ли поддерживающее лечение проведено в соответствии с предписаниями? - Был ли назначен адекватный осмотр пациентки (пульс, АД, кровопотеря, общее состояние и т.д.)? - Основывалось ли проведение осмотра на каком-либо протоколе? - Был ли осмотр проведен в соответствии с предписаниями? |
| Выписка из стационара | <ul style="list-style-type: none"> - Был ли верен диагноз при выписке? - Был ли выбран самый подходящий момент для выписки? - Было ли четко разъяснено поддерживающее лечение после выписки? - Были ли даны четкие рекомендации после выписки? |
| Персонал | <ul style="list-style-type: none"> - Квалификация (т.е. имеет ли медицинский работник соответствующую квалификацию по оказанию НАП). - Навыки (т.е. медицинский работник имеет квалификацию, но не имеет достаточного опыта и/или навыков для проведения той или иной медицинской процедуры) |
| Доступность | - Постоянная (в стационаре обеспечен круглосуточный доступ акушер- |

| | |
|-----------------------------------|--|
| персонала | <p>гинеколога, анестезиолога, лаборанта и т.д.).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Временная (только по ургентству, есть анестезиолог, но он в отпуске). - Место жительства персонала (иными словами, персонал проживает далеко от стационара, в итоге, не в состоянии прибыть вовремя). - Дежурный персонал не может быть локализован своевременно (иными словами, несоблюдение стационарных инструкций по присутствию во время несения дежурства). - Структура наставничества/надзора за более молодым персоналом. - Общение (между персоналом, между персоналом и пациенткой) |
| Оснащение (наличие и доступность) | <ul style="list-style-type: none"> - Постоянное (иными словами, имеется и в рабочем состоянии). - Временное (иными словами, в тот день не смогли найти тонометр; после операции, имевшей место ранее, хирургические инструменты не были простерилизованы и подготовлены к использованию; запасы шовного материала или лабораторные реагенты не были проверены и/или вовремя пополнены и т.д.). - Доступность (иными словами, вакуум-экстрактор заперт в шкафу). - Не работает/Не исправно. - Учтите, что при каждом критическом случае должно быть все оснащение, необходимое для оптимального ведения пациентки; важно указать оборудование, неисправное или недоступное на момент оказания НАП, четко обозначив при этом основные причины |
| Лекарственные средства | <ul style="list-style-type: none"> - Постоянное (наличие ЛС в стационаре: операционный зал, отделение интенсивной терапии, родильный зал). - Временное отсутствие ("исход запасов", либо они заперты в шкафу). - Нет в наличии, укажите причины |
| Использование КП/стандарта | <ul style="list-style-type: none"> - Имеется/не имеется в наличии. - Знания/незнания персонала |
| Организация помощи | <ul style="list-style-type: none"> - Организационные и поведенческие недоработки. - Если существует только одна операционная палата и она была занята, это обстоятельство может привести к задержке. - Были ли проведены действия по обеспечению присутствия временного персонала для замены ключевого персонала, находящегося в отпуске либо отсутствующего в стационаре? - Учтите организационные и поведенческие факторы по каждому из стационарных отделений, принимавших участие в различных элементах процесса оказания медицинской помощи |

Приложение 7

Категории факторов, которые могут влиять на качество помощи

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

| | | |
|---|----------|--|
| 1 | Персонал | <ul style="list-style-type: none"> - Наличие квалификации, т.е. обладал ли сотрудник, совершавший определенное действие, соответствующей квалификацией для осуществления данного медицинского вмешательства. - Навыки, т.е. обладал ли сотрудник не только соответствующей квалификацией, но и достаточной компетенцией и навыками для выполнения определенных задач. - Наличие/отсутствие персонала: - постоянное (например, в больнице нет анестезиолога, лаборанта и т.д.), |
|---|----------|--|

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - временное (например, анестезиолог есть, но он/она был(а) в отпуске), - расписание дежурств (например, нет расписания дежурств основного персонала, поэтому он недоступен, или никто из сотрудников не назначен дежурным врачом), - проживание персонала (например, дежурные сотрудники живут далеко от больницы и поэтому не смогли вовремя прибыть на работу). - Контроль за младшим персоналом больницы. - Общение (между сотрудниками, а также между сотрудниками и пациентами). - Отношение персонала. <p>Обратите внимание, что вышеперечисленные факторы относятся ко всем типам персонала больницы, задействованного в процессе оказания медицинской помощи, независимо от должности.</p> <p>Например, причиной серьезной задержки в проведении ключевых медицинских мероприятий может быть сочетание небольших задержек на различных этапах процесса лечения, выполняемых различным персоналом.</p> <p>Важно отметить, к какой из различных категорий сотрудников имеет отношение каждая из указанных проблем (например, недостаточные навыки для работы с определенными осложнениями, задержки в реагировании и т.д.)</p> |
| 2 | Оборудование | <ul style="list-style-type: none"> - Наличие/отсутствие оборудования: - постоянное (например, нет вакуумного экстрактора в родильном зале); - временное (например, в тот день не могли найти прибор для измерения артериального давления; хирургические инструменты после предыдущей операции не были стерилизованы в автоклаве и подготовлены к использованию; не были проверены и пополнены в срок запасы шовного материала или лабораторных реагентов и т.д.). - Доступность (например, вакуумный экстрактор был под замком). - Обслуживание: оборудование не работало/было сломано. - Правильность использования оборудования. <p>Пожалуйста, обратите внимание на все типы оборудования, необходимого для оптимального управления каждым критическим случаем; укажите любые типы оборудования, которое не функционировало или не было доступно вовремя и также изучите причины</p> |
| 3 | Лекарства | <ul style="list-style-type: none"> - Наличие/отсутствие лекарственных препаратов: - постоянное наличие/отсутствие лекарств в больнице, в операционном блоке, в отделении неотложной помощи, в родильном зале; - временная недоступность лекарств ("нет в наличии" или заперты на замок - последний случай также подпадает под пункт 1). - Наличие/отсутствие персонала, т.е. дежурных фармацевтов, готовых предоставить лекарства. Пожалуйста, уточните, какие препараты не были доступны вовремя и выясните причину. - Доступность (например, препарат не может быть выдан акушеркой). - Истек срок годности/другое. - Правильность использования лекарственных препаратов |
| 4 | Протоколы лечения/рекомендации | <ul style="list-style-type: none"> - Наличие: протоколы лечения, регулирующие различные элементы медицинской помощи, не готовы или не получены от организаций более высокого уровня. |

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Доступность: протоколы имеются, но не вывешены на видном месте в соответствующих отделениях больницы (в родильном зале, в операционной и т.д.). - Правильность использования: протоколы доступны, но им не следовали (это может быть связано также с отсутствием необходимого обучения и контроля) |
| 5 | Организация медицинской помощи | <ul style="list-style-type: none"> - Недостатки (и сильные стороны) организации медицинской помощи могут быть причиной и способствовать возникновению многих из вышеперечисленных факторов. Например: <ul style="list-style-type: none"> - организация медицинской помощи между различными отделениями больницы, внутренние протоколы и т.д. Пожалуйста, обратите внимание на организационные факторы в каждом из отделений больницы, задействованном в оказании различных элементов медицинской помощи |
| 6 | Соблюдение прав человека | <ul style="list-style-type: none"> - Доступ к медицинской помощи: экономический доступ к медицинской помощи (плата за пользование), культурно-географическая доступность. - Информация и коммуникация: была ли пациентка проинформирована должным образом? Были ли выслушаны просьбы пациентки? - Участие в оказании помощи и сотрудничество: имела ли пациентка/семья пациентки возможность активно участвовать в оказании помощи? (например, партнерские роды, активная поддержка женщины, сотрудничество для оказания помощи). - Предотвращение неуважения и злоупотреблений |

Приложение 10

Формат отчета местного координатора по АКС

| Тип отчета | О чем отчитываться | Форма отчета |
|---|---|--|
| Каждый критический случай | <ul style="list-style-type: none"> - Обзор случая. - Интервью женщины. - Все заполненные формы. Анализа критического случая (в том числе, ответы на вопросы "Почему? Но почему?" и рекомендации) | <ul style="list-style-type: none"> - Завести папку и хранить ее в медицинском учреждении в надежном месте. - Рассмотреть возможность использования журнала с ключевой информацией (номер случая, дата, рекомендации, исполнение) |
| Внутренний отчет на уровне ОЗ (один-два раза в год) | <ul style="list-style-type: none"> - Число сессий. - Типы критических случаев. - Сотрудники, принимавшие участие в заседании. - Число и тип согласованных рекомендаций. - Число и тип выполненных рекомендаций. - Другие достижения (например, результаты исполненных рекомендаций и др.). - Ограничения | <ul style="list-style-type: none"> - Отчет сотрудникам ОЗ в виде доклада и в письменной форме |

Приложение 11

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

| Список вопросов для оценки качества цикла АКС на уровне стационара и матрица для разработки местных рекомендаций |
|--|
| Название медицинского учреждения _____ Дата ____ _____ |
| <p>ИНСТРУКЦИИ</p> <p>Источники информации:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Непосредственное наблюдение и оценка сессии АКС - Обсуждение с участниками сессии - Обсуждение с координаторами АКС и руководящим персоналом - Документы сессий АКС: <ul style="list-style-type: none"> - Документы/ протоколы сессий: шаблоны, краткие описания клинических случаев, краткие результаты опроса пациенток и других лиц (членов семьи); документация, касающаяся рекомендаций и их выполнения; другая соответствующая документация (фото и т.д.) - Другие соответствующие документы: <p>Национальные документы</p> <ul style="list-style-type: none"> - Национальные стратегии и методические документы - Национальные клинические руководства - Национальные документы, связанные с обеспечением качества, мониторинга и кураторства - Национальные сводные отчеты о внедрении АКС <p>Местные документы</p> <ul style="list-style-type: none"> - Региональные/ местные стратегии и методические документы - Местные клинические протоколы и стандарты оказания помощи - Местные документы, связанные с обеспечением качества, мониторинга и кураторства - Местные сводные отчеты <p>Ссылка: для всех ключевых элементов справочным материалом является руководство ВОЗ "Как внедрить цикл АКС на уровне стационара"</p> <p>Метод подсчета баллов:</p> <p>1) Оцените каждый отдельный элемент следующим образом: Оценка 0 = совершенно неприемлемое качество; Оценка 1 = серьезные проблемы; Оценка 2 = некоторые недостатки; Оценка 3 = приемлемое качество.</p> <p>В голубой строке укажите среднее арифметическое баллов, присвоенных каждому из основных элементов в группе. Это оценка для данной группы элементов</p> |

| | Баллы | Примечания |
|--|-------|------------|
| ВНУТРЕННЯЯ ОРГАНИЗАЦИЯ/ПОДГОТОВКА | | |
| 1. Существует письменно оформленная местная процедура проведения цикла АКС | | |
| 2. Руководство оказывает достаточную поддержку | | |
| 3. Встречи проводятся регулярно | | |
| 4. Каждая встреча имеет достаточную продолжительность | | |
| 5. Для участия в сессии АКС приглашаются все ключевые сотрудники, участвовавшие в ведении критического случая | | |
| 6. Участие в сессии АКС сотрудников, которые не были задействованы в ведении критического случая, строго ограничено (и обосновано) | | |
| 7. Все необходимые материалы подготавливаются до сессии | | |

| | | |
|---|--|--|
| ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОТБОР СЛУЧАЕВ ДЛЯ АКС | | |
| 8. Используется согласованное определение критического случая (единое по всей страны) | | |
| 9. Критические случаи определяются правильно | | |
| 10. Среди идентифицированных критических случаев надлежащим образом выбирается случай для АКС | | |
| ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА | | |
| 11. Соблюдаются основные правила АКС, в особенности принципы конфиденциальности, уважения мнения других людей и недопустимости обвинений в адрес отдельных лиц | | |
| СЕССИЯ АКС: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ СЛУЧАЯ | | |
| 12. Случай надлежащим образом обобщает и представляет один участник (используя копии материалов, флипчарты, слайды) | | |
| 13. Реконструкцию случая "от двери до двери" со всеми соответствующими подробностями обеспечивают все сотрудники, участвовавшие в оказании помощи | | |
| 14. Медицинская карта пациентки, клинический случай которой анализируется, доступна во время встречи для поиска дополнительной информации в случае необходимости | | |
| СЕССИЯ АКС: УЧЕТ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОК | | |
| 15. Для анализа каждого критического случая выясняется мнение пациентки (т.е. полученные в ходе интервью пациентки сведения о реальных фактах, а также о реальном восприятии ею ситуации и ее мнение), а также при необходимости мнение ее родственников и/или друзей | | |
| 16. Результаты интервью надлежащим образом обобщаются и представляются на сессии АКС | | |
| 17. Важные выводы из результатов интервью (см. определение выше) надлежащим образом учитываются при анализе клинического случая | | |
| 18. Важные выводы из результатов интервью (см. определение выше) надлежащим образом учитываются при анализе клинического случая с целью определения приоритетов и выработки решения | | |
| СЕССИЯ АКС: АНАЛИЗ СЛУЧАЯ | | |
| 19. Анализ клинического случая проводится по методу структурированного анализа | | |
| 20. Управление клиническим случаем анализируется с момента поступления пациентки вплоть до ее выписки: используется подход "от двери до двери" | | |
| 21. В ходе анализа клинического случая фактическое ведение клинического случая сопоставляется с соответствующими документами (клинические руководства, протоколы и стандарты) | | |
| 22. Выявляются и документируются положительные аспекты в оказании помощи ("что мы сделали хорошо/правильно") | | |
| 23. Сотрудников хвалят за позитивные аспекты в оказании помощи | | |
| 24. Критические аспекты в оказании помощи ("что пошло не так") надлежащим образом выявляются; при этом внимание уделяется наиболее важным проблемам ("дойти до сути") | | |
| 25. Реальные причины, лежащие в основе оказания некачественной помощи ("Почему? Но почему?") выявляются, обсуждаются и документируются | | |
| 26. Фасилитатор обеспечивает соблюдение основных правил, выполнение всех стадий сессии и ведение записей | | |
| 27. В анализе ведения критического случая активно и открыто участвует персонал всех типов и должностей (включая акушерок и | | |

| | | |
|--|--|--|
| медсестер) | | |
| 28. Результаты анализа документируются (с использованием шаблонов) | | |
| СЕССИЯ АКС: РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ | | |
| 29. Всегда разрабатывается список конкретных рекомендаций, связанных с критическим случаем, с указанием ответственных лиц и сроков выполнения | | |
| 30. Рекомендации нацелены на устранение основной проблемы (или нескольких основных проблем), а также основных факторов, лежащих в основе этой проблемы | | |
| 31. Большинство рекомендаций предполагают меры, которые должны быть приняты в стационаре, в которой проводится АКС | | |
| 32. В рекомендациях приводятся ссылки на клинические руководства, протоколы и стандарты | | |
| 33. Рекомендации формулируются в соответствии с принципами SMART (конкретные, измеримые, достижимые, реалистичные и ограниченные в сроках) | | |
| 34. Рекомендации уделяют внимание соблюдению прав пациенток на эффективное общение, эмоциональную поддержку, соблюдение уважения и достоинства | | |
| 35. Рекомендации предполагают адекватное разделение задач между сотрудниками | | |
| 36. Эффективно определяются рекомендации, которые требуют действий на региональном/национальном уровне | | |
| 37. Фасилитатор обеспечивает соблюдение основных правил, выполнение всех стадий сессии и ведение записей | | |
| 38. Персонал всех типов и должностей (включая акушеров и медсестер) активно и открыто участвует в процессе | | |
| 39. Рекомендации документируются (с использованием шаблонов) | | |
| ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ (по просмотру документов) | | |
| 40. Согласованные рекомендации выполняются (минимум на 75%) | | |
| 41. Руководители/местные административные органы здравоохранения активно поддерживают выполнение рекомендаций | | |
| 42. Выполнение рекомендаций документируется (с использованием шаблона) | | |
| СЕССИЯ АКС: КОНТРОЛЬ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ | | |
| 43. Сессия АКС начинается с контроля выполнения рекомендаций, принятых по итогам предыдущей сессии | | |
| 44. В том случае, если согласованные меры не были приняты, обсуждаются причины и формулируется новая рекомендация с указанием ответственных лиц и сроков исполнения | | |
| ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ ЦИКЛА АКС И ЭФФЕКТИВНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ - НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА | | |
| 45. Для каждого критического случая заводится файл, в которой хранится вся основная документация, включая стадию принятия дальнейших мер (см. пособие); критические случаи регистрируются в журнале | | |
| 46. На уровне стационара соответствующая краткая информация, касающаяся цикла АКС (с соблюдением конфиденциальности) регулярно распространяется и обсуждается среди сотрудников, руководителей и органов здравоохранения (см. пособие) | | |
| 47. Координаторами АКС в стационаре обеспечивается эффективное донесение ключевой информации до уровня национального координатора(ов) | | |

| ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЦИКЛА АКС | | |
|---|--|--|
| 48. Местная команда эффективно сотрудничает с национальным/региональным координатором | | |
| 49. Запланированы периодические оценки качества АКС | | |
| 50. Предыдущие рекомендации, сформулированные по результатам оценки качества АКС, приняты во внимание и воплощены в конкретные действия | | |

ТАБЛИЦА РЕЗУЛЬТАТОВ

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

МАТРИЦА Рекомендации по улучшению качества цикла АКС на уровне стационара

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

Приложение 12

Перечень основных индикаторов мониторинга

| Форма отчетности по АКС на уровне стационара | |
|---|--|
| Наименование учреждения: Период мониторинга (обычно каждые полгода - год): | |
| ИНДИКАТОР | |
| Процесс Число сессий АКС за данный период В каждой сессии участвует, по крайней мере, две акушерки Доля сессий АКС, в ходе которых использовалась информация по итогам интервью женщины (или родственников) | |
| Описание случаев Типы критических случаев (по категориям заболеваний) | |
| Выявлено, что необходимо улучшить | |

| | | | |
|--|--------------|----------------------|-----------------|
| Число выявленных недостатков по категориям: - Персонал - Лекарственные препараты - Оборудование - Протоколы - Организация и администрирование - Права женщин: на эффективную коммуникацию, эмоциональную поддержку, уважение и достоинство | | | |
| Разработка рекомендаций Число разработанных рекомендаций на уровне стационара Число разработанных рекомендаций для национального/регионального уровня Доля разработанных рекомендаций для национального/ регионального уровня, по категориям: - Персонал - Лекарственные препараты - Оборудование - Протоколы - Организация и администрирование - Права женщин: на эффективную коммуникацию, эмоциональную поддержку, уважение и достоинство | | | |
| Доля выполненных рекомендаций в полной мере и частично, по категориям ВСЕГО | | | |
| | Всего | В полной мере | Частично |
| Персонал | | | |
| Лекарственные препараты | | | |
| Оборудование | | | |
| Протоколы | | | |
| Организация и администрирование | | | |
| Права женщин | | | |

Приложение 13

Матрица для разработки плана действий на национальном уровне после оценки качества

| Приоритетная проблема определена | Необходимая мера | Ответственное лицо/организация | Партнеры | Графики |
|----------------------------------|------------------|--------------------------------|----------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |