МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЗ РК

**АНАЛИЗ КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА**

(Методические рекомендации)

АСТАНА

2018

**УДК 618.2.**

**ББК 57.16я73**

**Б23**

**Рецензенты:**

Мурзабекова Г.С. – д.м.н., профессор, консультант отдела акушерства и гинекологии КФ UMC «Национальный научный центр материнства и детства»

Суханбердиев К.А. - к.м.н., Координатор программ по здравоохранению и питанию Детского фонда ООН в Республике Казахстан (UNICEF).

**Авторы:**

Бапаева Г.Б. – д.м.н. профессор, руководитель отдела акушерства и гинекологииКФ UMC «Национальный научный центр материнства и детства»

Абуова Г.О. - д.м.н., профессор, координатор программ по репродуктивному здоровью Фонда ООН в области народонаселения (UNFPA)

Малгаздаров Г.Т. – врач акушер-гинеколог, КФ UMC «Национальный научный центр материнства и детства»

Анализ критических случаев в акушерской практике на уровне стационара/ Методические рекомендации / Г.Б. Бапаева, Г. О. Абуова, Г.Т. Малгаздаров// Астана, 2018. - 63с.

**ISBN 978-601-80705-8-7**

Методические рекомендации разработаны для технической поддержки аудита критических случаев (АКС) в акушерской практике в стационарах.

В методических рекомендациях дано определение критическому случаю в акушерской практике, описаны критерии отбора случаев для анализа, представлена методология проведения аудита «околопотерь» для выработки рекомендаций с учетом выявленных проблем, а также механизмы координации и мониторинга процесса внедрения аудита.

Методические рекомендации разработаны для медицинских работников, менеджеров и ответственных работников, отвечающих за качество перинатальной помощи на уровне медицинских учреждений, а также координаторов АКС на национальном уровне.

**УДК 618.2.**

**ББК 57.16я73**

**Б23**

Утверждено на заседании Экспертной Комиссии Республиканского центра развития здравоохранения от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 года.

**ISBN**

© Г.Б. Бапаева Г.О. Абуова Г.Т. Малгаздаров

**Содержание**

|  |  |
| --- | --- |
| **Перечень сокращений, условных обозначений, символов** | 4 |
| **Благодарность** | 5 |
| **Введение** | 6 |
| **Терминология** | 8 |
| **Методология проведения аудита критических случаев на уровне акушерского стационара** | 9 |
| **Координация и мониторинг процесса аудита АКС** | 32 |
| **Список использованной литературы** | 35 |
| **Приложение 1.** Пример стандарта оказания медицинской помощи при основных критических состояниях в акушерской практике  | 38 |
| **Приложение 2.** Шаблоны документации для сессии АКС | 43 |
| **Приложение 3.** Пример анализа критического случая эклампсии | 45 |
| Приложение 4. Принципы проведения интервью | 50 |
| **Приложение 5.** Принцип сессии АКС «от двери, до двери»Основные стадии оказания помощи | 52 |
| **Приложение 6.** Категории факторов, которые могут влиять на качество помощи | 54 |
| Приложение 7. Предложения по составлению отчетности | 56 |
| Приложение 8. Перечень основных индикаторов мониторинга (пример) | 57 |
| Приложение 9. Список вопросов для оценки качества цикла АКС на уровне стационара, матрица для разработки местных рекомендаций | 60 |
| **Приложение 10.** Форма ежеквартального/ежегодного отчета | 66 |

**Перечень сокращений, условных обозначений, символов**

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

**Благодарность**

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства Здравоохранения Республики Казахстан (далее – Министерство) и авторы данного пособия хотели бы выразить благодарность страновым офисам ЮНФПА и ЮНИСЕФ за помощь, оказанную в процессе внедрения цикла аудита критических случаев на национальном уровне и разработку отчетов, а также выразить признательность за оказанное содействие в подготовке этого пособия.

**ВВЕДЕНИЕ**

Анализ критических случаев (АКС) в акушерской практике на уровне стационара является одним из методологических подходов конфиденциального аудита материнской смертности и заболеваемости "Что кроется за цифрами», разработанного ВОЗ для улучшения качества помощи на уровне родовспомогательного учреждения. Данная методология предполагает принципиально новый подход в проведении аудита, направленный не на поиск «виновных», а на выявление упущенных возможностей и принятие решений мультидисциплинарной командой путем коллегиального разбора случившегося с широким вовлечением всех участников критического случая.

 Внедрение конфиденциального аудита относится к приоритетной сфере деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) для снижения материнской смертности, которое при технической поддержке международных организаций (ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ) внедряется в Республике Казахстан с 2009 года.

На начальном этапе внедрение аудита «Анализ критических случаев в акушерской практике на уровне стационара» проводилось в шести пилотных родовспомогательных организациях трех регионов страны (*г. Астана, г. Алматы и Южно-Казахстанская область*), которые в дальнейшем были расширены пятью учреждениями в Карагандинской, Жамбылской и Мангистауской областях.

С 2014 года Министерство здравоохранения РК начало подготовку к расширению инициативы АКС на национальный уровень на основе накопленного пилотного опыта, с охватом всех перинатальных центров 16 регионов страны.

В 2016 году РЦРЗ был назначен ответственной организацией за внедрение конфиденциального аудита материнской смертности и аудита «околопотерь» в стране, с обеспечением финансирования из республиканского бюджета.

Начиная с 2017 года, внедрение аудита является обязательным для акушерских стационаров 3-его уровня регионализации (26 Перинатальных Центров и 7 многопрофильных больниц) и для роддомов 2-его уровня, проявивших инициативу проведения АКС в акушерской практике.

Данное методическое руководство разработано по инициативе РЦРЗ в целях обеспечения технической поддержки внедрения аудита «Анализ критических случаев в акушерской практике на уровне стационара» и дальнейшего его распространения на национальном уровне.

Руководство включает описание методологии аудита, включая принципы проведения аудита, практические инструменты и пошаговую инструкцию проведения сессий аудита, а также механизмы координации и мониторинга процесса внедрения. Основное внимание в руководстве уделено следующим вопросам: как внедрить АКС и эффективно провести сессию и как обеспечить качество всего цикла аудита. Соответственно, данные методические рекомендации, разработаны как пособие, в помощь медицинским работникам акушерских стационаров, внедряющих АКС, менеджерам и руководителям организаций, ответственных за контроль качества перинатальной помощи, а также координаторам АКС на национальном и региональном уровнях.

 Методические рекомендации основаны на руководствах и практических рекомендациях ВОЗ, которые были опубликованы впервые в 2003 году в монографии «Что кроется за цифрами: исследования случаев материнской смертности и акушерских осложнений в целях обеспечения безопасного материнства» (рисунок 1а) и обновлены в 2016 году на основе накопленного многолетнего опыта внедрения конфиденциального аудита в странах Европейского региона, включая пост-советские республики под названием «Внедрение цикла анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара» (рисунок 1б).

  

 1а 1б

Рис.1 Руководства ВОЗ по аудиту материнской смертности и заболеваемости

 1а - Руководство «Что кроется за цифрами»

*http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591838.pdf?ua=1 (accessed Jul 13, 2015)* [7].

 1б - Руководство «Внедрение цикла Анализа Критических Случаев в акушерской практике на уровне стационара»

*http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health /publications*

*/2016/conducting-a-maternal-near-miss-case-review-cycle-at-hospital-level-2016* [24]

**ТЕРМИНОЛОГИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ АУДИТА КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ.**

*Аудит критических случаев или аудит «околопотерь»* – это один из методологических подходов, разработанных ВОЗ, который направлен на улучшение существующих практик при акушерских осложнениях на уровне стационара путем систематического анализа качества оказываемой медицинской помощи на предмет ее соответствия клиническим протоколам, выявления упущенных возможностей, выработкой и последующим внедрением рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам.

*Модератор* – это лицо, которое обеспечивает подготовку к сессии аудита, выполняет функции ведущего сессии АКС с соблюдением основных правил и этапов проведения анализа критического случая.

*Интервьюер* – это участник команды, который проводит опрос женщины и/или родственников о произошедшем критическом случае об особенностях оказания медицинской помощи.

*Участники случаев* – это медицинский персонал учреждения, который оказывал непосредственную медицинскую помощь женщине в критическом состоянии.

*Стандарт операционной процедуры* – краткое изложение основных этапов оказания медицинской помощи согласно клинического протокола для проведения аудита критических случаев. Пример стандартов, рекомендованных для проведения аудита в Республике Казахстан представлены в приложении к данному руководству (Приложение№1).

 *Клинический протокол* – документ, устанавливающий общие требования к оказанию медицинской помощи пациенту при определенном заболевании или клинической ситуации, которым в рекомендательном порядке руководствуются субъекты здравоохранения при оказании медицинской помощи

 *Клиническое руководство* – это рекомендации о применении профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в лечении больных, основанные на доказательной медицине. *Шаблон* - это документ, используемый в качестве образца для создания новых документов.

**МЕТОДОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ АУДИТА КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ**

***Обоснование внедрения аудита критических случаев в акушерской практике***

В Республике Казахстан мероприятия по снижению материнской и перинатальной смертности проводились посредством внедрения в практику родовспомогательных организаций эффективных перинатальных технологий, разработанных в рамках стратегии ВОЗ «Обеспечение безопасной беременности и родов».

Данные технологии внедрены в стране с 2003 года при технической поддержке ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ. Этот процесс начинался с пилотирования в отдельных регионах, с последующим внедрением в масштабах страны с 2011 года.

На начальном этапе основное внимание уделялось своевременному и эффективному оказанию неотложной помощи и внедрению базисных технологий ведения родов и выхаживания новорожденных. Кроме того, оказание неотложной помощи было усилено внедрением регионализации перинатальной помощи для обеспечения рациональной и эффективной системы направления и перенаправления матерей и новорожденных в акушерские стационары трех уровней. Такая регионализация перинатальной помощи обеспечила доступ и своевременную помощь беременным женщинам и новорожденным в соответствие с риском развития осложнений беременности и родов, а также позволила рационально и эффективно использовать такие ресурсы, как: оборудование, санитарный транспорт, кадры и дорогостоящие лекарственные средства. За последнее десятилетие данные интервенции позволили снизить в два раза показатели материнской и неонатальной смертности в стране.

В настоящее время дальнейшие усилия Министерства здравоохранения направлены на улучшение клинического ведения тяжелых акушерских и неонатальных осложнений и создания эффективной модели менеджмента по непрерывному улучшению качества медицинских услуг, оказываемых на уровне акушерских стационаров. В связи с этим, в Казахстане с 2009 года внедряется конфиденциальный аудит материнской смертности на национальном уровне и аудит критических случаев на уровне акушерских стационаров.

Обобщенные результаты внедрения аудита критических случаев в Республике Казахстан на протяжении последних девяти лет позволили сделать следующие выводы:

1. АКС способствует улучшению внедрения эффективных перинатальных технологий, которые заложены в основу стандартов процесса аудита.
2. АКС помогает медицинским работникам улучшить внедрение существующих клинических протоколов в практику родовспомогательных учреждений.
3. АКС помогает выявить потребности учреждений, а именно выявление дополнительных областей клинического протокола, требующих детализации или разработки новых.

При этом необходимо отметить особенности методологии АКС, которая позволяет изменить существующие в стране подходы за счет:

1. Вовлечения непосредственных поставщиков медицинских услуг, включая акушерок и медицинских сестер в определении и решении проблем, а также в распределении ответственности как среди руководителей, так и рядовых медработников;
2. Мультидисциплинарного подхода, с вовлечением всех участников клинического случая и анализа всей цепи событий «от двери к двери», позволяющей лучше понять упущенные возможности;
3. Оценки не по «результату», а по действиям медицинских работников;
4. Внедрения новой культуры общения при анализе своей деятельности, путем создания дружественной, располагающей к открытости атмосферы, без поиска «виновных».

Таким образом, аудит критических акушерских случаев относят к непрерывному процессу повышения качества медицинской помощи на уровне акушерского стационара, который имеет циклический характер (рисунок 2).



Цикличность исследования критических случаев определяется проведением последовательных шагов.

Основополагающим правилом проведения аудита является конфиденциальность, которая обеспечивается самими участниками, создавая такие доверительные и доброжелательные условия, когда все заинтересованы воспроизвести реальную ситуацию и сообщить всю информацию о происшедшем для обсуждения. Целью таких обсуждений является определить упущенные возможности и ответить на вопрос «Что бы я сделал по-другому в следующий раз, чтобы получить лучший результат».

Аудит не ставит своей задачей персонифицировать события, поэтому в процессе обсуждения единственным документированным результатом обсуждения является форма с заполненными положительными моментами оказанной медицинской помощи и ухода, а также перечень упущенных возможностей, которые затем формулируются в виде рекомендаций. Только рекомендации по результатам аудита представляются для внимания всего коллектива. Постоянные члены команды аудита хранят документированные формы для внешнего и внутреннего мониторинга процесса внедрения аудита и должны пресекать все возможные попытки запроса этих данных с вышестоящих организаций в карательных целях.

Поддержка руководства, командный подход и заинтересованность всего коллектива больницы обеспечивает активное участие сотрудников в обсуждении реальных клинических случаев. Особенностью данной формы аудита является то, что при этом учитывается мнение женщины путем интервьюирования, которое обеспечивает другой взгляд на событие и предоставляет дополнительную информацию. Этим самым достигается принцип оказания пациент-ориентированной помощи населению.

В тоже время, аудит помогает придерживаться стандартов помощи, основанных, на принципах доказательной медицины. В отличие от традиционного аудита, данный аудит позволяет оценить не только клинические аспекты помощи, но и вопросы ее организации, которые обычно не фиксируются в медицинской документации.

***Критерии отбора и определение критических случаев для проведения аудита АКС***

По определению ВОЗ критический случай («near – miss» или «околопотеря») в акушерской практике – это случай, когда «женщина, которая была близка к смерти, выжила после осложнения во время беременности, родов или в течение 42 дней (6 недель) после прекращения беременности».

Одним из первых требований к выбору осложнений для проведения аудита критических случаев является его достаточная распространенность в стране. Наряду с этим, обязательным условием является наличие национальных руководств/протоколов на основании которых разрабатываются стандарты аудита. В настоящее время в Республике Казахстан аудиту критических случаев на уровне акушерских стационаров подлежат следующие состояния:

1. тяжелое послеродовое кровотечение;
2. тяжелая преэклампсия/эклампсия;
3. акушерский сепсис.

Для определения четких критериев отбора случаев для проведения аудита при вышеуказанных осложнениях, в Республике Казахстан приняты следующие определения:

1. Тяжелое послеродовое кровотечение – это послеродовое кровотечение объемом более 1500 мл, сопровождающееся гистерэктомией и гемотрансфузией.
2. Случаи эклампсии в стационаре, либо преэклампсии с диастолическим давлением 110 мм.рт.ст., протеинурией 5 г/л и более в суточной моче, олигурией менее 400 мл/сут.
3. Сепсис (лихорадка (повышение температуры тела >38С), подтвержденная инфекция или подозрение на инфекцию (например, септический аборт, эндометрит, пневмония, хориамнионит). Либо по крайне мере, хотя бы одно из следующих:

- Минимум два клинических признаков недостаточности органов по акушерской шкале qSOFA (снижение систолического давления менее 90 мм рт.ст., ЧДД 25 и более, нарушение сознания: есть/нет).

- Или минимум 2 балла по полной шкале SOFA.

- Или 5 дней лечения в ОАРИТ по поводу инфекции.

Данные критерии должны быть адаптированы для каждого родовспомогательной организации.

***Выявление, порядок отбора случая, и частота сессий аудита***

Прежде всего необходимо выявить случаи для аудита в соответствии с определениями критического случая. Следует подчеркнуть, что каждый акушерский стационар может адаптировать вышеуказанные критерии отбора критического случая, с учетом особенностей своего учреждения.

В ходе каждой сессии АКС рекомендуется обсуждать только один критический случай. Как правило, встречи должны организовываться не реже 1 раза в месяц, так как слишком частые встречи приводят к увеличению нагрузки на сотрудников, а редкие ведут к снижению навыков проведения аудита.

 Конкретная частота встреч зависит от таких местных особенностей как: размер стационара, число критических случаев, число сотрудников, имеющих опыт работы по проведению АКС в прошлом и нагрузка сотрудников. В идеале частота сессий АКС должна быть достаточной, чтобы они воспринимались сотрудниками больницы как «обычная работа» (а не просто как «собрание, которое проводится время от времени»), но при этом не следует перегружать сотрудников.

 Важно убедиться, что собрания проводятся регулярно в течение длительного времени, чтобы развить и поддерживать навыки и компетенции, относящиеся к проведению сессии (включая разработку решения и согласование действий), а также, чтобы дать время для осуществления согласованных действий. При этом цель работы заключается в том, чтобы весь процесс АКС привел к реальным изменениям в клинической практике на уровне конкретной больницы. Каждая сессия заканчивается разработкой практических рекомендаций для изменения существующих практик.

АКС рекомендуют проводить сразу после выписки женщины из стационара пока сотрудники хорошо помнят этот случай, не откладывая аудит на более поздние сроки.

### Приглашение участников

Список участников, приглашаемых на каждое заседание, включает сотрудников, которые участвовали в ведении рассматриваемого случая: акушер-гинекологи, акушерки, неонатологи, медсестры и другие задействованные работники, например, анестезиолог, лаборанты, вспомогательный персонал (сотрудники, отвечающие за транспортировку пациента и т.д.).

Главным условием проведения АКС является участие всех участников события на всех звеньях оказания помощи. Отсутствие отдельных сотрудников не позволяет провести анализ данного раздела помощи. Аудит не должен строиться на догадках, он основывается только на реальной картине события. При этом, рекомендуется избегать или сводить к минимуму участие специалистов, которые не имели прямого отношения к ведению рассматриваемого случая. Данный подход позволит обеспечить открытое обсуждение проблемных деталей среди сотрудников, которые столкнулись с подобной сложной ситуацией и избегать того, чтобы какие-то «внешние» судьи обвиняли специалистов, непосредственно участвовавших в случае. Тем самым гарантируется соблюдение принципа всеобщего участия снизу-вверх и соблюдения базового правила аудита: «обзор - это про нас, а не для того, чтобы осуждать других» [14].

В зависимости от местных условий можно рассмотреть возможность присутствия на сессии АКС руководителя службы, присутствие которого может быть эффективно для выполнения решений по устранению недостатков. Руководитель играет ключевую роль для выполнения рекомендаций, касающихся организационных вопросов, например, необходимость закупки или обеспечения технического обслуживания основного оборудования, реорганизации работы смен и т.д. В то же время, его участие может стать препятствием к полному вовлечению других сотрудников или к раскрытию всей информации о случае и высказыванию мнений. Присутствуя на сессии АКС, такой руководящий работник должен всегда уважать и соблюдать принцип «не обвинять, не наказывать» и конфиденциальность.

***Этапы проведения аудита***

Непосредственно до сессии, команде надо заранее подготовиться к проведению аудита. Все материалы для обсуждения должны быть готовы до начала сессии, чтобы не тратить лишнего времени и эффективно провести аудит. Модератор заранее знакомится с клиническим случаем и организовывает обеспечение материалов, для проведения сессии аудита (таблицу 1).

Таблица 1 – Материалы, необходимые для каждой сессии аудита

|  |  |
| --- | --- |
| Вид материала | Перечень документов |
| Общие | Стандарт помощи для критического случая. В Приложении 1 представлены примеры стандартов оказания медицинской помощи при основных акушерских состояниях, рекомендованных для применения в РК. Адаптированная версия этого стандарта должна быть распечатана для сессии аудита. |
| Журнал для записи основной информации о каждой сессии АКС |
| Флипчарты, ручки, бумаги, при наличии видеопроектор |
| Для контроля исполнения | Папки с прошлого заседания с рекомендациями аудита. |
| Для клинического случая | История болезни |
| Краткий обзор случая |
| Интервью женщины |
| Чистый экземпляр шаблона (Приложение 2).Практический пример заполнения шаблонов представлен в Приложении 3 данного руководства.  |
| Справочные материалы | Национальные руководства и клинические протоколы и др. справочные материалы |

Каждое заседание должно начинаться с обзора и мониторинга практических рекомендаций, которые были приняты на предыдущем заседании. Обзор предыдущих рекомендаций позволяет проверить их внедрение. Если предыдущие практические рекомендации не внедрились в практику, в таком случае команда изучает причины этого и переписывает их в новый протокол заседания для исполнения.

 Материалы для обсуждения клинического случая для данного аудита включают историю родов/болезни, краткий обзор случая в хронологическом порядке (идеально для изложения не более 10 минут), интервью и экземпляр шаблонов для анализа случая. Рекомендуется предоставить в качестве справочного материала экземпляр соответствующих национальных клинических руководств и местных протоколов, а также учебник по акушерству или соответствующие руководства/учебный пакет ВОЗ (например, по эффективной перинатальной помощи), научные публикации. Выбор материала зависит от конкретного случая, представленного для аудита.

***Команда аудита (состав, роли и обязанности)***

Мультидисциплинарная команда аудита критических случаев ответственна за проведение АКС и должна быть утверждена местным приказом первого руководителя родовспомогательного учреждения, которая включает модератора, интервьюера, секретаря и дополнительно двух - трёх членов команды. На заседание аудита приглашаются все участники случая, врачи и прежде всего акушерки и/или медицинские сестры, так как они выполняют значительную часть медицинской помощи и ухода, соответственно, являются ключевыми сотрудниками в достижении улучшения качества работы организации.

Ниже представлены основные функции членов команды:

Модератор:

* Определяет случай для проведения заседания АКС;
* Предварительно анализирует случай и готовится к сессии аудита;
* Работает с интервьюером, а именно вместе изучают историю и разрабатывают вопросы для предстоящего интервью, для того чтобы получить дополнительную информацию, которая не отражена в медицинской документации;
* Вместе с коллегой готовят краткий доклад случая для заседания;
* Определяет дату проведения заседания, определяет участников события, которых необходимо пригласить на сессию аудита; Ведет заседание аудита согласно методологии;
* Вместе с членами команды АКС формулирует и диктует положительные практики и упущенные возможности для записи секретарем, помогает формулировать конкретные рекомендации аудита и формы их исполнения (назначение ответственного и сроков исполнения, методы реализации рекомендации);
* Докладывает результаты аудита перед коллективом.

Модератора и секретаря можно назначать по принципу ротации. Во время сессии АКС модератора поддерживает активное обсуждение и мотивирует всех вовлеченных сотрудников к дискуссии. В функции модератора входит выполнение основных правил и соблюдение всех этапов анализа случая. При ведении заседания модератор должен стараться строить вопросы касательно случая без обвинения, таким образом избегается манера выяснения информации в форме допроса. Модератор даёт возможность высказаться всем участникам и не допускает доминирования авторитетов, но при этом эффективно управляет динамикой обсуждения. Аудит не должен проходить в форме инспекции. Поэтому, к выбору модератора необходимо подходить особенно тщательно, учитывать, как его профессиональные, так и личные качества, хорошие коммуникационные навыки, уважение коллектива. В случае, когда модератор с малым профессиональным опытом работы, рекомендуется в команду АКС также включить опытного и авторитетного коллегу для оказания ему поддержки.

Секретарь:

* Приглашает участников события на заседание;
* Приносит необходимые документы (стандарт, протокол, история, шаблон для протокола);
* Фиксирует положительные моменты и упущенные возможности в специально приготовленной форме. Запись проводится по ходу обсуждения и записывается секретарем под диктовку модератора или других членов команды, как резюме обсуждения;
* Зачитывает в конце аудита положительные моменты и упущенные возможности
* Совместно с группой записывает практические рекомендации.

Интервьюер

Интервью проводится психологом учреждения, а при отсутствии психолога роль интервьюера выполняет акушерка. Интервьюера следует своевременно проинформировать о женщине, чей случай выбран для анализа, и он собирает дополнительную информацию от женщины или её родственников в отношении предоставленной помощи. Принципы проведения интервью представлены в Приложении 4.

Опыт показывает, что женщина во время интервью более откровенна с психологом или акушеркой, нежели с врачами. В функции интервьюера входит сбор дополнительной информации от женщины и/или доступных родственников, интервью обычно проводится перед выпиской, когда пациентка более независима от организации и может дать больше информации. При этом, интервьюер должен соблюдать следующие принципы опроса:

* Интервью не должно быть структурированным, а в виде беседы;
* неформальная беседа в виде дружеского разговора;
* не должно быть вопросников, порядка, по которому должны задаваться вопросы для ведения диалога;

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

Таблица 2 - Роли и обязанности участников сессии АКС

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **До сессии** | **Во время сессии** | **После сессии** |
| **Модератор** | Выбрать случайОпределить участниковОпределить дату для обсуждения случаяОрганизовать интервью сженщинойОпределить, кто подготовити представит краткоеописание случая**о**беспечить наличие всех материалов до начала собрания | Наблюдение за процессомМодерировать сессию аудита | Хранить все документы в надежном местеГарантировать конфиденциальность Передать рекомендации заинтересованным сотрудникам и руководителю Последующее наблюдение выполнения рекомендаций Контроль выполнения решений (как согласовано)  |
| **Интервьюер** | Связаться с женщиной/родственникамПровести интервьюПодготовить краткоеизложение интервью для представления  | Представить результаты интервью | Соблюдать принцип конфиденциальности Реализовать решения |
| **Докладчик** | Подготовить краткий обзор   | Представить краткий обзор случая  | Соблюдать принцип конфиденциальности Реализовать решения |
| **Секретарь** | Ознакомиться с шаблонамидокументации для сессии | Заполнитьшаблоносновываясьна итогахобсуждения | Соблюдать принцип конфиденциальности Реализовать решения |
| **Другие участники** | Записать дату сессии АКС(обеспечить свое участие) | Активно участвовать в сессии | Соблюдать принцип конфиденциальности Реализовать согласованные решения |

Интервью следует проводить в тихом месте, чтобы женщина могла чувствовать себя свободно, обсуждая полученную помощь. Если это уместно, можно опросить родственников или близких друзей, чтобы дополнить информацию, предоставленную женщиной.

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

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

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

Весь процесс можно условно разделить на процесс подготовки модератором к аудиту, проведения непосредственно сессии аудита и процесс реализация рекомендаций, которые отвечают достижению цели, поставленной командой аудита. Конечная цель или целевой индикатор(ы), проводимых аудитов основан на критериях критического случая для отбора на аудит. Например, в случае акушерских кровотечений целевым индикатором может быть снижение количества послеродовых кровотечений (ПРК) в объеме более 1,0 л, снижение количества гистерэктомий при ПРК, снижение количества гемотрансфузий.

Для достижения эффективности аудита необходимо соблюдение методологии проведения аудита. Хорошо проведенный аудит, достигает цели и мотивирует сотрудников участвовать в процессе. Ниже приведен пример проблем и путей решения команды акушерского стационара, которая достигла хороших результатов в проведении аудита.

Таблица 3 Проблемы и пути решения

|  |  |
| --- | --- |
| *Проблемы*: | *Пути решения:*  |
| * Перегрузка персонала, вследствие чего трудно обеспечить присутствие всего заинтересованного персонала (опоздания, отсутствие, внезапный вызов).
 | * Соблюдение методологии сессии аудита, тайм-менеджмент: 1 сессия – 1 случай, 10 мин для контроля прошлых рекомендаций, 15 мин на доклад и интервью, 60-90 мин само заседание.
 |
| * Нарушение правил заседания и кодекса поведения: словесная агрессия, психологическое давление, прямые обвинения.
 | * Каждый раз перед заседанием повторять базовые правила проведения аудита, кодекс поведения, приглашать только тех сотрудников, которые имеют прямое отношение к рассматриваемому случаю (личность модератора).
 |
| * Большое число рекомендаций, (зачастую, расплывчатых и неопределенных) несоответствующих принципам SMART, внедрение и исполнение которых трудно проконтролировать.
 | * Улучшение навыков по разработке рекомендаций по принципам SMART, стараться выработать основные 3-4 рекомендации, не распыляться на мелкие упущения (например, неправильное оформление документации).
 |
| * Упущенные возможности, повторяющиеся из случая в случай (“наступаем на одни и те же грабли”), т.е. рекомендации не выполняются.
 | * Необходимо за каждой рекомендацией закрепить конкретное лицо и поставить жесткие сроки. На следующей сессии аудита ответственное лицо должно отчитаться о внедрении и исполнении рекомендации.
 |
| * Не все сотрудники заинтересованы во внедрении и исполнении рекомендаций.
 | * Обосновать всему коллективу необходимость выполнения рекомендаций, мотивировать повышением качества помощи, экономической выгодой.
 |
| * Стремление начальства выявить виновных для применения административных санкций.
 | * Донести до руководства о недопустимости применения карательных мер, убедить использовать административные ресурсы для успешного внедрения рекомендаций.
 |

### Установление базовых правил/ Кодекс поведения во время заседания

Все участники аудита должны согласиться соблюдать правила поведения при обсуждении случая. К рекомендуемым относятся следующие базовые правила проведения аудита критических случаев:

1. Вовремя приходить на собрание

2. Активно участвовать в обсуждении

3. Соблюдать принцип конфиденциальности и стараться не разглашать конфиденциальные подробности вне заседания

4. Соглашаться не утаивать и не фальсифицировать полезную информацию, которая могла бы помочь в понимании рассматриваемого случая

5. Уважать идеи других и способ их выражения

6. Принимать обсуждение и несогласие без какой-либо агрессии

7. Соглашаться с тем, что наши действия могут вызывать вопросы

8. Избегать обвинения отдельных лиц; цель заседания - найти решения, чтобы улучшить качество помощи, оказываемой в нашей больнице

9. Помнить, что «анализ - это про нас»; это не «осуждение других»

10. Наша конечная цель - улучшить местную практику и процедуры во благо будущих пациенток

### Правила можно зачитывать вслух перед началом каждого собрания, так как участники заседания, могут быть каждый раз новыми в зависимости от обсуждаемого случая.

## *Этапы сессии аудита: анализ случая «от двери до двери»*

## В целом, весь процесс обсуждения случая, от представления до согласования действий, не должен отнимать слишком много времени. Практический опыт показал, что для выполнения всех необходимых шагов достаточно 60-90 минут. Четкие временные рамки не позволят отвлекать сотрудников от их рабочих обязанностей слишком долго и повысят процент участия. Для краткого обзора случая и реконструкции событий, в том числе по результатам интервью женщины, достаточно 15 минут. Остальное время следует посвятить анализу случая и выработке рекомендаций. Для контроля выполнения рекомендаций аудита также не требуется много времени (около 10 минут максимум).

 Этапы сессии АКС можно представить в виде 12 последовательных шагов, которые приведены ниже. Тщательное соблюдение такой последовательности поможет предотвратить негативную динамику, а именно: попытки отдельных «личностей» и влиятельных людей перехватить инициативу заседания, ввести круговой спор в дискуссию, применение авторитета и влияния, чтобы загнать в угол восстановление истинной последовательности событий и анализ случая. Модератор, вооружившись этим пошаговым подходом, должен преодолевать такие негативные моменты.

## Шаг 1. Контроль выполнения по результатам прошлой сессии АКС

Встреча должна начинаться с контроля выполнения рекомендаций, данных на предыдущем собрании(иях), если некоторые рекомендации с прошлых заседаний все еще не выполнены. Такой контроль является важнейшим шагом для завершения цикла АКС и его не следует пропускать ни в коем случае. Журнал записей поможет быстро просмотреть все прежние рекомендации, увидеть ответственных, сроки и степень выполнения. На этом этапе команда, участвующая в анализе, должна:

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

## Шаг 2. Представление краткого обзора случая

Случай представляет докладчик, который обычно не является основным ответственным лицом за ведение этого случая. В крупных клиниках можно, например, привлекать интернов, резидентов. Аудит начинается с представления докладчиком краткого резюме истории клинического случая (в идеале не более 10 минут), которое им заранее подготавливается, в хронологическом порядке. Резюме раздается всем участникам аудита в письменном виде, что позволяет им делать пометки по ходу доклада. Представление обзора должно быть кратким (необходимо развивать способности сотрудников к краткому изложению информации), чтобы не тратить слишком много времени, которое лучше уделить обсуждению случая.

## Шаг 3. Представление информации с точки зрения женщины и членов семьи

После представления краткого обзора случая докладываются данные интервью, которое дает дополнительную информацию участникам. При этом необходимо должным образом представить основное содержание беседы и основные выводы интервью. Рекомендуют включать в отчет точные высказывания (слова) женщины, которые интервьюер считает важным. Включение информации об «опыте женщины по оказанию ей 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 клиническую практику.

## Шаг 4. Ведение пациентки «от двери до двери»

Каждому сотруднику, который оказывал помощь этой пациентке, следует дать время, чтобы они сообщили новые важные факты происшедшего. Это включает реконструкцию последовательности событий и оказанной помощи, включая проблемы, с которыми пришлось столкнуться, с момента поступления женщины в стационар (входная дверь) до выписки (выход из дверей). Такой подход называется *подходом «от двери до двери»* (Приложение5)*.*

Этот шаг имеет решающее значение для правильного обсуждения случая, поскольку в истории болезни не указываются многие аспекты оказания помощи, например, подробности ведения, задержки, работа команды, личное поведение, коммуникация и т.д. В Приложении 5 предложен перечень элементов, которые нужно учесть для полного анализа случая. На этом этапе также можно обсудить полноту и точность заполнения медицинской карты.

## Шаг 5. Анализ случая - Что прошло удачно и почему

Анализ случая следует выполнять с применением структурированного аналитического подхода. По сути, этот шаг является непосредственно критическим анализом ведения пациентки, адекватности и своевременности оказания помощи, уважения прав женщины с момента прибытия (входная дверь) в больницу до выписки (выход из дверей). Анализ случая основывается на соответствие с принятым стандартом для ведения критического случая.

В ходе обсуждения необходимо определить элементы помощи, которые были успешными (Приложение 6). Важно признать положительные аспекты и похвалить сотрудников. Это способствует улучшению мотивации сотрудников следовать хорошей практике, личной заинтересованности и желанию участвовать в сессиях АКС. Делая упор на положительные примеры, усиливается внимание сотрудников на успешных практиках при ведении аналогичных случаев в будущем.

Шаг 6 Анализ случая – Что было неудачно

Необходимо определить элементы помощи, которые не были успешными (Приложение 6). На этом этапе важно сосредоточиться на критических аспектах помощи, которые самым серьезным образом усугубили негативные аспекты критического случая, то есть «дойти до сути».

Шаг 7. Анализ случая – Почему, по какой причине

На этом этапе участники сессии АКС должны выяснить причины элементов помощи, которые были неуспешными. Вопросы «почему» можно повторять до тех пор, пока не будут выяснены причины неудач. Для каждого элемента помощи может существовать ряд факторов различных категорий, которые обусловили получение негативных результатов (Приложение 6). Они могут быть связаны со следующими аспектами помощи:

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

Некоторые элементы помощи могли быть обусловлены несколькими факторами вышеуказанных категорий. Например, сульфат магния не назначили пациентке в случае тяжелой преэклампсии по следующим причинам:

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

В ходе анализа случая модератору следует избегать прямых вопросов всем присутствующим с использованием местоимения «ВЫ», например, говорить: «Что Вы сделали? Почему Вы не сделали то или это?», такие вопросы звучат как обвинение, тем самым вызывают защитную реакцию со стороны участников заседаний. Модератор стимулирует всеобщее участие в обсуждении того, что было сделано правильно, и что можно улучшить. Сравнивая ведение случая с руководствами и стандартами, участники улучшат свое знание этих документов, навыки их использования, а также поймут важность предоставления помощи в соответствии с клиническими руководствами, местными протоколами и стандартами помощи.

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

## Шаг 8. Выработка рекомендаций и действия по улучшению клинической практике по критериям «SMART»

После анализа упущенных возможностей, обусловивших неудачу, следует выработать основные рекомендации для решения главных проблем. Модератор должен привлечь всех участников к разработке рекомендаций, не следует предлагать только свои решения.

Рекомендации должны соответствовать критериям SMART:

* конкретные (**S**pecific),
* измеримые (**M**easurable),
* достижимые (**A**chievable),
* реалистичные (**R**ealistic),
* ограниченные по срокам (**T**ime-bound)

Подготовить такие рекомендации может быть сложно, но это можно сделать под руководством специалиста и научиться на практике. Рекомендации должны включать мероприятия, которые следует выполнить в стационаре, и они должны указывать на следующее: ЧТО сделать, КТО это сделает и КОГДА. В Шаблонах документов для анализа случаев дана форма для записи рекомендаций, с указанием ответственных и временных рамок. Рекомендации должны быть реализуемыми и измеримыми. Кроме улучшения клинической практики рекомендации должны быть направлены и на уважение прав женщин, например, на улучшение навыков коммуникации, обеспечение эмоциональной поддержки, уважение и соблюдение достоинства пациентов. В качестве примера нечетких рекомендаций, не соответствующих SMART можно привести случай тяжелого послеродового кровотечения после операции кесарево сечение в отделении реанимации и интенсивной терапии

Что было неудачно:

 - Поздняя диагностика послеродового кровотечения

Почему?

- Не было мониторинга тонуса послеродовой матки и объема кровопотери

По какой причине?

* Врач был занят
* Медсестры не обучались тому, как измерять объем кровопотери
* Отсутствует лист наблюдения за женщиной после операции кесарева сечения
* Следует избегать неясных рекомендаций, основанных на общих формулировках, таких как:
* Усилить наблюдение за состоянием пациентов.
* Повысить знания сотрудников в ведении случая.
* Соблюдать протоколы и стандарты.
* Улучшить обучение сотрудников и увеличить количество персонала.
* Обучать и информировать население.
* Усовершенствовать программу охраны материнства.

Необходимо разработать конкретные рекомендации, отвечающие критериям SMART, например:

* Разработать алгоритм (лист) наблюдения за состоянием женщины после кесарева сечения в течение месяца.
* Провести краткий инструктаж для всех сотрудников, а в особенности для медсестер и акушерок, по контролю сокращений матки и объему кровопотери, в течение 2 месяцев.
* Включить в тренинг для персонала занятие о том, как предоставлять
* женщине соответствующую информацию.
* При разработке рекомендации, следует начинать с фразы «в случае, если…».

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

Особое внимание следует уделить тому, чтобы проводить цикл АКС регулярно и реализовывать рекомендации на практике. Регулярная организация заседаний каждый месяц уже означает, что в год будет обсуждаться 10-12 случаев, а рекомендаций будет подготовлено еще больше - около 30. Самое важное заключается в том, чтобы рекомендации были выполнены. С самого начала необходимо ясно осознавать, что эффективность процесса следует измерять с точки зрения того, «сколько рекомендаций претворено в жизнь», а не просто «сколько случаев обсуждалось».

Может возникнуть искушение сосредоточиться на факторах, которые находятся вне сферы влияния персонала больницы, например, поступление женщины в стационар с опозданием. Следует помнить, что конечная цель анализа - это улучшить клиническую практику на уровне стационара. При разработке рекомендаций важно сосредоточиться на событиях и действиях в стационаре, а также выявить коренные причины на уровне стационара при участии лиц, участвовавших в ведении пациентки. Попытка решить вопросы вне компетенции данного учреждения и без участия сотрудников, занимавшихся пациенткой, не поможет выработать конкретные рекомендации и улучшить клиническую практику. Некоторые рекомендации могут не входить в компетенции учреждения, такие как разработка или обновление национальных руководств. Такие рекомендации следует направлять республиканскому координатору АКС и это не должно мешать в определении факторов, с которыми необходимо работать на уровне стационара.

Важно проводить мониторинг внедрения практических рекомендаций. Учитывая, что за каждой практической рекомендацией закрепляется ответственное лицо или группа лиц, то команде АКС совместно с ответственными за внедрением следует определить заранее метод мониторинга внедрения рекомендации.

1. Если метод мониторинга выбран РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ, то в этом случае необходимо после периода внедрения провести анализ медицинской документации. Пример: Во время заседания была разработана рекомендация «В случае выставления диагноза Преэклампсия тяжелой степени, необходимо в бланках анализа крови и мочи указывать время сбора анализа, время приготовления анализа и время когда анализ был прочтён лечащим врачом.» Ответственный за внедрение рекомендации: врач анестезиолог-реаниматолог Ахметов В. и лаборантка Савельева С. Срок внедрения рекомендации 1 месяц. Метод мониторинга ретроспективный анализ медицинской документации. При таком случае ответственным лицам необходимо через месяц посмотреть все истории с преэклампсией тяжелой степени, а именно анализы крови и мочи, которые выполнялись после постановки диагноза. После мониторинга ответственным за его внедрение необходимо предоставить отчет о внедрении. В случае если из всех историй с преэклампсией тяжелой степени на всех анализах было записано время сбора, время приготовления и время когда врач посмотрел, то эта рекомендация внедрилась ПОЛНОСТЬЮ. В случае если только в половине историй анализы были сделаны в соответствии с рекомендацией, то эта рекомендация внедрилась ЧАСТИЧНО, то есть рекомендация не внедрилась. В таком случае рекомендацию следует опять мониторировать на предмет внедрения ещё 1 месяц и через месяц следует опять проверить его внедрение. В случае если при ретроспективном анализе ни в одной из истории не были обнаружены анализы в соответствии с рекомендацией, то это значит что рекомендация НЕ ВНЕДРИЛАСЬ СОВСЕМ. В таком случае мониторинг следует повторить через 1 месяц. Очень важно также понять почему рекомендации не внедряются в связи с этим ответственным за внедрение следует узнать среди коллег причину не выполнения и обудить итоги мониторинга с модератором аудита.

2. Если методом мониторинга выбрано ПРЯМОЕ НАБЛЮДЕНИЕ, то в этом случае ответственным за мониторинг следует обсудить с модератором АКС как это выполнить. Пример: В конце заседания была разработана рекомендация «В случае проведения кесарево сечения, в раннем послеродовом периоде необходимо проводить мониторинг медицинской сестрой анестезисткой (за раной, за частотой дыхания, частотой сердечных сокращений, артериальным давлением, болями и седативным эффектом) каждые 5 минут в течении получаса, каждые полчаса в течение 2 часов За кровянистыми выделениями и тонусом матки проводить мониторинг в течении первого часа каждые 15 минут, а в течении второго часа каждые 30 минут. Ответственная за внедрение рекомендации старшая сестра операционного отделения. Метод мониторинга – прямое наблюдение. Период внедрения 1 месяц.» В таком случае старшая медицинская сестра через 1 месяц после заседания наблюдает за действиями медицинских сестер анестезисток. После мониторинга ответственный за мониторинг сообщает модератору, что она наблюдала за действиями медицинских сестер после 20 операций кесарева сечения и установила что в 20 случаях медицинские сестры действительно проводили наблюдение за женщиной в соответствии с практической рекомендацией АКС, в таком случае рекомендация внедрилась ПОЛНОСТЬЮ. Возможны конечно варианты когда рекомендация внедрилась ЧАСТИЧНО, в случае если из 20 операций кесарево сечения только у 8 женщин наблюдение проводилось в соответствии с рекомендациями или может быть такое что рекомендация НЕ ВНЕДРИЛАСЬ. В случае если рекомендация внедряется ЧАСТИЧНО или вообще НЕ ВНЕДРИЛАСЬ, такие рекомендации следует повторно мониторировать.

3. Если методом мониторинга выбран метод – ИНТЕРВЬЮ, то это означает что ответственный за мониторинг проводит беседу среди сотрудников и узнает изменили ли они свою практику или узнает уровень их информированности о практической рекомендации. Пример: во время заседания была разработана практическая рекомендация «Во время пересмены в приёмном отделении, акушеркам необходимо проверять противошоковую укладку в соответствии со списком и ставить подпись. Методом мониторинга за рекомендацией был выбран метод ИНТЕРВЬЮ. Ответственный за внедрение заместитель главного врача по качеству. Период внедрения 2 недели» В таком случае ответственному за внедрение необходимо через 2 недели поговорить с акушерками и попросить их рассказать как проводится пересменка. После проведения интервью ответственному за внедрение следует проинформировать модератора АКС, о степени внедрения. В случае если было проведено интервью с 5 акушерками и все 5 рассказали, что они проверяют противошоковую укладку в соответствии с практической рекомендацией, то такая рекомендация внедрилась ПОЛНОСТЬЮ. В случае если из 5 акушерок только 2 акушерки информированы и изменили свою практику во время пересменки, то такая рекомендация внедрилась ЧАСТИЧНО.

Важно помнить, что в случае *частичного внедрения рекомендации* или *не внедрения* следует узнать почему рекомендации не внедряются, так как на всё есть причины.

## Шаг 9. Документальное оформление сессии аудита

Имеющийся опыт показал, что крайне важно использовать стандартные структурированные формы для документального оформления сессий АКС. Шаблоны документов для записи сессии АКС представлены в Приложении 2.

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

Основная информация о случаях, которые обсуждались ранее, должна храниться в журнале записей. В целях упрощения последующего контроля выполнения рекомендаций информация для записи в журнале должна включать: тип критического случая, дата обсуждения случая, список рекомендаций, ответственные лица и сроки, обеспечено ли выполнение рекомендаций или нет. Практический пример обзора критического случая эклампсии приведен в Приложении 3.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ КАЖДОЙ СЕССИИ АКС

## Шаг 10. Практическое внедрение рекомендаций

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

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

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

## Шаг 11. Проверка выполнения рекомендаций

Весь процесс АКС является циклическим и непрерывным. Исходя из практического опыта, регулярное рассмотрение предыдущих рекомендаций на каждой сессии АКС необходимо, чтобы обеспечить соответствие рекомендаций критериям SMART и высокий процент их выполнения. За это отвечает национальный координатор, который может работать совместно с местным руководителем и модератором. В случае если разработанные рекомендации не возможно внедрить на уровне учреждения, то такие рекомендации необходимо адресовать республиканскому координатору АКС, для обсуждения таких рекомендации на уровне Министерства здравоохранения. Например, рекомендации, которые касаются пересмотра клинического протокола, следует адресовать республиканскому координатору АКС.

## Шаг 12. Документальное оформление всего цикла АКС

После каждой сессии АКС следует должным образом проинформировать о рекомендациях всех лиц, имеющих возможности для выполнения или каким-либо образом вовлеченных в осуществление рекомендаций сессии. Рекомендации по итогам сессии АКС необходимо довести не только до руководителя учреждения, но и 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. Шаблоны документов для регистрации АКС представлены в Приложении 2. Практический пример заполнения шаблонов представлен в Приложении 3.

Рекомендуется каждые полгода-год составлять отчет и представлять его всем сотрудникам учреждения, и каждый год составлять отчет для региональных/ национальных координирующих организаций, где должны содержаться рекомендации для передачи на более высокий уровень. Дополнительная информация представлена в Приложениях 7, 10. В опубликованных отчетах следует уделять особое внимание способам совершенствования системы, а не отдельным людям или конкретным совершенным ошибкам.

На сегодняшний день опыт мониторинга с использованием индикаторов АКС невелик. В Приложении 8 приведен список с примерами возможных индикаторов, которые следует адаптировать и далее доработать для использования на местном уровне.

Таким образом, использование данного руководства, основанного на рекомендациях ВОЗ и опыте других стран позволит качественно проводить АКС в акушерских стационарах, что в конечном счете улучшит оказание медицинской помощи женщинам в акушерских стационарах.

**КООРДИНАЦИЯ И МОНИТОРИНГ ПРОЦЕССА ВНЕДРЕНИЯ АУДИТА АКС**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан для обеспечения координации и мониторинга прогресса внедрения АКС на национальном уровне назначило РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (РЦРЗ) в качестве ответственной организации и определил республиканского координатора АКС для технической поддержки команд аудита и экспертной оценки эффективности внедрения. Соответственно функциональными обязанности РЦРЗ и республиканского координатора являются следующее:

***Республиканский центр развития здравоохранения***

1. Мониторинг прогресса внедрения АКС (1 раз в год) и проведение итоговых совещаний по прогрессу внедрения, с разработкой рекомендаций для последующего внедрения.
2. Обеспечение координации внедрения АКС совместно с региональными управлениями здравоохранения и МЗ РК для обеспечения эффективной административной поддержки.
3. Координация технической помощи международных организаций и местных НПО, профессиональных ассоциаций.
4. Разработка и внедрение механизмов мотивации проведения аудита и поддержки передовой практики.
5. Обучение специалистов по методологии аудита и подготовка национальных экспертов.
6. Продвижение интересов аудита и обеспечение финансирования мероприятий аудита (совещания, обучающие курсы, обучающие онлайн платформы, командировки национального координатора и национальных экспертов для выездных экспертных оценок качества внедрения АКС на уровне организации).

***Республиканский координатор:***

1. Мониторинг внедрения АКС по согласованной форме отчетности (ежеквартальный сбор отчетов от родовспомогательных организаций).
2. Проведение совместно с национальными экспертами выездных оценок качества внедрения АКС в выборочных родовспомогательных организациях регионов с представлением обобщенного анализа на периодических итоговых совещаний по прогрессу внедрения АКС.
3. Анализ эффективности внедрения на основании данных мониторинга внедрения по представляемым отчетам организаций и по результатам выездных экспертных оценок.
4. Оказание технической помощи региональным координаторам и командам аудита.
5. Участие, совместно с национальными экспертами, в обучающих курсах и мероприятий по разработке/обновлению/дополнению материалов, инструментов и аудита.

Таблица 4 - Индикаторы по результатам отчетности

команд аудита АКС на уровне родовспомогательной организаций:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Индикатор  | Описание индикатора |
|  | Охват внедрением АКС на уровне родовспомогательных организаций 3-его и 2-го уровней  | Число организаций, внедряющих АКС Х 100 : общее числа подлежащих организаций (%). К внедряющим АКС относят организации, где утверждена мультидисциплинарная команда и сессии проводятся обученным по методологии аудита модератором. |
|  | Охват обучением модераторов в родовспомогательных организациях, внедряющих АКС  | Число организаций АКС, где обучен модератор по методике аудита Х 100 : общее числа организаций, отчитывающихся как внедряющие АКС (%) |
|  | Охват обучением психологов или акушерок по методологии проведения интервью женщин в родовспомогательных организациях, внедряющих АКС | Число организаций АКС, где обучен психолог или акушерка по методике проведения интервью женщины Х 100 : общее числа организаций, отчитывающихся как внедряющие АКС (%)  |
| 4 | Доля организаций, которые не регулярно проводят заседания АСК за отчетный период  | Число организаций, где проводят менее 1 заседания АКС в месяц Х 100 : общее числа организаций, отчитывающихся как внедряющие АКС (%)  |
| **5** | Доля организаций, где внедряются более 75 % рекомендаций аудита за отчетный период (1 раз в год) | 1) Число рекомендаций аудита, которые выполнены (полное внедрение) в течение года Х 100 : общее числарекомендаций аудита в родовспомогательной организации (%) 2).Число организаций, где 75 % рекомендаций внедрены (полное внедрение) Х 100 : общее числа организаций, отчитывающихся как внедряющие АКС (%) |

Форма отчетности родовспомогательных организаций по результатам внедрения аудита. Заполняется 1 раз в полгода. Отчет направляется республиканскому координатору. Республиканский координатор по результатам отчета оказывает поддержку командам АКС.

**Список использованной литературы**

1. World Health Organization, UNFPA and the World bank: trends in maternal mortality: 1998 to 2008 Geneva: World health Organization; 2010
2. Lewis G, (ed): The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers’ Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer-2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom London: CEMACH; 2007.
3. Say L, Pattinson RC, Gülmezoglu AM: WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reprod Health 2004, 1(1):3.
4. Pattinson RC, Hall M: Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. Br Med Bull 2003, 67:231-43.
5. Filippi V, Brugha R, Browne E, Gohou V, Bacci A, De Brouwere V, Sahel A, Goufodji S, Alihonou E, Ronsmans C: Obstetric audit in resource-poor settings: lessons from a multi-country project auditing ‘near miss’obstetrical emergencies. Health Policy Plan 2004, 19(1):57-66.
6. Cochet L, Pattinson RC, Macdonald AP: Severe acute maternal morbidity and maternal death audit–a rapid diagnostic tool for evaluating maternal care. S Afr Med J 2003, 93(9):700-2.
7. Всемирная организация здравоохранения. «Что кроется за цифрами: Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасной беременности» Всемирная организация здравоохранения, Женева 2014. По ссылке http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591838.pdf?ua=1 (accessed Jul 13, 2015)
8. Burnett AC, Winyard G. Clinical audit at the heart of clinical effectiveness. Journal of Quality in Clinical Practice 1998; 18:3–19.
9. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva, World Health Organization, 2011, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241502221/en/ accessed Jul 13, 2015)
10. Tunçalp Ö, Souza JP. Maternal near-miss audits to improve quality of care. BJOG. 2014 Sep;121 Suppl 4:102-4.
11. Bacci A, Lewis G, Baltag V, Betrán AP. The introduction of confidential enquiries into maternal deaths and near-miss case reviews in the WHO European Region. Reprod Health Matters. 2007 Nov;15(30):145-52.
12. Baltag V, Filippi V, Bacci A. Putting theory into practice: the introduction of obstetric near-miss case reviews in the Republic of Moldova. Int J Qual Health Care. 2012 Apr;24(2):182-8. doi: 10.1093/intqhc/ mzr079. Epub 2012 Jan 2
13. Multi-Country review meeting on maternal mortality and morbidity audit “Beyond the Numbers”, Report of a WHO meeting, Charvak, Uzbekistan 14–17 June 2010. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-andnewborn-health/publications/2010/multi-country-review-meeting-on-maternal-mortality-and-morbidity-audit-beyond-the-numbers,-report-of-a-who-meeting,-charvak,-uzbekistan-1417-june-2010 (accessed June 30).
14. The impact of implementation of ‘Beyond the numbers’ approach in improving maternal and perinatal health. 29-30 April 2014, Bishkek, Kyrgyzstan. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2014. http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2014/04/the-impact-ofimplementation-of-beyond-the-numbers-approach-in-improving-maternal-and-perinatal-health (accessed June 30).
15. Bakker W, van den Akker T, Mwagomba B, Khukulu R, van Elteren M, van Roosmalen J. Health workers’ perceptions of obstetric critical incident audit in Thyolo District, Malawi. Trop Med Int Health. 2011 Oct;16(10):1243-50.
16. Bacci A. Implementing “Beyond the Numbers” across the WHO European Region: steps adopted, challenges, successes and current status. Entre Nous 2010: 70; 6-7. Available at http://www.euro.who.int/\_\_ data/assets/pdf\_file/0013/123016/en70.pdf (accessed July 9, 2015)
17. Hodorogea S. Piloting near miss case reviews in Kazakhstan: improving quality of maternal care. Entre Nous 2010: 70; 28-29. http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0013/123016/en70.pdf (accessed July 9, 2015)
18. Belizán M, Bergh AM, Cilliers C, Pattinson RC, Voce A; Synergy Group. Stages of change: A qualitative study on the implementation of a perinatal audit programme in South Africa. BMC Health Serv Res. 2011 Sep 30;11:243.
19. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. BMJ Qual Saf. 2014 Apr;23(4):290-8. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001862.
20. Sukhanberdiyev K, Ayazbekov A, Issina A, Abuova G, Hodorogea S, Bacci A. Initial experience of Near Miss Case Review: improving the management of haemorrhage. Entre Nous 2011: 74; 18-19. http://www. euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0008/146978/313914\_Entre\_Nous\_74\_low.pdf (accessed July 9, 2015)
21. Béhague DP, Kanhonou LG, Filippi V, Lègonou S, Ronsmans C. Pierre Bourdieu and transformative agency: a study of how patients in Benin negotiate blame and accountability in the context of severe obstetric events. Sociol Health Illn. 2008 May;30(4):489-510.
22. Sexual and reproductive health. Clinical guidelines. Geneva, World Health Organization. http://www. who.int/reproductivehealth/publications/clinical/en/ (accessed July 15, 2015)
23. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи (ЭПП). http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/activities-and-tools/effective-perinatal-care-epc-training-package
24. Внедрение цикла Анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара. http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2016/conducting-a-maternal-near-miss-case-review-cycle-at-hospital-level-2016.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

# **Пример стандарта оказания медицинской помощи при основных критических состояниях в акушерской практике**

# (разработаны для Республики Казахстан на Республиканском Совещании от 21-24 мая 2018 г в г. Шымкенте)

# **Стандарт оценки качества помощи по ведению акушерского сепсиса:**

1. При наличии признаков инфекции оценить состояние женщине по акушерской шкале qSOFA (снижение систолического давления менее 90мм рт.ст., ЧДД 25и более, нарушение сознания: есть/нет). При наличии 2баллов и более - диагноз: сепсис и перевод в отделение интенсивной терапии с повторной оценкой поакушерской шкалеSOFA для уточнения степени полиорганной недостаточности.
2. В течении первого часа 6 шагов:

- кислород для поддержания сатурации 94%

-взятие материала на бактериологическое (кровь 2 пробы и из возможного источника:аспират из матки, моча, отделяемое из раны, носоглотки, мочевые, сосудистые катетеры).

- клинические и биохимические анализы (билирубин, глюкоза, ОАК+ тромбоциты, лактат, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевина)

- катетеризация мочевого пузыря и контроль диуреза

- катетеризация 2 вен (в том числе одной центральной вены) и инфузионная терапия.

-эмпирическая антибактериальная терапия в зависимости от возможного возбудителя согласно национальному протоколу

1. Инфузионная терапия кристаллоидами 30 мл/кг. Болюсно по 500 мл каждые 30 мин – 1000мл и более за 1 час . Если сохраняется гипотония после 1- 2литров инфузионной терапии, то подозревается септический шок. Перейти к использованию вазопрессоров.
2. В течении 6 часов должны достичь:

-среднее АД выше 65 мм. рт. ст.

- ЦВД 8- 12 мм.в.ст.

- диурез более 0,5 мл/ кг/час

- сатурация венозной крови кислородом равно или более 70% смешанной более 65%

- нормализация лактата у пациентов с повышенными лактатами

1. При отсутствии эффекта вазопрессорами, если не корригируется АД в лечение добавить кортикостероиды.
2. При снижение рО2 венозной крови ниже 70%, гематокрит ниже 30% (или гемоглобин ниже 100г/л) - гемотрансфузия ЭМ.
3. При сохраняющем низком рО2 ниже 70% -добутамин в дозе 2-20мкг/кг/мин.
4. При сохраняющем низком рО2 ниже 70% - ИВЛ.
5. Оценка эффективности эмпирической антибиотикотерапии проводится через 48 часов.
6. Обследование на верификацию возможного очага инфекции ( R-графия грудной клетки, УЗИ на предмет остатков плацентарной ткани, КТ, МРТ)
7. При подтверждении очага инфекции проведение санации: вскрытие абсцесса, дренирование раны, при наличии остатков плацентарной ткани вакуум-аспирация.

# **Пример стандарта оценки качества помощи по ведению послеродовых кровотечений:**

1. Для предупреждения кровотечений, в отношении всех рожениц рекомендуется активное ведение III периода родов
2. Активируется контрольный лист ПРК.
3. Бригада по оказанию экстренной помощи (2 акушер-гинеколога, анестезиолог, медсестра-анестезистка, акушерка, лаборантка и т.д.) должны включиться в процесс не позднее 10 минут после постановки диагноза.
4. В ночное время приезд консультанта по необходимости.
5. При любой форме акушерских кровотечений венозный доступ должен быть произведен максимум за 5 минут.
6. Катетеризация 2-х периферических вен катетерами №14-16: одна вена для инфузии окситоцина струйно; вторая вена – для взятия крови на анализы (Hb, Ht, тромбоциты, время свертывания, коагулограмма, на совместимость с препаратами крови, определение времени свертывания крови по Ли-Уайту) и последующей инфузии кристаллоидов со скоростью 1,0 л за 15 минут в соотношении 3:1 к объему кровопотери.
7. Катетеризация и опорожнение мочевого пузыря, согревание женщины, смена влажного белья на сухое, подача увлажненного кислорода
8. Постоянное наблюдение за показателями АД и пульса – каждые 5 минут в течение первых 30 мин, затем в течение 2 часов каждые полчаса, после – через каждый час.
9. Контроль диуреза – каждый час в качестве критериев соответствующей терапии по восполнению ОЦК.
10. При кровопотере больше 1000 мл и/или признаках шока, непрекращающегося кровотечения, иметь готовность трансфузии 2-х доз одногруппной эритроцитарной массы. Информировать оперблок!
11. При развитии лабораторных признаков коагулопатии (время свертывания крови по Ли-Уайту более 7 минут, ПТИ менее 80 %, РТ более 15 сек, АЧТВ более 45 сек, ФИБ менее 1,5 г/л) и только при активном кровотечение проводится трансфузия одногруппной СЗП из расчета 15 мл\кг.
12. При кровопотере 2,0 л и более – гемотрансфузия без учета анализов (стартовая терапия 6 доз ЭМ; 4 дозы СЗП. Активизируется протокол массивной кровопотери.
13. В случае атонии, подключение инфузии с окситоцином (10-20 ед./500 мл 0,9 % раствора NaCl– струйно), следующая доза окситоцина – 20-40 ЕД в/в кап /500 0,9% NaCl скорость инфузии в зависимости от тонуса матки. Максимальная доза: 80 ЕД.
14. При отсутствии эффекта от 40 ЕД окситоцина применяют эргометрин / мизопростол 600-800 сублингвально.
15. При непрекращающемся кровотечении более 1000мл (1500 после кесарева сечения) на фоне утеротонической терапии начать этапы хирургического гемостаза: перевязка маточных артерий и яичниковых артерий по О'Лири, гемостатический шов на матку по Б'Линча, гистерэктомия.
16. Лапаротомию следует проводить не позднее 30 минут после принятия решения.
17. До проведения лапаротомии, маточное кровотечение контролируется/снижается путем двуручного сдавления матки либо прижатия брюшной аорты.
18. При обнаружении приращения плаценты – немедленная лапаротомия, гистерэктомия.

**Пример стандарта оценки медицинской помощи при тяжелой преэклампсии/эклампсии**

1. При выявлении беременной с тяжелой преэклампсией/эклампсией акушерка/другой медработник производит мобилизацию персонала (дежурный врач, анестезиолог, лаборант) и начинает оказывать экстренную помощь.
2. Дежурный врач, анестезиолог должны явиться к месту не позже 5 минут (в зависимости от стационара) после вызова.
3. Помощь во время судорог: защитите женщину от повреждений, но не удерживайте ее активно. Уложите женщину на левый бок для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови. После судорог при необходимости очистите отсосом ротовую полость и гортань. Дайте кислород со скоростью 8-10 л. в минуту. После приступа немедленно начать магнезиальную терапию.
4. Препаратом для лечения и профилактики судорог является MgSO4 нагрузочная доза 5 г сухого вещества магния сульфата (20 мл 25 % р-ра) в/в медленно в течение 10 мин.
5. Поддерживающая доза: 1-2 гр сухого вещества в час при помощи введения инфузоматом продолжающей до родоразрешения и минимум 24часа после родоразрешения. Не рекомендуется транспортировка женщины без поддерживающей терапии.
6. При постановке периферического катетера обязательно берутся анализы на ОАК

(тромбоциты), коагулограмму, биохимию крови (АЛТ, АСТ, мочевина, креатинин), группа крови. При постановке уретрального катетера – моча на протеинурию.

1. Старший дежурный врач/консультант и анестезиолог обязан вести пациенток с тяжелой преэклампсией/эклампсией. Наблюдение в условиях ОАРИТ.
2. При артериального давления АД 160/110 мм рт.ст. и выше обязательно назначить гипотензивные препараты: нифедипин 10 мг внутрь (не сублингвально), повторно через 20 минут (максимальная доза за час 30-50 мг), если АД не снижается перейти альтернативные препарат эбрантил. Цель: поддерживать САД на уровне 130-150 мм.рт.ст., диастолическое давление поддерживать на уровне 80-95 мм.рт.ст.
3. Во время магнезиальной терапии будет вестись наблюдение за коленными рефлексами, состоянием дыхания и диурезом (при олигоурии менее 30 мл/час – опасность передозировки!). Признаки передозировки магния сульфата: ЧДД менее 16 в мин, отсутствие или снижение сухожильных рефлексов. При передозировке ввести 10 мл 10% р-ра глюконат кальция в/в в течение 10 мин.
4. В послеоперационный/послеродовой период скорость инфузионной терапии составляет не более 80 мл в час (за исключением необходимости восполнения ОЦК при кровотечениях).
5. При сроке беременности 35 недель – после принятия решения родоразрешение в течение 24-48 часов. В сроке до 34 недель решать индивидуально.
6. При эклампсии независимо от срока беременности провести родоразрешение сразу после стабилизации в течение 12 часов от принятия решения: при зрелых родовых путях (Бишоп 7 баллов и более) – амниотомия - окситоцин, при незрелых родовых путях – родоразрешение путем операции кесарева сечения.
7. Методом выбора анестезии при операциях кесарева сечения является регионарная анестезия, следует избегать эндотрахеальной анестезии при показателях АД выше 170/110 мм рт ст.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

**Шаблоны документации для сессии АКС**

**Анализ отдельных критических случаев на уровне стационара**

**Шаблоны для краткого изложения анализа клинического случая и рекомендаций**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Тип критической ситуации:** | **Номер сессии АКС:**  | **Дата:**  |
| Элементы помощи, которые были оказаны УСПЕШНОФакторы, которые ПОМОГЛИ в процессе оказания медицинской помощи |
|  |
| Элементы помощи, которые НЕ БЫЛИ УСПЕШНЫМИ/ упущенные возможностиФакторы, которые МЕШАЛИ в процессе оказания медицинской помощи |
|  |

**Шаблон В: Краткое изложение основных причин и рекомендации**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Упущенная возможность | Почему? | Но почему? | Но почему? | Но почему? | Рекомендации  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Шаблон С: Контроль выполнения рекомендаций/ мероприятия**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Рекомендации | Мероприятие (я) | Ответственный(е) | Срок | Выполнение?Если НЕТ, то почему?Следующий срок |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***Ссылка***

1. *Внедрение цикла Анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара. http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2016/conducting-a-maternal-near-miss-case-review-cycle-at-hospital-level-2016.*

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3.**

**Пример анализа критического случая эклампсии**

**КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ СЛУЧАЯ (из медицинской карты пациентки, журналов)**

Н.З. 22 года, 37 недель гестации, поступила в роддом 9 ноября в 12.40 с жалобами на нерегулярные схватки и обширные отеки. А/Д 155/110 мм рт.ст., пульс 86 ударов в минуту. Протеинурия 1,65 г/л. Продольное положение плода, головное предлежание, уровень головки плода -4/5; частота сердечных сокращений (ЧСС) плода 146 ударов в минуту.

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

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

Пациентку перевели в отделение патологии беременности.

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

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

В день поступления, 9 ноября в 22.45 у пациентки начались эклампсические судороги. Акушерка немедленно позвала врача акушера и анестезиолога.

**Диагноз**: Первая беременность, 37 недель гестации, эклампсия.

Команда по оказанию экстренной помощи очистили воздушные пути, уложили женщину на бок, начали кислородотерапию, ввели внутривенно 10 мл (2,5 мг) 25%-ного раствора сульфата магния и 10 мг диазепама. Пациентку перевели в отделение реанимации и интенсивной терапии и продолжили непрерывную внутривенную инфузию MgSO4. Было назначено прерывание беременности.

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

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

**ИНТЕРВЬЮ**

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

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

**РЕКОНСТРУКЦИЯ СЛУЧАЯ (сотрудниками, которые вели эту пациентку*)***

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

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

**АНАЛИЗ СЛУЧАЯ (все участники)**

**Элементы помощи, которые были оказаны успешно:**

Что было сделано правильно: оказание помощи на уровне приемного покоя, а именно лечение гипотензивным препаратом быстрого действия, выполнение противосудорожной терапии. План ведения и план родов был назначен правильный, а именно роды через естественные родовые пути. Пациентку выписали в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком.

**Упущенные возможности:**

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

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Тип критической ситуации:**Эклампсия  | **Номер сессии АКС:** 8 | **Дата:** 02/12/15 |
| Элементы помощи, которые были оказаны УСПЕШНОФакторы, которые ПОМОГЛИ в процессе оказания медицинской помощи |
| 1. Во время эпизода эклампсии пациентка получила соответствующую помощь и лечение2. Ей своевременно было проведено кесарево сечение3. Пациентку выписали в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком |
| Элементы помощи, которые НЕ БЫЛИ УСПЕШНЫМИ/ упущенные возможностиФакторы, которые МЕШАЛИ в процессе оказания медицинской помощи |
| 1. Инфузия MgSO4 проводилась с перерывами, а затем была прекращена2. Врачу не сообщили о симптомах надвигающейся эклампсии |

**Шаблон В: Краткое изложение основных причин и рекомендации**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Упущенная возможность | Почему? | Но почему? | Но почему? | Но почему? | Рекомендации  |
| Введение MgSO4 было прервано | Инфузия была остановлена по просьбе пациентки | Каждый раз, когда женщина вставала с кровати и шла в туалет, инфузию прерывали, а затем начинали снова (введение иглы). В итоге женщина отказалась в очередной раз вставлять иглу. | Не использовался венозный катетер для непрерывного введения MgSO4 | Акушерки отделения патологии беременности не проходили обучения и не имели навыков установки венозных катетеров для непрерывного введения лекарственных препаратов | 1) Обеспечить получение знаний и навыков установки венозного катетера для основного персонала |
| Введение MgSO4 не было непрерывным и регулярным | Очень сложно поддерживать скорость инфузии 6-7 капель в минуту при капельном введении.  | Без инфузионного насоса скорость инфузии меняется при движении пациента, она ускоряется или замедляется.  | Капельницы используются ввиду отсутствия инфузионных насосов в отделении патологии беременности.В учреждении недостаточно инфузионных насосов. (Инфузионные насосы имеются в ОРИТ).  | 2) Вводить MgSO4 внутривенно только с использованием инфузионного насоса |
| Дежурного врача не проинформировали об угрожающих симптомах (сильная головная боль, рвота) у женщины с тяжелой преэклампсией  | Акушерка не знала о симптомах надвигающейся эклампсии | Некоторые сотрудники не знают/ не помнят угрожающие симптомы тяжелой преэклампсии | Было организовано обучение ведению случаев тяжелой преэклампсии, однако на рабочем месте нет памяток и наглядных пособий.  | 3) Разработать/ адаптировать и распространить наглядные пособия, чтобы напомнить всем сотрудникам об угрожающих симптомах в случае тяжелой преэклампсии и поводах для вызова врача |

**Шаблон С: Контроль выполнения рекомендаций/ мероприятия**

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

**ПРИЛОЖЕНИЕ 4.**

## Принципы проведения интервью

* Женщина (или другие люди, выбранные для интервью) должна быть полностью проинформирована и, ее согласие необходимо получить до начала интервью. Должны быть соблюдены принципы автономии (участие в интервью является добровольным, любое опрашиваемое лицо имеет право завершить интервью в любое время) и конфиденциальности (имя опрашиваемого лица не раскрывается ни в одном официальном отчете).
* Интервью следует проводить в спокойном месте, по возможности накануне выписки, чтобы избежать боязни женщины обсуждать оказанную ей помощь, и в соответствии с общими методическими правилами проведения интервью. При необходимости также могут быть опрошены родственники или близкие друзья пациентки, чтобы дополнить информацию, предоставленную женщиной.
* Целью интервью должен быть сбор всесторонних сведений о реальных фактах, а также о реальном восприятии и мнении женщины о ситуации, а не только формальное получение поверхностной обратной связи.
* Вопросы должны быть нацелены на получение общей картины оказанной женщине помощи, а также на сбор информации о соблюдении в больнице основных прав женщины (например, таких, как права на равенство в доступе к медицинской помощи, эффективное общение, эмоциональную поддержку, уважение и достоинство).
* Интервьюеры должны обладать соответствующими навыками 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, но не должны договаривать за пациента.
* Они должны знать, как себя вести, чтобы не расстроить респондентов, и что делать, когда респондент хочет задать вопросы и получить информацию.
* Интервьюеры должны гарантировать и соблюдать конфиденциальность получаемой ими информации.
* Крайне важно для интервьюеров вести себя нейтрально и не навязывать свои личные мнения и убеждения респондентам.
* Вопросы структурированного интервью должны быть сформулированы кратко, четко, на местном языке с использованием местной терминологии. Они должны звучать нейтрально и не предполагать правильного ответа. В противном случае респондент может давать тот ответ, которого, как ему кажется, ждет от него интервьюер, и который не обязательно соответствует истине.
* Более деликатные вопросы следует задавать ближе к концу опроса. Это даст возможность интервьюеру установить более близкий контакт с респондентом, прежде чем расспрашивать о подобных темах.
* Основное содержание опроса должно быть надлежащим образом обобщено; выводы должны быть соответствующим образом представлены в ходе сессии АКС (например, с использованием соответствующих цитат).
* К предстоящему интервью необходимо готовиться заранее совместно с модератором. У модератора необходимо спросить на какие моменты оказываемой помощи следует особо обратить внимание.
* Интервьюеру рекомендуется пройти обучение у республиканского координатора по теме «Зачем брать интервью у женщин перенесших тяжелое акушерское осложнение»

**Руководство по интервью родильниц**

***1. Состояние женщины до беременности***

Пожалуйста, сообщите мне некоторые сведения о себе: Ф.И.О., образование, место работы, место жительства; количество предыдущих детей; имели ли место какие-либо проблемы со здоровьем, получали ли вы какое-либо лечение до беременности, какого рода, и какой был исход.

***2. Беременность***

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

Какие услуги были вам оказаны во время беременности?

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

***3. Госпитализация***

Когда вы были госпитализированы? По какой причине?

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

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

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

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

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

Кто из членов вашей семьи присутствовал при родах и почему?

Что происходило после родов?

Как вы думаете, в чем причины такого развития событий?

Когда вас выписали? Какие сведения вам сообщили?

***4. Уровень удовлетворенности медицинским обслуживанием и рекомендации,***

***адресованные другим женщинам, семьям, а также медицинскому персоналу***

Пожалуйста, сообщите мне ваши рекомендации и пожелания по улучшению качества обслуживания в медицинских учреждениях, оказывающих услуги во время беременности и родов. Каково ваше мнение о качестве помощи, оказанной вам (постарайтесь получить подробные ответы на различные вопросы):

**•** физические структуры (например, комната и условия для соблюдения личной гигиены);

**•** наличие персонала, оборудования, лекарств;

**•** отношение персонала родильного дома, информация и коммуникация, эмоциональная поддержка,

соблюдение уважения и достоинства, неприкосновенность частной жизни, партнерские роды.

***Ссылка***

1. *Внедрение цикла Анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара. http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2016/conducting-a-maternal-near-miss-case-review-cycle-at-hospital-level-2016.*

**ПРИЛОЖЕНИЕ 5**

**Принцип сессии АКС «от двери, до двери»**

**Основные стадии оказания помощи**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Поступление пациентки в стационар** | * Когда женщина поступила в стационар, подпадало ли ее состояние под ваше определение критического случая, требующего экстренного вмешательства?
* Если нет, то стало ли ее состояние критическим впоследствии (и в какой момент)? Имела ли место какая-либо задержка до того, как женщину в первый раз осмотрел кто-либо из медперсонала?
 |
| **2. Диагноз** | * Была ли первоначальная оценка ее состояния технически грамотной?
* Правильно ли было диагностировано ее состояние здоровья (диагностированы осложнения)?
* Имела ли место какая-либо задержка в постановке диагноза?
* Имела ли место какая-либо задержка в коммуникации между сотрудниками (например, между акушеркой и дежурным врачом)?
* Были ли назначены все необходимые обследования (например, лабораторные анализы, рентген и т.д.)?
* Были ли все необходимые обследования проведены?
* Все ли обследования были необходимы?
* Имела ли место какая-либо задержка при проведении и получении результатов обследования?
 |
| **3. Лечение** | * Было ли адекватным первоначальное лечение (например, была ли установлена капельница и обеспечено достаточное количество внутривенных вливаний для стабилизации состояния женщин)?
* Было ли адекватным последующее лечение (например, хирургическое вмешательство, назначение препаратов для контроля над осложнениями или инфекцией, переливания крови и т.д.)?
* Был ли адекватным и целесообразным каждый элемент ведения пациентки?
* Было ли назначенное лечение основано на протоколе лечения?
* Было ли назначенное лечение проведено в соответствии с протоколом лечения?
* Решалась ли каждая из выявленных проблем должным образом? Имели ли место какие-либо задержки, связанные с назначением необходимого лечения (например, задержка при осмотре пациентки основным медицинским персоналом или задержка при определении необходимости лечения)?
* Имели ли место какие-либо задержки, связанные с проведением необходимого лечения (для серьезных процедур, таких как кесарево сечение; данный пункт подразделяется на различные этапы: информирование хирургического персонала, и других основных сотрудников, перевод пациентки в операционную, подготовка пациентки, анестезия, операция)?
 |
| **4. Мониторинг и дальнейшее лечение** | * Было ли назначено правильное дальнейшее лечение? Было ли оно основано на руководствах? Было ли оно проведено в соответствии с назначением?
* Был ли назначен мониторинг? Был ли он основан на руководствах?

Проводился ли он в соответствии с назначением? |
| **5. Выписка пациентки из больницы** | * Был ли правильным диагноз при выписке (эпикриз)?
* Был ли адекватным срок выписки из больницы?
* Был ли четко указан адекватный порядок дальнейшего ведения пациентки после выписки? Осуществлялось ли в дальнейшем ведение пациентки в соответствии с назначением?
 |
| **6. Информация в медицинской карте** | * Была ли адекватной информация в медицинской карте? (пожалуйста, укажите конкретную информацию, которая должна была быть занесена в медкарту, но это не было сделано).
* Была ли информация в медкарте полной? (пожалуйста, укажите конкретную информацию, которая была пропущена)
 |
| **7. Другое** | * Возможно, некоторые элементы процесса оказания медицинской помощи не могут быть сгруппированы согласно вышеуказанными пунктам. Их можно перечислить в главае «Другое».
 |

*Внедрение цикла Анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара. http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2016/conducting-a-maternal-near-miss-case-review-cycle-at-hospital-level-2016.*

**ПРИЛОЖЕНИЕ 6.**

**Категории факторов, которые могут влиять на качество помощи**

Координатор и команда АКС 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** | * 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.)
	+ 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

Обратите внимание, что вышеперечисленные факторы относятся ко всем типам персонала больницы, задействованного в процессе оказания медицинской помощи, независимо от должности. Например, причиной серьезной задержки в проведении ключевых медицинских мероприятий может быть сочетание небольших задержек на различных этапах процесса лечения, выполняемых различным персоналом. Важно отметить, к какой из различных категорий сотрудников имеет отношение каждая из указанных проблем (например, недостаточные навыки для работы с определенными осложнениями, задержки в реагировании и т.д.). |
| **2. Оборудование** | * 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

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. |
| **3. Лекарства**  | * 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** | * Наличие: протоколы лечения, регулирующие различные элементы медицинской помощи, не готовы или не получены от организаций более высокого уровня
* Доступность: протоколы имеются, но не вывешены на видном месте в соответствующих отделениях больницы (в родильном зале, в операционной и т.д.)
* Правильность использования: протоколы доступны, но им не следовали (это может быть связано также с отсутствием необходимого обучения и контроля)
 |
| **5. Организация медицинской помощи**  | * Недостатки (и сильные стороны) организации медицинской помощи могут быть причиной и способствовать возникновению многих из вышеперечисленных факторов. Например,

– 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**  | * 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
 |

*Внедрение цикла Анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара. http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2016/conducting-a-maternal-near-miss-case-review-cycle-at-hospital-level-2016.*

## ПРИЛОЖЕНИЕ 7

## Предложения по составлению отчетности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ТИП ОТЧЕТА:** | **О ЧЕМ ОТЧИТЫВАТЬСЯ** | **КОМУ** |
| Каждый критический случай  | * Обзор случая
* Интервью женщины
* Все заполненные формы анализа критического случая (в том числе, ответы на вопросы «Почему? Но почему?» и рекомендации)
 | * Завести папку и хранить ее в медицинском учреждении в надежном месте
* Рассмотреть возможность использования журнала с

ключевой информацией (номер случая, дата, тип, рекомендация, записи) |
| Внутренний отчет на уровне медицинского учреждения(один-два раза в год)  | * Число сессий
* Типы критических случаев
* Сотрудники, принимавшие участие в заседании
* Число и тип согласованных рекомендаций
* Число и тип выполненных рекомендаций
* Другие достижения (например, результаты здравоохранительных мероприятий и др.)
* Ограничения
 | * Все сотрудники больницы, участвующие на любом уровне в оказании помощи матерям и новорожденным детям
 |

*Внедрение цикла Анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара. http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2016/conducting-a-maternal-near-miss-case-review-cycle-at-hospital-level-2016.*

## ПРИЛОЖЕНИЕ 8.

## Перечень основных индикаторов мониторинга (пример)

|  |  |
| --- | --- |
| **ФОРМА ОТЧЕТНОСТИ ПО АКС НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА**  |  |
| **Наименование учреждения:** **Период мониторинга (обычно каждые полгода-год):**  |  |
| **ИНДИКАТОР** | **ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ** |
| **Процесс**► Число сессий АКС за данный период По крайней мере, две акушерки, участвующие в каждой сессии Доля сессий АКС, в ходе которых использовалась информация по итогам интервью женщины (или родственников)  | 12 за 1 год\*Да По крайней мере 85% |
| **Описание случаев** Типы критических случаев (по категориям заболеваний) | целевой показатель по оценке эксперта\*\* |
| **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
 | целевой показатель по оценке эксперта\*\* |

|  |  |
| --- | --- |
| **ФОРМА ОТЧЕТНОСТИ ПО АКС НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА**  |  |
| **Наименование учреждения:** **Период мониторинга (обычно каждые полгода-год):**  |
| **Разработка рекомендаций** ► Число разработанных рекомендаций для определенного стационара Число разработанных рекомендаций для определенного стационара по категориям * Персонал
* Лекарственные препараты
* Оборудование
* Протоколы
* Организация и администрирование
* Права женщин: на эффективную коммуникацию, эмоциональную поддержку, уважение и достоинство

Число разработанных рекомендаций для национального/ регионального уровня Доля разработанных рекомендаций для национального/ регионального уровня, по категориям * Персонал
* Лекарственные препараты
* Оборудование
* Протоколы
* Организация и администрирование
* Права женщин: на эффективную коммуникацию, эмоциональную поддержку, уважение и достоинство
 | По крайней мере, 2 для каждой сессии АКС  целевой показатель по оценке эксперта\*\*Максимум 10% от всех рекомендаций Экспертная оценка\* |
| **Выполнение рекомендаций** ► Доля рекомендаций, выполненных в полной мере ► Доля рекомендаций, выполненных частично |  По крайней мере, 70%  По крайней мере, 80% |
| Доля выполненных рекомендаций в полной мере и частично, по категориям

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ВСЕГО  | В ПОЛНОЙМЕРЕ | ЧАСТИЧНО  |
| Персонал  |  |  |  |
| Лекарственные препараты |  |  |  |
| Оборудование |  |  |  |
| Протоколы |  |  |  |
| Организация и администрирование  |  |  |  |
| Права женщин  |  |  |  |

 |  Экспертная оценка\* |

Примечание:

Основные предлагаемые индикаторы отмечены символом “ ► ”

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

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

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

## ПРИЛОЖЕНИЕ 9.

## Список вопросов для оценки качества цикла АКС на уровне стационара,

## матрица для разработки местных рекомендаций

|  |
| --- |
| **Список вопросов для оценки качества цикла АКС на уровне стационара и матрица для разработки местных рекомендаций** |
| Название медицинского учреждения Дата |
| **ИНСТРУКЦИИ** Источники информации: * Непосредственное наблюдение и оценка сессии АКС
* Обсуждение с участниками сессии
* Обсуждение с координаторами АКС и руководящим персоналом
* Документы сессий АКС:
	+ Документы/ протоколы сессий: шаблоны, краткие описания клинических случаев, краткие результаты опроса пациенток и других лиц (членов семьи); документация, касающаяся рекомендаций и их выполнения; другая соответствующая документация (фото и т.д.)
* Другие соответствующие документы:

Национальные документы:* + Национальные стратегии и методические документы;
	+ Национальные клинические руководства;
	+ Национальные документы, связанные с обеспечением качества, мониторинга и кураторства;

 – Национальные сводные отчеты о внедрении АКС.Местные документы:* + Региональные/ местные стратегии и методические документы;
	+ Местные клинические протоколы и стандарты оказания помощи;
	+ Местные документы, связанные с обеспечением качества, мониторинга и кураторства;

– Местные сводные отчеты.Ссылка: для всех ключевых элементов справочным материалом является руководство ВОЗ «Как внедрить цикл АКС на уровне стационара».Метод подсчета баллов: 1. Оцените каждый отдельный элемент следующим образом: Оценка 0 = совершенно неприемлемое качество; Оценка 1 = серьезные проблемы; Оценка 2 = некоторые недостатки; Оценка 3 = приемлемое качество.
2. В голубой строке укажите среднее арифметическое баллов, присвоенных каждому из основных элементов в группе. Это оценка для данной группы элементов.
 |
|  | **БАЛЛЫ** | **Примечания**  |
| ВНУТРЕННЯЯ ОРГАНИЗАЦИЯ/ ПОДГОТОВКА |  |  |
| 1. Существует письменно оформленная местная процедура проведения цикла АКС. |  |  |
| 2. Руководство оказывает достаточную поддержку. |  |  |
| 3. Встречи проводятся регулярно. |  |  |
| 4. Каждая встреча имеет достаточную продолжительность. |  |  |
| 5. Для участия в сессии АКС приглашаются все ключевые сотрудники, участвовавшие в ведении критического случая. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | БАЛЛЫ | Примечания  |
| 6. Участие в сессии АКС сотрудников, которые не были задействованы в ведении критического случая, строго ограничено (и обосновано). |  |  |
| 7. Все необходимые материалы подготавливаются до сессии.  |  |  |
| ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОТБОР СЛУЧАЕВ ДЛЯ АКС |  |  |
| 8. Используется согласованное определение критического случая (единое по всей 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” |  |  |
|  | БАЛЛЫ | Примечания  |
| 21. В ходе анализа клинического случая фактическое ведение клинического случая сопоставляется с соответствующими документами (клинические руководства, протоколы и стандарты). |  |  |
| 22. Выявляются и документируются положительные аспекты в оказании помощи («что мы сделали хорошо/ правильно»).  |  |  |
| 23. Сотрудников хвалят за позитивные аспекты в оказании помощи. |  |  |
| 24. Критические аспекты в оказании помощи («что пошло не так») надлежащим образом выявляются; при этом внимание уделяется наиболее важным проблемам («дойти до сути»).  |  |  |
| 25. Реальные причины, лежащие в основе оказания некачественной помощи («Почему? Но почему?») выявляются, обсуждаются и документируются. |  |  |
| 26. Фасилитатор обеспечивает соблюдение основных правил, выполнение всех стадий сессии и ведение записей.  |  |  |
| 27. В анализе ведения критического случая активно и открыто участвует персонал всех типов и должностей (включая 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 распределение 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 акушерок и медсестер) активно и открыто участвует в процессе. |  |  |
| 39. Рекомендации документируются (с использованием шаблонов).  |  |  |
| ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ  |  |  |
| 40. Согласованные рекомендации выполняются (минимум на 75%). |  |  |
| 41. Руководители/ местные административные органы здравоохранения активно поддерживают выполнение рекомендаций. |  |  |
| 42. Выполнение рекомендаций документируется (с использованием шаблона). |  |  |
| СЕССИЯ АКС: КОНТРОЛЬ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ |  |  |
| 43. Сессия АКС начинается с контроля выполнения рекомендаций, принятых по итогам предыдущей сессии. |  |  |
| 44. В том случае, если согласованные меры не были приняты, обсуждаются причины и формулируется новая рекомендация с указанием ответственных лиц и сроков исполнения.  |  |  |
| ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ ЦИКЛА АКС И ЭФФЕКТИВНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ - НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА |  |  |
| 45. Для каждого критического случая заводится папка, в которой хранится вся основная документация, включая стадию принятия дальнейших мер (см. пособие); критические случаи регистрируются в журнале.  |  |  |
| 46. На уровне стационара соответствующая краткая информация, касающаяся цикла АКС (с соблюдением конфиденциальности) регулярно распространяется и обсуждается среди сотрудников, руководителей и органов здравоохранения (см. пособие). |  |  |
| 47. Координаторами АКС в стационаре обеспечивается эффективное донесение ключевой информации до уровня национального координатора(ов). |  |  |
| ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЦИКЛА АКС |  |  |
| 48. Местная команда эффективно сотрудничает с национальным/ региональным координатором.  |  |  |
| 49. Запланированы периодические оценки качества АКС.  |  |  |
| 50. Предыдущие рекомендации, сформулированные по результатам оценки качества АКС, приняты во внимание и воплощены в конкретные действия.  |  |  |

### ТАБЛИЦА РЕЗУЛЬТАТОВ

|  |
| --- |
| ОСНОВНЫЕ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ: 1.2.3. 4.  |
| ОСНОВНЫЕ НЕДОСТАТКИ:1.2.3. 4.  |
| КОММЕНТАРИИ:1.2.3. 4.  |

*Внедрение цикла Анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара. http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2016/conducting-a-maternal-near-miss-case-review-cycle-at-hospital-level-2016.*

**ПРИЛОЖЕНИЕ 10.**

**Форма ежеквартального/ежегодного отчета**

**Период \_\_\_\_\_ квартал 2018\_\_\_г.**

**\* данные заполняются с нарастанием**

1. Наименование медицинской организации

|  |
| --- |
|  |

2. Ответственный за аудит критических случаев:

|  |
| --- |
| Ф.И.О., специальность и должность:  |

3. По каким критериям вы выбираете случай для обсуждения связанный с кровотечением?

|  |
| --- |
| 1. 2. |

 4. По каким критериям вы выбираете случай для обсуждения связанный с преэклампсией тяжелой степени/эклампсии?

|  |
| --- |
| 1.2. |

5. По каким критериям вы выбираете случай для обсуждения связанный с сепсисом?

|  |
| --- |
| 1.2. |

6. Члены команды аудита критических случаев (АКС), какие у них роли в АКС и должности в вашей организации?

|  |
| --- |
| ***ПРИМЕР*** |
| № | ФИО | Роль в команде АКС | Должность  |
| 1 |  | Ответственный |  |
| 2 |  | Секретарь |  |
| 3 |  | Член команды |  |
| 4 |  | Член команды |  |
| 5 |  | Член команды |  |
| 6 |  | Член команды |  |
| 7 |  | Член команды |  |
| 8 |  | Интервьюер, психолог |  |

7. Сколько раз проводили заседаний АКС за отчетный период и какие случаи обсуждали? \*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Кровотечение | Сепсис | Преэклампсия тяжелой степени | Эклампсия |
| Количество заседания за отчетный период? |  |  |  |  |

\* данные заполняются с нарастанием

8. Количество критических случаев за отчетный период? 11

\* данные заполняются с нарастанием

|  |
| --- |
| Количество критических случаев \_\_\_Критических кровотечений было\_\_\_Критических преэклампсии тяжелой степени было\_\_Эклампсии было \_\_\_Сепсис или инфекционно-токсических осложнений было\_\_ |

9. Какие у вас индикаторы мониторинга АКС?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Кровотечение | Преэклампсия тяжелой степени | Эклампсия | Сепсис |
| Индикатор 1 |  |  |  |  |
| Индикатор 2 |  |  |  |  |
| Индикатор 3  |  |  |  |  |

10. Напишите индикаторы мониторинга в динамике по нарастающей

Пример:

Индикаторы мониторинга кровотечения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 кв | 2 кв | 3 кв | 4 кв |
| Количество кровотечений |  |  |  |  |
| Количество кровотечений более 2л |  |   |  |  |
| Количество гистероэктомий |  |  |  |  |
| Кол-во … |  |  |  |  |

\* данные заполняются с нарастанием

11. Какие у вас есть трудности в проведении АКС? Если есть, перечислите

|  |
| --- |
| 1.2. |

12. Какие практические рекомендации внедрились в вашей организации и что изменилось в вашей практике?

|  |
| --- |
| 1.2. |

13. Какие практические рекомендации не внедрились в вашей организации? Почему?

|  |
| --- |
| 1.2. |

14. предложения и замечания.