



Всемирная
организация здравоохранения

Важен каждый ребенок

Аудит и анализ случаев
мертворождения
и неонатальной смерти



WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths.

1.Perinatal Death. 2.Stillbirth. 3.Infant Mortality. 4.Infant, Newborn. 5.Epidemiological Monitoring. I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 151122 3 (NLM classification: WQ 225)

© **Всемирная организация здравоохранения, 2016 год**

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) либо могут быть приобретены в Отделе публикаций ВОЗ по адресу: WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int).

Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – как для продажи, так и для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел публикаций ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района, их правительств или делимитации их границ. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте, или рекомендует их к использованию. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако публикуемый материал распространяется без каких-либо гарантий, явно выраженных или подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование данного материала несет читатель. Ни при каких обстоятельствах Всемирная организация здравоохранения не несет ответственности за ущерб, возникший в результате его использования.

Отпечатано в Отделе подготовки документов ВОЗ, Женева, Швейцария

Дизайн Inís Communication – www.iniscommunication.com

Важен каждый ребенок

Аудит и анализ случаев
мертворождения
и неонатальной смерти



Всемирная
организация здравоохранения

Содержание

Список сокращений	1
Выражение признательности	2
Предисловие	4
Резюме	6
Глава 1. Первые шаги	10
1.1 О чем идет речь в настоящем Руководстве?	11
1.2 В чем важность настоящего Руководства?	12
1.3 Для кого предназначено настоящее Руководство?	13
1.4 Какие цели стоят перед Руководством?	14
1.5 Что входит в настоящее Руководство?	14
Глава 2. Определения и классификация	16
2.1 Замечания по поводу терминологии	17
2.2 Определения смертельного исхода	18
<i>Определение и временные рамки мертворождений</i>	<i>18</i>
<i>Определение и временные рамки неонатальной смерти</i>	<i>19</i>
2.3 Медицинские причины смерти	21
<i>Классификация причин мертворождения и неонатальной смерти</i>	<i>21</i>
2.4 Сбор минимального набора перинатальных индикаторов	23
2.5 Факторы, поддающиеся изменению	25
Глава 3. Аудит случаев смерти, имевших место в медицинских учреждениях	28
3.1 Создание системы	29
3.2 Шесть шагов по внедрению и проведению цикла аудита смертности	31
<i>Шаг 1. Выявление подлежащих анализу случаев</i>	<i>31</i>
<i>Шаг 2. Сбор информации</i>	<i>34</i>
<i>Шаг 3. Анализ информации</i>	<i>36</i>
<i>Шаг 4. Предложение решений</i>	<i>38</i>
<i>Шаг 5. Осуществление изменений</i>	<i>40</i>
<i>Шаг 6. Оценка и корректировка процесса</i>	<i>41</i>
Глава 4. Проведение аудита случаев смерти в общинах	44
4.1 Важность анализа случаев смерти в общинах и реагирования на них	45
4.2 Создание системы	45
<i>Идентификаторы-информаторы</i>	<i>45</i>
<i>Контролеры</i>	<i>46</i>
<i>Передача информации</i>	<i>47</i>

4.3 Шесть шагов цикла аудита смертности применительно к общине	48
<i>Шаг 1. Выявление подлежащих анализу случаев</i>	48
<i>Шаг 2. Сбор информации</i>	51
<i>Шаг 3. Анализ информации</i>	53
<i>Шаг 4. Предложение решений</i>	54
<i>Шаги 5 и 6. Осуществление изменений, оценка и корректировка процесса</i>	55
Глава 5. Создание среды, благоприятствующей изменениям	58
5.1 Создание среды, благоприятствующей изменениям ситуации	59
5.2 Вопросы правового и этического характера	59
<i>Правовая защита</i>	59
<i>Доступ к информации</i>	60
<i>Использование результатов</i>	60
<i>Вопросы этического характера</i>	61
5.3 Разработка и распространение политики и руководящих указаний	61
5.4 Подготовка сотрудников, постоянный контроль и руководство	62
Глава 6. Расширение масштабов аудита в целях повышения качества и улучшения медицинского обслуживания	64
6.1 Переход с уровня отдельных медицинских учреждений на региональный и национальный уровни	65
6.2 Систематизация данных и их увязка с существующей информационной инфраструктурой	67
6.3 Получение необходимых средств и логистической поддержки	69
Заключение	69
Литература	71
Приложения	76
Приложение 1. Форма учета случаев мертворождения и неонатальной смерти	77
Приложение 2. Сводная ведомость рождений и смертей	
Приложение 3. Минимальный набор перинатальных индикаторов, подлежащих сбору при всех случаях рождения и перинатальной смерти	87
Приложение 4. Подходы к классификации факторов, поддающихся изменению	92
Приложение 5. Создание руководящего комитета по проведению аудита смертности	97
Приложение 6. Образец декларации о соблюдении правил проведения совещаний по аудиту смертности	98
Приложение 7. Образец расчетов для подготовки отчетности	99
Приложение 8. Аудит случаев мертворождения и неонатальной смерти – форма протокола совещания и плана действий	100
Приложение 9. Шаги по созданию системы аудита смертности в отношении случаев мертворождения и неонатальной смерти	103
Приложение 10. Инструмент проведения вербальной и социальной аутопсии для учета случаев мертворождения и неонатальной смерти в общине	105

Список сокращений

ВА	вербальная аутопсия (опрос членов семьи и очевидцев об обстоятельствах смерти)
ВАЗ	Всемирная ассамблея здравоохранения
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
МКБ-10	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра
МКБ-МС	Применение ВОЗ Международной классификации болезней-10 к случаям смерти в период беременности, родов и в послеродовой период (МКБ – материнская смертность публикация ВОЗ)
МКБ-ПС	Применение ВОЗ Международной классификации болезней-10 к случаям смерти в перинатальный период (МКБ – перинатальная смертность) (публикация ВОЗ)
ОМСР	общинный медико-санитарный работник
ПВПП	Программа выявления перинатальных проблем
ПДЖКН	план действий "За жизнь каждого новорожденного"
РАГССЕДН	система регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения
СМДЖ	партнерство "Спасая матерей, давая жизнь"
СУИЗ	система управленческой информации в области здравоохранения
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
ЭМСОМ	эпиднадзор за материнской смертностью и принятие ответных мер

Выражение признательности

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выражает признательность техническим экспертам и представителям ряда организаций за их вклад в подготовку Руководства.

Kate Kerber подготовила первый вариант настоящего Руководства по аудиту и анализу случаев мертворождения и неонатальной смерти и оказывала помощь в процессе его рецензирования, внесения исправлений и окончательной редактуры. Evelyn Twentyman, Florina Serbanescu и Diane Morof из Центров по контролю и профилактике болезней (ЦКПБ) Соединенных Штатов подготовили проект главы 4 о проверке случаев мертворождения и неонатальной смерти в общинах, а также разработали инструмент проведения вербальной и социальной аутопсии (Приложение 10).

ВОЗ выражает благодарность за их вклад экспертам, принявшим участие в рецензировании настоящего Руководства и сопутствующего инструментария в рамках технических консультаций, состоявшихся в сентябре 2015 г. в Монтрё, Швейцария: Emma Allanson, Mamuda Aminu, Anthony Costello, Louise Day, Luc De Bernis, Joseph De Graft-Johnson, Ashok Deorari, Kim Dickson, Pablo Duran, J.J. Erwich, Karima Gholzbhouri, Priya Mannava, Matthews Mathai, Jiji Elizabeth Mathews, Rintaro Mori, Naho Morisaki, Assumpta Muriithi, Victoria Nakibuuka, Pius Okong, Bob Pattinson, Cynthia Pileggi Castro, Neena Raina, Nathalie Roos, Hattie Ruysen, Heather Scott, Florina Serbanescu, João Paulo Souza, Nguyen Thi Luong, Niranjana Thomas, Evelyn Twentyman, Nynke Van Den Broek, Donna Vivio и Martin Weber.

ВОЗ также выражает благодарность следующим экспертам, внесшим вклад в подготовку последующих проектов Руководства и инструментария: Hannah Blencowe, Eckhart Buchmann, Alexandre Dumont, Vicky Flenady, Joy Lawn, Gwyneth Lewis, Diane Morof, Natasha Rhoda и Özge Tuncalp Mingard.

Для оценки его результативности, эффективности и удобства в использовании предварительный вариант Руководства был протестирован в четырех странах. ВОЗ благодарит за полезные отклики участников пилотного тестирования Руководства на местах:

- Бутан: Национальный лечебно-диагностический центр, Тхимпху; больница общего профиля Пхуентсхолинг, Чукха; больница Паро, Паро;
- Нигерия: Федеральный медицинский центр, Локоджа, штат Эбонийи; Федеральная базовая больница, Абакалики, штат Эбонийи; госпиталь ECWA, Эгбе; Окружной госпиталь Маитама, Абуджа; базовая больница Университета Абуджи, Гвагвалада;
- Молдова: Кишиневский муниципальный центр перинатальной помощи и перинатальные центры трех районов – Бельцкого, Кагульского и Оргеевского;
- Уганда: Региональный лечебно-диагностический центр Форт-Портала; госпиталь Кабароле; госпиталь Вирики; госпиталь Кьенджоджо; Медицинский центр IV Какумиро (регион Кобаале); Медицинский центр IV Какиндо (регион Кобаале); госпиталь Кагади (регион Кобаале); Медицинский центр IV Кобаале (регион Кобаале).

Кроме того, ценный вклад в подготовку Руководства внесли участники 35-й ежегодной конференции по приоритетным проблемам перинатальной помощи, проходившей в Бела-Бела, провинция Лимпопо, Южная Африка, в марте 2016 г.

ВОЗ выражает также благодарность за помощь фонду CDC, альянсу "Спасем детей", Детскому фонду Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Фонду Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА).

Выражаем признательность за финансовую помощь Агентству Соединенных Штатов по международному развитию (ЮСАИД).

Координацию подготовки настоящего Руководства в рамках ВОЗ осуществляли Matthews Mathai и Nathalie Roos, помощь которым оказывали Emma Allanson, Larisa Boderscova, Anthony Costello, Pablo Duran, Karima Gholbuzairi, Priya Mannava, Assumpta Muriithi, Neena Raina, Martin Weber и Wilson Were.

Предисловие

Беременность – это время больших ожиданий для всех будущих родителей и их семей, мечтающих о том, как они будут растить и любить здорового ребенка. Все время, пока желанный ребенок находится в чреве матери, родители думают и мечтают о том, каким он будет и какое будущее его ждет. Появление на свет мертворожденного младенца или его смерть на последних стадиях беременности, во время родов или вскоре после них – это безмолвная трагедия для матерей, отцов и семей по всему миру.

День родов – это потенциально самый опасный день и для матери, и для ее ребенка. За последние два десятилетия удалось добиться существенного снижения показателей неонатальной смертности, однако до сих пор ежегодно регистрируется примерно 2,7 млн. случаев смерти новорожденных и 2,6 млн. случаев мертворождения. Большинство этих смертей можно было бы избежать в случае оказания высококвалифицированной, основанной на фактических данных помощи до и во время беременности, во время родовой деятельности и родового акта и в критически важные часы и дни после родов.

Постоянно растет число стран, в которых ведется сбор данных, позволяющих точнее оценить бремя мертворождаемости и неонатальной смертности. Вместе с тем в большинстве стран, особенно там, где эти показатели наиболее высоки, существует необходимость в повышении эффективности систем регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения (РАГССЕДН) для учета всех случаев рождения и смерти и определения причины смерти. Большинство случаев мертворождения и половина случаев неонатальной смерти не регистрируются, и свидетельства о смерти не выписываются. Совершенствование систем предоставления информации о факте рождения или неонатальной смерти – это вопрос прав человека и предпосылка к снижению показателей мертворождаемости и неонатальной смертности.

Подсчитывая число мертворождений и смертей новорожденных, собирая информацию о том, где и почему эти смерти имели место, а также пытаясь разобраться в том, какие факторы послужили их причиной и как их можно было бы избежать, работники здравоохранения, руководители программ, чиновники и политики могут помочь предотвратить новые смерти и горе родителей и повысить качество помощи, предоставляемой системой здравоохранения.

Настоящее Руководство призвано помочь медицинским учреждениям и странам в целом в создании системы, позволяющей облегчить бремя мертворождаемости и неонатальной смертности. Так же, как система эпиднадзора за материнской смертностью и принятия ответных мер (ЭМСОМ) помогает покончить с предотвратимой материнской смертностью, настоящее Руководство и соответствующий инструментарий оказывают поддержку в выявлении случаев, сборе информации и анализе полученных данных, чтобы на их основе дать рекомендации о мерах по повышению качества медицинской помощи и внесению изменений в непрерывный цикл проведения оценки и принятия ответных мер. Руководство предлагает не создавать новую систему, а опираться на уже существующие. Этот подход соответствует двум из пяти задач, поставленных в плане действий "За жизнь каждого новорожденного" (ПДЖКН): **Стратегическая задача 2 – Повысить качество ухода за матерями и новорожденными** и **Стратегическая задача 5 – Обеспечить учет каждого новорожденного путем оценки, отслеживания хода осуществления программ и подотчетности в целях сбора данных для принятия решений и последующей деятельности.**

Настало время признать, что важен каждый ребенок, и предотвращать будущие трагедии, анализируя случаи предотвратимых смертей и принимая эффективные ответные меры в этой области.



Д-р Flavia Bustreo, Помощник Генерального
директора Всемирной организации
здравоохранения по вопросам здоровья семьи,
женщин и детей, Всемирная организация
здравоохранения

Резюме

Более тщательное ведение учета и более глубокое понимание причин смертей – это ключевое условие решения проблемы бремени 2,7 млн. случаев смерти новорожденных¹ и 2,6 млн. случаев мертворождения, которые, по оценкам, происходят ежегодно. На сегодняшний день половина новорожденных в мире не имеет свидетельства о рождении, а в большинстве случаев неонатальной смерти и почти во всех случаях мертворождения свидетельство о смерти не выписывается, не говоря уж о предоставлении информации о причинах и контекстуальных факторах, вызвавших эти смерти². Многие страны не обладают достаточным потенциалом для учета случаев смерти новорожденных за пределами учреждений здравоохранения – в первую очередь это касается стран, где рождение детей не регистрируется, и лишь очень немногие страны располагают системами отслеживания случаев мертворождения, хотя потребность в данных такого рода растет. Согласованная информация о характере и причинах смерти необходима для планирования работы систем здравоохранения и для распределения ресурсов, а также для повышения качества ухода в пунктах оказания соответствующих услуг.

Национальные и региональные оценки количества смертей и их причин полезны, но не отражают всей картины в целом³. Расследование отдельных случаев смерти позволяет выявить глубинные причины, обусловившие такой исход, и понять, что необходимо сделать, чтобы предотвратить аналогичные случаи в будущем. Большинство мертворождений, особенно произошедших в интранатальный период, и три четверти случаев смерти новорожденных на самом деле могут быть предотвращены⁴.

Аудит смертности – это процесс сбора информации о количестве и причинах мертворождений и смертей новорожденных, а затем – выявления конкретных случаев для проведения систематического критического анализа качества полученной помощи, с применением не предусматривающего обвинений междисциплинарного подхода в целях улучшения качества помощи, оказываемой всем матерям и младенцам. Такой аудит представляет собой хорошо разработанный механизм изучения обстоятельств каждой смерти, в том числе любых сбоев в системе оказания медицинской помощи, которые можно было бы предотвратить. Применение цикла аудита в отношении обстоятельств смерти – это хорошо зарекомендовавшая себя стратегия повышения качества, которая позволяет выявить недостатки в системе медицинского обслуживания на местном, равно как и на районном или национальном, уровне и в конечном итоге способствовать усовершенствованию системы регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения (РАГССЕДН) и улучшению качества медицинской помощи в целом.

Эту процедуру многие страны уже используют в форме эпиднадзора за материнской смертностью и принятия ответных мер (ЭМСОМ)⁵. Проведение эпиднадзора является

¹ Child mortality estimates. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2015 (<http://www.childmortality.org/index.php?r=site/index>, accessed 22 February 2016).

² Lawn JE, Blencowe H, Oza S, You D, Lee ACC, Waiswa P et al.; for The Lancet Every Newborn Study Group. Progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*. 2014;384(9938):189–205. doi:10.1016/S0140-6736(14)60496-7.

³ Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C et al. National, regional and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016;4(2):e98–e108. doi:10.1016/S2214-109X(15)00275-2.

⁴ Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014;384(9940):347–70. doi:10.1016/S0140-6736(14)60792-3.

⁵ Maternal death surveillance and response: technical guidance information for action to prevent maternal death. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87340/1/9789241506083_eng.pdf).

одной из ключевых стратегий сбора точной информации, связанной с рутинной для систем здравоохранения практикой регистрации количества материнских смертей, обстоятельств и причин смерти женщин, а также изменений, которые необходимо произвести для предотвращения подобных смертей в будущем. Рутинный процесс выявления случаев смерти и своевременного уведомления о них – это непрерывный цикл действий, обеспечивающих взаимосвязанное повышение качества на всех уровнях – от местного до общенационального. Хотя период наивысшего риска один и тот же для женщин и их новорожденных детей и нередко помощь им оказывают одни и те же медицинские работники, данных о случаях мертворождения и неонатальной смерти собирается меньше, чем о случаях материнской смерти. Даже базовая информация о каждом случае рождения и смерти носит ограниченный характер, а практика анализа отдельных случаев смерти не получила широкого распространения.

В выпускаемой одновременно с настоящим документом публикации ВОЗ *The WHO application of ICD-10⁶ to deaths during the perinatal period: ICD-PM (ICD-perinatal mortality)* ("Применение ВОЗ Международной классификации болезней-10 к случаям смерти в перинатальный период") (МКБ – перинатальная смертность) предлагается новая система классификации причин смерти, цель которой – увязать там, где это возможно, случаи мертворождения и неонатальной смерти с определенными состояниями здоровья матерей таким образом, чтобы эту систему можно было последовательно использовать во всех ситуациях, обеспечивая стандартизацию и увеличение объемов данных о причинах смерти в критически важный период рождения ребенка⁷.

Настоящее Руководство "Важен каждый ребенок: аудит и анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти" и сопроводительный инструментарий предназначены для использования в самых разных звеньях системы здравоохранения, от немногих заинтересованных специалистов в отдельных медицинских учреждениях до общенациональных программ, охватывающих все медицинские учреждения и сообщества. Этот инструментарий (включенный в качестве приложений в настоящий документ) использует упрощенную версию МКБ-ПС как средство организации аудита в условиях недостаточности ресурсов, с возможностью более подробной классификации там, где это практически осуществимо.

Следует сказать несколько слов о терминологии, используемой в настоящем документе. Хотя к перинатальному периоду, в соответствии с его определением в МКБ-10, относят случаи антенатального и интранатального мертворождения, а также случаи смерти в ранний неонатальный период (случаи смерти, произошедшие в течение первых семи дней жизни), в настоящем Руководстве термин "перинатальный" применяется в несколько более широком значении – в отношении перинатального периода продолжительностью до четырех недель после родов и, соответственно, включающего и случаи смерти в поздний неонатальный период (случаи смерти, произошедшие в течение первых 8–28 дней внеутробной жизни).

Кроме того, некоторые пользователи знакомы с применением термина "аудит" в отношении смертей и смертности, тогда как другим в большей степени известен термин "анализ" в том смысле, в котором он применяется в контексте ЭМСОМ⁸. По мнению экспертов, участвовавших в подготовке настоящего Руководства, приемлемы оба термина, и поэтому во многих разделах Руководства они, по существу, заменяют друг друга.

⁶ ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision

⁷ The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. Geneva: World Health Organization; 2016.

⁸ WHO, 2013, op cit.

Компоненты системы аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти

В основу структуры настоящего Руководства положены ключевые компоненты, необходимые для создания системы аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти.

- **В главе 1** приводятся общие обоснования проведения аудита и, в частности, разработки настоящего Руководства.
- **В главе 2** рассматриваются вопросы определений и классификации причин смерти, а также приводятся примеры различных систем классификации поддающихся изменению факторов, имеющих отношение к случаям смерти или крайне тяжелым случаям.
- **В главе 3** описаны шесть шагов, необходимых для внедрения и проведения цикла аудита смертности на уровне медицинского учреждения:
 - создание системы;
 - сбор информации;
 - анализ информации;
 - предложение решений;
 - внедрение изменений; и
 - оценка и корректировка процесса.
- **В главе 4** предлагается обзор мер по включению смертей, имевших место в общинах, в действующую систему аудита на базе медицинского учреждения.
- **В главе 5** подчеркивается важность создания обстановки, благоприятствующей успешному проведению аудита, и рассматриваются пути создания условий, способствующих осмысленной практике.
- **В главе 6** приводится информация о распространении действия системы аудита смертности от отдельных учреждений до сети таких учреждений регионального или национального уровня, в том числе о ее увязке с системами регистрации актов гражданского состояния и общинными системами эпиднадзора.

В качестве приложений к настоящему Руководству приводятся следующие инструменты, формулы и дополнительные ресурсы. Инструменты и формулы снабжены инструкциями, и в них можно вносить изменения с учетом местных условий.

- Приложение 1. Форма учета случаев мертворождения и неонатальной смерти
- Приложение 2. Сводная ведомость рождений и смертей
- Приложение 3. Минимальный набор перинатальных индикаторов, подлежащих сбору при всех случаях рождения и перинатальной смерти
- Приложение 4. Подходы к классификации факторов, поддающихся изменению
- Приложение 5. Создание руководящего комитета по проведению аудита смертности
- Приложение 6. Образец декларации о соблюдении правил проведения совещаний по аудиту смертности
- Приложение 7. Образец расчетов для подготовки отчетности
- Приложение 8. Аудит случаев мертворождения и неонатальной смерти – форма протокола совещания и плана действий
- Приложение 9. Шаги по созданию системы аудита смертности в отношении случаев мертворождения и неонатальной смерти
- Приложение 10. Инструмент проведения вербальной и социальной аутопсии для учета случаев мертворождения и неонатальной смерти в общине.

Основные положения настоящего Руководства

- Аудит случаев мертворождения и неонатальной смерти требует сбора базовой информации обо всех событиях рождения и смерти, а также проведения более углубленного анализа критически важных факторов, имевших место в отдельных случаях, в целях определения и реализации мер по улучшению качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным.
- Истинный масштаб проблемы мертворождаемости и неонатальной смертности слишком долго оставался неизвестным и, соответственно, замалчивался. Повышение качества измерения является первым шагом к пониманию того, в каких именно областях необходимо принимать меры.
- Существует возможность создать систему оценки масштаба проблемы мертворождаемости и неонатальной смертности, в том числе тенденций изменения количества и причин смертей, при этом полученные данные следует использовать для принятия мер на соответствующем уровне.
- Эти данные могут быть использованы для обеспечения ответственности за полученные результаты и побуждения лиц, ответственных за принятие решений, уделять должное внимание проблеме мертворождаемости и неонатальной смертности и принимать меры к ее решению. Активистам и местным лидерам следует возглавить процесс проведения обзора и проверки и принимать, исходя из полученной информации, действенные меры.
- Помимо руководства, для создания условий, благоприятствующих критическому изучению сложившегося положения дел, необходимы соответствующие механизмы защиты, правового и иного характера.
- Для того чтобы приступить к анализу смертности, требуется немногое. Тем, кто намерен этим заниматься, необходимо только изучить имеющийся опыт и в случае необходимости внести коррективы в существующие подходы.

1

Первые
шаги



1.1 О чем идет речь в настоящем Руководстве?

Своевременное предоставление достоверных данных о количестве смертей и их причинах тем, кому эти данные необходимы для принятия решений, является важнейшим условием планирования и оказания услуг здравоохранения (1). Системный анализ тенденций смертности и факторов, приводящих к смерти, может способствовать выявлению системных сбоев и обеспечивать информацию для принятия на местах решений по устранению недостатков в системе предоставления услуг. Установлено, что процесс аудита смертности и принятия ответных мер оказывает более существенное воздействие на практику медицинского обслуживания и ее результаты, нежели другие стратегии повышения качества, прежде всего там, где процесс аудита предусматривает наличие плана действий и четких целевых показателей, а также там, где имеется больше возможностей для улучшения положения дел во всех секторах и на всех уровнях (2).

Система эпиднадзора за материнской смертностью и принятия ответных мер (ЭМСОМ) становится все более популярной стратегией сбора данных, связанной с рутинной для систем здравоохранения практикой регистрации количества материнских смертей, обстоятельств и причин смерти этих женщин, а также изменений, которые необходимо осуществлять для предотвращения подобных смертей в будущем (1, 3). Рутинный процесс выявления случаев смерти и своевременного уведомления о них – это непрерывный цикл действий, обеспечивающих взаимосвязанное повышение качества на всех уровнях – от общенационального до местного. Хотя период наивысшего риска один и тот же для женщин и их новорожденных детей и нередко помощь им оказывают одни и те же медицинские работники, данных о случаях мертворождения и неонатальной смерти собирается меньше, чем о случаях материнской смерти. Даже базовая информация о каждом случае рождения и смерти носит ограниченный характер, а практика изучения отдельных случаев смерти не получила широкого распространения.

Настоящее Руководство определяет основные шаги по созданию системы сбора данных о количестве и причинах всех случаев мертворождения и неонатальной смерти, а также изучения конкретных случаев для проведения систематического критического анализа качества оказанной помощи, с применением не предусматривающего обвинения междисциплинарного подхода. В Руководстве дается описание следующих этапов цикла аудита: выявление случаев, сбор информации, анализ данных, предложение решений, внесение изменений, оценка и корректировка процесса. Если целью агрегирования информации о случаях смерти является определение тенденций, то систематический анализ отдельных случаев смерти направлен на выявление общих поддающихся изменению факторов, что позволяет находить решения по ликвидации недостатков, которые были бы незаметны при рассмотрении отдельных случаев изолированно друг от друга.

Что касается терминологии, использованной в настоящем Руководстве, то некоторым читателям больше знаком термин "аудит", утвердившийся в клинической практике, тогда как другим в большей степени известен термин "анализ" в том смысле, в котором он применяется в контексте ЭМСОМ (1). По мнению экспертов, участвовавших в подготовке настоящего Руководства, приемлемы оба термина, и поэтому во многих разделах Руководства они, по существу, заменяют друг друга.

Аудит смертности может проводиться в самых разных звеньях системы здравоохранения – от отдельных больниц до общенациональных программ, осуществляемых во всех медицинских учреждениях и сообществах. В Руководстве предполагается, что как минимум все медицинские учреждения, предоставляющие помощь при родах, могут в рамках своей обычной практики организовать междисциплинарный анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти. Сегодня в разных странах мира больше, чем когда-либо прежде, родов проводятся

в медицинских учреждениях (4). В настоящем Руководстве изучение случаев смерти в медицинских учреждениях рассматривается в качестве исходного пункта для применения более широкого общесистемного подхода. В целом о случаях смерти, произошедших в медицинских учреждениях, обычно имеется больше информации, чем о смертях в общинах, и поставщикам медицинских услуг проще изучить такие случаи и извлечь из них уроки. Вместе с тем необходимо обеспечить учет – и осознание важности – всех случаев рождения и смерти, вне зависимости от того, где они произошли.

1.2 В чем важность настоящего Руководства?

Более тщательное ведение учета и более глубокое понимание причин смерти – это ключевое условие для решения проблемы бремени 2,7 млн. случаев смерти новорожденных (5) и 2,6 млн. случаев мертворождения, которые, по оценкам, происходят ежегодно. Во многих районах мира, испытывающих нехватку ресурсов, отсутствуют эффективно работающие системы регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения (РАГССЕДН), которые обеспечивали бы учет всех рождений и смертей и регистрацию причины смерти. На сегодняшний день половина новорожденных в мире не имеет свидетельства о рождении, а в большинстве случаев неонатальной смерти и почти во всех случаях мертворождения свидетельство о смерти не выписывается, не говоря уж о предоставлении информации о причинах и контекстуальных условиях, вызвавших эти смерти (4). Многие страны не обладают достаточным потенциалом для сбора данных о случаях смерти новорожденных за пределами медицинских учреждений – в первую очередь это касается стран, где рождение детей не регистрируется, и лишь очень немногие страны располагают системами отслеживания случаев мертворождения, хотя потребность в данных такого рода растет.

Национальные оценки количества смертей и их причин полезны, но не отражают всей картины в целом (6). Изучение отдельных случаев смерти позволяет выявить причины, обусловившие смертельный исход, и понять, что необходимо сделать для предотвращения аналогичных случаев в будущем. Большинство мертворождений, особенно произошедших в интранатальный период, и три четверти случаев смерти новорожденных на самом деле могут быть предотвращены (7). Применение цикла аудита в отношении обстоятельств смерти может выявить сбои в системе клинической помощи на местном уровне, равно как и сбои в процессах на районном или национальном уровне, и в конечном итоге способствовать усовершенствованию системы РАГССЕДН и повышению качества медицинской помощи в целом (рисунок 1.1).

Аудит смертности в отношении случаев мертворождения и неонатальной смерти также способствует решению глобальных целевых задач и достижению успеха. Этот подход соответствует двум из пяти задач, поставленных в плане действий "За жизнь каждого новорожденного" (ПДЖКН): **Стратегическая задача 2 – Повысить качество ухода за матерями и новорожденными** и **Стратегическая задача 5 – Обеспечить учет каждого новорожденного путем оценки, отслеживания хода осуществления программ и подотчетности в целях сбора данных для принятия решений и последующей деятельности** (8). Задачей Дорожной карты по улучшению определения результатов ПДЖКН и Дорожной карты по определению результатов и отчетности в сфере здравоохранения является увеличение инвестиций в национальные системы управленческой информации в области здравоохранения (СУИЗ), составной частью которых является аудит смертности, а также наращивание потенциала этих систем (3, 9). По мнению глобальной Комиссии по информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей (КИПЗ) и согласно новой Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков на 2016–2030 гг., проведение аудита смертности является одной из ключевых стратегий обеспечения подотчетности в сфере защиты здоровья женщин и детей (10, 11). В контексте Целей

РИСУНОК 1.1. Взаимосвязь между аудитом смертности и качеством систем медицинской помощи и РАГССЕДН в более широком смысле



в области устойчивого развития (ЦУР) аудит является также механизмом отслеживания хода осуществления задачи 3.2 ЦУР, которая состоит в том, чтобы к 2030 г. снизить смертность новорожденных во всех странах как минимум до 12 случаев на 1000 живорождений (12).

1.3 Для кого предназначено настоящее Руководство?

Настоящее Руководство может быть полезно всем заинтересованным сторонам, работающим в системе здравоохранения, в том числе медицинским работникам, разработчикам планов и управляющим в сфере здравоохранения, эпидемиологам, демографам и другим специалистам, отслеживающим тенденции в области смертности, а также разработчикам политики в сфере охраны материнского и перинатального здоровья. Руководство может быть полезно и тем, кто хотел бы укрепить связи с системами РАГССЕДН, СУИЗ и общинными механизмами эпиднадзора в целях обеспечения учета каждого случая рождения и смерти. Важно, чтобы все те, у кого есть полномочия для осуществления рекомендуемых изменений, принимали активное участие в процессе изучения случаев смерти, выявления их причин и определения поддающихся изменению факторов и путей решения проблем; это Руководство предназначено для них.

Использование выводов аудита смертности для улучшения результатов здравоохранительных мер – это основная цель внедрения системы такого аудита как в медицинских учреждениях, так и за их пределами. Для того чтобы рекомендуемые изменения удалось осуществить, к работе по созданию системы аудита смертности необходимо привлекать на всех уровнях всех тех, кто может содействовать переменам, – общинных лидеров, гражданское общество и объединения родителей.

1.4 Какие цели стоят перед Руководством?

Так же как и анализ случаев материнской смерти, проводимый в рамках ЭМСОМ, анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти преследует несколько целей (1). Они включают:

- создание системы оценки бремени мертворождаемости и неонатальной смертности, в том числе тенденций изменения количества и причин смертей;
- получение информации о поддающихся изменению факторах, способствующих мертворождениям и смертям новорожденных, и использование этой информации для разработки мер по предотвращению подобных смертей в будущем; а также
- обеспечение ответственности за результаты и побуждение лиц, принимающих решение, уделять должное внимание проблеме мертворождаемости и неонатальной смертности и решать ее.

Следует отметить, что недостаточно только подсчитывать количество смертей и вычислять уровни смертности или даже выявлять системные проблемы, обусловившие эти смерти. Аудит смертности полезен лишь в том случае, если анализ данных приводит к действиям, основанным на полученных результатах (13, 14). Для того чтобы внедрить процесс анализа перинатальной смерти, нужно немного. Вместо того чтобы пытаться создать идеальную систему на бумаге, начните эту работу, учитесь на имеющемся опыте и в случае необходимости корректируйте свои подходы.

Следует сказать несколько слов о терминологии, используемой в настоящем документе. Хотя к перинатальному периоду, в соответствии с его определением в МКБ-10, относят случаи антенатального и интранатального мертворождения, а также случаи смерти в ранний неонатальный период (случаи смерти, произошедшие в течение первых семи дней жизни), в настоящем Руководстве термин "перинатальный" применяется в несколько более широком значении – в отношении перинатального периода продолжительностью до четырех недель после родов и, соответственно, включающего и случаи смерти в поздний неонатальный период (случаи смерти, произошедшие в течение первых 8–28 дней внеутробной жизни).

1.5 Что входит в настоящее Руководство?

В главе 2 рассматриваются вопросы определений и классификации причин смерти, а также приводятся примеры различных систем классификации поддающихся изменению факторов. В главе 3 описаны шаги, необходимые для внедрения и проведения цикла аудита смертности в отношении смертей, имевших место в медицинских учреждениях, в том числе:

- создание системы;
- сбор информации;
- анализ информации;
- предложение решений;
- внедрение изменений; и
- оценка и корректировка процесса.

В главе 4 предлагается обзор мер по включению смертей, имевших место в общинах, в систему аудита. С учетом важности создания обстановки, благоприятствующей успешному проведению аудита, в главе 5 рассматриваются пути создания условий, способствующих осмысленной практике. В главе 6 приводится информация о распространении действия системы аудита смертности от отдельных учреждений до сети таких учреждений регионального или национального уровня, в том числе о ее увязке с системами РАГССЕДН и общинными системами эпиднадзора.

В качестве приложений к настоящему Руководству приводятся следующие инструменты, формулы и дополнительные ресурсы. Инструменты и формулы снабжены инструкциями, и в них можно вносить изменения с учетом местных условий.

- Приложение 1. Форма учета случаев мертворождения и неонатальной смерти
- Приложение 2. Сводная ведомость рождений и смертей
- Приложение 3. Минимальный набор перинатальных индикаторов, подлежащих сбору при всех случаях рождения и перинатальной смерти
- Приложение 4. Подходы к классификации факторов, поддающихся изменению
- Приложение 5. Создание руководящего комитета по проведению аудита смертности
- Приложение 6. Образец декларации о соблюдении правил проведения совещаний по аудиту смертности
- Приложение 7. Образец расчетов для подготовки отчетности
- Приложение 8. Аудит случаев мертворождения и неонатальной смерти – форма протокола совещания и плана действий
- Приложение 9. Шаги по созданию системы аудита смертности в отношении случаев мертворождения и неонатальной смерти
- Приложение 10. Инструмент проведения вербальной и социальной аутопсии для учета случаев мертворождения и неонатальной смерти в общине.

2

Определения и классификация

В настоящей главе даются определения основных терминов, связанных с мертворождаемостью и неонатальной смертностью. Кроме того, в главе предложены системы классификации причин смерти и поддающихся изменению факторов. Более подробная информация и инструментарий приводятся в приложениях к Руководству.



2.1 Замечания по поводу терминологии

Прежде чем вводить в действие систему аудита смертности, имеет смысл разобраться в определениях и системах классификации, применяемых в отчетности о смертях, равно как и в контекстуальных факторах, сопутствующих этим смертям. Как и другие системы эпиднадзора смертности, аудит смертности в отношении случаев мертворождения и неонатальной смерти предусматривает базовый описательный анализ с расчетом коэффициентов и долей, относящихся к исходу беременности, медицинским причинам, факторам немедицинского характера и сопутствующим факторам. В настоящей главе дается обзор этих понятий.

В последние годы все больше внимания уделяется выживанию в неонатальный период (4, 15) и в меньшей, однако достаточно значительной степени – мертворождениям (16, 17). Одна из основных причин этого заключается в повышении осведомленности об этих вопросах благодаря улучшению качества данных и их анализа, а также представлению этих данных для использования в процессе разработки политики и программного планирования, примером чего может служить подготовка ежегодных выверенных странами национальных оценок уровня неонатальной смертности. Эти оценки включаются в глобальные отчеты и отслеживаются в системах отчетности, в настоящее время – в рамках поставленной в ПДЖКН долгосрочной цели по отслеживанию и обеспечению снижения к 2030 году неонатальной смертности до или менее 12 случаев на 1000 живорождений, а также снижения мертворождаемости до 12 или менее случаев на 1000 рождений (18).

Определение причины смерти без проведения патологоанатомического исследования представляется сложной задачей, особенно в случае мертворождений (19). Однако даже там, где уровень обеспеченности ресурсами выше, указанная причина смерти может оказаться вне рамок программ или не связанной с очевидными решениями (13, 20). Наличие актуальных для программ и технически достоверных оценок того, какие доли случаев смерти обусловлены теми или иными конкретными причинами в данной стране, – это еще один важный шаг на пути к предотвращению миллионов случаев смерти детей в неонатальный период (21, 22). Несопоставимость принципов классификации между системами РАГССЕДН, обычными СУИЗ и формами для проведения аудита может повлечь за собой дублирование и низкое качество документального оформления (23, 24). В ходе системного обзора 142 научных работ были выявлены семь разных систем классификации мертворождений, однако они применялись в общей сложности лишь в 22% исследований, в которых их можно было бы применить (24). Необходимы четкие руководящие принципы и единая, обоснованная система классификации причин смерти.

Новый подход, который все шире применяется в некоторых странах с высоким уровнем дохода, состоит в увязке материнских и перинатальных состояний, что позволяет более эффективно решать проблемы медицинской помощи, оказываемой и матери, и ребенку. Подготовка публикации "Применение ВОЗ Международной классификации болезней-10 к случаям смерти в перинатальный период (МКБ – перинатальная смертность)" имеет целью увязать там, где это возможно, случаи мертворождения и неонатальной смерти с определенными состояниями здоровья матерей единообразно во всех странах (25). Это позволит стандартизировать информацию о причинах смерти в критический период деторождения и увеличить объем такой информации. Процедура определения причин смерти в рамках аудита смертности должна быть простой, обеспечивать получение сопоставимых данных от стран, высокий уровень согласованности между наблюдателями и давать в результате большую долю классифицируемых причин смерти и низкую долю случаев, когда причину смерти установить не удалось.

Следует отметить, что, хотя МКБ-ПС предназначена для использования применительно ко всем случаям смерти ребенка до и во время родов и в ранний неонатальный период, она может

применяться и в отношении смертей в поздний неонатальный период, которые, хотя и не относятся к перинатальному периоду в соответствии с его определением в МКБ-10, могут быть следствием факторов, действовавших в перинатальный период.

Существует также множество способов выделения в ходе аудита случаев мертворождения или неонатальной смерти поддающихся изменению факторов, связанных с ненадлежащей медицинской помощью, и контекстуальных факторов. Поддающиеся изменению факторы следует указывать как можно более подробно, с тем чтобы максимально повысить возможность выявления недостатков в организации медицинской помощи и сосредоточить внимание на реалистичных стратегиях их предупреждения.

2.2 Определения смертельного исхода

Существует ряд важных факторов, которые следует учитывать при проведении измерений в отношении мертворождений и смерти в неонатальный период в рамках систем аудита смертности. К числу этих факторов относятся определение и классификация мертворождений и определение временных рамок неонатальной смерти (26).

Определение и временные рамки мертворождений

Терминология, касающаяся мертворождений, изменялась с течением времени и варьируется в зависимости от страны. Для обеспечения сопоставимости на международном уровне ВОЗ рекомендует говорить о внутриутробной смерти плода на поздних сроках беременности – например, о мертворождении в третьем триместре беременности, – если при рождении масса тела плода составила 1000 г и более, гестационный период составил полных 28 недель и длина тела равнялась или превышала 35 см или более, причем массе тела придается большее значение, чем гестационному возрасту (рисунок 2.1). Хотя масса тела при рождении и гестационный возраст тесно взаимосвязаны, эти понятия не взаимозаменяемы, поскольку конкретному гестационному возрасту и полу соответствует широкий диапазон "нормальной" массы тела при рождении, с существенными вариациями в зависимости от региона (27). Соответственно, рекомендуется применять в качестве единого параметра гестационный возраст, поскольку он является более точным, нежели масса тела при рождении, прогностическим фактором выживания, а в случае мертворождений информация о гестационном возрасте, скорее всего, будет более доступна, чем данные о массе тела при рождении (28). В последние десятилетия уровень выживаемости повышался там, где имеются в наличии службы интенсивной терапии, и в результате точка отсчета, при которой смерть определяется как мертворождение (а не как смерть плода на поздних сроках беременности), отодвинулась на более ранний период. Большинство живорожденных в странах с высоким уровнем дохода выживают даже при рождении на 25-й неделе беременности, и, согласно рекомендации, исход рождения регистрируется для детей, рожденных до истечения 28 недель беременности (6, 23, 28). Вероятность того, что ребенок будет зарегистрирован как рожденный живым, связана с восприятием шансов ребенка на выживание (26). Согласно рекомендации ВОЗ, пороговый показатель в 28 полных недель беременности может применяться при аудите смертности в странах с низким и средним уровнем дохода, однако важно отметить, что при этом не будут учтены мертворождения на более ранних сроках и это снизит истинные масштабы этой проблемы (27).

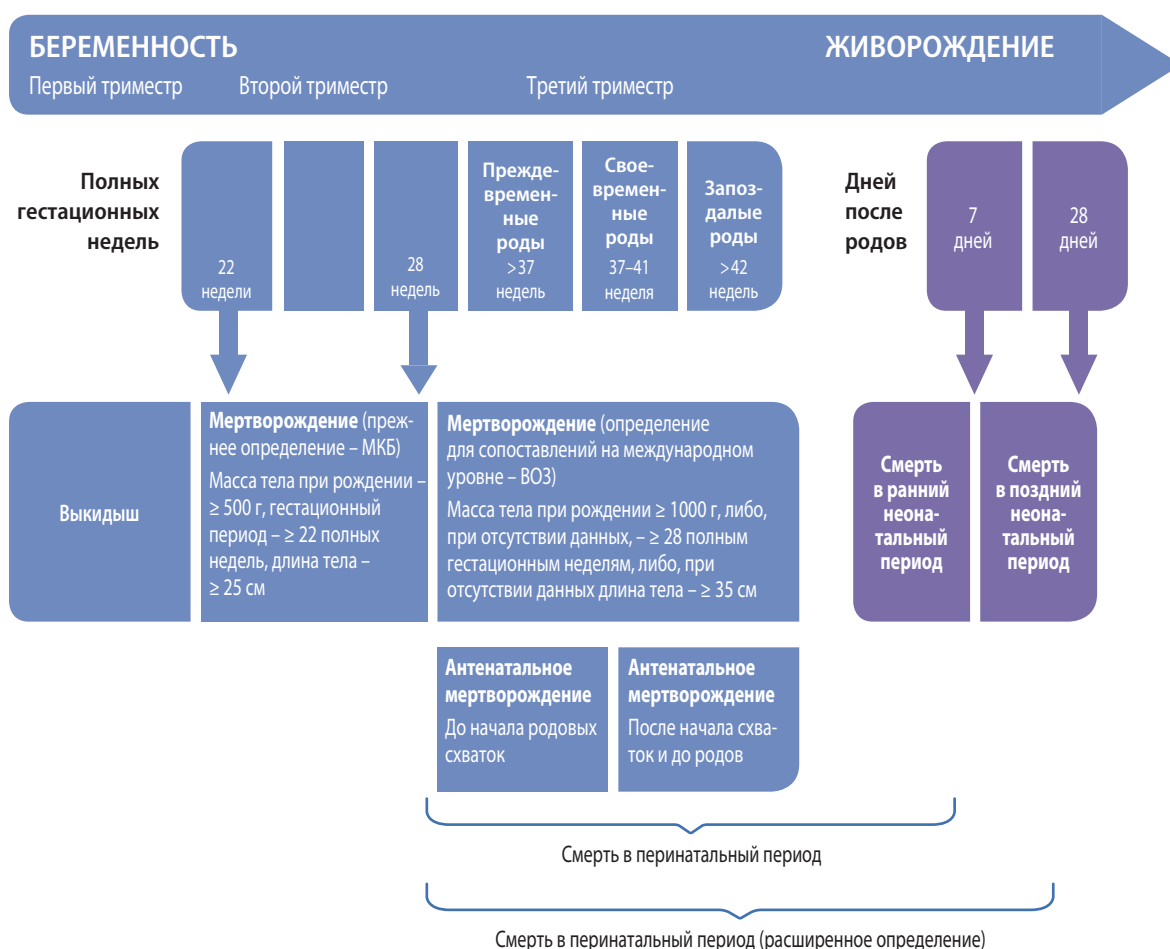
С практической и методологической точек зрения мертворождения подразделяются на антенатальные (то есть до начала родовых схваток) и интранатальные (то есть после начала родовых схваток и до родов). В отсутствие мониторинга плода, подтверждающего наличие у плода сердцебиения до начала схваток, для определения времени смерти плода нередко применяется оценка состояния кожного покрова (27). Признаки мацерации кожи появляются

примерно через 6 часов после гибели плода, и поэтому "свежий" или "немацерированный" вид кожи служит суррогатным показателем интранатального мертворождения, тогда как "мацерация" кожи рассматривается как признак антенатального мертворождения. Вместе с тем подобная оценка может привести к занижению показателя интранатальных мертворождений, особенно в тех случаях, когда оказание медицинской помощи началось с задержкой (23). Показатель мертворождений рассчитывается на 1000 всех рождений (живорождений и мертворождений) (таблица 2.1).

Определение и временные рамки неонатальной смерти

Неонатальным периодом считаются первые 28 дней жизни ребенка (рисунок 2.1). Ранний неонатальный период – это первые 7 дней после рождения, а поздний неонатальный период – это период с 7 до 28 полных дней. Первый день жизни – 24 часа после рождения – в клинической практике обычно определяется как "день 1", а при обследованиях и регистрации естественного движения населения – как "день 0". В настоящем Руководстве первый день жизни называется "день 1", дни 1–7 – "ранний неонатальный период", дни 8–28 – "поздний неонатальный период", а дни 1–28 – "полный неонатальный период" (26). Смерти в день родов (день 1) и в течение первой недели жизни имеют особо важное значение,

РИСУНОК 2.1. Определения исхода беременности



Материнская смерть, связанная с беременностью

Смерть женщины в период беременности или в течение 42 дней после окончания беременности

Источник: по материалам Lawn et al., 2011 (23).

поскольку на них приходится значительное число смертей, которых можно было бы избежать, приняв соответствующие меры в период родов. По оценкам, примерно три четверти случаев неонатальной смерти происходят на первой неделе жизни (26). Многие случаи смерти в поздний неонатальный период происходят дома и могут не отражаться в регистрационных документах медицинских учреждений, однако могут быть учтены системами РАГССЕДН с указанием сведений о причинах смерти и необходимых подробностей. Если смерть происходит в медицинском учреждении, будь то неонатальное отделение, послеродовая палата или педиатрическое отделение, она должна быть оформлена документально и учтена в процессе аудита. Случаи смерти в общине после выписки из медицинского учреждения также могут быть рассмотрены на предмет учета в процессе анализа причин смерти при наличии достаточной информации. Коэффициент неонатальной смертности выражается на уровне популяции как соотношение к 1000 живорождений (таблица 2.1).

Существуют также разные определения коэффициента смертности в перинатальный период. Под показателем перинатальной смертности понимается количество мертворождений и

ТАБЛИЦА 2.1. Определения коэффициента смертности и источники данных

Показатель	Числитель	Знаменатель*	Источник данных
Коэффициент мертворождаемости	Для сопоставлений на международном уровне: количество детей, родившихся в течение года без признаков жизни с массой тела ≥ 1000 г и по истечении 28 полных гестационных недель (в МКБ-10 рекомендуется также включать количество смертей плодов, родившихся на 22-й гестационной неделе и позднее или с массой тела ≥ 500 г)	1000 всех рождений (живорождений и мертворождений)	<ul style="list-style-type: none"> РАГССЕДН Обследования домохозяйств СУИЗ и системы аудита (часто только на основании данных о смертях в медицинских учреждениях)
Коэффициент неонатальной смертности	Количество живорожденных младенцев в год, умерших в течение первых 28 дней жизни	1000 живорождений	<ul style="list-style-type: none"> Оценочные модели
Коэффициент перинатальной смертности	Существует ряд определений: <ul style="list-style-type: none"> Количество смертей плодов, рожденных с массой тела ≥ 1000 г и по истечении 28 полных гестационных недель, плюс количество случаев неонатальной смерти, произошедших в течение первых 7 дней после рождения Количество смертей плодов, рожденных с массой тела ≥ 500 г и по истечении 22 полных гестационных недель, плюс количество случаев неонатальной смерти, произошедших в течение первых 7 дней после рождения Некоторые определения предусматривают учет всех случаев неонатальной смерти, произошедших в течение 28 дней после рождения 	1000 рождений (живорождений и мертворождений)	

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра; РАГССЕДН – система регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения; СУИЗ – система управленческой информации в области здравоохранения.

* Продолжительность временного периода обычно составляет один год.

Источник: Moxon et al., 2015 (9).

смертей в течение первой недели жизни (смертность в ранний неонатальный период), однако при этом определения мертворождения также могут различаться, включая мертворождения после 22 полных гестационных недель или после 28 полных гестационных недель. Иногда показатель перинатальной смертности рассчитывается и с учетом позднего неонатального периода или даже периода до 6 недель после рождения включительно (29).

2.3 Медицинские причины смерти

Необходимо подчеркнуть разницу между данными аудита, собираемыми для обзорных совещаний или для анализа, и собираемыми в плановом порядке в соответствии со стандартными официальными определениями. Официальные определения – то есть указываемые в свидетельствах о смерти – не следует изменять для целей аудита. Гибкие определения следует использовать только для анализа смертности, с тем чтобы отбирать наиболее показательные случаи, изучение которых позволяет находить решения и улучшать медицинское обслуживание. В Приложении 1 приводится форма для анализа причин смерти, в которой перечисляются актуальные для программ категории причин смерти в случаях мертворождений и неонатальной смерти.

Классификация причин мертворождения и неонатальной смерти

Единый в международном масштабе подход к классификации случаев мертворождений и неонатальной смерти необходим для того, чтобы выработать общие формулировки для описания причин мертворождения и неонатальной смерти и проводить содержательные сопоставления между странами. Соответственно, для классификации случаев смерти в перинатальный период следует применять систему, изложенную в публикации *The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM* ("Применение ВОЗ Международной классификации болезней-10 к случаям смерти в перинатальный период (МКБ-ПС)") (25), которая опирается на положения многих других систем классификации (25, 30, 31) и может быть использована всеми странами (25, 32, 33).

Применение МКБ-ПС для проведения аудита

МКБ-ПС представляет собой приложение к МКБ-10, в котором коды МКБ, применяемые для классификации причин смерти в перинатальный период, и коды для классификации состояния матери на момент смерти группируются для обеспечения простого и единообразного сбора данных, позволяющего легко определить области, в которых следует проводить программные мероприятия для воздействия на здоровье матери, и ребенка (25). Классификация случая мертворождения или неонатальной смерти с применением обновленного руководства МКБ-ПС при аудите перинатальной смертности представляет собой трехступенчатый процесс.

1. Классификация типа смерти на основе времени наступления смерти по следующим категориям:
 - антенатальная ("мацерированное" мертворождение);
 - интранатальная ("свежее" или "немацерированное" мертворождение);
 - мертворождение, время смерти неизвестно;
 - смерть в неонатальный период (количество часов и/или дней с момента рождения).
2. Выявление основного заболевания или состояния, ставшего причиной мертворождения или неонатальной смерти. Все перечисленные в МКБ-10 коды, которые могут быть указаны в разделах (а) и (б) свидетельства о смерти (см. таблицу 2.2), сведены в следующие широкие новые категории, приведенные в Форме учета случаев мертворождения и неонатальной смерти (Приложение 1) и в Сводной ведомости рождений и смертей (Приложение 2):

- врожденное заболевание;
 - осложнения в антенатальный период;
 - осложнения в интранатальный период;
 - осложнения вследствие недоношенности;
 - инфекция (выбрать: столбняк, сепсис, пневмония, менингит, сифилис, диарея, другое);
 - иная причина мертворождения или неонатальной смерти;
 - неизвестно/не установлено.
3. Установление заболевания или патологического состояния матери. Группе, проводящей аудит, следует определить состояние матери на момент диагностирования перинатальной смерти. Патологическое состояние матери на момент перинатальной смерти может не являться непосредственной причиной смерти, но оно является основным состоянием на этот момент; его следует включать в число причин, обуславливающих перинатальную смерть (например, высокое кровяное давление при мацерированном мертворождении, инфекция мочевых путей при рождении недоношенного ребенка). Если патологического состояния у матери не наблюдается (то есть если мать здорова), это следует зафиксировать. Невыявление у матери на момент перинатальной смерти сопутствующего патологического состояния определяется как "отсутствие у матери какого-либо патологического медицинского состояния или отклонения от стандартного интранатального процесса". Конкретные патологические состояния объединены в широкие категории в соответствии с указаниями, приводимыми в публикации *The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-ММ* ("Применение ВОЗ Международной классификации болезней-10 к случаям смерти в период беременности, родов и в послеродовой период: МКБ-МС") (МКБ – материнская смертность)) (31). На справочной странице к Приложению 1 приводятся более подробные сведения о конкретных патологических состояниях по следующим категориям:
- М1: Осложнение при беременности у матери;
 - М2: Осложнения со стороны плаценты, пуповины и плодных оболочек;
 - М3: Иные осложнения во время схваток и родов;
 - М4: Другие медицинские или хирургические состояния у матери; вреднодействующие факторы;
 - М5: Патологических состояний у матери не выявлено (мать здорова).

Классификация МКБ-ПС может быть полезна для аудита смертности, поскольку акцент на диаду "мать–ребенок" позволит выявить области, требующие проведения программных мероприятий, которые благоприятно скажутся на исходах для матерей и новорожденных. Такая классификация не только упрощает сертификацию смертей в перинатальный период, но и позволяет сотрудникам программ и работникам здравоохранения найти решения, отвечающие одновременно потребностям и матери, и ребенка. Количество категорий, включенных в Форму учета случаев мертворождения и неонатальной смерти (Приложение 1) и в Сводную ведомость рождений и смертей (Приложение 2), было сокращено в целях упрощения ввода и анализа данных, однако перечень этих причин смерти может быть расширен путем включения в него более конкретных причин и категорий, в зависимости от возможностей и степени заинтересованности медицинского учреждения и группы, проводящей аудит.

Применение МКБ-ПС для оформления свидетельств о смерти

В таблице 2.2 приведены четыре основные категории причин смерти (a, b, c, d), которые должны, согласно рекомендациям ВОЗ, указываться в стандартном свидетельстве о смерти в перинатальный период. Там, где это возможно, причины смерти следует кодировать в соответствии с классификацией МКБ-ПС (25). Согласно правилам кодификации, для

категории (а) следует применять коды P05–P96 (патологические состояния перинатального периода) и Q00–Q99 (врожденные аномалии). Следует отметить наличие ряда исключений, когда следует применять другие коды, – например, столбняк новорожденных всегда кодируется как A33, а врожденный сифилис – как A50. Определение патологических состояний в каждой категории производится согласно правилам кодирования перинатальной смертности, изложенным в томе 2 МКБ-10 (34).

Для выполнения этой процедуры следует прежде всего кодифицировать причину смерти посредством трехзначного кода. В большинстве случаев это буква и две цифры (например, P26 – легочное кровотечение, возникшее в перинатальный период). После этого в случае необходимости указывается более конкретная причина смерти – для этого применяется четырехзначный код, встроенный в трехзначный (например, P26.1 – массивное легочное кровотечение, возникшее в перинатальный период).

ТАБЛИЦА 2.2. Категории причин смерти, указываемые в стандартном свидетельстве о смерти новорожденного

Причины смерти
(а) Основное заболевание или состояние плода или ребенка
(b) Другие заболевания или состояния плода или ребенка
(c) Основное заболевание или состояние матери, оказывающее воздействие на плод или ребенка
(d) Другие заболевания или состояния матери, оказывающие воздействие на плод или ребенка

В категорию (а) включается единичное основное заболевание или состояние плода или ребенка, тогда как в категорию (b) могут быть включены множественные другие состояния. Единичное основное заболевание или состояние матери, оказывающее воздействие на плод или ребенка, которое, согласно действующим правилам МКБ-10, может кодироваться только как P00–P04 (состояния матери, обусловившие смерть в перинатальный период), относят к категории (c). Множественные другие заболевания или состояния матери, оказывающие воздействие на плод или ребенка (P00–P04), могут быть отнесены к категории (d). Трех- и четырехзначные коды в категориях (c) и (d) присваиваются в том же порядке, что и коды причин смерти новорожденного в категориях (а) и (b).

2.4 Сбор минимального набора перинатальных индикаторов

Одна из ключевых мер, предусмотренных ПДЖКН, заключается в разработке минимального набора подлежащих сбору перинатальных индикаторов и в обеспечении гарантированного учета исхода каждых родов, с применением согласованных определений в сфере учета естественного движения населения и данных, поступающих из медицинских учреждений. В настоящее время существуют значительные различия между странами в порядке сбора и упорядочивания данных о родах и их исходах. Хотя для учета информации нет необходимости заполнять отдельную форму для каждого случая рождения или смерти, эти ключевые показатели следует вносить в реестр или электронную СУИЗ и упорядочивать. Как минимум необходимо собирать данные о следующих характеристиках каждого случая рождения или смерти:

- возраст матери;
- место родоразрешения;
- способ родоразрешения;

- масса тела при рождении;
- гестационный возраст;
- исход родов.

Примерные формы, учитывающие эту ключевую информацию и другие сведения, приводятся в Приложении 1 (Форма учета случаев мертворождения и неонатальной смерти), в Приложении 2 (Сводная ведомость рождений и смертей) и в Приложении 3 (Минимальный набор перинатальных индикаторов, подлежащих сбору при всех случаях рождения и смерти в перинатальный период). Для более полного понимания контекста, может понадобиться провести сбор дополнительной информации о состоянии здоровья и социально-демографическом статусе матери, а также о виде медицинской помощи, которую получали мать и ребенок. Во вставке 2.1 приводится дополнительная информация, которую может быть целесообразно учесть при анализе случая смерти; эту информацию следует собирать при составлении истории болезни и включать в файл пациента.

Вставка 2.1. Дополнительная и контекстная информация для анализа случаев мертворождения и неонатальной смерти

Информация о социально-демографическом статусе:

Возраст, этническая принадлежность, род занятий, уровень образования и семейный статус родителей

Информация о состоянии здоровья и полученной медицинской помощи:

Период перед зачатием и антенатальный период

- Акушерский анамнез матери (количество предыдущих беременностей/количество предыдущих родов/количество предыдущих выкидышей и мертворождений/родоразрешение посредством кесарева сечения)
- Была ли беременность запланированной?
- Принимались ли противозачаточные средства?
- Медицинская карта матери
- Медицинская помощь в антенатальный период (если оказывалась): название медицинского учреждения, в котором оказывалась помощь, гестационный возраст при первом посещении, количество посещений, составлялся ли план родов, осложнения (включая симптомы и признаки), процедуры и лечение
- Госпитализация (если проводилась): осложнения, анализы и их результаты, процедуры, диагнозы, лечение, возникшие проблемы
- Препятствия для оказания медицинской помощи: географического, финансового или культурного характера
- Воздействие факторов окружающей среды

Интранатальный период

- Дата и время начала родовой деятельности
- Дата, время отхождения околоплодных вод и гестационный возраст на этот момент
- Место (места), где происходили родовая деятельность и родоразрешение (в том числе если применимо название медицинского учреждения)
- Ведение и мониторинг родов
- Дата и время возникновения осложнений (в том числе признаки/симптомы)

- Госпитализация или консультация (вносить сведения отдельно для каждой категории): осложнения, анализы и их результаты, процедуры, диагнозы, лечение, возникшие проблемы
- Дата и время родов
- Медицинские работники, принимавшие роды
- Статус ребенка: пол, гестационный возраст на момент рождения, масса тела при рождении, количество баллов по шкале Апгар, мертворожденный/живорожденный
- Неотложная медицинская помощь новорожденному
- Препятствия для оказания медицинской помощи: географического, финансового или культурного характера
- Сроки информирования матери/семьи о наличии проблемы, принятие решения, транспортировка, время ожидания

Постнатальный период

- Выбор способа вскармливания и дата и время первого кормления
- Дата и время возникновения серьезных осложнений (в том числе признаки/симптомы)
- Госпитализация или консультация (вносить сведения отдельно для каждой категории): осложнения, анализы и их результаты, процедуры, диагнозы, лечение, возникшие проблемы
- Препятствия для оказания медицинской помощи: географического, финансового или культурного характера
- Сроки информирования матери/семьи о наличии проблемы, принятие решения, транспортировка, время ожидания

2.5 Факторы, поддающиеся изменению

Фактор, поддающийся изменению, – это то, что могло предотвратить смерть, если бы был выбран иной план действий. Часто к числу факторов, поддающихся изменению, относятся неиспользованные возможности системы здравоохранения. Соответственно, выявление таких поддающихся изменению факторов может раскрыть возможности для позитивных изменений. Так, например, в случае неонатальной смерти может быть установлено, что после того, как ребенок не реагировал на меры интенсивной стимуляции, акушер не предпринял попытки реанимировать его посредством искусственной вентиляции легких. В этом случае можно говорить об упущенной возможности не допустить подобной ситуации или принять меры по ее исправлению – например, о том, что акушеры не обучены методам реанимации или что в родильной палате не оказалось ручного аппарата искусственной вентиляции легких.

При проведении аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти первостепенное значение имеет документирование способствующих и потенциально поддающихся изменению факторов, имеющих отношение к каждому такому случаю, поскольку это дает возможность изменить модели поведения и системы. Хотя на первый взгляд может показаться, что смерть была вызвана какой-то одной причиной биологического характера, дальнейший анализ, как правило, позволяет выявить ряд способствовавших факторов или глубинных причин этой смерти. Изучение конкретного случая и более полное понимание его коренных причин нередко позволяет более четко увидеть пути и стратегии решения проблемы. Анализ таких факторов позволяет понять можно ли было предотвратить каждую смерть, и показывает возможные способы избежать таких смертей в будущем.

Для описания данного понятия используют целый ряд терминов, таких, например, как "устранимые факторы", "элементы надлежащего оказания медицинской помощи" и проч. Используемый в настоящем Руководстве термин "факторы, поддающиеся изменению" ограничивает возможность обвинять и указывает на звенья системы медицинской помощи, которые потенциально можно изменить.

Существует ряд систем и методов классификации факторов, поддающихся изменению (35). Форма учета случаев смерти (Приложение 1) предлагает простой подход, позволяющий выявить поддающиеся изменению факторы и разбить их на категории с применением нескольких методов. Первый из предлагаемых методов – это хорошо известная модель "трех запозданий" (36):

- Запоздание 1. Мать, отец или другие члены семьи не знали о необходимости оказания квалифицированной медицинской помощи матери в период беременности и родов, а также матери и ребенку в неонатальный период. Они не осознавали значения признаков, свидетельствующих о проблемах в период беременности или у новорожденного, либо полагались на вредные традиционные лекарственные средства и практики? Имели ли место другие факторы или барьеры социокультурного характера? (См. вставку 2.2.)
- Запоздание 2. Необходимые службы охраны здоровья матери и/или новорожденного отсутствовали или были по каким-либо причинам недоступными. Являлось ли одной из таких причин расстояние или стоимость? Если после обнаружения проблемы имела место задержка с обращением в медицинское учреждение, то чем она была вызвана?
- Запоздание 3. Медицинская помощь матери и ребенку в медицинском учреждении не была оказана своевременно или не отвечала стандартам качества. Было ли это связано с ошибкой медицинского работника, с нехваткой медикаментов или оборудования либо с низким качеством управления?

Вставка 2.2. Распределение поддающихся изменению факторов на уровнях пациента, семьи и общины: предостережение

Тем, кто проводит аудит, следует остерегаться выдвигать "обвинения" в адрес пациента или семьи при выявлении поддающихся изменению факторов в каждом конкретном случае. Хотя критически важное запоздание может иметь место на уровне общины и хотя поведение отдельного человека или семьи действительно может повлечь за собой смерть, проводящей аудит группе необходимо воздерживаться от попыток возложить бремя вины на женщину и/или ее семью. Одним из способов не допустить этого является определение доли поддающихся изменению факторов, которая приходится на уровень медицинского учреждения или района/общины. Если с течением времени доля факторов на уровне пациента возрастает или ситуация не изменяется, следует задаться вопросом о том, не присутствовали ли в пункте оказания помощи или в ином звене цепочки иные факторы, которые могли сыграть свою роль. Комитет по проведению аудита может также изучить выданные рекомендации и принятые меры. В случае если аудит показал наличие поддающихся изменению факторов на уровне общины, необходимо проинформировать общину о сделанных выводах и привлечь общинных активистов к поиску и осуществлению решений.

Кроме того, определение уровня, на котором мог произойти сбой в работе системы, помогает лучше понять, как надо действовать, чтобы не допустить смертей в будущем. К числу уровней, указанных в Форме учета случаев смерти в Приложении 1, относятся:

- уровень семьи или пациента: например, запоздание с обеспечением дородового наблюдения или его отсутствие, культурные особенности, препятствующие обращению за медицинской помощью, ограниченность или отсутствие знаний об опасных признаках, финансовые проблемы, воспрепятствование со стороны партнера обращению

за медицинской помощью, использование традиционной медицины/траволечения, алкоголизм, попытка прервать беременность;

- уровень администрации: например, отсутствие или нехватка служб медицинской помощи новорожденным, реанимационного оборудования в операционных, продуктов крови, низкий уровень подготовки медицинского персонала, нехватка медицинского персонала, запоздание с анестезией, отсутствие медицинских документов о течении беременности;
- уровень оказания медицинской помощи: например, неприменение партографа, несвоевременное принятие мер, принятие ошибочных мер, роды, вызванные ятрогенными факторами, запоздание с направлением к врачу-специалисту, ненадлежащее наблюдение, запоздание с обращением за помощью, выписка без достаточных на то оснований.

После выявления проблем на этих трех основных уровнях можно провести анализ первопричин в целях лучшего понимания глубинных недостатков в системе медицинской помощи (37). Анализ первопричин помогает установить все причины, повлекшие за собой то или иное событие – в данном случае изучаемый случай мертворождения или неонатальной смерти – или способствовавшие ему. Цель такого анализа заключается в выявлении факторов, способствовавших смерти, и в последующей оценке глубинных причин, обусловивших возникновение таких факторов. Такой анализ может помочь в разработке комплексных стратегий и рекомендаций. Диаграммы, составляемые в ходе анализа первопричин, известны как диаграммы Исикавы, или "диаграммы рыбьей кости", поскольку в законченном виде диаграмма похожа на рыбий скелет (см. примеры в Приложении 4).

Метод анализа первопричин поддается адаптации, и в разных странах успешно использовались и иные методики (35). Так, например, для того чтобы определить, насколько адекватной была оказанная помощь, можно применять аудит на основе критериев соответствия национальным стандартам, как это делается в Уганде (38) и Южной Африке (39). Менее субъективным методом, чем описанные выше, может оказаться проведение оценки оказанной помощи по ограниченному набору действующих стандартов обеспеченности оборудованием, медикаментами и медицинским персоналом в соответствии с уровнем медицинского обслуживания (38, 40). Дополнительное руководство по классификации поддающихся изменению факторов на разных уровнях сложности и детализации см. в Приложении 4.

3

Аудит случаев смерти, имевших место в медицинских учреждениях

В настоящей главе содержится обзор соображений, касающихся внедрения системы анализа случаев мертворождения и неонатальной смерти в медицинских учреждениях, а также процедур, необходимых на каждом этапе цикла внутреннего аудита смертности, проводимого на уровне медицинского учреждения.



3.1 Создание системы

Во многих медицинских учреждениях внутренний анализ случаев смерти является составной частью стандартной клинической практики и управления рисками. Вместе с тем это не всегда делается даже в хорошо обеспеченных ресурсами учреждениях, где работает многочисленный коллектив специалистов различного профиля; тем не менее зачастую такой анализ в той или иной форме проводится в рамках постоянного процесса повышения качества. Эффективным может быть подход, при котором анализируют то, что уже существует, начиная с малого, и постепенно увеличиваются масштабы. Увеличивать масштабы можно, применяя пошаговый подход: сначала внедрить и институционно закрепить систему аудита в одном или нескольких медицинских учреждениях, а затем распространять ее на другие районы, добиваясь увеличения охвата (рисунок 3.1). В настоящей главе описан процесс внедрения аудита смертности на уровне отдельного медицинского учреждения, а процесс увеличения масштабов и перевода системы на региональный или общенациональный уровень описывается в главе 6.

Упростить прохождение по различным этапам аудита смертности могут благоприятные условия на национальном и/или региональном уровне, однако отдельное учреждение может приступить к этой работе и преуспеть в ней, не имея первоначальной поддержки со стороны властей на этом уровне. На этапе, предшествующем началу практической реализации, к работе по созданию программы и повышению осведомленности о ней необходимо подключить соответствующие заинтересованные стороны. Иногда проведение аудита может быть увязано с уже осуществляемыми инициативами по повышению качества. Если комитет по повышению качества уже создан, его можно подключить к работе по формированию учрежденческого руководящего комитета, члены которого будут подбирать случаи смерти для анализа и поочередно вести заседания по вопросам аудита (Приложение 5). Этот комитет можно было бы объединить с уже существующим комитетом по анализу материнской смертности или наладить их тесный контакт (вставка 3.1), однако в любом случае необходимо, чтобы этот комитет был четко закреплен в институциональной системе. Руководящий комитет несет общую ответственность за осуществление политики в области аудита, за оказание технической поддержки при создании систем аудита, за мониторинг выполнения рекомендаций и за принятие последующих мер.

Акушеры и акушеры-гинекологи в силу своего положения могут взять на себя руководство процессом аудита, с учетом их осведомленности о бремени интранатальной смертности. В Южной Африке акушерки играют ведущую роль в процессе аудита смертности, носящем название "Программа выявления перинатальных проблем" (ПВПП) (41). Вместе с тем регистрация подробностей смертей новорожденных в первый день жизни и более поздний неонатальный период требует также контактов с другими отделениями и специалистами, например с педиатрами, медицинскими сестрами неонатального отделения, службами скорой помощи, поликлиниками и аптечными службами. Так, например, в Бразилии комитетами по анализу случаев перинатальной смерти руководят врачи-педиатры. В Уганде анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти успешно инициировали и ведут акушерки и представители общин (42). В комитет по аудиту смертности, работающий на базе медицинского учреждения, следует включать представителей разных отделений, заинтересованных лиц из числа руководителей учреждения и окружного управления здравоохранения, а также по возможности лиц, осуществляющих связь с общинами. В некоторых странах состав членов комитета может быть еще более широким (43). В Соединенных Штатах в состав межучрежденческой комиссии по анализу случаев смерти детей входят коронеры, сотрудники правоохранительных органов, представители органа опеки и попечительства и поставщики услуг здравоохранения (44), а в Англии при каждом органе местной власти создана междисциплинарная группа по обзору детской смертности, которая рассматривает все случаи

смерти детей (от момента рождения до 18 лет) в своем районе (45). Вместе с тем создание столь широкой группы заинтересованных сторон не обязательно. Так, в частности, привлечение сотрудников правоохранительных органов может подорвать атмосферу сотрудничества, в которой можно свободно обсуждать свои в системе оказания медицинской помощи. Хотя несение ответственности необходимо, в процессе аудита смертности специалисты-медики должны быть нацелены на изыскание возможностей по совершенствованию системы здравоохранения, а не на предъявление обвинений.

В каждом медицинском учреждении необходимо подобрать хотя бы двух человек, которые были бы готовы заниматься сбором данных. В более крупных учреждениях может потребоваться группа большего состава, члены которой разделили бы между собой обязанности и обеспечили полный охват. Если в распоряжении комитета по анализу смертности имеется только один сборщик данных, который может работать лишь неполный рабочий день, комитет может отобрать для анализа ту или иную часть случаев, применить тематический подход либо ограничиться рассмотрением случаев смерти, предотвратить которые можно было с наибольшей вероятностью (см. вставку 3.1 и этап 1 в разделе 3.2).

Вставка 3.1. Увязка аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти с анализом материнской смертности, проводимым на базе медицинского учреждения

Важно, чтобы процессы анализа случаев материнской и неонатальной смерти проводились не параллельно, а скоординированно и в увязке друг с другом.

Если в медицинском учреждении уже существует практика совещаний по анализу случаев материнской смертности и заболеваемости и на каждом таком совещании рассматривается несколько случаев материнской смерти или критических состояний, участники таких совещаний могут, чтобы не тратить слишком много времени, рассмотреть на них как минимум отдельные случаи интранатальных мертворождений и смерти новорожденных в первый день жизни. Даже если на таких совещаниях рассматривается лишь часть всех случаев мертворождения и неонатальной смерти, следует подробно записывать сведения по каждому пациенту. Поскольку случаи мертворождения и неонатальной смерти происходят чаще, чем случаи материнской смерти, в рамках утвержденного процесса анализа, возможно, имеет смысл проводить, особенно в крупных медицинских учреждениях, отдельные совещания для изучения случаев неонатальной смерти, увязывая их, однако, с совещаниями по анализу материнской смертности.

В Приложении 3 приводится минимальный набор перинатальных индикаторов, подлежащих сбору при всех случаях рождения и смерти новорожденных и увязанных с общей системой эпиднадзора.

Руководящий комитет и управленческий состав района и медицинского учреждения несут ответственность за формирование культуры, благоприятствующей успешному проведению аудита и не допускающей предъявления обвинений. Это будет также способствовать подотчетности на национальном уровне. Опыт проведения аудитов материнской смертности показывает, что успешными оказывались те из них, которыми занимались заинтересованные работники здравоохранения, тогда как причинами того, что аудиты не достигали успеха, нередко были плохая организация процесса и нежелание сотрудников принимать в нем участие. Там, где в течение длительного времени проводился плохо спланированный анализ смертности и по его результатам не принималось никаких мер, руководящие сотрудники переставали посещать совещания, и это порождало ощущение бесполезной траты времени у младшего персонала и оказывало на него деморализующее воздействие (3). Принятие

участниками совещаний свода правил их проведения (Приложение 6) и обеспечение максимальной степени доверительности может способствовать созданию условий, при которых вероятность успешности аудита возрастает (46).

После создания комитета и определения основного состава его членов могут потребоваться физические и финансовые ресурсы для адаптации инструментария и программного обеспечения, а также организации подготовки районного, управленческого и медицинского персонала к работе с новой системой (подробнее о подготовке см. главу 5). Необходимо решить, какую систему – электронную или на бумажных носителях – следует принять за основу, поскольку и у той, и у другой есть свои преимущества. Там, где уровень компьютерной грамотности низок, а в подаче электроэнергии случаются перебои, ввод электронных данных может создавать проблемы для работы (47), хотя в некоторых случаях успешным было использование систем на основе мобильных телефонов (48). Независимо от используемого носителя, важным компонентом этой работы является внедрение удобного для пользователей формата с учетом местного потенциала в сфере ввода данных.

3.2 Шесть шагов по внедрению и проведению цикла аудита смертности

Заручившись поддержкой со стороны администрации, определив основной состав руководящего комитета и располагая инструментами для сбора данных и для поддержания взаимосвязи с региональными или национальными системами, если таковые существуют, можно приступить к осуществлению цикла аудита, предусматривающего следующие шесть шагов: 1) выявление подлежащих анализу случаев; 2) сбор информации; 3) анализ информации; 4) предложение решений; 5) реализация решений; и 6) оценка процесса и его конечных результатов и, в случае необходимости, корректировка процесса. Далее каждый шаг будет описан подробно.

Шаг 1. Выявление подлежащих анализу случаев

Цель должна состоять в учете всех родов, рождений, мертворождений и случаев неонатальной смерти, которые имели место в родильном отделении, отделении для новорожденных и послеродовом отделении. При этом следует добиваться, чтобы индикаторы, включенные в минимальный набор перинатальных индикаторов, были отражены в журнале учета или в центральной базе данных (Приложение 3). Тенденции в динамике этих данных можно проанализировать с использованием расчетов, предлагаемых в Приложении 7.

В некоторых условиях для выявления подлежащих учету случаев группы по проведению аудита могут пользоваться данными систем РАГССЕДН; при этом процедуры регистрации смерти в медицинском учреждении и лица, занимающиеся этой деятельностью, должны быть включены в процесс проведения аудита смертности. Вместе с тем, как отмечалось в главе 2, даже при наличии систем регистрации естественного движения населения, обеспечивающих полный учет большинства событий, данные о случаях мертворождения и неонатальной смерти могут быть неполными. Нередко учреждения, занимающиеся регистрацией актов гражданского состояния, не требуют сообщать им о мертворождениях или же о них поступает неполная информация – такая же неполная, как о многих случаях смерти в ранний неонатальный период (4, 28). Культурные различия в понимании того, когда именно новорожденный становится "лицом", также могут повлиять на готовность медицинского персонала проводить аудит конкретных случаев смерти. Случаи смерти в поздний неонатальный период зачастую не включаются в журнал учета неонатальных смертей, если дети после выписки вновь поступали в медицинское учреждение и умирали в педиатрическом отделении, а не в отделении для новорожденных, однако при этом упускается возможность решить проблему предотвращаемой смертности и исправления недостатков системы.

Может потребоваться проведение информационно-пропагандистской работы, направленной на уточнение определений подлежащих учету случаев и расширение системы сбора данных так, чтобы она обеспечивала учет всех случаев мертворождения и неонатальной смерти. Дополнением и поддержкой этого первого шага может стать общенациональная кампания за внедрение или усовершенствование свидетельств о смерти в перинатальный период с указанием в них причины смерти и материнского состояния, а также за включение этих данных в местную и национальную статистику.

Учитывая проблемы ведения документации и сбора данных в крупных медицинских учреждениях, следует внедрить специальные стратегии для обеспечения учета всех случаев смерти в обычной системе медико-санитарной информации и представления выборки этих данных комитету по аудиту смертности, который отбирает случаи для анализа и обсуждения на своих заседаниях.

Поскольку смерти матерей случаются реже, чем мертворождения или смерти новорожденных, и поскольку во многих странах они относятся к числу событий, которые подлежат обязательной регистрации и о которых должно быть сообщено органам власти, маловероятно, что будет принята политика, обязывающая сообщать о случаях мертворождения и неонатальной смерти на общенациональном уровне. Даже при этих условиях каждый случай мертворождения и неонатальной смерти должен быть зарегистрирован. В целом количество случаев мертворождения и неонатальной смерти соотносится с количеством рождений в каждом конкретном медицинском учреждении. В [таблице 3.1](#) приводятся примерные оценки того, сколько случаев смерти может произойти в медицинских учреждениях разных размеров (определяемых по числу рождений в год) при разных уровнях перинатальной смертности (УПС) в этом медицинском учреждении, и их можно сопоставлять с реальным количеством зарегистрированных случаев смерти в перинатальный период, что может служить показателем эффективности системы учета случаев перинатальной смерти и дать представление о количестве неучтенных случаев. Вместе с тем даже в учреждениях, где случаев смерти регистрируется меньше, анализ того или иного конкретного случая с привлечением соответствующих специалистов позволяет получить ценную информацию о факторах, поддающихся изменению, и обеспечить повышение качества медицинского обслуживания.

ТАБЛИЦА 3.1. Ожидаемое количество случаев смерти в перинатальный период (мертворождений и смертей в первую неделю жизни) в медицинском учреждении в зависимости от уровня смертности в этом учреждении

Рождений	Ожидаемое количество* случаев смерти в перинатальный период в медицинском учреждении в год при разных уровнях перинатальной смертности (УПС) в данном учреждении			
	В год	УПС 20	УПС 30	УПС 40
156	3	5	6	8
260	5	8	10	13
364	7	11	15	18
520	10	16	21	26
780	16	23	31	39
1040	21	31	42	52
1300	26	39	52	65
1560	31	47	62	78

Рождений	Ожидаемое количество* случаев смерти в перинатальный период в медицинском учреждении в год при разных уровнях перинатальной смертности (УПС) в данном учреждении			
	В год	УПС 20	УПС 30	УПС 40
2080	42	62	83	104
2600	52	78	104	130
3900	78	117	156	195
5200	104	156	208	260

* Формула расчета: Ожидаемое количество = (уровень перинатальной смертности) × (кол-во рождений в год)/1000.

В любом медицинском учреждении количество случаев перинатальной смерти будет больше количества случаев смерти матерей. В зависимости от кадрового обеспечения и загруженности учреждения комитету по аудиту смертности, возможно, целесообразно начать с изучения выборки случаев мертворождения и неонатальной смерти новорожденных, чтобы сократить продолжительность соответствующих заседаний. Подробнее об этом см. шаг 4 (Предложение решений).

Если ранее в медицинском учреждении не велось списка всех произошедших здесь случаев мертворождения и неонатальной смерти, руководящему комитету по аудиту смертности следует создать такой перечень, с тем чтобы улучшить сбор данных о подлежащих анализу случаях перинатальной смерти. Чтобы избежать дублирования сведений об одной и той же смерти, в этом списке следует указывать идентификационный код или инициалы, а также дату рождения ребенка и отделение, зарегистрировавшее смерть.

Помочь в отборе источников для изучения и использования в процессе анализа могут следующие вопросы:

- В каком отделении медицинского учреждения выше вероятность наступления смерти?
- О каких случаях смерти я хотел бы получить более подробную информацию (например, обо всех или о выборке случаев антенатального мертворождения, интранатального мертворождения, о смертях в ранний неонатальный период, в поздний неонатальный период, о детях с определенной массой тела при рождении или в определенном гестационном возрасте на момент рождения см. ниже вставку 3)?
- Какие учетные записи имеются (например, карта ведения родов, карта послеродового наблюдения, записи о медицинской помощи или хирургическом вмешательстве, журнал выписки с описанием состояния пациента, карта педиатрического учета)?
- Как ведутся записи: на бумажных носителях или в электронном виде?
- Хранятся ли все учетные документы в одном месте или разрозненно?

После установления всех мест, где могут находиться данные, можно разработать план систематического обзора этих источников с включением в него графика проверки различных регистрационных материалов и материалов из различных отделений.

При большом количестве случаев мертворождения и неонатальной смерти анализ всех случаев может оказаться практически невыполнимым. Кроме того, если кадровые ресурсы ограничены – например, если сбором данных занимается только один человек, работающий на руководящий комитет лишь неполный рабочий день, – комитет может принять решение об отборе для детального анализа лишь части случаев (например, случаев смерти только в первую неделю каждого месяца), либо применить тематический подход (например, на определенных заседаниях рассматривать только случаи смерти от сепсиса, а на других – случаи смерти по другой причине), или же ограничиться рассмотрением случаев, которые, как

представляется, с наибольшей вероятностью могли быть предотвращены (например, случаев интранатального мертворождения или неонатальной смерти почти доношенных детей).

Шаг 2. Сбор информации

В отношении каждого случая смерти следует принимать решения по вопросам о том, какая именно информация будет записана, где она будет записываться, кто ее будет записывать и кто будет периодически заниматься сведением данных как для процедуры анализа случая смерти, так и для представления отчетов на следующие уровни системы, например администрации медицинского учреждения, района, национальному министерству здравоохранения, равно как и в межведомственные системы, например РАГССЕДН. Важно ограничивать объем собираемых данных. Необходимость отвечать на слишком большое количество сложных или излишне подробных вопросов без очевидной цели вызывает недовольство и без того загруженных работой сотрудников, вынужденных заполнять формы. Если нет ясности относительно цели использования данных, то эти данные собирать не следует. Принять решение по этим вопросам поможет четкое понимание того, как планируется анализировать данные.

В идеале случай смерти должен быть изучен в течение недели с момента, когда произошло это событие. В зависимости от периодичности проведения обзорных совещаний по аудиту смертности (например, раз в две недели или ежемесячно) специально назначенные сотрудники заполняют стандартные формы регистрации данных обо всех случаях рождения, мертворождения и неонатальной смерти за соответствующий период. Такими сотрудниками обычно являются врачи или сестры-акушерки, однако этой работой могут заниматься и операторы ввода данных, если такие работники имеются. В любом случае лица, обеспечивающие ввод данных, должны пройти обучение по работе с системой и получить представление о цели ее использования. Формы для обобщения/сбора данных могут быть как бумажными, так и компьютеризированными/электронными, однако они должны содержать четкое указание, какая именно информация подлежит сбору. Полезно проводить апробацию форм и при необходимости внести в них изменения до начала их использования, а также предусмотреть возможность проведения их пересмотра и обновления в будущем. В основном полученные данные будут количественными, и в форме должны быть четко указаны поля для введения данных. Если данные предварительно кодируются, необходимо присвоить код каждому из возможных ответов (включая случай отсутствия ответа) либо предусмотреть место для введения других значений. Учитывая, что иногда данные могут иметь вид текста, например, при описании цепочки событий, приведших к смерти, и в электронной, и в бумажной форме должно быть предусмотрено поле для такого текста. Оно должно быть достаточно большим, для того чтобы сборщик данных смог дать описание событий.

Ключевая информация, подлежащая сбору при проведении анализа в медицинском учреждении, приводится в главе 2 (см. [вставку 2.1](#)). Если говорить коротко, к числу минимально необходимых относятся данные о состоянии матери, состоянии ребенка при поступлении в медицинское учреждение и/или при начале родовой деятельности (в случае антенатальной или интранатальной смерти), состоянии ребенка на момент рождения (мертво- или живорождение), состоянии ребенка на момент выписки из медицинского учреждения (жив, переведен в другое медицинское учреждение или мертв), а также дата и время рождения и смерти (чтобы возраст на момент смерти можно было вычислить в часах, а не только в днях).

В зависимости от степени сложности данных может применяться и пошаговый метод. Например, действующий в медицинском учреждении комитет может сначала использовать форму, в которой просто отражалось бы количество случаев рождения, мертворождения и неонатальной смерти с указанием количества случаев интранатального мертворождения и неонатальной смерти по причинам, относящимся к интранатальному периоду, чтобы можно было проследить тенденции в динамике этих данных. Это – возможный первый

шаг, позволяющий проверить готовность комитета по аудиту смертности перейти к более широкому и углубленному анализу мертворождаемости и неонатальной смертности либо сделать процедуру такого анализа составной частью более распространенной системы аудита материнской смертности и критических состояний матерей.

Если есть возможность внедрения более сложной системы, в число данных, подлежащих сбору по каждому случаю смерти, могут быть включены значимые для программ здравоохранения причины смерти, связанные с этим патологические состояния матери, демографические данные и краткий перечень сопутствующих поддающихся изменению факторов, соответствующих кодам, предусмотренным для анализа, и четко увязанных с рекомендациями (см. главу 2 и Приложения 1–4 и 7). Если есть возможность учитывать в системе аудита, действующей в учреждении, случаи смерти в общинах, может быть выбран, в зависимости от условий на местах, порядок функционирования системы извещения. Учитывая сложности, с которыми сопряжено установление местонахождения медицинской документации постфактум, необходимые данные о каждом случае смерти следует извлекать из медицинской карты пациента и из соответствующих документов как можно быстрее после события рождения и смерти. Даже в этих условиях могут иметь место запоздания с оформлением документации и потеря медицинских карт. В том случае, когда утраченные медицинские записи могли содержать важные данные об обстоятельствах смерти (и, соответственно, о причинах смерти и поддающихся изменению факторах), целесообразно все же рассмотреть данный случай на заседании комитета по аудиту смертности, чтобы привлечь внимание к необходимости следования протоколу ведения медицинских карт и учета.

В большинстве случаев данные могут быть получены из карт и историй болезни пациентов без дополнительных изысканий. Если комитет по аудиту проводит опросы – например, для того, чтобы получить более подробную информацию о конкретных причинах смерти или сопутствующих факторах, – то обследователи могут побеседовать с матерями, членами семьи, родственниками, жителями общин и медицинскими работниками. В этом случае полезно провести обучение по методике проведения опросов, в том числе тому, как деликатно получать информацию, не расстраивая опрашиваемых и не искажая их ответы, а также как помочь респондентам восстановить в памяти даты и другие важные сведения. Обследователи также должны быть готовы отвечать на вопросы опрашиваемого или на его просьбы о предоставлении информации. Перед каждой беседой следует получить согласие опрашиваемого и заверить его в том, что сотрудники медицинского учреждения будут использовать полученные данные на условиях конфиденциальности, а защита неприкосновенности частной жизни семьи и соответствующих медицинских работников имеет первостепенное значение.

Иногда информация о рождении и смерти, полученная из различных источников, может оказаться противоречивой. Хотя задача устранения подобных противоречий ставиться не может, необходимо обращать на них внимание во время сбора данных и сведения их воедино, имея в виду устранение расхождений в данных учета и повышение качества вводимых данных. Качество данных следует обеспечивать на этапе их ввода. В электронных базах данных ПВПП в Южной Африке имеется ряд встроенных функций контроля достоверности (41). Некоторые из них действуют автоматически на странице ввода данных, а другие могут быть активированы после введения данных за месяц (например, требуется заполнить критическое поле, прежде чем активировать следующую ячейку ввода данных; кроме того, программа не позволяет вводить неправдоподобные данные – например, указывать 60 недель в качестве гестационного возраста или 20 кг в качестве массы тела при рождении). Это сводит к минимуму возможность потери данных или ввода неправильных данных. Данные следует проверить на уровне медицинского учреждения, прежде чем передавать местные данные на более высокий уровень.

Изменения в данных тренда (Приложение 7) – например, увеличение или сокращение количества родов или случаев обращения за медицинской помощью – могут потребовать более пристального изучения с привлечением данных из общин, чтобы разобраться в возможных причинах таких изменений (см. главу 4). Инновации и новые технологии, например программное обеспечение, могут помочь, прежде всего, в проведении экспресс-анализа и представлении результатов, однако они не должны становиться центральным элементом процесса аудита или препятствием для его внедрения.

Шаг 3. Анализ информации

Целесообразно разработать аналитический план по ведению этой работы, имея в виду, что общая цель заключается в выявлении в системе проблем, приводящих к увеличению количества случаев мертворождения и неонатальной смерти, особенно таких, которые можно предотвратить или которых можно избежать. Для этого анализ данных должен в идеале включать количественный и качественный компоненты. Количественный анализ на основании таких данных, как местоположение и факторы риска со стороны матери, дает информацию о группах младенцев с наиболее высоким риском смерти, а также позволяет проследить тенденции в показателях смертности и медицинских причинах смертей. Качественный анализ, в том числе сопутствующих факторов и факторов, препятствующих получению медицинской помощи, позволит глубже разобраться в проблеме, обусловившей смерть конкретных детей, а также – в целом – получить сведения о группах детей, находящихся под воздействием одних и тех же сопутствующих факторов. Так, например, качественные данные могут помочь в ответе на такие возникающие в каждом конкретном случае вопросы, как: "Умер ли ребенок потому, что никто не понял, насколько он болен, или потому, что медицинское учреждение расположено слишком далеко? Необходимые лекарства не были прописаны или отсутствовали?" Сбор (путем опросов) и анализ таких качественных данных могут быть особенно полезны для получения более подробной информации, если данных, внесенных в карту пациента, слишком мало – например, когда в графе "причина смерти" указывается "поступил мертвым" или "доставлен слишком поздно". Использование обоих типов данных в комплексе обеспечит более целостное понимание сути проблемы и поможет комитету по аудиту определить приоритетные направления для принятия мер.

Хотя анализ случаев смерти не должен целиком и полностью сводиться к процедуре получения данных, существует ряд видов информативного количественного анализа, результаты которого могут быть учтены комитетом по аудиту и специальными сотрудниками и представлены на плановых заседаниях комитета по аудиту смертности, а также вывешены в наглядной форме в отделениях или подразделениях. В минимальный набор перинатальных индикаторов, которые могут обнаружиться таким путем, входят (49):

- количество случаев естественного влагалищного, оперативного родоразрешения и родоразрешения посредством кесарева сечения;
- количество случаев смерти матерей;
- количество случаев антенатального ("мацерированного") и интранатального ("немацерированного") мертворождения, а также смерти в ранний неонатальный период; а также
- показатели мертворождаемости (интранатальной и антенатальной) и неонатальной смертности в медицинском учреждении.

Могут быть рассчитаны и представлены также данные о количестве серьезных осложнений, связанных с родовой деятельностью и родоразрешением, а также основания для проведения кесарева сечения (патологическое состояние плода, осложненные роды, неудача с возбуждением родовой деятельности, отслоение плаценты, послеродовое кровотечение, послеродовая инфекция, тяжелая преэклампсия или эклампсия и т. п.). Комитеты по аудиту,

администрация учреждения или местные директивные органы могут выбрать один конкретный показатель и следить за изменением с течением времени, чтобы понять, насколько выполнение рекомендаций по итогам аудита позволило улучшить ситуацию.

Для проведения анализа и подготовки стандартизированных таблиц, графиков и карт могут применяться компьютерные программы, например Перинатальная информационная система (50), что позволяет более эффективно использовать данные и повысить качество отчетности (Приложение 7). Хотя для создания автоматизированной системы требуются первоначальные инвестиции, в долгосрочной перспективе такая система сэкономит время и деньги. В план управления данными следует включать меры по сопровождению программы и обновлению исходных данных и программных кодов, а также, при возможности, меры контроля в рамках системы, позволяющие избежать ввода ошибочных данных.

Расчет индикаторов в динамике по времени – это простая и быстровыполнимая задача, однако более подробную информацию может дать географическое распределение ключевых деталей, связанных с конкретными индикаторами: например, если большое количество женщин с осложненными родами проживает в определенном районе, возможно, транспортные или иные проблемы снижают доступность медицинского учреждения. Картографирование отдельных случаев может потребовать много времени, однако это позволяет получить более подробную информацию о поведении населения с точки зрения обращений за медицинской помощью, о существующих социальных и медицинских службах и об окружающей среде.

Форма для анализа смерти по каждому отдельному случаю должна быть заполнена – с включением основных деталей и на основании данных из нескольких источников – до начала заседания комитета (см. Приложение 1 – Форма учета случаев мертворождения и неонатальной смерти). Форма должна быть емкой и включать всю относящуюся к делу информацию как медицинского, так и иного характера, а также некоторые стандартные демографические данные. Хотя лицам, отвечающим за эту работу, или небольшим группам удобнее заполнять всю форму – включая сведения о непосредственных причинах смерти, связанных с этим материнских состояниях и поддающихся изменению факторах, – до заседания комитета по аудиту смертности, эти разделы формы могут обсуждаться и заполняться и во время заседания вплоть до того времени, когда ответственные за эту работу лица не будут готовы делать это самостоятельно.

Группе по проведению анализа следует быть готовой к обсуждению всех возможных проблем и факторов, о наличии которых свидетельствуют полученные данные. В главе 2 и Приложении 4 подробно рассматриваются различные методы классификации факторов, поддающихся изменению. Сочетание количественного и качественного анализа позволяет определить характер и тенденции в изменении как медицинских, так и немедицинских проблем, приведших к смерти. Интерпретация результатов количественного анализа – например, данных о наиболее распространенных проблемах, способствующих мертворождаемости и неонатальной смертности, – и разработка ответных мер относятся к сфере задач сотрудников медицинского учреждения, его руководства и представителей местной администрации, входящих в состав комитета по аудиту смертности.

Полезными могут быть дополнительные виды анализа, такие как установление приблизительных данных о количестве рождений и смертей и об их распределении по месту (дома, в медицинском учреждении, в государственной больнице, в частной больнице или в больнице иного уровня/типа). При наличии подробных демографических данных составление карты географического расположения городов и медицинских учреждений, а также дорог и рек также может дать ценные сведения о транспортной доступности и социально-демографических факторах, которые могут иметь отношение к случаям смерти.

Шаг 4. Предложение решений

Разработка соответствующих рекомендаций – это один из наиболее сложных этапов процесса анализа, однако этот этап критически важен для процесса в целом. По мере изучения данных и тенденций яснее становится характер проблемы. Переход от проблем к решениям требует больших усилий и творческого подхода, однако он является неотъемлемой частью работы по предотвращению подобных смертей в будущем.

То, какое именно решение будет предложено, зависит от того, кто именно занимается расследованием, насколько широк круг привлеченных к работе заинтересованных сторон, а также от уровня развития и наличия ресурсов на местах. Рекомендации могут касаться разовых мероприятий или постоянной деятельности, но в них должен быть найден баланс между приоритетными задачами, исходя из значимости разных причин смерти и практической возможности осуществления различных решений. Комитеты по анализу смертности могут на основании проведенного ими анализа определить, какой именно набор стратегий лучше всего соответствует их обстоятельствам, и в том числе имеющимся у них ресурсам. Вместе с тем решения всегда должны отвечать так называемым SMART-критериям: быть конкретными, измеримыми, соответствующими, уместными и определенными по времени. Ответственность за отслеживание хода осуществления каждого решения должна быть возложена на конкретных лиц. Даже если назначенное лицо не несет единоличной ответственности за проведение изменений, поручение задач по осуществлению и мониторингу конкретным лицам снижает вероятность невыполнения рекомендации.

Совещания по аудиту смертности, на которых представляется краткий отчет о количестве смертей, могут проходить ежеутренне. Вместе с тем для подробного анализа отдельных случаев необходимо периодически проводить более продолжительные совещания. Для институционального закрепления системы необходимо создать официальную платформу, на которой представлялись бы выводы по результатам аудита. В более крупных медицинских учреждениях проведение таких совещаний в различных отделениях уже является обязательным. В других учреждениях состав участников таких совещаний может варьироваться в зависимости от смены, отделения и специальности, однако само такое участие следует поощрять.

Руководить дискуссией в ходе совещания по аудиту смертности должен квалифицированный, независимый и известный для всех председательствующий. Хотя, как правило, председательствующим назначают старшего клинициста, например врача, следует рассматривать в качестве кандидатов на эту роль также медицинских сестер или сестер-акушеров и привлекать их к этой работе. На совещании следует представлять агрегированные статистические данные и тренды, а конкретные случаи следует рассматривать без указания имен и непредвзято. При представлении случаев можно приводить все имеющиеся данные за период от дородового патронажа до момента смерти. Ведущий может призвать участников обсуждения следовать руководящим принципам наилучшей практики, если таковые имеются. За представлением случая должно следовать его обсуждение с рассмотрением поддающихся изменению факторов по конкретным случаям, а также изменений в трендах, произошедших со времени последнего совещания. Группе следует стремиться к достижению консенсуса в отношении соответствующих стратегий, разработанных на основе фактических данных и направленных на восполнение выявленных основных пробелов в системе оказания медицинской помощи. На этой стадии целесообразно использовать механизм, позволяющий, не допуская обвинений, определить, что сработало удачно, а что можно было сделать по-другому, чтобы оказать более качественную помощь, а также занести в протокол рекомендации, предложенные меры и лиц, ответственных за осуществление и отслеживание каждой такой меры (см. Приложение 8 – рекомендации по ведению протокола заседания по аудиту смертности и принятию последующих мер по пунктам плана действий).

К числу возможных мер относятся мероприятия в самом медицинском учреждении, в дочерних или связанных с ним местных медицинских службах, а также в государственном секторе в целом и в общинах. Данные о реализации подходов к повышению качества работы медицинского учреждения могут свидетельствовать о необходимости изменений в клинической практике (непосредственная помощь пациентам) или в механизме оказания услуг на уровне системы в целом – например, в методах обеспечения медицинского учреждения необходимыми лекарственными средствами или квалифицированным персоналом – или, возможно, о необходимости разработки руководящих принципов оказания помощи. Подходы на уровне общин могут указывать на необходимость разработки программ по укреплению здоровья и просвещению населения, а также на возможную потребность в изменении системы оказания медицинской помощи в общине и принятой в семьях практики, либо на необходимость совершенствования инфраструктуры, например дорог, мостов и средств связи. Осуществление этих мер выходит за рамки полномочий комитетов по аудиту и требует налаживания контактов с региональными или национальными комитетами по аудиту или вышестоящими органами власти и общинными лидерами. Важно учитывать все эти элементы, особенно в системах аудита, сфера охвата которых выходит за рамки отдельных медицинских учреждений или нескольких таких учреждений, объединенных по региональному признаку. Вместе с тем выводы аудита и предлагаемые меры всегда должны включать рекомендации, которые можно осуществить в пункте оказания медицинской помощи.

Важно обеспечить распространение выводов аудита на разных уровнях. Общий принцип распространения заключается в доведении ключевых положений до сведения тех, кто может проводить в жизнь рекомендации и обеспечивать реальные изменения в деле спасения жизни детей. К их числу могут относиться в числе прочих министерства здравоохранения, разработчики планов и политики местного и регионального уровня, профессиональные ассоциации, руководители смежных отраслей, например образования и социального обеспечения, медицинские работники и учреждения частного сектора, специалисты в области укрепления здоровья, академические институты, а также представители местных органов здравоохранения или контролирующих органов, не входящие в состав комитетов по аудиту смертности. Если существует должность специалиста по связи с общинами, то соответствующие выводы, касающиеся общин, особенно относительно первого запоздания с обращением за медицинской помощью, он должен доводить до сведения членов общин в ходе соответствующих собраний (см. также главу 4). Для информирования членов общин и поддержания обратной связи медицинские учреждения могут использовать радиостанции, местные газеты и организации гражданского общества (47).

Одним из способов распространения выводов и рекомендаций являются периодические доклады. Доклад должен быть написан простым и понятным языком и включать несколько стандартных разделов, посвященных, например, динамике показателей в отношении количества рождений и смертей, причин и поддающихся изменению факторов, а также рекомендации и принятые решения. Доклад может быть внутренним документом, копии которого получают все сотрудники, или же доводиться до сведения всех соответствующих заинтересованных сторон и членов общин. Доклад должен четко и определенно информировать о возможностях улучшения системы медицинской помощи, не допуская при этом предъявления обвинений. Наряду с рекомендациями и информацией о ходе реализации решений доклад может включать и положительные примеры – например, случай, когда угрозу для жизни удалось предотвратить благодаря действиям комитета по аудиту, который выявил недостаток и устранил его. Такой анализ конкретных примеров весьма полезен, поскольку позволяет наглядно продемонстрировать результаты аудита. Еще одним вариантом является краткий менее официальный бюллетень, который специально назначенные члены комитета по аудиту могут готовить по итогам каждого заседания, с тем чтобы, никого не обвиняя, проинформировать о рекомендациях, предложенных в ходе заседаний, и о принятых мерах.

Шаг 5. Осуществление изменений

Смыслом всего цикла аудита является принятие мер по предупреждению случаев мертворождения и неонатальной смерти. Анализ практически каждого случая позволяет выявить ряд проблем и определить возможные меры по их решению. Эти меры могут подразделяться на кратко-, средне- и долгосрочные с конкретными временными рамками для каждой категории. Важно также, чтобы ответственность за осуществление каждой рекомендации, принятой по результатам заседания комитета по аудиту смертности, и/или за мониторинг этой работы была возложена на одного или более членов группы. Хотя рекомендации в отношении поддающихся изменению факторов, попадающих в сферу ответственности администрации, могут быть быстро реализованы при наличии эффективной управленческой структуры (например, обеспечение наличия автомобилей "скорой помощи" или устранение дефицита реанимационного оборудования), возможно, целесообразнее было бы сначала сосредоточить внимание на поддающихся изменению факторах, подконтрольных медицинским работникам (например, на составлении подробных историй болезни и правильном использовании партографа), а затем использовать успехи, обнародованные на последующих заседаниях комитета по аудиту смертности, для того чтобы подтолкнуть администрацию к продолжению этой работы. Помимо отслеживания хода работы над оставшимися нерешенными проблемами, важно отмечать достижения и выявлять изменения к лучшему там, где они происходят.

Опыт проведения аудитов материнской смертности свидетельствует о наличии трех взаимосвязанных факторов, способствующих осуществлению рекомендаций и успешному решению проблем. К числу таких факторов относятся: i) индивидуальная ответственность и заинтересованное участие; ii) инициативность как преобладающая характеристика учреждения, способствующая восприятию обучения как важнейшего элемента совершенствования услуг и качества медицинской помощи; а также iii) благоприятная политическая обстановка и политика на национальном и/или местном уровне (46, 51). Там, где сотрудники программ не проявляли заинтересованности, не стремились к сотрудничеству или даже чинили препятствия, работа заканчивалась провалом и разочарованием. Отсутствие полномочий и, как следствие, неспособность в полной мере участвовать в осуществлении рекомендуемых изменений возникают, как показано, тогда, когда низок уровень профессионализма и отсутствует стремление учиться на собственном опыте, когда присутствует боязнь обвинений и наказания, а также разочарование в связи с постоянным бездействием в части выполнения рекомендаций, ранее принятых на совещаниях или предложенных в докладах (3). Если, с другой стороны, аудит проводится в атмосфере нацеленности на будущее и осознания важности безопасности, возникает возможность добиться прочных изменений к лучшему. Больницы, где царит здоровая обстановка, поддерживают своих сотрудников, понимая, что ошибки были ненамеренными, и здесь поощряют обучение на опыте событий, имевших негативный исход, а руководство действует в духе открытости и справедливости. Подробнее о важности осуществлять руководство в благоприятной атмосфере говорится в главе 5. К числу важнейших условий, способствующих осуществлению рекомендаций по итогам аудита, относятся эффективное руководство, постановка конкретных задач в протоколах заседания комитета (Приложение 8), кадровая стабильность, налаженные связи с научными учреждениями и клиниками, а также наличие руководящих указаний и протоколов (52). Аналогичным образом к числу условий, препятствующих осуществлению рекомендаций, относятся слабая связь между медицинскими работниками и общиной, текучка и нехватка кадров, безразличие руководства, нехватка финансовых ресурсов, низкая посещаемость заседаний комитета по аудиту и отсутствие квалифицированных кураторов.

Опыт проведения анализа материнской смертности показывает, что для того, чтобы рекомендации претворялись в конкретные действия, необходим комплексный подход.

В ходе экспериментального проекта QUARITE (53, 54), обеспечившего существенное снижение материнской смертности в малообеспеченных медицинских учреждениях в Сенегале и Мали, проводилась комплексная работа по трем направлениям:

- привлечение лидеров общественного мнения к пропаганде проводимой работы, полученных результатов и действий, направленных на изменения в местных медицинских учреждениях;
- создание комитетов по повышению качества, в задачи которых входит рассмотрение конкретных случаев и определение степени реализации предложенных рекомендаций; а также
- укрепление потенциала специалистов-медиков посредством тренингов и моделирования ситуаций.

Шаг 6. Оценка и корректировка процесса

Заключительный шаг цикла аудита предполагает оценку работающих и не работающих методов, а затем внесение корректив и адаптацию подхода, что позволяет усовершенствовать процесс и быстрее продвигаться вперед. Оценка пройденного цикла аудита, направлена на определение степени его успешности в плане выявления случаев смерти, сбора, проверки и анализа информации, а также выявления проблем, способствующих мертворождаемости и неонатальной смертности. В целом цель оценки заключается в том, чтобы обеспечить не только работоспособность подхода, но и его эффективность в содействии внедрению позитивной практики.

Документирование происходящих со временем изменений в рамках ежегодного совещания по анализу или доклада, как описано выше, помогает определить, какие компоненты оказались успешными, а какие еще нуждаются в доработке. После того как работа началась, крайне важно поддерживать этот процесс и контролировать его. Хорошим стимулом для пользователей могут стать системы, обеспечивающие в режиме реального времени обратную связь в отношении данных, показывающих долгосрочные тенденции (например, снижение показателя интранатальной мертворождаемости в течение пяти лет после повышения качества родовспоможения). Чтобы помочь пользователям измерить и оценить успешность каждого этапа процесса аудита смертности от повышения осведомленности о его необходимости до внедрения его в повседневную практику, был разработан перечень вопросов, который приводится во вставке 3.2 (47).

Помимо текущей оценки хода реализации предложенных решений, а также мониторинга показателей, позволяющих быстро получить представление о наличии или отсутствии прогресса в усовершенствовании системы и улучшения конечных результатов ее работы, полезно периодически проводить и более детальную оценку, особенно если i) показатели свидетельствуют о том, что, несмотря на принятые меры, конечные результаты не улучшаются, или ii) уровень смертности не снижается. Хотя отслеживать снижение показателей смертности важно, динамика этих показателей не всегда является наилучшим свидетельством повышения качества медицинского обслуживания, поскольку на уровень смертности в медицинском учреждении влияют многие факторы. Важную роль здесь могут играть улучшение состояния дел в общинах, в системе здравоохранения или в обществе в целом, а также изменения в типах запоздания и в факторах, поддающихся изменению. Для того чтобы понять, может ли система действовать более эффективно, можно провести более детальную оценку. В идеале необходимо периодически проводить оценку качества собранной информации, особенно если система не связана с СУИЗ и РАГССЕДН.

Краткое описание этих шести шагов приводится в Приложении 9.

Вставка 3.2. Вопросы для размышления относительно внедрения и поддержания системы аудита

- Как можно повысить качество и эффективность заседаний комитета по аудиту?
- С какой частотой и с кем поддерживается обратная связь?
- Каковы слабые места наших процедур обратной связи?
- Как можно повысить качество обратной связи с поставщиками услуг и руководством медицинского учреждения?
- Каким образом можно активизировать участие в процессе аудита, использование сделанных в его рамках выводов и осуществление рекомендаций?
- Каким образом можно улучшить качество обратной связи с заинтересованными сторонами за пределами медицинского учреждения, например на уровне района или провинции или в общине?
- Каким образом можно повысить эффективность привлечения этих заинтересованных сторон к сотрудничеству?
- Кто несет ответственность за координацию системы аудита, например одно лицо, группа, назначены ли они официально или работают неофициально?
- Кто руководит проведением аудита? Кто принимает на себя обязанности руководителя в случае его отсутствия? Какой план преемственности существует?
- Как влияют на проведение аудита кадровые проблемы, например ротация или текучесть кадров?
- Если стабильность кадров низка, каким образом можно ее повысить?
- Каковы обязанности нашего медицинского учреждения по оказанию другому учреждению или другим учреждениям помощи в разработке и внедрении программы аудита?

Источник: Belizan et al., 2011 (47).

4

Проведение аудита случаев смерти в общинах

В данной главе излагаются соображения по поводу введения в действие системы аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти в общинах. Рассказы членов семей и лиц, осуществляющих уход, полученные в рамках традиционной вербальной аутопсии (ВА), могут помочь в выявлении способствовавших смерти социальных и поведенческих факторов, а также факторов, касающихся системы здравоохранения, в дополнение к ее биологическим причинам, а также в сборе данных об основных запозданиях и факторах, поддающихся изменению.



4.1 Важность анализа случаев смерти в общинах и реагирования на них

Несмотря на высокие средние показатели оказания дородовой помощи и рост показателей родов в медицинских учреждениях даже в условиях ограниченности ресурсов, во многих странах роды до сих пор нередко происходят дома, без какого-либо контакта с медицинскими учреждениями или работниками здравоохранения. Поэтому многие случаи мертворождения и неонатальной смерти также происходят дома. Многим этим семьям следовало во время беременности и/или родов поддерживать контакт с медицинским учреждением или с общинными медико-санитарными работниками (ОМСР). Выявление и анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти, произошедших в общинах, необходимы для получения полной картины причин, вызвавших эти смерти, и способов их предотвращения. Для выявления и анализа этих случаев смерти необходимо, чтобы общины и комитеты по аудиту смертности на уровне медицинского учреждения и района несли взаимную ответственность за обмен информацией и введение изменений.

Факторы, способствующие мертворождениям или неонатальным смертям в общине, могут отличаться от факторов, приводящих к смертям в медицинских учреждениях, и поэтому не всегда поддаются выявлению в рамках аудита смертности на базе медицинского учреждения. Например, при анализе случаев смерти в общине могут быть выявлены препятствия к получению медицинской помощи, с которыми вряд ли столкнулись бы лица, имевшие возможность добраться до медицинского учреждения и получить там помощь.

Многие случаи мертворождения или неонатальной смерти могут быть, хотя бы частично, обусловлены присутствующими в общине факторами, такими как бедность и недостаточный доступ к услугам, низкий социальный и пищевой статус девочек и женщин, вредные виды практики, связанные с беременностью и родами, отношение к медицинским услугам и пользование ими. Тем не менее все в общине хотят, чтобы у них рождались здоровые дети. Поэтому, какой бы подход ни был использован, важно, чтобы люди, на чьи жизни повлияют итоги анализа, понимали, что при разработке решений их мнение будет принято во внимание.

Процесс создания на общинном уровне системы выявления случаев мертворождения и неонатальной смерти, их анализа и принятия мер реагирования имеет принципиальное значение и для укрепления связей между заинтересованными сторонами в общине, в медицинских учреждениях и в рамках инфраструктуры общественного здравоохранения.

4.2 Создание системы

Приступая к созданию аудита смертности в общине, необходимо подобрать компетентных кандидатов на две ключевые вспомогательные должности – общинных "идентификаторов-информаторов" и контролеров. Кроме того, необходимо внедрить механизм передачи информации. Далее рассматриваются три основных компонента системы аудита случаев смерти в общине.

Идентификаторы-информаторы

Идентификаторы-информаторы – это лица, которые будут получать информацию о случаях мертворождения и неонатальной смерти в общине или сами будут выявлять эти случаи сразу после того, как они произошли, а затем незамедлительно передавать сведения об этих случаях в систему здравоохранения. Идентификаторами-информаторами могут быть ОМСР (как волонтеры, так и штатные работники), лидеры общины или деревни, представители общины, назначенные или выбранные специально для выполнения этих обязанностей, или

лица, нанятые для выполнения этих обязанностей в рамках осуществления другой инициативы (например, лица, осуществляющие рутинные посещения на дому во время беременности и в послеродовой период). Для того чтобы эффективнее выполнять свои обязанности и оперативно передавать информацию, идентификаторы-информаторы должны поддерживать официальную связь с системой здравоохранения через центр первичной медико-санитарной помощи, больницу или районное управление.

Если в рамках системы общественного здравоохранения уже существует сеть ОМСР, было бы целесообразно обучить их выполнению обязанностей идентификаторов-информаторов. Однако во многих странах не существует единых сетей ОМСР с достаточным охватом. В качестве альтернативы можно осуществлять программы выявления/уведомления силами районных или субрайонных сетей идентификаторов-информаторов, перед которыми будет поставлена задача выявления случаев мертворождения и неонатальной смерти на более ограниченных территориях. Например, в Камеруне деревенские ассоциации матерей или женские ассоциации принимали участие в осуществлении ряда программ, помогая выявлять охватываемые этими программами исходы на уровне общины.

В некоторых ситуациях передачу сообщений о случаях мертворождения и неонатальной смерти можно осуществлять в рамках других существующих мероприятий эпиднадзора. Общинные системы эпиднадзора за материнской смертностью и принятия ответных мер (ЭМСОМ) и интегрированные системы эпиднадзора за заболеваниями и принятия ответных мер могут быть расширены так, чтобы охватить также перинатальную смертность. Например, реализованная в Индонезии программа подготовки профессиональных акушерок для работы в деревнях помогла начать изучение перинатальной смертности на уровне общин (55).

Аналогичные возможности могут предоставить и другие программы общественного здравоохранения, в том числе программы, не касающиеся проблем материнского здоровья, здоровья новорожденных и детей. Например, если в регионе проходит кампания по вакцинации против полиомиелита, имеющая целью охват удаленных общин, можно обучить общинных волонтеров или сотрудников, участвующих в реализации этой кампании, методам выявления случаев мертворождения или неонатальной смерти в этих общинах и направления полученных сведений в систему здравоохранения. Например, в 2002 г. группа партнеров ВОЗ по вопросам иммунизации реализовала стратегию "Охватить каждый район", направленную на улучшение эпиднадзора посредством возрождения системы услуг, предоставляемых городским и сельским общинам (56).

Для успешной передачи информации от идентификаторов-информаторов в систему общественного здравоохранения может применяться целый ряд механизмов отчетности, о которых будет рассказано ниже в разделе о передаче информации.

Контролеры

Reviewers are community representatives who participate in perinatal mortality audits. Контролерами являются представители общины, принимающие участие в аудитах перинатальной смертности. Состав руководящих комитетов по такому аудиту на уровне медицинского учреждения и на общенациональном уровне и функции их участников описаны в Приложении 5. Существует также ряд других факторов, особенно важных для общины, в том числе представительство, информационное взаимодействие и информационно-разъяснительная работа.

Первый фактор, влияющий на выбор контролеров по мертворождениям и случаям смерти новорожденных в общине, – это *представительство* мнения общины по поводу этих смертей. Включение члена общины в состав созданного в медицинском учреждении комитета по проведению аудита может помочь собрать более полную информацию, отражающую мнение

общины о причинах каждого случая мертворождения или неонатальной смерти. Например, участвующий в аудите ОМСР может представить информацию о том, почему семья не обратилась за медико-санитарной помощью раньше или почему могла произойти задержка с транспортировкой.

Второй фактор – это обеспечение информационного взаимодействия с общиной. Включение в состав комитета по аудиту лица, способного предоставлять общине информацию о результатах анализа случаев перинатальной смерти, может помочь в укреплении доверия между системой общественного здравоохранения и общиной и повысить вероятность успеха мероприятий, осуществляемых на уровне общины и разработанных с учетом результатов аудита. К подбору кандидата на эту ответственную роль следует подходить со всей серьезностью, поскольку при ненадлежащем информационном взаимодействии отношения между общиной и системой общественного здравоохранения могут быть поставлены под угрозу. Например, неподготовленный человек, отвечающий за информационное взаимодействие с общиной, может возложить вину за неизлечимую болезнь или возникновение проблем со здоровьем во время беременности или родов на лиц, оказывавших медико-санитарную помощь, что чревато серьезными последствиями как – в краткосрочной перспективе – для безопасности этих лиц, так и – в долгосрочной перспективе – для поддержания доверия между общиной и системой здравоохранения.

Третий фактор – это обеспечение ведения *информационно-разъяснительной работы* от имени общины. Привлечение к участию в аудите представителей общины, обладающих полномочиями для принятия решений, может повысить вероятность проведения на уровне общины надлежащих мероприятий, направленных на предотвращение дальнейших случаев перинатальной смерти, а также обеспечить одобрение членами общины предложенных мероприятий на уровне общины.

Передача информации

Последнее соображение, которое следует принять во внимание, приступая к аудиту перинатальной смертности на уровне общины, – это создание механизма для передачи информации.

Очень важным является то, как именно общинный идентификатор-информатор будет извещать систему здравоохранения о случае мертворождения или неонатальной смерти. Существуют два основных способа организации передачи такой информации из общины: i) подача сведений в конкретное медицинское учреждение (известна также как последовательная передача сообщений) или ii) подача сведений на самый нижний уровень управления общественного здравоохранения, например в отдел здравоохранения на уровне графства, округа, района или прихода (известна также как параллельная передача сообщений).

Передача информации из общины через местные медицинские учреждения, или последовательная передача сообщений, имеет ряд потенциальных преимуществ.

- Создание инфраструктуры предоставления общинной информации через медицинские учреждения может способствовать повышению частоты и качества информационного взаимодействия между медицинскими учреждениями и общинами, которые они обслуживают.
- Последовательная передача сообщений уменьшает шансы на дублирование информации о конкретном случае перинатальной смерти
- Централизованный анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти, учитывающий случаи смерти в медицинских учреждениях и в общинах, позволяет разрабатывать рекомендации и мероприятия в отношении поддающихся изменению факторов как в медицинских учреждениях, так и в общинах.

Передача информации из общин через местные медицинские учреждения может быть практически неосуществимой, если в медицинском учреждении нет действующего комитета по аудиту смертности. Аналогичным образом нецелесообразно использовать такой канал передачи информации, если соответствующая община не имеет реального доступа к качественной медико-санитарной помощи в медицинском учреждении, если отношения между общиной и медицинским учреждением настолько плохи, что препятствуют представлению информации, или если руководящие органы общественного здравоохранения предпочитают, чтобы общины представляли информацию непосредственно в районные медицинские учреждения или в другие местные учреждения общественного здравоохранения.

Создание наиболее эффективного механизма передачи информации может частично зависеть от того, как именно министерство здравоохранения представляет себе порядок информирования общин о случаях смерти, а также от наличия каких-либо действующих систем отчетности общин. Например, выявление случаев смерти и извещение о них посредством мобильных технологий может повысить показатели своевременного представления информации из общины. Использование мобильных технологий наиболее пригодно для "параллельного" представления информации в окружные органы здравоохранения в том случае, если в медицинских учреждениях нет лиц, уполномоченных получать такую информацию, или если система сбора данных в районном управлении здравоохранения уже существует.

4.3 Шесть шагов цикла аудита смертности применительно к общине

После того как будут отобраны идентификаторы-информаторы и контролеры и разработан механизм передачи информации, может быть запущен процесс аудита смертности, учитывающего случаи смерти в общине. Далее в настоящей главе будут рассмотрены те же шесть шагов цикла аудита перинатальной смертности, о которых шла речь в главе 3, однако теперь – применительно к общине.

Шаг 1. Выявление подлежащих анализу случаев

Процесс выявления подлежащих анализу случаев можно разделить на три этапа: 1) создание эффективного механизма выявления всех случаев смерти; 2) создание эффективного механизма уведомления и отчетности обо всех случаях смерти и 3) отбор случаев, подлежащих анализу, из всей совокупности случаев смерти.

Шаг 1.1. Выявление всех случаев смерти

Для выявления случаев смерти идентификаторы-информаторы в общинах могут применять различные способы активного наблюдения. Они должны стремиться учитывать все случаи мертворождения и неонатальной смерти в их общинах независимо от того, где именно такие случаи произошли и где оказывалась медицинская помощь до наступления смерти. Во *вставке 4.1* описывается осуществляемый в Уганде проект "Спасая матерей, давая жизнь", который призван снизить показатели материнской и младенческой смертности путем привлечения членов общин к мониторингу смертности и принятию ответных мер.

Общинные идентификаторы-информаторы могут пользоваться различными источниками информации о случаях мертворождения и неонатальной смерти. В небольших общинах хорошим источником информации могут стать слухи и разговоры собравшихся на общинных мероприятиях жителей. Гораздо более полным источником информации о беременностях и их исходе, в том числе о случаях мертворождения и неонатальной смерти, могут стать посещения домохозяйств в рамках анализа случаев смерти в перинатальный период или другой программы (например, в ходе обычного посещения на дому в рамках патронажа беременных

Вставка 4.1. Конкретный пример из практики выявления: проект "Спасая матерей, давая жизнь" в Уганде

Уганда стала одной из двух стран, выбранных для осуществления пилотного проекта "Спасая матерей, давая жизнь" (СМДЖ), цель которого – снизить показатели материнской и младенческой смертности путем проведения мероприятий на базе общин и медицинских учреждений. В рамках модели СМДЖ применяется комплексный подход, который предусматривает опору на существующие районные системы здравоохранения и применение основанной на фактических данных практики для повышения показателей выживаемости матерей и новорожденных.

В рамках инициативы СМДЖ получили подготовку более 4000 деревенских бригад медицинской помощи (в их состав входят направляемые правительством ОМСР, работающие в основном на добровольных началах, причем каждая бригада обслуживает 100–300 домохозяйств), которых обучили методам выявления любых случаев смерти женщин репродуктивного возраста и новорожденных в ходе ежемесячных обычных визитов мониторинга. В настоящее время примерно 3800 таких бригад продолжают ежемесячно отчитываться о количестве смертей женщин репродуктивного возраста и новорожденных, выявленных за предыдущие 30 дней. Эти отчеты собираются и передаются районным координаторам системы здравоохранения. Примерно через шесть – восемь недель после сообщения о смерти домохозяйство посещает специальная группа, члены которой обучены процедурам вербальной аутопсии (ВА). Данные ВА используются для установления причин неонатальной смерти и сопутствующих факторов, что позволяет получать информацию, необходимую для разработки мер по предотвращению таких смертей в будущем.

Совершенствование системы: накопленный опыт

Опыт создания районных систем эпиднадзора за материнской и младенческой смертностью в Уганде показал партнерам следующее:

- **Выявлению случаев смерти матерей и новорожденных способствуют постоянные перекрестные проверки таких случаев смерти силами медицинских учреждений и общин.**
- **Обеспечение непрерывного контроля качества системы эпиднадзора за материнской и младенческой смертностью в рамках СМДЖ требует тщательного планирования, осуществления и поддержания.** Это предполагает четкое определение случаев, периодические напоминания о важности и процедурах передачи данных, подотчетности, мониторинга результатов, обмена информацией и увязки с последующими мерами.
- **Поступающие в режиме реального времени данные о случаях смерти матерей и новорожденных в общинах использовались в ходе совещаний деревенских бригад медицинской помощи как аргумент в пользу активизации профилактической работы и мобилизации общин.** Руководство района Кибале выделило средства на строительство моста, соединившего с основной магистралью несколько общин с высокими показателями смертности, что позволило повысить доступность неотложной акушерской помощи.

Министерство здравоохранения планирует расширить масштабы проекта СМДЖ и эпиднадзора за неонатальной смертностью и мер по ее снижению, подключая к осуществлению этого проекта, помимо четырех районов, где он уже реализуется, и другие районы, на которые он ранее не распространялся. В сентябре 2015 г. была начата адаптация к условиям Уганды руководства (1) ВОЗ по эпиднадзору за материнской смертностью и принятию ответных мер (ЭМСОМ). В основу этой публикации положен опыт районов, в которых осуществлялся проект СМДЖ. В руководстве приводится описание инструментария, стандартных операционных процедур и процедур мониторинга, разработанных и скорректированных в рамках проекта. Инструментарий для вербальной и социальной аутопсии, применяемый для сбора информации о случаях перинатальной смерти, представлен в Приложении 10.

Источник: MDSR Action Network, 2016 (57).

и новорожденных). Вопросы о недавних случаях мертворождения и неонатальной смерти могут включаться в любые стандартные опросы, проводимые соответствующим образом подготовленными волонтерами или ОМСР, работающими по линии партнерских программ. Наконец, наиболее полные данные о случаях мертворождений и смертей новорожденных могут дать участки демографического наблюдения, хотя подобные системы наблюдения существуют не везде.

После выявления случая мертворождения или неонатальной смерти общинный идентификатор-информатор должен передать имеющуюся у него информацию об этой смерти предварительно назначенному координатору в местном медицинском учреждении, районном управлении здравоохранения или в другом местном органе общественного здравоохранения в соответствии с согласованным механизмом передачи информации (см. пункт "Передача информации" в разделе 4.2, выше, и шаг 1.2, ниже).

Только после получения данных обо всех случаях смерти комитет сможет сделать репрезентативную выборку случаев смерти для анализа (см. шаг 1.3).

Шаг 1.2. Уведомление и отчетность о случаях смерти

Сообщения о случаях смерти могут передаваться по сетям мобильной связи, в бумажной форме или устно. Выбор метода зависит от того, какой из них в наибольшей степени обеспечивает в данных условиях надежную передачу информации идентификатором-информатором в систему государственного здравоохранения.

Вставка 4.2. Пример практики уведомления и отчетности: проект "Безопасное материнство" в провинции Южный Калимантан

В 1995 г. Министерство здравоохранения Индонезии внедрило в трех сельских районах Южного Калимантана три дополнительных вида услуг по обеспечению безопасного материнства, в числе которых были меры по созданию и внедрению процедур анализа случаев материнской и перинатальной смерти. В общины были направлены акушерки, на которых была возложена обязанность по выявлению всех случаев материнской и перинатальной смерти и передаче соответствующей информации в медицинские центры. Акушерки узнавали о таких смертях либо потому, что сами ухаживали за женщинами до момента смерти, либо из сообщений деревенских старост или традиционных повивальных бабок.

По итогам проведенного после смерти опроса и проведения последующего расследования документально оформляются все медицинские услуги, оказанные женщине или ребенку перед их смертью. На основании этих данных деревенская акушерка определяет причину смерти и сообщает о ней непосредственно в медицинский центр, где старший акушер или врач проверяют полученную информацию на предмет ее полноты и отсутствия противоречий и удостоверяют правильность указанной причины смерти. Все формы опросов и собранные данные направляются в районное управление здравоохранения.

Источник: Supratikto et al., 2002 (55).

Первоначальная информация о смерти в общине может отличаться от первоначальной информации о смерти в медицинском учреждении. В случае смерти в медицинском учреждении задача заключается в том, чтобы получить всю информацию, предоставляемую минимальным набором перинатальных индикаторов (Приложение 3). Что касается смерти в общине, то здесь цель, напротив, состоит в том, чтобы просто *уведомить* систему здравоохранения о случае смерти, передав информацию по соответствующим каналам (выбранным в ходе разработки механизма передачи информации, см. раздел 4.2 "Создание

системы"). Какую именно информацию следует собирать первоначально в случае смерти в общине, необходимо определять с учетом уровня образования идентификаторов-информаторов; вероятно, такую информацию о смерти необходимо будет свести к минимуму, чтобы обеспечить ее надлежащую передачу.

Во вставке 4.2 представлен конкретный пример из практики провинции Южный Калимантан, Индонезия.

Шаг 1.3. Отбор случаев для анализа

После получения сообщений по всем выявленным случаям информация о случаях на уровне медицинского учреждения сводится воедино для анализа и изучения, а затем либо *все* случаи, либо их *выборка* подготавливаются для представления и обсуждения на междисциплинарном совещании по анализу.

С учетом необходимости выделить достаточно времени для проведения надлежащего анализа и, к сожалению, слишком большого количества случаев смерти новорожденных во многих районах, зачастую приходится отбирать для анализа лишь немногие такие случаи. Так, например, в рамках индонезийского проекта по безопасности материнства на каждое совещание выносятся не более двух-трех случаев, что обеспечивает их всестороннее и активное обсуждение (55).

Существует несколько стратегий отбора случаев для рассмотрения. Одна из них состоит в отборе случаев смерти, по которым имеется наибольшее количество *информации* для обсуждения, поскольку, соответственно, именно такие случаи, по всей вероятности, дают пищу для плодотворной дискуссии. Так, например, практика аудита неонатальной смертности в общинах в индийском штате Уттар-Прадеш показала, что критериями отбора случаев смерти в числе прочего были факт смерти в течение прошлого года и согласие семьи скончавшегося новорожденного обсуждать обстоятельства, приведшие к его смерти (58). Другая стратегия заключается в отборе представительной группы "диагностически сходных" случаев перинатальной смерти (13). Так, например, в индонезийском проекте по безопасности материнства случаи отбираются, исходя из характера выявленных проблем и степени распространенности медицинских причин смертей (55).

Шаг 2. Сбор информации

Особенно важно обеспечить в общинах сбор достаточного количества данных, позволяющих глубоко разобраться в случаях смерти. Это может оказаться сложной задачей, поскольку при реализации программ в общинах нередко приходится полагаться на не имеющих специальной подготовки лиц как на источники информации и на ее сборщиков. Успешный сбор информации – это залог эффективного анализа случаев перинатальной смерти и нахождения путей решения проблем. Ниже рассматриваются четыре основных момента.

1) У кого следует собирать информацию?

Если смерть в общине произошла без обращения в медицинское учреждение, то единственным источником информации в этом случае будут члены семьи и медицинские работники, не связанные с этим учреждением. Если же смерть произошла в медицинском учреждении или после обращения в него, то данные этого учреждения также подлежат сбору в порядке, описанном в главе 3.

Важно также принимать во внимание лицо, которое захочет и сможет предоставить наиболее качественную информацию. Если мать умершего ребенка жива, она, по всей вероятности, станет источником наиболее полной информации. Если мать тоже умерла, следует обратиться

к тем, кто находился рядом с ней (например, супруг, мать, сестры, возможно, другие женщины) в период до и после смерти ребенка. По возможности и при необходимости информацию следует получить также у тех, кто оказывал медицинскую помощь матери и ребенку во время беременности, родовой деятельности и/или родоразрешения.

К числу не связанных с медицинским учреждением медицинских работников могут относиться подготовленные акушерки, женщины-сиделки, ухаживающие за роженицей, народные целители и родственники. Они также могут предоставить крайне важную информацию, и их следует по мере возможности подключать к процессу сбора информации.

ii) Кто должен собирать информацию?

Может случиться так, что идентификатору-информатору, первому сообщившему о случае смерти, будет поручено и в дальнейшем собирать соответствующую информацию в том случае, если есть возможность провести опрос членов семьи и/или медицинских работников. Однако в иных случаях целесообразно поручить сбор такой информации другим людям.

Получить деликатную информацию может быть проще стороннему сборщику данных/обследователю, чем жителям общины. Хотя ОМСР, проживающие в общине, могут считаться наиболее надежным источником информации о самой *событии* смерти в общине, они не в состоянии получить максимально достоверные сведения о факторах, которые могли привести к смерти, если члены семьи не захотят поделиться со своими соседями по общине информацией на деликатную тему. Кроме того, если идентификатор-информатор участвовал в оказании медицинской помощи женщине, его присутствие при сборе более подробных данных может оказать влияние на ответы женщины или ее родственников. Возможно, предпочтение следует отдавать сборщикам информации не из числа медицинских работников.

Иногда более практичным оказывается назначение разных лиц для сбора информации и проведения обследования. Наиболее распространенным методом сбора данных о смертях в общинах является вербальная аутопсия (ВА), о которой будет сказано ниже. Для проведения ВА требуется подготовка, и с опытом сборщика данных качество полученной информации может повышаться. Соответственно, идеальным было бы наличие большого числа идентификаторов-информаторов, сообщающих о случаях смерти в общинах, а также небольшой, лучше подготовленной и имеющей практический опыт группы обследователей для проведения ВА.

iii) Какую информацию следует собирать?

Вербальная аутопсия представляет собой хорошо разработанный и структурированный метод сбора ценной информации о случаях мертворождения и неонатальной смерти, который может быть использован при анализе конкретной перинатальной смерти и позволяет выяснить причины смерти и сопутствующие факторы, а также получить данные для разработки стратегий предотвращения смертей в будущем.

Вербальная аутопсия – это структурированный опрос с применением вопросника, который заполняют лица, осуществлявшие уход, или члены семьи умершего (зачастую в случае мертворождения или смерти новорожденного – мать) в момент смерти или вскоре после него, с тем чтобы зафиксировать информацию о признаках и симптомах и их длительности, а также иные соответствующие сведения о периоде перед смертью (Приложение 10). Как правило, составной частью ВА является социальная аутопсия, в ходе которой выясняются социальные, культурные, поведенческие факторы и проблемы системы здравоохранения, которые могли способствовать смерти.

В Приложении 10 к настоящему Руководству приводится вопросник для вербальной и социальной аутопсии, составленный для проекта по эпиднадзору на базе общин, который

можно использовать для проведения опросов конкретно о случаях мертворождения и неонатальной смерти. Если для изучения обстоятельств смерти требуется больше данных о контекстуальных факторах, полезной может оказаться социальная аутопсия. Инструмент ВА, включенный в настоящее Руководство, содержит элементы как вербальной, так и социальной аутопсии, в том числе вопросы о состоянии здоровья матери, подробные вопросы о родовой деятельности и родоразрешении, структурный перечень вопросов о симптомах и их продолжительности, раздел для рассказа в свободной форме и подробную информацию о трех запозданиях, о которых шла речь в разделе 2.5.

Цель ВА заключается в выявлении причин и сопутствующих факторов случаев мертворождения или неонатальной смерти в общине при отсутствии более качественных источников данных или более определенных диагнозов. ВА может дать информацию, которая поможет комитетам по аудиту перинатальной смертности определить факторы, способствующие мертворождениям или смертям новорожденных в общинах. ВА можно использовать и в отношении смертей в медицинских учреждениях, если в ходе анализа возникает необходимость в дополнительной информации, полученной от лиц, осуществляющих уход.

iv) Когда следует собирать информацию посредством вербальной и/или социальной аутопсии?

Время между моментом смерти и проведением вербальной и социальной аутопсии обычно называют "периодом памяти". Задача заключается в том, чтобы выбрать период памяти, достаточно продолжительный для надлежащего траура, но не столь длинный, чтобы повлиять на способность респондента вспомнить и сообщить относящуюся к делу информацию. В ходе проводимого ВОЗ систематического анализа практики ВА в разных странах мира выяснилось, что используемый период памяти варьирует в широком диапазоне: в рамках одних программ опросы проводятся "в возможное ближайшее время", а в других период ожидания составляет "не менее четырех недель", которые рассматриваются как необходимое время траура; максимальная продолжительность периода памяти может составлять от "шести месяцев до неограниченного по времени" (59). Как правило, приемлемым считается период памяти от 1 до 12 месяцев, а в ходе валидационного исследования смертей взрослых было показано, что колебания в периоде памяти в диапазоне от 1 до 21 месяца не оказывают значительного воздействия на точность или специфичность ответов (60), хотя надежные периоды памяти для случаев смерти взрослых и перинатальной смерти могут различаться. Как правило, предпочтение следует отдавать более коротким периодам памяти, а к результатам опросов, проведенных позднее чем через 1 год после смерти, следует относиться с осторожностью (61). Цель состоит в том, чтобы своевременно провести анализ, который позволял бы давать рекомендации и планировать мероприятия, направленные на предотвращение будущих перинатальных смертей; соответственно, мы рекомендуем проводить вербальную и социальную аутопсию после смерти в максимально короткие сроки, приемлемые с точки зрения данной культуры.

Шаг 3. Анализ информации

Случаи мертворождения и неонатальной смерти в общине могут включаться в обзоры случаев перинатальной смерти на уровне медицинского учреждения, обсуждаться на специальных совещаниях на уровне общины или района или же рассматриваться в рамках всех этих трех мероприятий в сочетании. Вопросы участия представителей общин в совещаниях по аудиту перинатальной смертности рассмотрены в подразделе "Контролеры" раздела 4.2 "Создание системы". В ходе анализа случаев перинатальной смерти, имевших место в общине, группа по проведению аудита может использовать данные ВА для установления возможных причин смерти с применением стандартизированных международных методов сертификации и кодирования, а также выявлять любые запоздания в получении помощи, которые

способствовали этой смерти. Эти данные могут дополнительно вноситься в единый перечень случаев смерти, о котором говорилось в главе 3.

На уровне медицинского учреждения, района и выше данные о количестве случаев мертворождения и неонатальной смерти в общине могут прибавляться к данным из медицинского учреждения. Итоговые сводные статистические данные можно сопоставлять с ожидаемым количеством случаев мертворождения и неонатальной смерти, что позволяет оценить полноту данных и создает основу для разработки рекомендаций, даже если каждый случай смерти не становится предметом отдельного рассмотрения. Предлагаемый минимальный перечень элементов данных, которые следует собирать для формирования сводной статистики, приводится в Приложении 3.

Помимо стандартных методов анализа, применяемых ко всем случаям смерти, существует ряд аналитических методов, которые могут оказаться особенно полезными или показательными при их применении к случаям смерти в общинах. Изучение тенденций динамики позволяет выявить сезонные колебания количества смертей в общинах и отследить наличие или отсутствие таких колебаний на уровне медицинского учреждения. Это может помочь, например, в оценке влияния малярии в зоне, где происходят изменения в сфере борьбы с москитами. Весьма ценную информацию может дать и отслеживание тенденций динамики по времени суток: так, например, если смерти в основном происходят в ночное время, это может стать поводом для обсуждения вопроса об увеличении количества препятствий для обращения за медицинской помощью и ее получения в это время суток и способов решения этой проблемы.

Весьма полезным на уровне общин может быть и геопространственный анализ. Привязка случаев смерти в общине к конкретным точкам на местности может наглядно показать, где отсутствует доступ к необходимой медицинской помощи, или помочь в определении конкретных факторов, ограничивающих транспортную доступность.

Шаг 4. Предложение решений

Рекомендовать действительно выполнимые решения по снижению смертности в общине – сложная задача. Об основных отличительных чертах качественных рекомендаций говорилось в главе 3, однако существует по крайней мере два аспекта, которым следует уделять особое внимание при разработке рекомендаций для общины, – это потенциал и информационное взаимодействие.

i) Потенциал для выполнения рекомендации

Это крайне важное обстоятельство, о котором следует помнить при разработке рекомендаций, затрагивающих общину. Если рекомендация разрабатывалась при участии общинных лидеров и в сотрудничестве с членами общин, обладающими полномочиями для проведения в жизнь рекомендуемых изменений, то такая рекомендация может быть действенной и эффективной. Напротив, если комитет по аудиту перинатальной смертности "спускает" в общину рекомендации, которые та не в состоянии реализовать, это может стать источником взаимного недоверия между членами общины и системой общественного здравоохранения.

ii) Информационное взаимодействие с общиной

Это также вопрос первостепенной важности. Распространение результатов аудита перинатальной смертности и рекомендаций по его итогам следует организовать так, чтобы информация доводилась до сведения всех членов общины своевременно, деликатно и через доступные для каждого средства связи. Важнейшим здесь, вероятно, является принцип

распространения информации непосредственно в общине: если общины с их жителями исключаются из планов распространения информации, это будет означать утраченную возможность укрепить отношения и создать в общине потенциал для изменений к лучшему.

Эффективное информационное взаимодействие с общиной можно обеспечить на самых ранних этапах процесса путем подбора соответствующих представителей общины для участия в работе комитетов по аудиту перинатальной смертности. Своевременное привлечение общинных лидеров к работе, и прежде всего к разработке рекомендаций, позволяет укрепить информационное взаимодействие и нарастить потенциал. И наконец, укреплению информационного взаимодействия может способствовать использование тех средств массовой информации, которые наиболее популярны в общине, – в дополнение к письменным материалам это могут быть радио, телевидение, театр или плакаты.

Шаги 5 и 6. Осуществление изменений, оценка и корректировка процесса

Целенаправленное и постоянное привлечение членов общины к аудиту случаев перинатальной смерти может способствовать сокращению числа таких случаев как в медицинских учреждениях, так и в общине. Предложенные решения имеют больше шансов на успешное осуществление, если община принимает участие в анализе случаев перинатальной смерти и в разработке решений проблемы, если у общины есть потенциал для выполнения таких решений и если работа ведется в условиях постоянного и активного информационного взаимодействия общины и местного медицинского учреждения.

Создание механизма публичной ответственности за выполнение рекомендаций может стать тем аспектом информационного взаимодействия, который будет способствовать укреплению доверия и расширению прав и возможностей, а также привлекать членов общины к активному обсуждению происходящих изменений. Так, например, комитет по аудиту случаев перинатальной смерти может предложить общине принять предложенное решение вместе с контрольными показателями, имеющими четко установленные сроки и позволяющими отследить ход работы. Соответственно, такой принятый на местном уровне план предполагает ответственность общины за достижение этих контрольных показателей. Примером здесь может быть создание финансируемого общиной фонда для выделения средств на экстренную доставку пациентов в медицинские учреждения или роль местных лидеров в пропаганде полезных для здоровья методов ведения беременности и послеродовой помощи.

Присутствие представителей общины на регулярных заседаниях комитета по анализу случаев неонатальной смерти или их ввод в состав конкретного комитета по проведению оценки может способствовать реализации намеченных мероприятий и более полному учету мнения общины. Во вставке 4.3 приводятся примеры участия общин в осуществлении изменений. По инициативе общин в проводимые мероприятия могут быть внесены коррективы, с тем чтобы эти мероприятия достигли намеченной цели и чтобы проекты были выполнены в установленные сроки. Участие общинных лидеров может оказать позитивное влияние на мероприятия, проводимые как в общине, так и в медицинских учреждениях, поскольку такие лидеры могут предложить креативные решения для внезапно возникающих проблем и содействовать ликвидации барьеров на пути осуществления изменений.

Вставка 4.3. Привлечение общины к осуществлению изменений

В сельских районах индийского штата Уттар-Прадеш на уровне общин был проведен "социальный аудит общинных действий" (13). Членам общин из 152 деревень было предложено вспомнить причины смертей детей в возрасте до пяти лет, имевших место в течение предыдущего года, и предложить меры по их предупреждению, которые могли бы принимать семьи или общины. 13,5% случаев неонатальной смерти были связаны с событиями интранатального периода. Общинные активисты указали, что основными факторами, обусловившими смерть новорожденных, было запоздание с осознанием степени серьезности проблемы и с организацией доставки в больницу и поиском финансовых средств, и отметили необходимость изменения моделей поведения. Еще одно исследование, посвященное изучению возможности проведения аудита силами общины, было проведено в Шивгархе, штат Уттар-Прадеш. Оно включало подробные опросы членов семей умерших новорожденных и дискуссии в фокус-группах с участием членов семей и членов общины. Оба подхода предусматривали привлечение общины к определению поддающихся изменению факторов, повлиявших на каждый случай смерти, и обсуждение возможных путей решения проблемы, причем организатором обсуждения выступал имеющий соответствующее образование и опыт член общины или медицинский работник (13). Был сделан вывод о приемлемости и возможности проведения общинного аудита случаев неонатальной смерти.

В Южной Африке для решения проблемы резкого повышения уровня неонатальной и младенческой смертности в пригородах Дурбана применялась динамичная процедура "Качество определяет партнерство". Этот уникальный процесс, направленный на повышение качества, предполагал создание активно действующих партнерств с участием поставщиков медицинских услуг и членов общин на основе диалога, планирования и совместной деятельности. В рамках этого процесса изучались ошибки, допущенные при проведении аудита смертности в местной больнице и медицинских центрах, и выводы по итогам такого аудита. Официально задокументированные изменения к лучшему в качестве медицинской помощи позволили укрепить доверие со стороны общины и повысить спрос на услуги медицинской помощи матерям и новорожденным (62).

5

Создание среды, благоприятствующей изменениям

Проведение совещаний и обсуждение случаев смерти не всегда ведут к изменениям или повышению качества медицинской помощи. Для проведения цикла аудита в полном объеме требуется руководство и контроль в благоприятствующей этому среде. В настоящей главе речь пойдет о юридических вопросах и вопросах контроля, а также об образовательных моделях, способствующих созданию возможностей для изменений к лучшему.



5.1 Создание среды, благоприятствующей изменениям ситуации

Данные, полученные в странах, где действуют системы аудита материнской смертности, мертворождаемости и неонатальной смертности, свидетельствуют о значимости среды, благоприятствующей осуществлению изменений на всех уровнях. Изменений добиваются те, кто своевременно принимает надлежащие меры. Каким образом происходят эти изменения?

Мероприятия не могут осуществляться в вакууме; каждый отдельный человек должен быть подотчетен и принимать соответствующие последующие меры. Для руководства этой деятельностью необходимы активные перемены. На общенациональном уровне важно заручиться поддержкой со стороны высшего руководства министерства здравоохранения. Лидеры, работая в медицинских учреждениях или официальных общенациональных руководящих органах, могут создавать культуру подотчетности на всех уровнях. Такая культура должна предусматривать как исправление недостатков, так и празднование успеха, поддержку, поощрение и вознаграждение (47). От того, готовы ли административные работники и профессиональные медики оказывать поддержку, зависит успех или неуспех дела (3).

С практической точки зрения один из способов создания такой среды на общенациональном уровне заключается в том, чтобы увязать аудит смертности, проводимый в отношении случаев мертворождения и неонатальной смерти, с аудитом материнской смертности в рамках ЭМСОМ в соответствии с общенациональными задачами в области здравоохранения и целевыми показателями снижения смертности. Руководство национальным планом осуществления может взять на себя рабочая группа, сформированная в министерстве здравоохранения, с привлечением других ключевых экспертов. Понимание взаимосвязей и взаимодействия между министерствами и их партнерами крайне важно для повышения уровня координации и осуществления межсекторальной программы. Министерству здравоохранения следует взять на себя руководство распределением функций и зон ответственности между различными департаментами, министерствами, профессиональными ассоциациями, частным сектором и другими партнерами, привлеченными к работе. Важнейшим фактором успеха является активное участие в этой работе профессиональных ассоциаций (например, неонатологов, врачей-акушеров, педиатров, сестер-акушерок и иного среднего медицинского персонала), равно как и участие других заинтересованных сторон (например, сотрудников администрации больниц, социологов, эпидемиологов, специалистов по информационным системам, специалистов по планированию в сфере здравоохранения, специалистов в области мониторинга и оценки, представителей гражданского общества).

5.2 Вопросы правового и этического характера

Правовая защита

Для того чтобы работу по аудиту смертности можно было вести в среде, благоприятствующей проведению открытой дискуссии между сотрудниками, необходимо принимать во внимание вопросы правового и этического характера, возникающие при расследовании случаев мертворождения и неонатальной смерти. Законы и традиции той или иной страны или культуры могут оказывать значительное воздействие в плане облегчения или воспрепятствования доступу к информации, участия семей и профессиональных медиков в аудите, проведения анализа, а также в том, что касается способов использования полученных выводов. В некоторых странах, где судебные тяжбы из-за врачебных ошибок широко распространены, страх перед судебными исками ограничивает возможности сбора данных и проведения аудита смертности.

Хотя принципы проведения аудита смертности в различных условиях могут быть едиными, правовые аспекты в разных странах могут отличаться друг от друга. Помимо обеспечения согласия участников подписывать перед началом каждого совещания по анализу правила его проведения (Приложение б), имеет смысл, чтобы руководители в самом начале работы по созданию комитета по аудиту смертности и осуществлению этого процесса обратились к местным юристам в целях обеспечения защиты соответствующих сотрудников и пациентов. Если в сфере здравоохранения уже приняты основы стимулирующей политики в отношении аудита материнской смертности, это будет также способствовать процессу аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти. Важно, чтобы процедуры в отношении правонарушений и нарушений профессиональной дисциплины проводились независимо от аудита смертности.

Доступ к информации

Как правило, единственными участниками процесса анализа, которые знают имена матери, ребенка и медицинских работников, связанных со случаем смерти, являются члены местного комитета по аудиту смертности. Имена могут быть указаны в исходных бланках отчетов в целях идентификации случаев и их привязки к местности, а также для того, чтобы не допустить дублирования; вместе с тем их следует как можно быстрее заменить цифровыми кодами в целях обеспечения конфиденциальности пациента и связанного с этим случаем персонала. Протоколы совещаний следует вести таким образом, чтобы принимаемые меры никак нельзя было связать с конкретными лицами или случаями. Соблюдение этой нормы входит в круг обязанностей лиц, собирающих данные на местах, или координаторов процесса анализа. Кроме того, любые идентификационные данные необходимо удалять из всех отчетов, записей и докладов до того, как эти материалы будут разосланы другим лицам или группам для дальнейшего изучения или обработки. Сотрудники обязаны обеспечивать конфиденциальность и следить за тем, чтобы все неиспользуемые материалы хранились в защищенном и снабженном замком месте.

Использование результатов

Цель обоих подходов, о которых идет речь в настоящем Руководстве, заключается в определении причин случаев мертворождения и неонатальной смерти, с тем чтобы можно было принять меры по предотвращению подобных событий в будущем и снижению показателей смертности. Задача найти виновных при этом не ставится. Действительно, как только данные будут собраны, нет никакой необходимости знать имена пациентов или медицинских работников. Аудит случаев мертворождения и неонатальной смерти не должен использоваться для обвинения или наказания отдельных лиц, групп или учреждений. Аудит не ставит своей целью подвергнуть медицинских работников дисциплинарному взысканию или поставить под сомнение уровень их квалификации. Если в ходе анализа предпринимаются попытки найти виновных в неблагоприятном событии, вряд ли можно ожидать от медицинских работников готовности к сотрудничеству. Медицинские работники действительно должны нести ответственность за свои действия. Однако ответственность можно поощрять, применяя любой из подходов так, чтобы повышать качество медицинской помощи путем обучения как медицинских работников, так и членов общины. В некоторых случаях уполномоченные лица (например, инспекторы, лицензирующие органы, генеральные медицинские советы) должны будут принимать меры в отношении медицинских работников, которые постоянно проявляют халатность, несмотря на все попытки их поощрить и обучить. Вместе с тем процесс анализа факторов, приведших к мертворождению или смерти новорожденного, влечет за собой необходимость правовой защиты и должен проводиться вне связи с каким бы то ни было дисциплинарным процессом.

Вопросы этического характера

Неприкосновенность частной жизни – это вопрос этического характера, важный и для семей, и для медицинских работников. Семья ребенка имеет право на неприкосновенность частной жизни, хотя зачастую представляется невозможным расследовать случай мертворождения или смерти новорожденного, обеспечивая такую неприкосновенность в полной мере. Семьи и медицинские работники должны иметь гарантию того, что неприкосновенность их частной жизни будет обеспечена настолько, насколько это возможно. Личные данные детей, чья смерть становится предметом расследования, членов их семей и медицинских работников, оказывавших им помощь, должны оставаться конфиденциальными, и знать их следует лишь тем, кто фактически проводит исследование. В формах для сбора данных, резюме по делам, протоколах совещаний по анализу, а также в любого рода отчетах и других подлежащих рассылке материалах с результатами анализа не должно содержаться никаких личных идентификаторов.

Кроме того, членов комитета по аудиту следует проинструктировать о том, что они не должны разглашать вне группы по проведению анализа никакую конфиденциальную информацию об изучаемых случаях (в том числе имена членов семьи, медицинских или иных работников, связанных с этими случаями, а также любые подробности о ходе обсуждения или выводы по итогам анализа). В идеале все, кто имеет доступ к информации, содержащей личные идентификаторы, должны подписывать соглашение о конфиденциальности, принимая на себя обязательство не разглашать эти сведения. Все записи по рассмотренным случаям и материалы их обсуждения следует хранить в надежных местах; копии на материальных носителях должны храниться в запирающихся шкафах/кабинетах, а электронные копии – в файлах, защищенных паролем. При проведении некоторых видов обследований, например конфиденциальных расследований, правилом является абсолютная анонимность. Вместе с тем при проведении других обследований, например на базе медицинских учреждений или общин, личность как умершего, так и медицинских работников, оказывавших ему помощь, как правило, известна, хотя и при этом следует позаботиться о том, чтобы в максимальной степени удалить из записей все идентифицирующие обозначения.

5.3 Разработка и распространение политики и руководящих указаний

Четкая, направленная на оказание поддержки политика является одним из условий успешного проведения аудита материнской смертности (46, 51). Иногда это означает также наличие благоприятной нормативно-правовой базы, которая должна быть создана еще до начала работы. Опасения по поводу участия в таких аудитах могут быть устранены путем предоставления правовой защиты лицам, оказывающим содействие в проведении обследований, и гарантий того, что случаи серьезных правонарушений будут и далее рассматриваться в рамках существующих судебных процедур. Также могут быть полезны разработанные на национальном уровне руководящие указания о порядке создания комитета по аудиту и проведении заседаний, четкие рекомендации по передаче информации и стандартизированные инструменты. Четкие нормы и стандарты практических действий для каждого уровня системы здравоохранения могут способствовать более объективной оценке поддающихся изменению факторов в связи с каждым случаем смерти (38, 63). Эти положения, равно как и национальные клинические протоколы, необходимо периодически пересматривать и корректировать с учетом вновь выявленных фактических данных. Эту работу может проводить национальный руководящий комитет под руководством министерства здравоохранения.

Национальные руководящие указания по проведению аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти могут содержать требование о назначении на различных уровнях специальных штатных сотрудников для контроля за работой системы и включении соответствующих задач и обязанностей в их должностные инструкции. Там, где помощь при родах и в послеродовой период оказывают сестры-акушерки, необходимо спланировать работу системы так, чтобы они могли проводить весь процесс от начала и до конца и осуществлять руководство на всех уровнях. Если позволяют ресурсы, сотрудник, отвечающий за связи с общественностью, или региональный координатор, знакомые с инструментарием и порядком проведения заседаний, могут выступать в качестве связующего звена между медицинскими работниками, старшим руководством и лицами, отвечающими за принятие решений на уровне района. Такой сотрудник может быть очень полезен, особенно для обеспечения претворения рекомендаций в реальные дела и осуществления последующих действий. Такая система стала одним из основных факторов, обеспечивших институционализацию и получение успешных результатов в Южной Африке (41, 47).

5.4 Подготовка сотрудников, постоянный контроль и руководство

Сотрудники районного звена системы здравоохранения, административный персонал, медицинские работники и другие заинтересованные стороны нуждаются в подготовке, соответствующей их роли в процессе аудита и уровню внедрения системы аудита. Такая подготовка может проводиться министерством здравоохранения или профессиональными ассоциациями. В Уганде подготовкой персонала в соответствии с Национальными руководящими принципами проведения аудита материнской и перинатальной смертности занимаются совместно Ассоциация гинекологов и акушеров и Ассоциация педиатров Уганды (48). В Южной Африке координатор ПВПП, назначенный Национальным советом по медицинским исследованиям, контролирует совместно с коллегой процесс подготовки во всех провинциях и обеспечивает на постоянной основе принятие последующих мер, добиваясь, например, чтобы медицинские учреждения передавали свою информацию в центральную базу данных (41). Ежегодно в провинциях проводятся семинары-практикумы, где сотрудники медицинских учреждений обучаются установке компьютерной программы для проведения аудита, вводу данных и заполнению форм для сбора данных, проверке данных на достоверность и проведению базового анализа основных показателей.

Опыт показал, насколько важно с самого начала разъяснять всем участникам процесса анализа на всех уровнях, почему и для чего надо собирать ту или иную информацию, с тем чтобы данные собирались ради какой-то цели, а не просто так. В курс подготовки следует включить обзор совещания по анализу случаев смерти, а также рекомендации по соответствующим нормам поведения, включая и соблюдение конфиденциальности. Если время позволяет, в курс подготовки можно включить также блок по повышению квалификации в сфере оказания медицинской помощи при наиболее распространенных материнских и перинатальных состояниях.

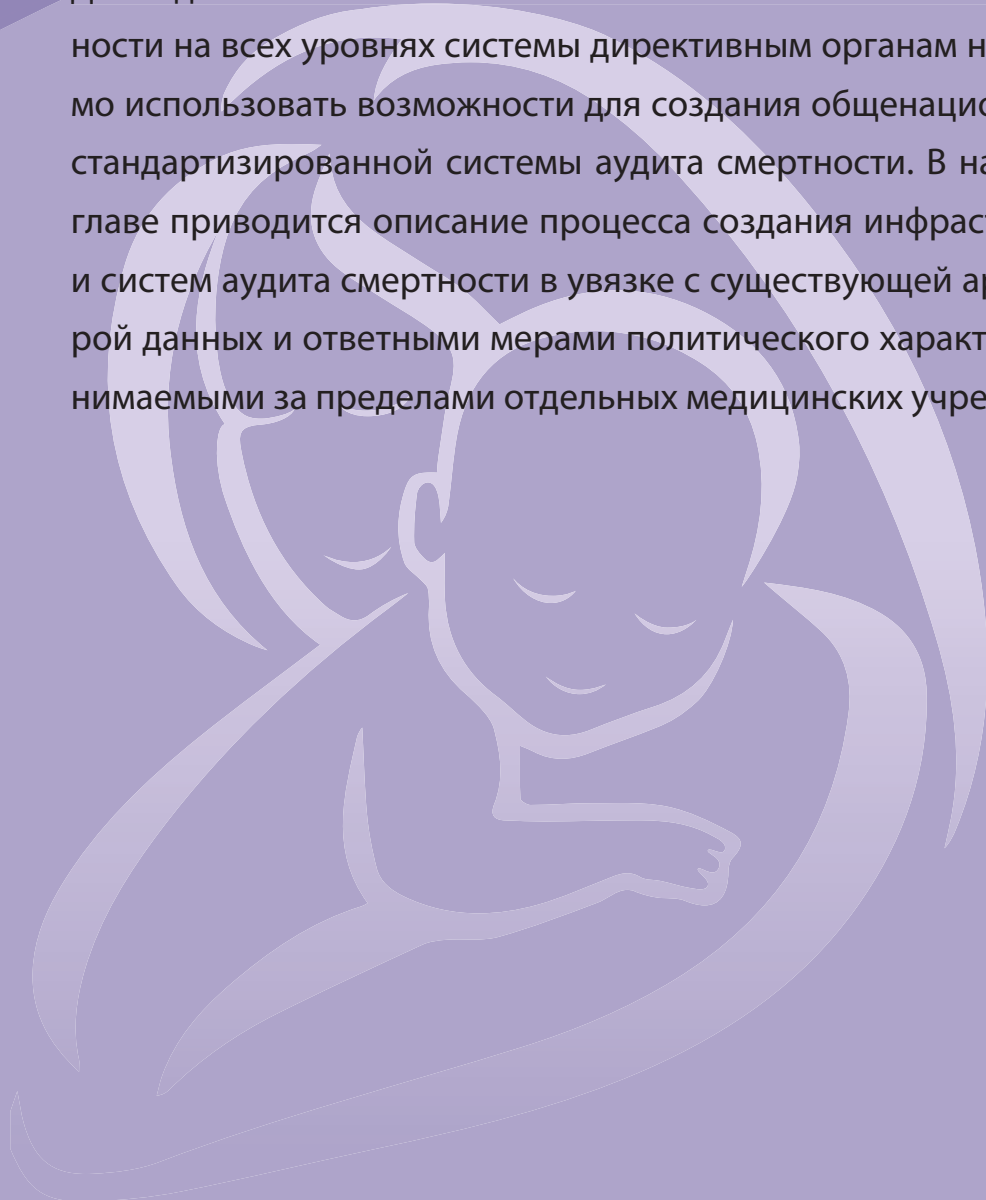
Частая сменяемость сестер-акушерок в родильном отделении и отделении для новорожденных может отрицательно влиять на качество услуг и поставить под угрозу успешное проведение аудита смертности. Основной мерой по предупреждению такого развития ситуации является формирование, признание и поощрение навыков лидерства у опытных акушерок, медицинских сестер, клиницистов, анестезиологов и медицинских работников, олицетворяющих собой институциональную память и преемственность и являющихся хранителями соответствующих клинических знаний и навыков. Эти лица могут быть выдвинуты на ключевые позиции в руководящем комитете по аудиту смертности, отвечать за наставническую работу с новыми сотрудниками, консультировать менее

опытных сотрудников по тем или иным клиническим проблемам, а также – благодаря своему опыту и авторитету в учреждении – вносить активный вклад в обсуждение проблем аудита. Важно помнить, что лидеры могут занимать или не занимать управленческие посты, но они с наибольшей вероятностью будут подавать остальным сотрудникам пример эффективной работы в команде. Успех процесса аудита зависит от умения этих лиц не выдвигать обвинения, а создавать команды и воплощать решения в жизнь.

6

Расширение масштабов аудита в целях повышения качества и улучшения медицинского обслуживания

Для содействия масштабным изменениям и повышения подотчетности на всех уровнях системы директивным органам необходимо использовать возможности для создания общенациональной стандартизированной системы аудита смертности. В настоящей главе приводится описание процесса создания инфраструктуры и систем аудита смертности в увязке с существующей архитектурой данных и ответными мерами политического характера, принимаемыми за пределами отдельных медицинских учреждений.



6.1 Переход с уровня отдельных медицинских учреждений на региональный и национальный уровни

После того как на местах системы всеохватного и систематического анализа случаев мертворождения и неонатальной смерти были внедрены в качестве повседневной практики, а изменения в практике и качестве медицинской помощи получили документальное подтверждение, другие такие учреждения, а также районы и медицинские округа в стране могут рассмотреть возможность применения аналогичного подхода. При выделении некоторого количества дополнительных средств на координацию работы такой стандартизированной системы данные могут сводиться воедино, отслеживаться и распространяться централизованным порядком.

Большее количество смертей может стать основой для проведения более детального анализа на более обширной базе народонаселения, что потенциально может обеспечить возможность для сопоставления с другими источниками данных, например РАГССЕДН и СУИЗ. В одних случаях центральный (общенациональный) комитет может просто собирать данные анализа смертности, проводившегося в медицинских учреждениях, и на их основе определять общие тенденции, в других же случаях учреждения районного или регионального (субнационального) уровня могут самостоятельно осуществлять процесс анализа. Одно из преимуществ анализа на региональном уровне заключается в том, что заполняемые формы могут быть анонимными и рассматривать случаи могут эксперты по оценке из других медицинских учреждений, которые выражают независимое мнение и предлагают рекомендации. На этом уровне можно сформулировать и общие выводы в отношении системных недостатков и направлений осуществления более масштабных изменений. Так, например, полученные результаты могут свидетельствовать о необходимости проведения в регионе анализа организации подготовки медицинских работников или функционирования транспортных систем.

Если принимается решение о реализации национальной программы аудита под руководством из центра, необходимо, применяя поэтапный подход (5), учесть при этом ряд факторов, в том числе следующее.

- *Кто будет осуществлять руководство?* Как будет организована координация – на национальном уровне или силами региональных комитетов или с использованием обоих подходов? Будет ли выступать в качестве руководителя только министерство здравоохранения, ассоциации медицинских работников или группа заинтересованных сторон с участием партнеров, гражданского общества, представителей общин и т. д.?
- *Где будут выявляться случаи смерти?* Будет ли система охватывать только государственные учреждения или применяться во всех учреждениях здравоохранения? Будут ли учитываться случаи смерти в общинах? Если да, то как будут собираться данные о таких смертях? Каким образом система аудита смертности будет увязываться с СУИЗ и/или РАГССЕДН или получать от них информацию?
- *Каковы будут масштабы внедрения аудита?* Будет ли такой анализ проводиться отдельными медицинскими учреждениями самостоятельно или же группами учреждений или по районам или же оба этих способа будут применяться параллельно? Будет ли проведение аудита обязательным или добровольным?
- *Насколько углубленным и широким будет процесс аудита?* Будет ли комитет рассматривать отдельную выборку случаев, все случаи смерти или все случаи смерти и критических состояний для жизни? Каким образом комитет будет принимать решения о том, какие случаи следует рассматривать и с какой периодичностью?

РИСУНОК 6.1. Направления поэтапного внедрения аудита смертности в отношении случаев мертворождения и неонатальной смерти



Источник: по материалам ВОЗ, 2013 (1).

На рисунке 6.1 представлены направления подобного поэтапного перевода аудита смертности с уровня отдельных медицинских учреждений на общенациональный уровень.

Опыт стран с высоким уровнем дохода, например Австралии (67–69) Новой Зеландии (66), Нидерландов (67–69) и Соединенного Королевства, свидетельствует о возможности устойчивого и широкомасштабного внедрения аудита там, где этими вопросами занимается руководство на национальном уровне. Там, где общенационального или регионального координационного органа не существует, но на местах есть движители этого процесса, общенациональная система может вырасти снизу, как это имело место в Южной Африке (13, 41).

Даже если руководство общенациональным процессом анализа осуществляет министерство здравоохранения, необходимо создать комитет с участием многих заинтересованных сторон, в том числе представителей профессиональных ассоциаций медицинских работников, общин, различных отделений и администрации медицинского учреждения, а также, если это потребует, районного управления здравоохранения и ответственного за связи с общинами (более подробный список потенциальных участников см. в Приложении 5). Эта структура может быть аналогична действующей на местном уровне, с широким представительством различных специалистов, но обладать большим потенциалом управления программой и внедрения изменений в масштабе системы в целом (43).

Хотя общей целью является создание стандартизированной национальной системы аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти, в конечном итоге структура и масштаб любой системы аудита смертности в разных медицинских учреждениях и регионах будут разными и будут учитывать местные условия и проблемы. Соответственно, даже в рамках одной страны необходимо предусмотреть возможности для адаптации и быстрой корректировки стратегии внедрения. В настоящей главе речь пойдет о некоторых ключевых составляющих национальной системы аудита перинатальной смертности.

6.2 Систематизация данных и их увязка с существующей информационной инфраструктурой

Распределению обязанностей между участниками процесса сбора данных может способствовать алгоритм потока данных (см. [рисунок 6.2](#)). Таким образом, в этот процесс вводится крайне важный элемент – подотчетность. Принимать участие в работе могут разные лица, в зависимости от размера медицинского учреждения, возможностей сбора электронных данных и уровня интеграции с существующими информационными системами. Ответственными на каждом этапе могут быть врачи, сестры-акушерки или канцелярские работники, однако все они должны получить четкое назначение и уметь работать с системой. Контролировать осуществление процесса, в том числе интеграцию с РАГССЕДН и СУИЗ, должен координатор аудита смертности или руководящий совет.

Данные отчетов, подготовленных комитетами по аудиту смертности, действующими на уровне медицинского учреждения, могут быть систематизированы и сопоставлены с другими промежуточными результатами. Отчет о результатах анализа смертности в нескольких медицинских учреждениях может заинтересовать более широкий круг сторон, в том числе все медицинские учреждения, принимавшие участие в анализе, другие медицинские учреждения (государственные и частные), работающие на данной территории, различные директивные органы, страховые компании и учебные заведения, а также и органы власти страны и общественность. По итогам общенационального конфиденциального обследования готовится всеобъемлющий отчет, который доводится до сведения всех заинтересованных сторон, включая общественность. Периодичность публикации таких отчетов зависит от количества рассмотренных случаев и готовности заинтересованных сторон обеспечить написание, редактирование и издание материалов, содержащих выводы. Вместе с тем для принятия мер по устранению недостатков нет необходимости дожидаться публикации отчета. Иногда выводы по итогам анализа отдельного случая могут выявить серьезную проблему, которая требует незамедлительного решения. Степень распространенности и значимости других проблем можно определить только после количественного анализа данных, получаемых в результате качественного анализа.

В Дорожной карте по улучшению определения результатов ПДЖКН на 2015–2020 гг. определено, какие инструменты необходимо разработать, и создана возможность для включения обновленных данных и инструментов по новорожденным в национальные системы здравоохранения в соответствии с обязательством Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) повысить эффективность использования странами ключевых данных по новорожденным (18). ВАЗ ежегодно осуществляет обзор прогресса в достижении ключевых вех – обязательство представлять годовые доклады позволило создать прозрачный механизм подотчетности с упором на использование данных о новорожденных. Аудит смертности является ключевым компонентом этой обновленной повестки дня наряду с более совершенной системой регистрации рождений и смертей, поощрением сбора минимального набора перинатальных индикаторов и мерами по тестированию, апробации и институционализации предложенных показателей охвата. Дорожная карта дает уникальную возможность повысить эффективность обычных СУИЗ за счет увязки этих данных с РАГССЕДН и материалами обследований населения (9).

РИСУНОК 6.2. Пример потока данных в рамках системы аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти



Источник: по материалам Rhoda et al., 2015 (41)

6.3 Получение необходимых средств и логистической поддержки

Масштабы национального аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти будут зависеть от количества смертей, требуемых ресурсов и возможности системы их предоставить. Помочь в составлении бюджета для создания системы и управления ею может понимание того, сколько и с какой периодичностью (в идеале) требуется провести учебных программ, заседаний руководящего комитета, а также выпустить сводных отчетов. Принимая решения по этим вопросам, руководящий совет, возможно, сочтет целесообразным обратиться к опыту других групп или стран, придерживающихся аналогичных подходов к проведению анализа смертности. Крайне полезным инструментом отслеживания прогресса в достижении результатов и выполнении рекомендаций может стать ежегодный национальный отчет, однако для его подготовки требуются специально выделенные сотрудники. Для того чтобы национальный наблюдательный совет имел возможность отслеживать ход выполнения рекомендаций и принимать соответствующие меры, он должен быть обеспечен устойчивым финансированием. Ресурсы необходимы и для того, чтобы устранять недостатки в системе, в том числе для целевой работы с районами, где подобная система пока не применяется, – обычно речь идет о медицинских учреждениях или районах с более низкими или неудовлетворительными показателями работы. Выгоды от повышения эффективности и от воздействия на систему здравоохранения в целом превосходят дополнительные затраты, которых, разумеется, требует централизованная систематизация данных.

Заключение

В настоящее время растет спрос на информацию о внедрении и увеличении масштабов системы аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти как центрального элемента стратегии повышения качества; аудит признан третьим приоритетным направлением в области развития, включенным в программу исследований на период после 2015 г. (70). Эти оставшиеся темы исследований выходят за рамки общего обсуждения повышения качества и требуют ответов на конкретные вопросы практического осуществления. Многие вопросы, касающиеся воздействия, наиболее эффективной практики проведения совещаний по аудиту, а также принятия последующих мер в условиях загруженности родильных отделений, аналогичны вопросам, встающим в процессе анализа материнской смертности, и эти две группы вопросов следует решать взаимосвязанно, особенно там, где показатели материнской смертности не столь высоки. Во многих странах с низким уровнем дохода серьезным пробелом является недостаточное участие общин, которое препятствует осуществлению процесса на принципах равенства и с позитивными последствиями для семей, входящих в группу наибольшего риска. Существует целый ряд механизмов обеспечения участия членов общин, и эти механизмы могут быть адаптированы и изучены в целях внедрения более целостной и эффективной практики проведения аудита.

Любой анализируемый случай смерти может дать информацию о том, что можно было сделать по-другому, чтобы найти решения, которые должны быть доступны каждой женщине и каждому ребенку. Хотя на всех уровнях системы здравоохранения и за ее пределами требуются исходные ресурсы, медицинские работники способны изменить то, с чем они сталкиваются в своей повседневной практике. Системе нужны лидеры, для того чтобы возглавить работу, и в первую очередь обеспечить среду, не допускающую выдвижения обвинений, а также установить связи с инициаторами перемен на других уровнях в целях решения более

серьезных проблем системного характера. Высказывалось предположение о том, что мы вступаем в эпоху третьей революции в мировом здравоохранении: от измерения и оценки – к подотчетности, а в настоящее время – к повышению качества медицинской помощи (71). Методика аудита смертности связана с осознанием важности первых двух этапов для обеспечения третьего. Партнеры в области развития и правительства осознают, насколько аудит и обратная связь важны для успешного предотвращения в будущем материнских смертей, которых можно было избежать; эти же инструменты следует применять сегодня для предотвращения смерти новорожденных.

Литература

1. Maternal death surveillance and response: technical guidance information for action to prevent maternal death. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87340/1/9789241506083_eng.pdf, accessed 22 June 2016).
2. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;6:CD000259.
3. Kerber KJ, Mathai M, Lewis G, Flenady V, Erwich JJ, Segun T et al. Counting every stillbirth and neonatal death through mortality audit to improve quality of care for every pregnant woman and her baby. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(Suppl 2):S9. doi:10.1186/1471-2393-15-S2-S9.
4. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, You D, Lee ACC, Waiswa P et al.; for The Lancet Every Newborn Study Group. Progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet.* 2014;384(9938):189–205. doi:10.1016/S0140-6736(14)60496-7.
5. Child mortality estimates. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2015 (<http://www.childmortality.org/index.php?r=site/index>, accessed 22 February 2016).
6. Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C et al. National, regional and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2016;4(2):e98–e108. doi:10.1016/S2214-109X(15)00275-2.
7. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet.* 2014;384(9940):347–70. doi:10.1016/S0140-6736(14)60792-3.
8. Mason E, McDougall L, Lawn JE, Gupta A, Claeson M, Pillay Y et al. From evidence to action to deliver a healthy start for the next generation. *Lancet.* 2014;384(9941):455–67. doi:10.1016/S0140-6736(14)60750-9.
9. Moxon SG, Ruysen H, Kerber KJ, Amouzou A, Fournier S, Grove J et al. Count every newborn; a measurement improvement roadmap for coverage data. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(Suppl 2):S8. doi:10.1186/1471-2393-15-S2-S8.
10. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Working Group on Accountability for Results. Final paper. New York (NY): United Nations; 2011 (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Working_Group_on_Results_Final_Paper.pdf, accessed 20 June 2016).
11. Shaping the future for healthy women, children & adolescents: learn more about the process to update the global strategy. In: Every Woman Every Child [website]. New York (NY): United Nations Foundation; 2015 (<http://www.everywomaneverychild.org/global-strategy-2>, accessed 20 June 2016).
12. Placing healthy women, children and adolescents at the heart of the post-2015 Sustainable Development Indicator Framework. Geneva: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2015 (http://www.who.int/pmnch/post2015_draft_indicator.pdf, accessed 20 June 2016).
13. Pattinson R, Kerber K, Waiswa P, Day LT, Mussell F, Asiruddin SK et al. Perinatal mortality audit: counting, accountability, and overcoming challenges in scaling up in low- and middle-income countries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;107(Suppl 1):S113–21, S21–2.
14. Allanson ER, Pattinson RC. Quality-of-care audit and perinatal mortality in South Africa. *Bull World Health Organ.* 2015;93:424–8. doi:10.2471/BLT.14.144683.
15. Shiffman J. Issue attention in global health: the case of newborn survival. *Lancet.* 2010;375(9730):2045–9.
16. Lawn JE, Kinney MV, Black RE, Pitt C, Cousens S, Kerber K et al. Newborn survival: a multi-country analysis of a decade of change. *Health Policy Plan.* 2012;27(Suppl 3):iii6–28. doi:10.1093/heapol/czs053.
17. Frøen JF, Cacciatore J, McClure EM, Kuti O, Jokhio AH, Islam M et al. Stillbirths: why they matter. *Lancet.* 2011;377(9774):1353–66. doi:10.1016/S0140-6736(10)62232-5.

18. Every Newborn: an action plan to end preventable newborn deaths. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.everynewborn.org>, accessed 20 June 2016).
19. Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, Bhutta ZA, Pattinson RC, Allanson ER et al. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet*. 2016;387(10018):574–86. doi:10.1016/S0140-6736(15)00818-1.
20. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet*. 2005;891–900. doi:10.1016/S0140-6736(05)71048-5.
21. Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol*. 2006;706–18.
22. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2014;385(9966):430–40. doi:10.1016/S0140-6736(14)61698-6.
23. Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, Cousens S, Kumar R, Ibiebele I et al.; Lancet's Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *Lancet*. 2011;377(9775):1448–63. doi:10.1016/S0140-6736(10)62187-3.
24. Aminu M, Unkels R, Mdegela M, Utz B, Adaji S, van den Broek N. Causes of and factors associated with stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic literature review. *BJOG*. 2014;121(Suppl 4):141–53. doi:10.1111/1471-0528.12995.
25. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249515/1/9789241549752-eng.pdf?ua=1>).
26. Oza S, Cousens SN, Lawn JE. Estimation of daily risk of neonatal death, including the day of birth, in 186 countries in 2013: a vital-registration and modelling-based study. *Lancet Glob Health*. 2014;2(11):e635–44. doi:10.1016/S2214-109X(14)70309-2.
27. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, World Health Organization (WHO). Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012.
28. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587–603. doi:10.1016/S0140-6736(15)00837-5.
29. Lawn J, Kerber K, editors. Opportunities for Africa's newborns: practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. Cape Town: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, United States Agency for International Development, World Health Organization; 2006.
30. Wojcieszek AM, Reinebrant HE, Leisher SH, Allanson E, Coory M, Erwich JJ et al. Characteristics of a global classification system for perinatal deaths: a Delphi consensus study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 (in press).
31. The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-MM. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241548458/en/>, accessed 23 June 2016).
32. Roos N, Tuncalp Ö, Kerber K, Allanson E, Costello A, Askew I, Mathai M. Make every baby count: learning from every stillbirth and neonatal death [commentary]. *Lancet*. 2016 (in press).
33. Allanson E, Tuncalp O, Gardosi J, Pattinson RC, Erwich JJHM, Flenady VJ et al. Classifying the causes of perinatal death. *Bull World Health Organ*. 2016;94(2):79-A. doi:10.2471/BLT.15.168047.
34. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. Volume 2: Instruction manual, 2010 edition. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf, accessed 26 July 2016).
35. Merali HS, Lipsitz S, Hevelone N, Gawande AA, Lashoer A, Agrawal P, Spector J. Audit-identified avoidable factors in maternal and perinatal deaths in low resource settings: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:280. doi:10.1186/1471-2393-14-280.
36. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994;38(8):1091–110.
37. Buchmann EJ. Towards greater effectiveness of perinatal death audit in low- and middle-income countries. *BJOG*. 2014;121(Suppl 4):134–6.

38. Mbonye AK, Sentongo M, Mukasa GK, Byaruhanga R, Sentumbwe-Mugisa O, Waiswa P et al. Newborn survival in Uganda: a decade of change and future implications. *Health Policy Plan.* 2012;27(Suppl 3):iii104–17.
39. Bradshaw D, Chopra M, Kerber K, Lawn JE, Bamford L, Moodley J et al. Every death counts: use of mortality audit data for decision making to save the lives of mothers, babies, and children in South Africa. *Lancet.* 2008;371(9620):1294–304. doi:10.1016/S0140–6736(08)60564–4.
40. Piette JD, Lun KC, Moura LA, Jr., Fraser HS, Mechael PN, Powell J, Khoja SR. Impacts of e-health on the outcomes of care in low- and middle-income countries: where do we go from here? *Bull World Health Organ.* 2012;90(5):365–72. doi:10.2471/BLT.11.099069.
41. Rhoda NR, Greenfield D, Muller M, Prinsloo R, Pattinson RC, Kauchali S, Kerber K. Experiences with perinatal death reviews in South Africa – the Perinatal Problem Identification Programme: scaling up from programme to province to country. *BJOG.* 2014;121(Suppl 4):160–6. doi:10.1111/1471–0528.12997.
42. Jagau A. ACT for birth: improving the quality of care in Uganda. In: *Saving Lives at Birth: a grand challenge for development* [blog]. 2013.
43. Theiss-Nyland K, Rechel B. Death reviews: maternal, perinatal and child. PMNCH Knowledge Summary 27. Geneva: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2013 (<http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks27.pdf>, accessed 22 June 2016).
44. Durfee M, Parra JM, Alexander R. Child fatality review teams. *Pediatr Clin North Am.* 2009;56(2):379–87. doi:10.1016/j.pcl.2009.01.004.
45. Sidebotham P, Fox J, Horwath J, Powell C. Developing effective child death review: a study of “early starter” child death overview panels in England. *Inj Prev.* 2011;17(Suppl 1):i55–63. doi:10.1136/ip.2010.027169.
46. Lewis G. The cultural environment behind successful maternal death and morbidity reviews. *BJOG.* 2014;121(Suppl 4):24–31. doi:10.1111/1471–0528.12801.
47. Belizan 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;11:243. doi:10.1186/1472–6963–11–243.
48. African Strategies for Health. ACT for Birth, Uganda: ensuring safe delivery through fetal heart rate monitoring and a mobile phone-based mortality audit system. In: *mHealth Compendium, volume 3.* Arlington (VA): Management Sciences for Health; 2013 (http://www.africanstrategies4health.org/uploads/1/3/5/3/13538666/act_for_birth_uganda.pdf, accessed 1 August 2016).
49. Woods DL, Pattinson RC, Greenfield DH, editors. *Saving mothers and babies: assessing and reducing mortality rates in your hospital.* Cape Town: Perinatal Education Programme; 2008.
50. Perinatal information system (SIP): perinatal clinical record and complementary forms. Montevideo, Uruguay: Latin American Perinatology Center/Women’s Reproductive Health (CLAP/WR), Pan American Health Organization; 2010.
51. Lewis G. Emerging lessons from the FIGO LOGIC initiative on maternal death and near-miss reviews. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;127(Suppl 1):S17–20. doi:10.1016/j.ijgo.2014.07.007.
52. Bergh AM, Pattinson R, Belizan M, Cilliers C, Jackson D, Kerber K et al.; for the Synergy Group. Completing the audit cycle for quality care in perinatal, newborn and child health. Pretoria: Medical Research Council (MRC) Research Unit for Maternal and Infant Health Care Strategies, University of Pretoria, Kalafong Hospital; 2012.
53. Ndour C, Dossou Gbete S, Bru N, Abrahamowicz M, Fauconnier A, Traoré M et al. Predicting in-hospital maternal mortality in Senegal and Mali. *PloS ONE.* 2013;8(5):e64157. doi:10.1371/journal.pone.0064157.
54. Dumont A, Fournier P, Abrahamowicz M, Traoré M, Haddad S, Fraser WD; QUARITE research group. Quality of care, risk management, and technology in obstetrics to reduce hospital-based maternal mortality in Senegal and Mali (QUARITE): a cluster-randomised trial. *Lancet.* 2013;382(9887):146–57. doi:10.1016/S0140–6736(13)60593–0.
55. Supratikto G, Wirth ME, Achadi E, Cohen S, Ronsmans C. A district-based audit of the causes and circumstances of maternal deaths in South Kalimantan, Indonesia. *Bull World Health Organ.* 2002;80(3):228–34.

56. Vandelaer J, Bilous J, Nshimirimana D. Reaching Every District (RED) approach: a way to improve immunization performance. *Bull World Health Organ.* 2008;86(3):A–B. doi:10.2471/BLT.07.042127.
57. Saving Mothers, Giving Life initiative: lessons learned from a maternal death surveillance and response system in Uganda. In: MDSR Action Network [website]. London: MDSR Action Network Secretariat; 2016 (<http://mdsr-action.net/case-studies/saving-mothers-giving-life-initiative-establishing-a-maternal-death-surveillance-and-response-system-in-uganda/>, accessed 22 July 2016).
58. Patel Z, Kumar V, Singh P, Singh V, Yadav RK, Baqui AH et al. Feasibility of community neonatal death audits in rural Uttar Pradesh, India. *J Perinatol.* 2007;27(9):556–64. doi:10.1038/sj.jp.7211788.
59. Soleman N, Chandramohan D, Shibuya K. Verbal autopsy: current practices and challenges. *Bull World Health Organ.* 2006;84(3):239–45.
60. Chandramohan D, Setel P, Quigley M. Effect of misclassification of causes of death in verbal autopsy: can it be adjusted? *Int J Epidemiol.* 2001;30(3):509–14.
61. Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing causes of death. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/verbalautopsystandards/en/>, accessed 20 June 2016).
62. Tomlinson M, Doherty T, Ijumba P, Jackson D, Lawn J, Persson LÅ et al. Goodstart: a cluster randomised effectiveness trial of an integrated, community-based package for maternal and newborn care, with prevention of mother-to-child transmission of HIV in a South African township. *Trop Med Int Health.* 2014;19(3):256–66. doi:10.1111/tmi.12257.
63. Robertson A, Malan A, Greenfield D, Mashao L, Rhoda N, Goga A et al. Newborn care charts: Management of sick and small newborns in hospital. Cape Town: Save the Children, Limpopo Provincial Government, United Nations Children's Fund; 2010.
64. Flenady V, King J, Charles A, Gardener G, Ellwood D, Day K et al. for the Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ) Perinatal Mortality Group. Clinical practice guideline for perinatal mortality. Version 2.2. Woolloongabba, Australia: Perinatal Society of Australia and New Zealand; 2009 (http://www.stillbirthalliance.org.au/doc/Раздел_1_Version_2.2_April_2009.pdf, accessed 23 June 2016).
65. Flenady V, Mahomed K, Ellwood D, Charles A, Teale G, Chadha Y et al. Uptake of the Perinatal Society of Australia and New Zealand perinatal mortality audit guideline. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2010;50(2):138–43. doi:10.1111/j.1479–828X.2009.01125.x.
66. Perinatal and Maternal Mortality Review Committee. Ninth annual report of the Perinatal and Maternal Mortality Review Committee: Reporting mortality 2013. Wellington: Health Quality & Safety Commission; 2015 (<http://www.hqsc.govt.nz/assets/PMMRC/Publications/Ninth-PMMRC-report-FINAL-Jun-2015.pdf>, accessed 22 June 2016).
67. De Reu P, Van Diem M, Eskes M, Oosterbaan H, Smits L, Merkus H, Nijhuis J. The Dutch Perinatal Audit Project: a feasibility study for nationwide perinatal audit in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(11):1201–8. doi:10.3109/00016340903280990.
68. Van Diem M, De Reu P, Eskes M, Brouwers H, Holleboom C, Slagter-Roukema T, Merkus H. National perinatal audit, a feasible initiative for the Netherlands!? A validation study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(9):1168–73. doi:10.3109/00016349.2010.500468.
69. Eskes M, Waelput AJ, Erwich JJ, Brouwers HA, Ravelli AC, Achterberg PW et al. Term perinatal mortality audit in the Netherlands 2010–2012: a population-based cohort study. *BMJ Open.* 2014;4(10):e005652. doi:10.1136/bmjopen-2014-005652.
70. Yoshida S, Rudan I, Lawn JE, Wall D, Souza JP, Martines J, Bahl R. Newborn health research priorities beyond 2015. *Lancet.* 2014;384(9938):e27–9. doi:10.1016/S0140–6736(14)60263–4.
71. Horton R. Offline: The third revolution in global health. *Lancet.* 2014;383(9929):1620. doi:10.1016/S0140–6736(14)60769–8.

