

# Важен каждый ребенок: аудит и анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти

Основные положения Руководства Всемирной организации здравоохранения по проведению аудита (2016)

Август 2016 года

[www.mcsprogram.org](http://www.mcsprogram.org)

## История вопроса

Точное представление о числе случаев смерти и их причинах является ключевым условием решения проблемы 2,7 млн. случаев неонатальной смерти<sup>1</sup> и 2,6 млн. случаев мертворождения<sup>2</sup>, которые происходят ежегодно. Большинство этих случаев смерти предотвратимы<sup>3</sup>. Выявление сбоев в работе системы здравоохранения и принятие на местах решений, позволяющих предотвратить подобные случаи смерти в будущем, способствует системный анализ общих тенденций смертности, а также событий и сопутствующих факторов, вызвавших каждую отдельную смерть. Этот процесс аудита смертности и обратной связи в сочетании с планом действий и четкими целевыми показателями оказывает более значительное воздействие на практику медицинской помощи и ее конечные результаты, нежели другие стратегии повышения качества<sup>4</sup>.

Аудит смертности в отношении случаев мертворождения и неонатальной смерти может способствовать достижению глобальных целей и соответствует двум из пяти задач, поставленных в плане действий "За жизнь каждого новорожденного" (ПДЖКН): повысить качество ухода за новорожденными при рождении и получить данные для выработки решений и принятия практических мер<sup>5</sup>. В связи с этим Всемирная организация здравоохранения разработала руководство и набор инструментов "Важен каждый ребенок: аудит и анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти".

## Терминология

Для функционального процесса анализа случаев смерти необходимы четкие определения исходов беременности и руководящие указания по определению причин смерти, увязанных с существующими системами регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения и обычными информационными системами управления в области здравоохранения. В новой публикации ВОЗ "Применение ВОЗ Международной классификации болезней-10 к случаям смерти в перинатальный период: МКБ-ПС (МКБ – перинатальная смертность)" предлагается система классификации причин перинатальной смерти, увязывающая случаи мертворождения и неонатальной смерти с определенными нарушениями здоровья матери, и предусматривается единообразное применение Международной классификации болезней 10-го пересмотра во всех условиях<sup>6</sup>. Для обеспечения проведения аудита в условиях нехватки ресурсов в руководстве "Важен каждый ребенок" используется упрощенная версия МКБ-ПС с возможностью расширения классификации за счет включения в нее более подробной информации там, где это практически осуществимо.

### Три важных цели аудита и анализа случаев мертворождения и неонатальной смерти

- **Понять масштабы проблемы** мертворождаемости и неонатальной смертности путем отслеживания во времени тенденций с учетом всех случаев рождения и смерти.
- **Получить информацию** о причинах смерти и поддающихся изменению факторах путем детального изучения отдельных случаев смерти и использования этой информации для руководства действиями по предотвращению подобных смертей в будущем.
- **Обеспечить ответственность** за результаты и побудить директивные органы уделять должное внимание проблеме мертворождаемости и неонатальной смертности и принимать соответствующие ответные меры.

### Основные термины и определения

- **Аудит смертности и анализ случаев смерти:** термин "аудит смертности" хорошо известен и широко используется в клинической практике, тогда как термин "анализ случаев смерти" используется в руководстве по осуществлению эпиднадзора за материнской смертностью и принятия ответных мер<sup>7</sup>. По этой причине при использовании эти термины взаимозаменяемы.
- **Мертворождение:** имевшая место до рождения смерть ребенка с массой тела  $\geq 1000$  г, либо, при отсутствии данных, в возрасте  $\geq 28$  полным неделям гестации, либо, при отсутствии данных, с длиной тела  $\geq 35$  см (данное определение применяется для сопоставлений на международном уровне; в МКБ-10 используются показатели массы тела  $\geq 500$  г, либо, при отсутствии данных,  $\geq 22$  полным неделям гестации, либо, при отсутствии данных, длины тела  $\geq 25$  см).
- **Неонатальная смерть:** смерть, произошедшая в течение первых 28 дней жизни.
- **Минимальный набор перинатальных индикаторов:** подлежащие сбору основные существенные данные о каждом случае рождения и смерти, в том числе возраст матери, место родоразрешения, способ родоразрешения, масса тела при рождении, гестационный возраст и исход рождения. Эти данные подлежат сбору в рамках любой обычной информационной системы.
- **Фактор, поддающийся изменению:** обстоятельства, которые могли предотвратить смерть, если бы были предприняты иные действия (упущенные возможности). Использование термина "поддающийся изменению" вместо терминов "устраняемый" или "не соответствующий стандартам" позволяет ограничить возможность предъявлять обвинения и предусматривает наличие потенциала для изменений к лучшему. Подходы к классификации факторов, поддающихся изменению, варьируются от простых до носящих более аналитический и комплексный характер.

## Создание системы аудита смертности на уровне медицинского учреждения



Всемирная организация  
здравоохранения



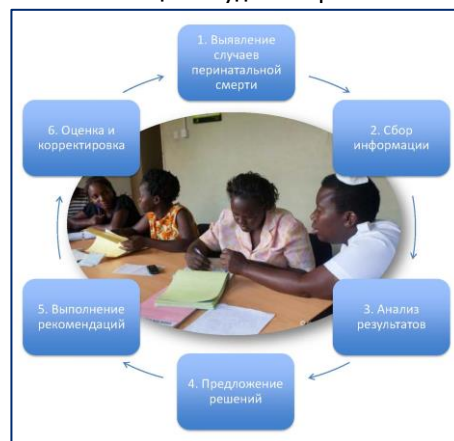
USAID  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Maternal and Child  
Survival Program

Вместо того чтобы пытаться создать идеальную систему на бумаге, **начните эту работу, учитесь** на имеющемся опыте и в случае необходимости **корректируйте свои подходы**.

- **Создание комитета по анализу.** Комитет представляет собой группу, отвечающую за практическое осуществление политики в области аудита, включая организацию и проведение совещаний по анализу случаев смерти, а также мониторинг выполнения рекомендуемых мер. В состав комитета должны входить представители специалистов различных профессий, а его деятельность должна быть увязана с процедурами эпиднадзора за материнской смертностью и принятия ответных мер, если такие процедуры осуществляются.
- **Мобилизация ресурсов.** Хотя анализ случаев смерти не требует больших затрат, существует необходимость в помещении для проведения совещаний, канцелярских принадлежностях и/или компьютерных программах, необходимо также проводить подготовку районного управленческого и медицинского персонала.
- **Решение о выборе подхода к проведению анализа.** Учитывая спрос на персонал, комитет может принять решение об анализе лишь части случаев (например, случаев смерти только в первую неделю каждого месяца), применить тематический подход (например, сосредоточить внимание на одной из конкретных причин смерти) или же ограничиться рассмотрением случаев, предотвратить которые можно было с наибольшей вероятностью.
- **Организация сбора данных.** Необходимо найти хотя бы двух человек, которые были бы готовы руководить процессом отбора случаев для рассмотрения на совещаниях по анализу с учетом того, что в более крупных учреждениях может потребоваться группа большего состава, члены которой разделили бы между собой обязанности и обеспечили полный охват.

Шаги в цикле аудита смертности



Фотографию предоставил: Ian Hurley/ Save the Children

Шесть шагов по внедрению и проведению цикла аудита смертности на уровне медицинского учреждения	
<b>ШАГ ПЕРВЫЙ. Выявление случаев для анализа</b>	
<b>Цель.</b> Обеспечить учет всех случаев рождения, мертворождения и неонатальной смерти, получить минимальный набор перинатальных индикаторов и принять решение о том, по каким случаям смерти (всем или отдельным) следует собрать более подробную информацию для детального анализа.	
<b>Вопросы, которые следует задать.</b> Удастся ли нам учесть все случаи рождения и смерти? В каком отделении медицинского учреждения выше вероятность наступления смерти? Каким образом можно получить информацию о случаях смерти, происходящих в общинах? О каких случаях смерти мы хотели бы получить более подробную информацию?	
<b>ШАГ ВТОРОЙ. Сбор информации</b>	
<b>Цель.</b> Предоставить специально назначенным сотрудникам право и возможность для сбора и получения стандартного набора информации из карты пациента и/или учетных записей как можно быстрее после случая смерти.	
<b>Вопросы, которые следует задать.</b> Какие учетные записи имеются (бумажные или электронные) и где они находятся? Какие сведения о каждой смерти уже зарегистрированы? Кто их регистрирует? Какая еще информация требуется?	
<b>ШАГ ТРЕТИЙ. Анализ информации</b>	
<b>Цель.</b> Выявить в системе проблемы, которые могут стать причиной случаев мертворождения и неонатальной смерти, особенно тех из них, которые можно предотвратить или которых можно избежать. Анализ данных включает компоненты как количественные (например, тенденции в отношении показателей смертности, причин и территориального распределения смертей), так и качественные (например, анализ поддающихся изменению факторов).	
<b>Вопросы, которые следует задать.</b> Как изменяются со временем тенденции в отношении числа рождений и смертей? В каких географических районах было зафиксировано больше всего смертей? Каковы наиболее распространенные причины смертей? Какие поддающиеся изменению факторы выявляются постоянно? Какие дополнительные виды анализа было бы полезно провести?	
<b>ШАГ ЧЕТВЕРТЫЙ. Предложение решений</b>	
<b>Цель.</b> Изыскать методы для перехода от выявления проблем к действиям путем предложения конкретных, измеримых, достижимых, уместных и определенных по времени решений. Эти решения должны исходить из баланса между масштабом проблем и практической возможностью ее решения и могут касаться как постоянной деятельности, так и разовых мероприятий.	
<b>Вопросы, которые следует задать.</b> Какие изменения требуется произвести в каждом отделении? Какие изменения находятся в сфере контроля комитета по анализу? Необходимы ли дополнительные изменения в семейных службах медицинской помощи, в общине или на уровне администрации?	
<b>ШАГ ПЯТЫЙ. Осуществление решений</b>	
<b>Цель.</b> Принять кратко-, средне- или долгосрочные меры по предотвращению случаев мертворождения и неонатальной смерти, используя достигнутые успехи для пропаганды и стимулирования дальнейших действий.	
<b>Вопросы, которые следует задать.</b> Что я или моя группа можем сделать своими силами? Как мы можем повлиять на тех, кто находится вне сферы нашего непосредственного контроля? Способствует ли среда, в которой мы работаем, изменениям к лучшему?	
<b>ШАГ ШЕСТОЙ. Оценка процесса и его результатов и в случае необходимости их корректировка</b>	
<b>Цель.</b> Определить работающие или неработающие методы, с тем чтобы принимаемые в дальнейшем рекомендации исходили из полученных данных и приводили к практическим действиям.	
<b>Вопросы, которые следует задать.</b> Насколько эффективно система обеспечивает выявление и анализ случаев смерти? Как можно повысить качество и эффективность совещаний по анализу случаев смерти? С какой периодичностью следует направлять рекомендации и какие слабые места имеются в процедуре распространения рекомендаций? Каким образом можно расширить участие в процессе аудита, улучшить использование его результатов и повысить эффективность осуществления рекомендаций? Как влияют на проведение аудита кадровые проблемы, например ротация или текучесть кадров?	
<b>Распространение отчетов о результатах аудита</b>	

Распространение на разных уровнях отчетов о результатах аудита имеет большое значение, поскольку это позволяет довести ключевые выводы до сведения тех, кто может осуществить рекомендации и обеспечить реальные изменения в деле спасения детских жизней. Отчеты должны содержать ясную и определенную информацию о возможностях улучшения системы медицинской помощи, в то же время при их составлении следует избегать выдвижения обвинений в адрес пациентов, отдельных медицинских работников или медицинских бригад.

#### Отчеты должны:

- быть изложены простым языком;
- предлагать легкоосуществимые меры;
- включать ряд стандартных разделов, например:
  - динамику показателей;
  - анализ конкретных случаев, в том числе положительные примеры;
  - последующие мероприятия и сроки их проведения.

#### Участие общины в аудите смертности: две важные роли

1. Учет случаев смерти в общинах. В некоторых странах немалая доля случаев мертворождения и неонатальной смерти по-прежнему происходит в домашних условиях. Эти случаи могут отличаться от тех, что имеют место в медицинских учреждениях; учет и анализ таких случаев позволяет получить более полное представление об их причинах и о способах их предотвращения. Вследствие сложности, возникающих из-за высоких расходов, необходимости обучения персонала или нехватки сотрудников для сбора данных, проводить учет и полный анализ таких смертей в рамках обычных систем не всегда возможно.

Вербальная и социальная аутопсия – это структурированный опрос с применением анкеты, которую заполняют медицинские работники или члены семьи умершего, с целью зафиксировать информацию об обстоятельствах, приведших к смерти. В анкету включаются вопросы о состоянии здоровья матери, подробные вопросы о родовой деятельности и родоразрешении, контрольный перечень вопросов о симптомах и их продолжительности, раздел для изложения фактов в свободной форме и вопросы о задержках с обращением за медицинской помощью и ее получением. Эти данные могут быть систематизированы и изучены в общине или в рамках взаимодействия с местным медицинским учреждением.

2. Обеспечение сопричастности общин к проведению мероприятий. Участие общины в обсуждении результатов совещаний по анализу случаев смерти может способствовать нахождению подходящих для данной местности решений и устранению барьеров, затрудняющих доступ к медицинской помощи. Рекомендации по результатам аудита случаев смерти в медицинском учреждении и совещаний по анализу смертности могут предусматривать в числе прочего проведение изменений на уровне общин, и такие рекомендации должны вырабатываться совместно с лидерами общин и распространяться в доступных для общины форматах. Для того чтобы рекомендации отвечали этим требованиям, заинтересованным сторонам на уровне медицинского учреждения и района следует рассмотреть возможность включения официального представителя общины в состав комитетов по анализу смертности, действующих на каждом из этих уровней.

## Создание благоприятной среды

Значение руководства для создания благоприятной среды невозможно переоценить. **Руководство и вспомогательный надзор** являются важнейшим условием для обеспечения полного прохождения цикла аудита и максимального расширения возможностей для накопления опыта<sup>8</sup>. Лидеры способны создавать культуру подотчетности на всех уровнях. Такая культура должна предусматривать как исправление недостатков, так и празднование успеха, поддержку, поощрение и вознаграждение.

Для создания безопасной и благоприятной среды необходимо четко определить задачи и сферу ответственности различных департаментов, министерств, профессиональных ассоциаций, частного сектора и других соответствующих партнеров. В национальных руководящих указаниях по проведению аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти может содержаться требование о назначении специальных сотрудников для надзора за работой системы аудита и о включении соответствующих обязанностей в их должностные инструкции. **Критически важное значение имеет привлечение к этой деятельности медицинских работников разных специальностей**, а также участие других заинтересованных сторон, например представителей управленческого персонала и ответственных за связи с общинами. Там, где помощь при родах и в послеродовой период оказывают главным образом сестры-акушерки, необходимо спланировать работу системы так, чтобы они могли проводить весь процесс от начала до конца и осуществлять руководство на всех уровнях.

Вопрос правовой защиты крайне важен, и совещания по анализу случаев смерти следует четко отделять от любых уголовных расследований или разбирательств нарушений профессиональной дисциплины. Целесообразно, чтобы руководители в самом начале работы по созданию комитета по аудиту смертности обратились к местным юристам в целях обеспечения защиты сотрудников и пациентов. Возможно, комитет сочтет необходимым разработать правила проведения совещаний, которые его участники должны будут подписывать перед началом каждого такого совещания в интересах обеспечения конфиденциальности.

Также в целях обеспечения **конфиденциальности пациента, членов его семьи и участников процесса аудита** в формах для сбора данных, кратких отчетах о случаях смерти, протоколах совещаний по их анализу, а также в любом рода докладах и других информационных материалах не должно содержаться никаких личных данных или идентификаторов. Аналогичным образом протоколы совещаний следует вести так, чтобы принимаемые меры нельзя было связать с конкретными лицами или случаями.

## Заключение

Любой анализируемый случай смерти может дать информацию о том, что можно было сделать по-другому в интересах женщины и ее ребенка. В настоящее время растет спрос на информацию о внедрении и расширении масштабов системы аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти как важного элемента стратегии повышения качества. Требуются лидеры, способные возглавить работу, в первую очередь создавая среду, не допускающую выдвижения обвинений, и устанавливая связи с инициаторами перемен на других уровнях в целях решения более серьезных проблем системного характера. Уже широко признана польза проведения аудита и обратной связи для предупреждения в будущем материнских смертей, которых можно было избежать; эти же инструменты следует применять и для предотвращения смерти новорожденных.



## Важен каждый ребенок: аудит и анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти

В приложениях к настоящему Руководству приводятся следующие инструменты и формы:

Форма аудита случаев мертворождения и неонатальной смерти	Для сбора данных о рождении, причине смерти, а также критических задержках и поддающихся изменению факторах, в отношении которых могут быть приняты меры, позволяющие предупредить новые случаи смерти. Включает указания по заполнению
Сводная ведомость рождений и смертей	Для обобщения на периодической основе (например, ежемесячно) ключевых элементов данных, полученных из форм аудита, что позволяет отслеживать тенденции. Включает указания по заполнению
Минимальный набор перинатальных индикаторов, подлежащих сбору при всех случаях рождения и смерти новорожденных	Указывает, какие минимальные элементы данных следует собирать по каждому случаю рождения и смерти
Системы классификации поддающихся изменению факторов	Предлагает ряд подходов – от простых до носящих более аналитический и комплексный характер
Создание комитета по проведению аудита смертности	Информация о создании комитета по проведению аудита смертности, в том числе о задачах и круге ответственности его членов
Образец декларации о соблюдении правил проведения совещаний по аудиту смертности	Образец декларации, закрепляющей принципы соблюдения конфиденциальности и коллективной работы, которую участникам совещаний может быть предложено подписывать перед началом каждого совещания
Образец рабочей таблицы с расчетами	Электронная таблица в формате Excel со встроенными формулами, позволяющими рассчитывать коэффициенты и доли, необходимые для анализа тенденций
Образец протокола заседания	Шаблон, который может использоваться для документального оформления рекомендаций и отслеживания реализации принятых мер на следующих совещаниях комитета по проведению аудита смертности
Шаги по созданию системы аудита смертности	Пошаговые инструкции по созданию системы аудита
Инструмент вербальной и социальной аутопсии	Вопросник и инструкции по сбору информации о случаях мертворождения и неонатальной смерти, имевших место в общинах

### Ссылки и выражение признательности

<sup>1</sup> UNICEF. Child mortality estimates. New York: United Nations Children's Fund; 2015 (<http://www.childmortality.org/index.php?r=site/index>, accessed 19 July 2016).

<sup>2</sup> 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:e98-e108.

<sup>3</sup> 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* 2014,384:347-370.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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* 2014,384:455-467.

<sup>6</sup> The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. Geneva: World Health Organization; 2016.

<sup>7</sup> WHO. Maternal death surveillance and response: technical guidance; information for action to prevent maternal death. Geneva: World Health Organization; 2013.

<sup>8</sup> Bergh AM, Pattinson R, Belizán 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: MRC Research Unit for Maternal and Infant Health Care Strategies, University of Pretoria; 2012.

Настоящее резюме было подготовлено благодаря щедрой помощи народа Соединенных Штатов Америки в лице Агентства США по международному развитию (ЮСАИД) в соответствии с Соглашением о сотрудничестве AID-OAA-A-14-00028. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и ЮСАИД приняли все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее публикуемый материал распространяется без каких-либо гарантий, явно выраженных или подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование данного материала несет читатель. Ни при каких обстоятельствах ВОЗ не несет ответственности за ущерб, возникший в результате его использования. Содержание не обязательно отражает взгляды ВОЗ, ЮСАИД или правительства Соединенных Штатов Америки. Запросы для получения дополнительной информации по данному резюме или разрешения на воспроизведение или перевод данной публикации следует направлять в Отдел публикаций ВОЗ, на адрес электронной почты [info@mcsprogram.org](mailto:info@mcsprogram.org). Для получения более подробной информации о Руководстве ВОЗ просьба обращаться на <mailto:reproductivehealth@who.int> или [MNCAH@who.int](mailto:MNCAH@who.int).

© Всемирная организация здравоохранения и корпорация Jhpiego. 2016 год. Все права защищены. WHO/RHR/16.11 WHO/MCA/16.03

**Департамент ВОЗ по вопросам здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков**  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent](http://www.who.int/maternal_child_adolescent)

**Департамент ВОЗ по репродуктивному здоровью и научным исследованиям**  
<http://www.who.int/reproductivehealth>