

Приложение 1
к приказу МЗ КР
№ 866
от «19» «07» 2022 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ОЮЛ «Ассоциация специалистов сестринского дела Кыргызской
Республики»

МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ
КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА ПО СЕСТРИНСКОМУ ПРОЦЕССУ
Методическое руководство для разработчиков

Бишкек-2022

Клиническая проблема

Разработка клинических руководств по сестринскому процессу с использованием принципов адаптации и последующее внедрение в практическое здравоохранение

Название документа

Методология разработки клинических руководств по сестринскому процессу

Цель создания методологии

Создание данного руководства продиктовано растущим интересом роли медицинских сестер при ведении и консультировании пациентов, внедрении сестринского процесса в практическое здравоохранение и образовательную деятельность для улучшения профессиональных компетенций медицинских сестер, а также необходимостью обеспечения стандартизации и прозрачности процесса разработки клинических руководств.

Основными целями данного документа являются:

- обоснование необходимости создания и применения клинических руководств по сестринскому процессу в практическом здравоохранении Кыргызской Республики;
- обобщение лучшего мирового и собственного опыта в области методологии адаптации клинических руководств по сестринскому процессу;
- ознакомление с методологией адаптации клинических руководств будущих разработчиков и организаторов здравоохранения (лиц, принимающих решения);
- создание пособия по адаптации клинических руководств по сестринскому процессу, применимого к использованию в условиях Кыргызской Республики.

Процедура адаптации разработана международным экспертным сообществом с целью минимизации затрат и дублирования работы и заключается в подстройке клинических руководств, разработанных в одной стране, к условиям и особенностям системы здравоохранения в другой.

Целевые группы

Профессиональные медицинские ассоциации медицинских сестер, организации здравоохранения всех уровней здравоохранения, медицинские образовательные организации

Дата создания: февраль-март 2022 г.

Адрес для переписки

e-mail: aidazur@mail.ru

Зурдинова А.А., д.м.н., эксперт-методолог по доказательной медицине

e-mail: a_gulnaz_k@mail.ru

Ажымамбетова Г.К., главный специалист УОМПиЛП МЗКР

СОКРАЩЕНИЯ

ДМ	-	доказательная медицина
КР	-	клиническое руководство
МДРГ	-	мультидисциплинарная рабочая группа
МЗ КР	-	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
ПМА	-	профессиональные медицинские ассоциации

ОГЛАВЛЕНИЕ

Сокращения	3
Оглавление	
Терминология.....	4
Состав рабочей группы по созданию руководства.....	5
Принципы разработки клинических руководств.....	6-8
РАЗДЕЛ 1. МЕТОДОЛОГИЯ АДАПТАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ.....	8
Фаза 1. Процесс подготовки.....	9-10
Этап 1. Выбор темы клинического руководства.....	10
Формирование мультидисциплинарной рабочей группы.....	11
Фаза 2. Процесс адаптации	12-
	13
Этап 3. Поиск существующих клинических руководств и их критическая оценка	
Этап 4. Критическая оценка качества найденных клинических руководств	14-
	15
Этап 5. Обобщение доказательств	15
Этап 6. Формирование рекомендаций из найденных клинических руководств и составление чернового варианта адаптированного клинического руководства	16
Этап 7. Апробация клинического руководства	17
Фаза 3. Процесс финализации	17-
	18
Этап 8. Консультирование и внешнее рецензирование адаптированного клинического руководства	18-
	19
Этап 9. Оценка методологического качества адаптированного руководства	19-
	20
Этап 10. Пересмотр и обновление адаптированного клинического руководства	20

Этап 11. Утверждение адаптированного клинического руководства	20
РАЗДЕЛ 2. ПРОЦЕССЫ ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ	20-21
Опубликование, распространение и внедрение клинического руководства	22-23
Мониторинг эффективности внедрения	
Приложение 1	
Приложение 2.	
Приложение 3.	25-27
Приложение 4.	27
Приложение 5.	27-28
Приложение 6.	28
Приложение 7.	29
	30-
	44
Список использованной литературы	45-
	47

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Адаптация (Adaption) - процедура адаптации разработана международным экспертным сообществом с целью минимизации затрат и дублирования работы и заключается в подстройке КР, разработанных в одной стране, к условиям и особенностям системы здравоохранения в другой.

Клиническое руководство по сестринскому процессу (КР) - это утверждения (рекомендации), разработанные с помощью определенной методологии и призвана помочь медицинской сестре и пациенту составить план сестринского процесса в различных ситуациях, документ носит рекомендательный характер.

Стандартная операционная процедура (СОП) - это документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу.

Рекомендация – это основная структурная единица КР, набор обычно нескольких конкретных рекомендаций по вопросам диагностики, лечения, профилактики.

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ДЛЯ СОЗДАНИЯ МЕТОДИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

Руководитель группы

Ажымамбетова Г.К.

Главный специалист УОМПиЛП МЗ КР

Асанова А. К.

Председатель ОЮЛ АССД КР

Организационная и техническая поддержка

Проект «Реформы медицинского образования в Кыргызской Республике»

Ответственные исполнители

Зурдинова А.А.

зав. кафедрой базисной и клинической фармакологии
КРСУ, проф., д.м.н., эксперт-методолог по ДМ

ПРИНЦИПЫ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА ПО СЕСТРИНСКОМУ ПРОЦЕССУ

Основные принципы современного методологического подхода к созданию клинических руководств (КР):

- Процесс разработки и оценки КР должен быть сфокусирован на сестринском процессе;
- КР должны составляться только с учетом наилучших научных данных, с указанием четких планов сестринского процесса;
- Необходимо указание информации о методологии, использованной для поиска и обработки доказательств, используемых при составлении рекомендаций по сестринскому процессу;
- Процесс разработки КР должен быть мультидисциплинарным, с обязательным учетом потребностей и мнения потребителей медицинской помощи;
- КР должно быть легко адаптируемым к особенностям сестринского процесса;
- Необходимо учитывать ограниченность ресурсов, которые могут повлиять на внедрение КР по сестринскому процессу в практику;
- В КР обязательно должен быть отражен процесс распространения и внедрения руководства по сестринскому процессу в медицинскую практику;
- После внедрения КР в практику необходимо проведение мониторинга его эффективности и влияния на деятельность практического здравоохранения;
- КР требует периодического пересмотра и обновления с учетом новых научных доказательств по сестринскому процессу;
- Рекомендации по сестринскому процессу должны быть ясными, недвусмысленными и четко описанными, а само КР должно дополняться материалами для практического использования – стандартными операционными процедурами (СОПами) для медицинских сестер, сестринской документацией.

Сестринская документация необходима для хорошего клинического общения. Соответствующая документация обеспечивает точное отражение сестринских оценок, изменений в клиническом состоянии, оказываемой помощи и соответствующей информации о пациенте, чтобы помочь междисциплинарной команде оказать качественную помощь. Документация свидетельствует об уходе и является важным профессиональным и медико-юридическим требованием сестринской практики.

Принципы сестринской практики:

- Медсестры и средний медицинский персонал относятся ко всем, кто находится на их попечении, с достоинством и гуманностью – они понимают их индивидуальные потребности, проявляют сочувствие и чуткость и обеспечивают уход с одинаковым уважением ко всем людям.
- Медсестры и средний медицинский персонал несут ответственность за оказываемую ими помощь и отвечают за свои собственные суждения и действия – они выполняют эти действия способом, согласованным со своими пациентами,

их семьями и лицами, осуществляющими уход за ними, и способом, отвечающим требованиям своих профессиональных органов и закона.

- Медсестры и средний медицинский персонал управляют рисками, проявляют бдительность в отношении рисков и помогают обеспечить безопасность всех в местах, где они получают медицинскую помощь.
- Медсестры и средний медицинский персонал обеспечивают и продвигают уход, который ставит людей в центр внимания, вовлекает пациентов, пользователей услуг, их семьи и лиц, осуществляющих уход, в принятие решений и помогает им делать осознанный выбор в отношении лечения и ухода.
- Медсестры и средний медицинский персонал находятся в центре процесса коммуникации: они оценивают, записывают и сообщают о лечении и уходе, обращаются с информацией деликатно и конфиденциально, эффективно рассматривают жалобы и добросовестно сообщают о том, что их беспокоит.
- Медсестры и средний медицинский персонал обладают современными знаниями и навыками и используют их с умом, проницательностью и пониманием в соответствии с потребностями каждого человека, которому они оказывают помощь.
- Медсестры и средний медицинский персонал тесно сотрудничают со своей командой и другими специалистами, следя за тем, чтобы уход и лечение пациентов координировались, соответствовали высоким стандартам и имели наилучшие возможные результаты.
- Медсестры и средний медицинский персонал подают пример, развиваются сами и других сотрудников и влияют на то, как осуществляется уход открыто и с учетом индивидуальных потребностей.

Цели и задачи методологии разработки клинических руководств по сестринскому процессу

Создание данного документа продиктовано растущим интересом медицинской общественности к роли медицинской сестры в процессах ведения и консультирования пациентов, методологии составления современных клинических руководств, а также необходимостью обеспечения процессов стандартизации и прозрачности процесса разработки КР. Можно использовать данный документ как для составления оригинальных КР, так и для адаптации и применения уже существующих зарубежных клинических руководств в условиях Кыргызской Республики. Созданный документ предоставляет специалистам информацию о методологии создания КР по сестринскому процессу, а также является ресурсом для групп, начинающих создание новых рекомендаций.

Основная цель данной методологии – это обеспечение высокого методологического качества КР по сестринскому процессу и внедрение их в практику медицинских сестер.

КР по сестринскому процессу для медицинских сестер направлено на то, чтобы помочь медицинской сестре провести сбор данных, определить проблему пациента, выставить сестринский диагноз, составить план вмешательств и провести мониторинг вмешательств для улучшения качества оказания медсестринской помощи путем предоставления процесса их создания на основе адаптации

существующих клинических руководств лучшего качества, основанных на принципах ДМ.

Цель разработки клинических руководств – стандартизация сестринских процессов, основанных на принципах доказательной медицины.

Практикующие медсестры играют клиническую роль в обследовании, обслуживании и поддержке людей с различными заболеваниями.

Цели сестринского процесса:

- Определить состояние здоровья клиента и фактические или потенциальные проблемы или потребности в медицинской помощи (путем оценки).
- Разработка планов по удовлетворению выявленных потребностей.
- Осуществление конкретных сестринских вмешательств для удовлетворения этих потребностей.
- Применять наилучшие имеющиеся данные по уходу и способствовать развитию функций и реакций человека на здоровье и болезнь.
- Защита медсестер от юридических проблем, связанных с сестринским уходом, при правильном соблюдении стандартов сестринского процесса.
- Помочь медсестре выполнять свою практику систематически организованным образом.
- Создать базу данных о состоянии здоровья клиента, его проблемах со здоровьем, реакции на болезнь и способности управлять потребностями в медицинском уходе.

Раздел 1

МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА ПО СЕСТРИНСКОМУ ПРОЦЕССУ

Методология разработки включает следующие фазы и этапы:

Фазы	Этапы
Фаза 1. Процесс подготовки	1. Выбор темы; 2. Формирование рабочей Мультидисциплинарной группы (МДРГ); 3. Поиск существующих КР по сестринскому процессу;
Фаза 2. Процесс адаптации	4. Критическая оценка найденных КР (оценка методологического качества, актуальности, содержания, согласованности, приемлемости и применимости КР); 5. Обобщение оценок и выбор КР для адаптации; 6. Подготовка чернового варианта адаптированного руководства; 7. Апробация КР;
Фаза 3. Процесс финализации	Согласование: 8. Консультации и внешнее рецензирование КР (оценка клинического содержания); 9. Оценка методологического качества подготовленного КР; 10. Согласование с авторами-разработчиками адаптированных КР, а также согласование с вышестоящими и смежными профессиональными ассоциациями, с одобряющими органами (если необходимо); 11. Планирование дальнейшего пересмотра КР; 12. Оформление окончательной версии КР; 13. Утверждение окончательной версии КР.

ФАЗА 1 - ПРОЦЕСС ПОДГОТОВКИ

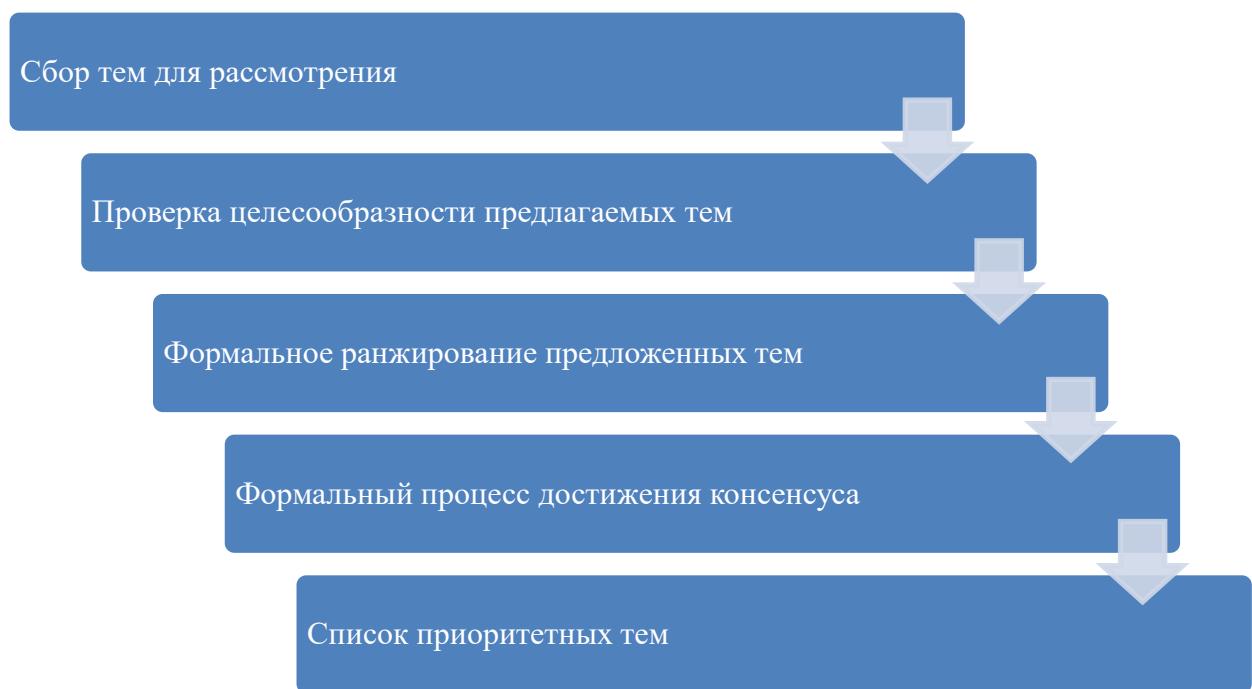
Этап 1. ВЫБОР ТЕМЫ

Выбор темы КР проводится непосредственно профессиональными медицинскими ассоциациями, и, возможно, при участии заинтересованных международных организаций.

Инициирование процесса разработки, внедрения КР по сестринскому процессу должны взять на себя профессиональные медицинские ассоциации (ПМА). ПМА могут провести разработку КР по теме, по которой КР отсутствует. При этом соблюдаются изложенные в настоящем документе принципы и порядок разработки КР.

Для отбора тем КР по сестринскому процессу необходимо использовать следующие критерии:

- Наличие утвержденного КР по диагностике, лечению и профилактике заболеваний/нозологий для врачей/специалистов здравоохранения.
- Наличие новых подходов по сестринскому процессу при определенных нозологиях.
- Наличие новых сестринских вмешательств, по которым отсутствуют СОПы.
- Внедрение КР по сестринскому процессу будет стандартизовать данные процессы и улучшать компетенции медицинских сестер.
- На момент создания КР по сестринскому процессу, в Кыргызстане еще не существует данных КР, основанных на ДМ, по данной теме.



1.1. Сбор тем для рассмотрения

Для сбора тем рекомендуется собрать анкеты-заявки среди медицинских сестер разных специальностей (*Приложение 1*) со следующими вопросами:

- Какие темы или вопросы по проблемам не включены в имеющиеся клинические руководства?

- Какие аспекты сестринского ухода по предложенной теме важно включить в предлагаемое клиническое руководство (например, оценка, сестринский диагноз, сестринские вмешательства, и др.).
- Для какого уровня организаций здравоохранения нужно разработать клиническое руководство?
- Почему Вы предлагаете данную тему для разработки клинического руководства?
- Укажите каких специалистов необходимо включить в процесс разработки клинических руководств?
- Лицо или организация, предлагающее тему для разработки.

Все заполненные заявки необходимо отправить по электронной почте в Ассоциацию медсестер на электронную почту medsestry_kg@mail.ru, председателю А.К. Асановой, секретарю Э. К. Казаковой.

Собранные анкеты-заявки специалисты ассоциации предоставляют профессиональным медицинским ассоциациям (ПМА) или национальным центрам для определения приоритетной темы для разработки. Предложенные темы от разных организаций/специалистов направляются в ПМА, научные центры, образовательные медицинские учреждения для выбора приоритетной темы из перечня предложенных заявок.

- Рассмотрение и оценка предложений по темам, представленным на рассмотрение комиссии ПМА.
- Уточнение и корректировка проекта тематических предложений по мере необходимости
- Оценить, насколько предложения по темам соответствуют критериям отбора, определенным ПМА.
- Рекомендовать МЗ КР приоритетные темы из тех, что были представлены группе (если такие подходят), а также темы, которые не следует рассматривать.
- Комментировать сквозные темы, обсуждаемые другими группами экспертов.
- Определение внешних экспертов, которые могут помочь предоставить дополнительную информацию по предложенной теме, если это необходимо
- Рассматривать предложения по темам, которые ранее были исключены или отфильтрованы до того, как попали в группу, и выявлять те, которые, по мнению группы, были неправильно оценены.
- Обеспечение сбалансированного взгляда на значимость темы.
- Следовать согласованным оперативным процедурам рассмотрения тем.

1.2. Проверка целесообразности предложенных тем

Предложенные темы рекомендуется структурировать – разделить по специальностям и направлениям.

Структурированные темы рекомендуется ранжировать формальным методом. Для проведения ранжирования привлекаются специалисты с ПМА, организаций здравоохранения и др. в зависимости от предложенных тем:

- Необходимо собрать экспертную группу.
- Количество участников может быть любое, однако рекомендуется приглашать в группу не более 20 человек.
- Это количество считается оптимальными.

1.3. Формальное ранжирование предложенных тем

Критерии выбора предложенных тем (Приложение 2)

- 1. Сфера, которые характеризуются высоким уровнем смертности, заболеваемости или инвалидности?**
 - Рассматривает ли предлагаемое руководство состояние, которое связано со значительной заболеваемостью или смертностью среди населения в целом или в отдельных подгруппах?
- 2. Области, где улучшение ухода, вероятно, снизит уровень смертности, заболеваемости или инвалидности**
 - Относится ли предлагаемое руководство к одному или нескольким вмешательствам или практикам, которые могут:
 - снизить предотвратимую преждевременную смертность?
 - снизить предотвратимую заболеваемость?
 - значительно улучшить качество жизни пациентов или лиц, обеспечивающих уход?
 - уменьшить неравенство в здравоохранении относительно текущей стандартной практики при более широком или более адекватном использовании?
- 3. Сфера, в которых существуют эффективные медицинские интервенции**
 - Существует ли в настоящее время общепринятое эффективное лечение/ведение?
 - Имеется ли в данной тематической области значительный или развивающийся массив исследований или соответствующих доказательств, где можно продемонстрировать обоснованную связь между действиями и результатами в области общественного здравоохранения или клинической практики?
- 4. Сфера, в которых используется множество подходов к лечению**
- 5. Области, где существует неопределенность и отсутствие стандартизации в лечении по всей стране, о чем свидетельствует широкий разброс в клинической практике и предоставлении услуг**
 - Существуют ли новые доказательства широко распространенных различий в результативности действий в области общественного здравоохранения в данной тематической области, такие, что публикация официального руководства внесет значительный вклад в повышение эффективности программ или вмешательств в области общественного здравоохранения?
- 6. Каковы доказательства недостаточно эффективного лечения в настоящее время?**
 - Если есть доказательства, вероятно ли, что вмешательства улучшат результаты?
 - Если нет четких доказательств, требуется ли аудит?
- 7. Сфера, в которых будут последствия в области ресурсов**
 - Имеются ли ресурсы для внедрения изменений в лечении/управлении?
 - Относится ли предлагаемое руководство к одному или нескольким вмешательствам или практикам, которые могут оказать значительное влияние на ресурсы МЗ или другие общественные ресурсы (финансовые и другие)?
 - Имеются ли последствия в области ресурсов, если лечение/управление будет изменено?
 - Затрагивает ли тема область деятельности, в которой более точные доказательства эффективности затрат, как ожидается, приведут к

существенному снижению эффективности затрат при осуществлении качественных программ или вмешательств?

- *Относится ли тема к одному или нескольким вмешательствам, от которых МЗ может отказаться без ущерба для экономически эффективного лечения пациентов, высвобождая таким образом ресурсы для использования в других областях МЗ?*
- *Существуют ли последствия в области ресурсов, если лечение/управление НЕ ИЗМЕНЯЕТСЯ?*
- 8. Связана ли эта тема с большим количеством жалоб или претензий?**
- *Вызывает ли эта тема частые обращения с жалобами или претензиями.*
- 9. Связана ли данная тема с одной из приоритетных сфер МЗСР КР или с другими приоритетами правительства в сфере здравоохранения?**
- 10. Является ли эта область важной для данной специальности, с точки зрения специалистов?**
- 11. Является ли данная тема специфичной для нашей области?**
- 12. Относится ли тема к ультра-орфанному (очень редкому) заболеванию?**
 - Орфанное заболевание определяется в ЕС как заболевание, поражающее менее 1 из 2 000 человек.
 - Ультра-орфанное заболевание - это заболевание с распространенностью менее 1:50 000.
 - Небольшая популяция пациентов с редким заболеванием также может затруднить проведение клинических исследований.
 - Препараты для лечения ультраорфанных заболеваний относятся к числу самых дорогих лекарственных средств в расчете на одного пациента.
- 13. Поможет ли руководство уменьшить неравенство среди конкретных уязвимых групп?**
- 14. Были ли недавно опубликованы какие-либо новые доказательные данные?**
- 15. Ожидается публикация новых доказательств в ближайшем будущем?**
- 16. Существует ли степень срочности для разработки руководства, вызванная факторами, отличными от перечисленных выше?**
 - Новое заболевание
 - Развивающаяся область, которая становится важной и требует принятия мер общественного здравоохранения.
 - Вызывает ли это значительное беспокойство общественности
- 17. Есть ли готовность принять и осуществить изменения?**
- 18. Было ли получено финансирование для разработки данного руководства?**

Для выбора приоритетных тем для КР рекомендуется по каждому критерию выбора (18 пунктов) провести оценку по предложенной шкале группы экспертов. Следует указать степень своего согласия или несогласия с заданным утверждением. Для этого задаются варианты ответов в диапазоне от минимума до максимума - сделать оценку по 5-балльной шкале от 1 до 5 баллов (шкала Лайкерта).

- | | |
|---|--|
| 5 | Полностью согласен |
| 4 | Частично согласен |
| 3 | Трудно сказать, согласен или не согласен |
| 2 | Частично не согласен |
| 1 | Совершенно не согласен |

Каждый эксперт делает оценку независимо от мнения других экспертов. После выставления соответствующих баллов эксперты переходят к формальному процессу принятия консенсуса.

1.4. Формальный процесс принятия консенсуса

После получения оценочных форм от каждого эксперта в группе рекомендуется провести обсуждение для представления итоговых оценок по каждому критерию и представить итоговые оценки для принятия решения по спискам приоритетных тем.

Полученные результаты оценки обобщаются, после чего выводится средняя оценка, данная экспертами каждому критерию.

Пример расчета итоговой оценки по каждому критерию выбора:

$$\text{итоговая оценка по одному критерию} = \frac{\text{сумма баллов по одному критерию}}{\text{количество экспертов, участвующих при оценке}}$$

1.5. Список приоритетных тем

По результатам итоговой оценки по сумме баллов по каждому критерию предлагаются темы для написания КР.

Согласно выбранным приоритетным темам будут сформированы мультидисциплинарные рабочие группы для разработки КР.

Этап 2. ФОРМИРОВАНИЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Для подготовки КР и координации работ по его внедрению создается мультидисциплинарная рабочая группа (МДРГ), в которую входят специалисты из ПМА, образовательных медицинских учреждений, национальных центров, научно-исследовательских институтов, организаций здравоохранения, пациенты. КР не должны составляться только учеными и старшими специалистами, изолированными от повседневных проблем лечения пациентов, поскольку если КР не находит отражения в повседневной работе большинства врачей, оно так и будет оставаться недостижимым золотым стандартом.

Также необходимо учитывать, что для разработки КР требуется вовлечение в МДРГ представителей следующих специальностей:

1. Специалисты с глубокими знаниями процессов организации медицинской помощи (организаторы здравоохранения);
2. Специалисты, имеющие клинический опыт по теме разрабатываемого руководства (представители целевого звена здравоохранения);
3. Консультанты – ведущие специалисты Кыргызской Республики и региональные эксперты по разрабатываемой тематике и смежных дисциплин, клинические фармакологи, диетологи, семейные врачи, средний медицинский персонал и другие (медицинские консультанты).
4. Методологи, имеющие навыки поиска, обобщения и критической оценки научной информации (доказательная медицина).

Участники МДРГ не обязательно должны быть экспертами в каждой из четырех из перечисленных областей. Большинство участников могут быть специалистами лишь в одной или двух областях, однако на определенных этапах работы над КР их знания и опыт будут неоценимо важны.

В состав МДРГ целесообразно будет включить также представителей международных организаций, деятельность которых так или иначе связана с совершенствованием и обеспечением высокого качества системы здравоохранения. Мнение и опыт этих участников будет весьма полезен при формировании методологической структуры создаваемых документов, в том числе их правовой адекватности.

Также, по возможности, нужно учитывать и обеспечивать интересы пациентов при создании КР. Клиенты/пациенты должны быть вовлечены вместе со специалистами в каждую стадию процесса разработки, применения и оценки КР, для того чтобы признать их роль в определении характера и качества оказываемой помощи. Больные могут выявить вопросы, которые не были учтены медицинскими работниками, и осветить те аспекты, в которых их видение проблемы отличаются от представлений врачей. Также пациенты могут убедиться в том, что КР посвящены основным интересующим их вопросам. Для этого необходимо привлечение представителей специализированных общественных организаций, защищающих права пациентов, страдающих теми или иными заболеваниями.

В составе МДРГ определяются руководитель и секретарь. Количественный состав рабочей группы может варьировать от 5 до 10.

МДРГ ответственна за формирование КР, их внедрение и мониторирование.

Положение о деятельности МДРГ, списочный состав, ответственные исполнители по каждому КР и сроки разработки каждого КР утверждаются Приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Все заседания МДРГ протоколируются (Приложение 2).

Все предложения членов МДРГ вносятся на рассмотрения в письменном виде.

На каждое КР заводится специальная папка (файл), куда заносится вся информация (изменения и дополнения) по разрабатываемому КР. После завершения разработки КР файл направляется в архив ОДМ ЦРЗиМТ.

2.1. Методы формирования мультидисциплинарной рабочей группы по подготовке клинических руководств

Эффективность деятельности МДРГ определяется не только компетентностью специалистов в различных областях медицины, но и их навыками работы в команде. Важно, что члены МДРГ не назначаются, а выбираются. Член МДРГ по подготовке КР должен обладать специальными навыками поиска и критической оценки медицинской информации, знаниями в области доказательной медицины, в связи с чем целесообразно обучение членов до начала работы над разработкой КР.

При формировании МДРГ необходимо распределение обязанностей, определение графика работы, декларация конфликтов интересов, выбор способов достижения консенсуса, определение порядка взаимодействия с регулятором, согласование вопросов авторства, способов публикации и др.

2.2. Обучение членов мультидисциплинарной рабочей группы по подготовке клинических руководств

До начала деятельности необходимо провести обучение членов МДРГ по следующим направлениям: основы доказательной медицины, методология разработки и внедрения КР, поиск медицинской информации, критическая оценка публикаций, принципы сестринского процесса, применение оценки технологий здравоохранения и т.д.

Обучение должно быть организовано по разработанным и утвержденным в установленном порядке программам.

2.3. Декларация конфликта интересов

Всем участникам МДРГ следует в письменной форме сообщить о существующих финансовых взаимоотношениях с фармацевтическими компаниями, производителями медицинского оборудования или иными заинтересованными сторонами. Это могут быть платные научные консультации, исследовательские гранты, оплаченные поездки, выступления и прочее. Наличие конфликта интересов не означает автоматически, что участник рабочей группы будет необъективен или предвзят. Тем не менее, поскольку такой риск существует, конфликт интересов обязательно должен быть зафиксирован в документации, сопровождающей клиническое руководство. В ряде случаев коммерческая заинтересованность может быть серьезным препятствием для полноценного участия в рабочей группе. Такой участник может отказаться от участия в решении определенного круга вопросов, связанных с конфликтами интересов, что должно быть отражено документально. В противном случае наличие такого участника в группе разработки изначально подорвет авторитет документа.

Членам МДРГ необходимо заполнить форму по декларации конфликта интересов (*Приложение 3*).

ФАЗА 2 - ПРОЦЕСС АДАПТАЦИИ

Этап 3. ПОИСК СУЩЕСТВУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ПО СЕСТРИНСКОМУ ПРОЦЕССУ

В качестве исходных документов для адаптации могут быть отобраны несколько существующих КР, разработанных различными независимыми группами специалистов по сестринскому процессу. Это делает возможным использование разных разделов разных КР для адаптации в одном новом руководстве.

При поиске клинических руководств рекомендуется придерживаться следующего порядка:

1. Провести поиск в доступных источниках по клиническим руководствам.

Основные источники международных клинических руководств для медсестер и по сестринскому процессу, доступных бесплатно:

- <https://www.guidelines.co.uk/guidelines-for-nurses>
- <https://nurseslabs.com/nursing-process/>
- <https://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/>
- <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/codes-guidelines-statements/codes-guidelines.aspx>
- https://www.nursingcouncil.org.nz/Public/Nursing/Standards_and_guidelines/NZ/nursing-section/Standards_and_guidelines_for_nurses.aspx
- <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/services/first-nations-inuit-health/health-care-services/nursing/clinical-practice-guidelines-nurses-primary-care.html>
- <https://www.nmc.org.uk/standards/standards-for-nurses/>
- https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Nursing_assessment/

2. Если на данных платформах не удается найти соответствующие КР, то рекомендуется провести дополнительный поиск:

- Google scholar, SUMSearch – метод поиска GLAD (GuideLine And Disease);
- PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) – стратегия поиска PIPOH:
 - **P** (population) – популяция пациентов и характеристика заболевания
 - **I** (interventions) – рассматриваемые вмешательства (nursing process)
 - **P** (professionals) – целевая аудитория КР (nurses)
 - **O** (outcomes) – ожидаемые исходы, которые могут быть улучшены (исходы пациентов, показатели системы здравоохранения, эпидемиологические показатели и др.)
 - **H** (health care setting) – место оказания медицинской помощи (амбулатория, стационар, скорая помощь и пр.)

Результаты поиска КР рекомендуется занести в таблицу для дальнейшего выбора из списка.

№	Разработчик, ссылка на источник	Дата публикации	Страна	Язык	Дата выполнения поиска

В качестве исходного документа для адаптации может быть выбрано не одно, а несколько из существующих клинических руководств из разных стран. Например, разные руководства могут послужить основой для адаптации содержания разных разделов.

После проведенного поиска в электронных базах данных и отбора публикаций в соответствии с выбранными критериями включения/исключения (например, годы публикации, языки, авторские группы) проводится критическая оценка методологического качества и клинического содержания найденных КР.

Этап 4. КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАЙДЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ

Если на этом этапе рассматривается несколько КР, то консенсусным решением могут быть:

- исключены из дальнейшего рассмотрения некоторые из найденных КР;
- включены только одобренные всеми экспертами КР;
- может быть проведена предварительная оценка методологического качества КР с использованием вопросника AGREE GRS (AGREE Global Rating Scale).

AGREE GRS приемлем для предварительной оценки КР, а как основной инструмент для подготовленных КР рекомендуется использовать AGREE II.

Оценка каждого найденного КР проводится несколькими экспертами (2-4) – выбрать в группе экспертов.

Вопросник AGREE GRS состоит из 4-х пунктов (доменов) (*Приложение 4*):

№	Домен	Критерий оценки	Баллы (1 – 7)
1	Общее качество методов разработки КР	<ul style="list-style-type: none"> • Были ли привлечены к разработке КР все заинтересованные стороны? • Формировалась ли доказательная база на основе систематического подхода? • Соответствует ли КР имеющимся публикациям? 	1.....7

2	Качество представления	<ul style="list-style-type: none"> Хорошо ли структурированы КР? Легко ли найти в тексте конкретные рекомендации по сестринскому процессу? 	1.....7
3	Полнота описания	<ul style="list-style-type: none"> Был ли процесс разработки КР транспарентным и воспроизводимым? Достаточно ли информации для лиц, принимающих решения? 	1.....7
4	Клиническая валидность	<ul style="list-style-type: none"> Являются ли КР клинически значимыми? Приемлемы ли рекомендации для пациентов? 	1.....7
Общие оценки			
5	Оцените общее качество КР		1.....7
6	Я бы рекомендовал использовать эти КР на практике		
7	Мне были бы полезны эти КР в моей профессиональной практике		

*1 – самое низкое качество, 7 – самое высокое качество (шкала Лайкерта).

После проставления оценок по 4 пунктам необходимо сделать еще 3 общих оценки:

- общее качество КР (1-7 баллов качества),
- рекомендация к применению (от 1 до 7 баллов согласия),
- полезность в собственной профессиональной практике (от 1 до 7 баллов согласия).

Каждую оценку предлагается сопровождать поясняющим ее комментарием

Пример оценки результатов по AGREE GRS

- Оценка по домену, если 2 эксперта = (сумма баллов 2-х экспертов – 2) * (14-2)
 - Оценка по домену, если 3 эксперта = (сумма баллов 3-х экспертов – 3) * (21-3)
- Оценка по каждому домену от 0% до 100%.

Проходной домен – 70%.

КР, соответствующие избранным ранее критериям включения/исключения, распространяются между членами рабочей группы для дальнейшей оценки, и принятия решения о том, какое (какие) из найденных КР может (могут) стать основой для адаптации. Каждое клиническое руководство оценивается группой экспертов (не менее 2 человек), по итогам экспертизы рассчитываются баллы (от 0 до 100) и выставляются следующие итоговые оценки::

- полностью отклонить
- полностью принять
- принять только обзор доказательств
- принять отдельные рекомендации
- незначительно модифицировать отдельные рекомендации (например, в случае появления новых доказательств)

Эта работа позволяет рабочей группе уменьшить число КР, которые будут серьезно анализироваться в дальнейшем, за счет документов, не отвечающих определенным требованиям.

После проведения систематической критической оценки методологии найденных КР и исключения руководств, которые не удовлетворяют критериям

качества, предъявляемых инструментом AGREE GRS, экспертами-клиницистами, входящими в состав рабочей группы, проводится систематическая оценка клинического содержания оставшихся публикаций. Для этого составляются матрицы КР, в которых все рекомендации оцениваемых КР группируются в отдельные тематические таблицы.

При помощи матриц КР МДРГ имеет возможность предметно обсуждать следующие аспекты оцениваемых КР:

1. Выявление одинаковых утверждений в различных КР. Это позволяет избежать дублирования усилий во время дальнейшей работы в процессе формулировки собственных рекомендаций;
2. Выявление рекомендаций, основанных на наиболее сильных доказательствах. Необходимо отметить, что в разных КР зачастую встречаются одинаковые рекомендации, характеризующиеся разным уровнем доказательности. В этом случае рабочая группа имеет право выбрать из нескольких КР ту рекомендацию, которая была сформулирована на основе более убедительных научных данных;
3. Выявление вопросов, недостаточно полно или не освещенных в оцениваемых КР;
4. Выявление рекомендаций, которые противоречат или отличаются друг от друга;
5. Выявление устаревших рекомендаций;
6. Матрица КР обеспечивает фактическую базу для дискуссий о практической применимости и клинической пользе рекомендаций.

Матрица «Характеристика отобранных клинических руководств»

№	Название КР	Критерии			Варианты действий
		Методологическое Качество	Новизна КР	Применимость КР	
1		+	+	+	Перейти к формулированию рекомендаций
2		+	+	-	Поиск нового КР
3		+	-	+	Взять за основу раздел диагностики или др.

При оценке применимости КР следует ответить на вопросы:

- Соответствует ли сестринский процесс рассматриваемой проблеме?
- приемлемо ли сестринское вмешательство для наших пациентов?
- доступны ли необходимые лекарственные препараты и оборудование?
- имеются ли у медицинских сестер необходимые знания и навыки?
- существуют ли какие-либо организационные, административные, юридические и другие препятствия?
- соответствуют ли сестринские вмешательства общественным ценностям и культурным нормам?
- будет ли достигнута польза?

Этап 5. ОБОБЩЕНИЕ ОЦЕНОК И ВЫБОР КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ДЛЯ АДАПТАЦИИ

После проведения поиска, критической оценки методологического и клинического качества существующих КР, рабочая группа должна принять решение о том какие именно рекомендации из отобранных руководств войдут в окончательный вариант создаваемого документа. Вариантов может быть несколько:

1. Включить все рекомендации из какого-нибудь одного КР без изменений ;
2. Адаптировать одно КР, исключив из него рекомендации, которые не могут быть применены в местных условиях или характеризуются низким уровнем доказательности;
3. Адаптировать одно КР, исключив из него рекомендации, которые не могут быть применены в местных условиях или характеризуются низким уровнем доказательности, включив вместо них рекомендации, сформулированные в процессе дополнительного поиска литературы;
4. Заимствовать лучшие рекомендации из нескольких КР, обобщив их в одно клиническое руководство;
5. Заимствовать лучшие рекомендации из нескольких КР, обобщив их в одно клиническое руководство, добавив к ним рекомендации, сформулированные в процессе дополнительного поиска литературы.

В процессе обобщения данных, полученных из разных источников и формулирования рекомендаций рабочая группа по составлению КР должна принимать коллективные решения по ряду вопросов, которые нуждаются в достижении консенсуса – принятия соглашения на основе мнения, отражающего точку зрения большинства участников группы. Для принятия решения можно использовать метод Делфи - голосование.

Целью проведения метода Делфи служит создание окончательного варианта руководства, который бы отвечал следующим требованиям:

- текст КР должен представлять собой единое целое;
- в КР мнения всех участников рабочей группы должны быть учтены;
- в КР не должно оставаться противоречивых, неясных и бездоказательных утверждений;
- в руководстве должны учитываться особенности оказания медицинской помощи больным на целевом этапе медицинской помощи.

В состав группы, принимающей участие в голосовании по методу Делфи должны войти представители всех специальностей, сталкивающихся с избранной проблемой (как правило, члены МДРГ по подготовке КР), в количестве от 9 до 12 человек. Включение большего числа участников может повлечь за собой серьезные разногласия и другие трудности в проведении метода Делфи.

Черновые варианты рекомендаций и обосновывающие их доказательства рассылаются членам рабочей группы с тем, чтобы каждый участник обсуждения, независимо от других членов авторского коллектива, заполнил форму для голосования с использованием шкалы Лайкерта (от 1 до 7), обосновав в письменной форме свою позицию. Тайное голосование необходимо во избежание морального давления экспертов на менее опытных членов рабочей группы. Профессиональный статус участников рабочих групп тесно связан с величиной индивидуального вклада в текст окончательного документа.

Для количественной оценки суждений используется визуально-аналоговая шкала Лайкерта от 1 до 7, где 1 означает – полностью не согласен, 7 – полностью согласен. Полученные результаты предварительного голосования обобщаются, после чего выводится средняя оценка, данная экспертами каждой рекомендации.

Если разногласий по тексту рекомендации не выявлено, то она автоматически принимается и в повторном голосовании больше не обсуждается. Если результаты предварительного голосования свидетельствуют о разногласиях, то проводится повторное обсуждение рекомендации, до принятия окончательной формулировки утверждения, после чего снова проводится тайное голосование с тем, чтобы выявить разногласия. Этот процесс повторяется необходимое число раз до достижения консенсуса рабочей группой.

Процесс обсуждения и голосования стенографируется.

Этап 6. ПОДГОТОВКА ЧЕРНОВОГО ВАРИАНТА АДАПТИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

При подготовке адаптированного КР не рекомендуется менять формулировку рекомендаций, которые были взяты с отобранных КР для того, чтобы они могли быть использованы в местных условиях.

При формулировании рекомендаций МДРГ должна учитывать следующие моменты: количество доказательств в поддержку (или против) той или иной

рекомендации, их качество, однородность, применимость, клиническую значимость, ресурсное обеспечение.

На основании всех этих данных принимается взвешенное суждение о включении/исключении рекомендации в клиническое руководство и о присвоении им определенного уровня доказательности.

Каждая рекомендация по сестринскому процессу должна быть выделена в боксы с указанием уровня доказательности, которое соответствует выбранному КР для адаптации. *Например,*

В	Рекомендуется провести расчет индекса массы тела (см. СОП по определению индекса массы тела)
----------	--

Уровень доказательности говорит о том, насколько вероятно достижение желаемого результата в случае применения рекомендации на практике.

Рекомендации, которые были заимствованы из КР, которые подверглись адаптации, принимаются с тем уровнем доказательности, с каким они были опубликованы изначально.

КР должно быть подкреплено:

- соответствующим СОП/СОПами в зависимости от уровня оказания медицинской помощи (первичный или стационарный уровень);
- ремейндерами (памятки) для медсестер;
- ремейндерами (памятки) для пациентов;
- стандартами, которые определяют содержание медицинской помощи, соответствующей рекомендациям из КР по сестринскому процессу и которую должны получить пациенты, и что может стать целью деятельности по повышению качества медицинской помощи.
- индикаторами, по которым проводят измерение соответствия стандартам или степень достижения целей повышения качества оказываемой медицинской помощи.

Какие разделы должно содержать адаптированное КР см. *Приложение 7.*

Этап 7. АПРОБАЦИЯ КР

В процессе составления КР, команде разработчиков необходимо принять решение о способе и времени проведения предварительного тестирования созданного КР. Проведение пре-теста КР позволяет оценивать: соответствие клинических рекомендаций практическим условиям работы врачей, степень их удовлетворенности данным руководством, ясность и четкость изложения рекомендаций, их эффективность и безопасность, наличие материала для практического использования, который может облегчить последующее внедрение руководства в практику.

Перед проведением предварительного тестирования участниками рабочей группы проводится организация семинара с участием заинтересованных сторон: ответственных сотрудников МЗ КР, разработчиков КР, местных и/или международных экспертов, специалистов целевого звена здравоохранения. На семинаре необходимо обсудить следующие вопросы:

- Цели и задачи предварительного тестирования КР;

- Вопросы качества медицинской помощи;
- Основы ДМ и необходимость разработки КР основанных на доказательной медицине;
- Методологию составления клинических руководств;
- План проведения предварительного тестирования и порядок заполнения анкет;
- Обсуждение возможных препятствий при проведении предварительного тестирования;
- Определяется продолжительность предварительного тестирования.

Продолжительность проведения пре – теста зависит от темы КР. При этом врачам предоставляется возможность использования КР в практической деятельности не менее 1 месяца. После окончания тестирования участники заполняют анкеты, на основании результатов которых обсуждаются его результаты и содержания КР в целом на итоговой встрече. При необходимости, по итогам проведенного анкетирования и результатам финального обсуждения, разработчики КР вносят поправки и дорабатывают содержание КР.

Заполненные формы по пре-тесту КР собираются секретарем/ми МДРГ (*Приложение 5*).

ФАЗА 3 – ПРОЦЕСС ФИНАЛИЗАЦИИ

Этап 8. КОНСУЛЬТАЦИИ И ВНЕШНЕЕ РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ КР (ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СОДЕРЖАНИЯ)

Подготовленный черновой вариант КР для оценки клинического содержания передается для рецензирования 2 экспертам – 1 внутреннему и 1 внешнему рецензенту. В качестве рецензентов могут выступать эксперты, которые не участвовали в работе МДРГ, но имеют опыт работы в области, по которой было разработано КР. В рецензировании должны участвовать специалисты по данной клинической проблеме и/или специалисты по методологии и/или практикующие врачи (представители профессиональных врачебных ассоциаций), которых просят высказать критические замечания по поводу полноты, тщательности и точности интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Процесс рецензирования должен быть документирован. Замечания и предложения рецензентов обсуждаются рабочей группой. Вместе тем, в случае если доказательная база рекомендаций более весома, чем мнение рецензента или более приемлема для применения в условиях целевого звена здравоохранения, члены рабочей группы, рассмотрев рецензии и сопоставив их результатами согласительной комиссии, могут отклонить предложения рецензентов.

На рецензирование КР выделяется 2 недели с момента подачи КР. Рецензия готовится в бумажной версии, предоставляется МДРГ и сдается в ОДМ ЦРЗиМТ.

Этап 9. ОЦЕНКА МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО КАЧЕСТВА ПОДГОТОВЛЕННОГО КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

Финальную версию документа полезно оценить по вопроснику AGREE II – для того, чтобы удостовериться в высоком качестве полученного документа.

Подготовленное КР направляется в ОДМ ЦРЗиМТ для проведения оценки методологического качества, которое проводится при помощи инструмента AGREE II - Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation Instrument (*Приложение 6*) – по 6 доменам.

Опросник AGREE II состоит из 23 пунктов, сгруппированных в 6 разделов (доменов), и подробного руководства пользователя. В каждом разделе рассматривается самостоятельная характеристика качества руководства:

- Часть 1. Область применения и цели (3 вопроса).
- Часть 2. Участие заинтересованных сторон (3 вопроса)
- Часть 3. Тщательность разработки (8 вопросов)
- Часть 4. Ясность изложения и форма представления (3 вопроса)
- Часть 5. Применение/внедрение (4 вопроса)
- Часть 6. Независимость разработчиков (2 вопроса)

Основной задачей использования опросника AGREE является принятие решения о возможности применения КР в медицинской практике. Помимо этого, AGREE дает оценку ожидаемой эффективности клинических рекомендаций, т.е. вероятности достижения желаемого результата, однако, не позволяет оценить влияние рекомендаций на клинический исход заболевания у конкретного больного.

Опросник AGREE носит общий характер и может быть применен для оценки клинических рекомендаций по диагностике, профилактике и лечению любых заболеваний. Он может использоваться для оценки клинических рекомендаций, представленных как в печатном, так и в электронном виде.

При оценке адаптированных КР следует иметь в виду, что критерии AGREE – это «золотой стандарт», или эталон. На практике ни одно из КР не может полностью соответствовать эталону. Поэтому основная задача состоит не в выставлении оценки, а в выявлении недостатков и слабых сторон, которые следует учесть при адаптации КР.

Эксперты-методологи проводят оценку с момента получения в течение 1 недели. Каждый эксперт должен отправить заполненную оценочную форму в ОДМ ЦРЗ иМТ, где специалист отдела формирует форму по итоговой оценке и направляет результаты членам МДРГ для ознакомления.

Эксперты-методологи утверждают приказом МЗСР КР (3-4 специалиста) и могут проводить оценку в заочной-онлайн форме.

Этап 10. СОГЛАСОВАНИЕ С АВТОРАМИ-РАЗРАБОТЧИКАМИ АДАПТИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ,

А также согласование с вышестоящими и смежными профессиональными ассоциациями, с одобряющими органами (если необходимо).

По результатам оценки методологического качества и клинического содержания адаптированных КР рекомендуется провести согласование при наличии замечаний, внесения поправок и доработки содержания КР.

Этап 11. ОФОРМЛЕНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ВЕРСИИ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

После согласования с авторами-разработчиками адаптированных КР оформляется окончательная версия для утверждения. А также СОПы, стандарты и индикаторы в соответствии с адаптированными КР.

Формат оформления КР (Приложение 7).

Формат оформления СОП (Приложение 8).

Формат стандартов и индикаторов (Приложение 9).

Этап 12. ПЕРЕСМОТР И ОБНОВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

КР требуют регулярного обновления по мере появления самых новых данных научных исследований и поэтому они должны отражать результаты последних достижений медицинской науки. Оптимальный временной интервал для обновления КР зависит от различных факторов, в особенности от клинической области. В таких областях как кардиология, интенсивная терапия, онкология пересмотр основных рекомендаций необходимо проводить каждые 3-4 года, т.к. появление новых данных в этих областях происходит интенсивно. С другой стороны, есть области, в которых вполне допустим 5-летний интервал для обновления. С этой целью, МДРГ должна следить за появлением публикаций по теме и, в случае появления существенных нововведений, рассмотреть возможность обновления руководства.

Планирование дальнейшего пересмотра КР:

- Срок и порядок пересмотра КР.
- Определение необходимости пересмотра основано прежде всего на получении новых доказательств и оценке их влияния на имеющиеся рекомендации.
- аннулирование всего документа КР;
- аннулирование отдельных рекомендаций;
- редактирование отдельных рекомендаций.
- Срок пересмотра может быть связан со сроком пересмотра использованных оригинальных КР, но обычно не должен превышать 3-4 года. Рекомендуется назначить члена Рабочей группы, который в назначенное время выполнит поиск новых доказательств.

Этап 13. УТВЕРЖДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА В МЗ КР

Окончательный вариант КР, обобщенные результаты согласительной комиссии и рецензии направляются на рассмотрение в Экспертный Совет Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики для официального утверждения.

По завершении всех описанных выше процедур, окончательный вариант клинического руководства необходимо официально утвердить в Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики. Это необходимо сделать до опубликования, распространения и внедрения КР в практическую деятельность.

Раздел 2

ВНЕДРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА В ПРАКТИКУ

Для эффективного распространения и внедрения КР необходимо создание мультидисциплинарной команды, которая будет ответственна за этот процесс и должна включать в себя представителей всех заинтересованных сторон: представителей МЗ КР, организаторов здравоохранения, ведущих специалистов и представителей рабочей группы по разработке КР, национальные и местные медицинские СМИ.

Для внедрения используют следующие мероприятия:

- проведение образовательных семинаров и участие в конференциях;
- распространение КР путем публикаций в наиболее популярных медицинских журналах (в том числе узкоспециализированных);
- разработку клинических протоколов (система напоминаний) – ремайндеры и распространение их среди врачей целевых групп.

При разработке КР разработчики ориентируются на удовлетворение потребностей разных групп конечных пользователей. Например, подготавливается несколько версий КР: полная – для специалистов, краткий вариант для публикаций в медицинских журналах, резюме для руководителей здравоохранения, брошюры для пациентов. КР распространяется внутри целевой группы, организаторов здравоохранения. В дополнение к этому разрабатывается наглядная схема, суммирующая ключевые положения КР (КП, система напоминаний-ремайндеров) для упрощения практического использования рекомендаций.

Обучение пользователей (руководители, специалисты, пациентские сообщества)

1. Информирование медицинской общественности:

- проведение республиканских совещаний на уровне МЗКР с участием организаций здравоохранения, медицинских ВУЗов, международных организаций, профессиональных медицинских объединений;
- проведение региональных семинаров для представителей практического здравоохранения с раздачей электронной версии КР;
- освещение проводимых мероприятий по внедрению КР в СМИ (проведение презентаций, интервью, пресс-конференций и т.п.);

2. Обучение специалистов практического здравоохранения вопросам доказательной медицины, стандартизации и управлению качеством на постоянной основе:

- организация и проведение специальных программ обучения медицинских работников практического звена вопросам доказательной медицины и использования КР, в том числе с применением дистанционных методов и телекоммуникационных технологий;
- совершенствование учебных программ для до- и последипломного образования, с включением вопросов по управлению качеством медицинской помощи, стандартизации в здравоохранении и доказательной медицины.

Обучение медицинских работников является обязательной частью процесса внедрения КР. Обучение проводится по тем же основным темам, что и обучение

членов МДРГ по разработке КР: система непрерывного повышения качества в здравоохранении; общие принципы разработки и внедрения КР, организация и методы экспертной работы при разработке КР; доказательная медицина, роль КР в системе управления качеством медицинской помощи, некоторые вопросы экономического обоснования КР и т.д.

Обучение организуется непосредственно в организации с привлечением членов МДРГ по разработке КР

ПУБЛИКАЦИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

1. Определение форматов КР

Для наиболее эффективного использования необходимо предусмотреть различные форматы КР для обеспечения потребностей отдельных целевых групп пользователей:

- издание печатного варианта КР в книжном формате согласно различным формам и профилям оказываемых медицинских услуг;
- оптимально издание КР в виде карманного справочника;
- публикация отдельных КР в периодических медицинских изданиях;
- размещение электронной версии КР в Интернете;
- разработка специального программного обеспечения для удобства практического использования КР.

2. Определение количества для тиража КР

Для оптимального обеспечения медицинских работников КР необходимо определить их потребность в различных форматах по регионам республики, на основе статистических данных о количестве организаций и подразделений, предоставляющих различные формы медицинской помощи (первичный, вторичный и третичный уровни).

3. Издание и тиражирование КР

Необходимо обеспечить всех медицинских работников страны полноценным доступом к КР. Для этого, с учетом международного опыта, рекомендуется тиражирование КР как в печатных, так и электронных версиях.

Для содействия внедрению КР необходимо:

- распространение КР среди медицинских работников;
- создание и использование электронных публикаций для повышения доступности КР;
- определить ответственных за распространение КР;
- работа со СМИ для освещения КР.

МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ

Определить ответственность сторон, вовлеченных в процесс внедрения КР, решением МЗКР, список ответственных организаций, профессиональных медицинских ассоциаций за процессы внедрения и мониторинга КР.

План внедрения должен основываться на рациональных принципах управления:

- указать основные цели и задачи, то есть результаты, которые необходимо достичь;
- определить приоритетные рекомендации и ключевых сообщения;
- определить целевую аудиторию и контекст, в котором должны применяться рекомендации;
- описать предлагаемые мероприятия для достижения этих результатов;
- наметить ресурсы — затраты, людей, потребности в обучении, средства — необходимые для осуществления деятельности.

- наметить временные рамки, включая любую информацию, которая может повлиять на эти временные рамки, например, опубликованные новые доказательства или новые лекарственные препараты или устройства, которые могут быть выпущены;
- наметить ответственных за выполнение задач и принятие заданий.
- изложить методы измерения результатов и их конечные исходы (успехи);
- описать риски – какие имеются источники рисков, вероятность их возникновения, последствия, что необходимо сделать для «смягчения» этих рисков.

I. ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ВНЕДРЕНИЯ КР

Шаг №1: Определить ключевые лица (стейкхолдеров), заинтересованных во внедрении КР и их влияние на внедрение.

Провести опрос, фокус-группы или индивидуальные интервью с ключевыми лицами (руководители ОЗ, специалисты, средний медицинский персонал, пациенты). Всем ключевым лицам информация должна быть представлена одна и та же. При определении плана внедрения учитывать мнения разных сторон, участвующих в обсуждении.

Результаты опроса, фокус групп помогут провести анализ влияния и поддержки ключевых лиц: как работает ОЗ, кто участвует в принятии решений? Кто в конечном итоге примет решение? Кто может повлиять на это решение? Кто может повлиять на внедрение? Кто будет отстаивать решение и его внедрение? Кто будет руководить и отстаивать внедрение? Необходимо оценить какую поддержку можно ожидать от каждого из них. В чем заключается данная заинтересованность.

Оценка интересов и влияния ключевых лиц полезна для определения стратегии взаимодействия при планировании, внедрении и оценке внедрения КР. Необходимо регулярно пересматривать и проводить анализ ключевых лиц, определить изменились ли их позиции по стратегии взаимодействия. По мере необходимости пересмотреть стратегии взаимодействия с ключевыми лицами.

Планирование мероприятий по шагу №1

1. **Заручиться согласием лидеров**, работающих в той сфере здравоохранения, которая является объектом преобразований, объяснить цели и задачи внедрения КР, принципы управления и общую логику, обсудить приоритетные проблемы здравоохранения.
2. **Решение о месте проведения внедрения КР**. Обсудить в каких ОЗ будет проводиться внедрение, реалистичное. Может на первом этапе выбрать пилотные ОЗ.
3. **Создание структуры управления**. Определить, кто должен стать членами команды внедрения КР, а также какие в нем будут команды: команда разработчиков (представители профессиональных медицинских ассоциаций), команда по управлению внедрением (комитеты качества, руководители ОЗ, МСУ) и команда по проведению внедрения КР (зав. отделением, специалисты, средний медицинский персонал и др.). Состав команды по внедрению КР основан на компонентах системы, подлежащей улучшению, и члены команды являются людьми, участвующими в различных процессах оказания медицинской помощи, как поставщики, так и руководители.
4. **Определение ролей и обязанностей каждой стороны при внедрении**. Четко разделить функции каждого члена команды.
5. **Планирование внедрения**. Для этого требуется назначение даты первого «шага», который обычно является некоторого рода семинаром или тренингом, во время которого персонал медицинских учреждений, участвующих во внедрении КР, будут учиться, как работать вместе. По окончании этого первого «мероприятия» участники возвращаются на свои рабочие места с ясным пониманием своих

обязанностей и следующих шагов, возможно определяя тему улучшения или определяя по ней более конкретные измеримые цели.

Рекомендации по работе с ключевыми/заинтересованными лицами:

- Ключевые лица могут помочь определить других важных заинтересованных лиц, которые помогут внедрить КР в практику
- Необходимо подумать о ресурсах для привлечения ключевых лиц: доступ к электронной почте или телефонной связи с ключевыми лицами.
- Определить всех потенциальных внутренних и внешних ключевых лиц.
- Для каждого ключевого лица провести анализ с учетом их личной заинтересованности, уровня влияния и уровня поддержки в отношении предлагаемого изменения.
- Разработать индивидуальные стратегии взаимодействия с заинтересованными ключевыми лицами.

Все заинтересованные стороны во внедрении КР в практическое здравоохранение должны знать, какие мероприятия будут проводиться во время внедрения, что достижение ожидаемых результатов мероприятий по улучшению качества медицинской помощи зависит:

- от организации медицинских услуг для обеспечения медицинской помощи, соответствующей современным научным данным;
- от внутренних характеристик ресурсов (врачей, медсестер, оборудования и т.д.);
- от клинических руководств;
- от управления методами работы (организацией услуг), которые описывают процессы, которые приведут лучшим результатам.

Ознакомить всех заинтересованных лиц с ожиданиями, задачами и продвижении работы. Установить надежные каналы информирования, которые являются ключевым фактором для эффективной работы по внедрению КР:

1. *Определить каналы обмена информацией.* Эти каналы укрепляют связи между членами команды, помогают избежать пассивного противостояния и блокирования, и гарантируют приверженность делу. Они дают возможность координировать деятельность между разными командами и уровнями системы здравоохранения. Команда должны обсудить способы обмена информацией между членами команд (электронная почта, телефон и др.).
2. *Установить систему обмена информацией,* с отчетливым определением кому (целевая аудитория) требуется какая (содержание сообщения) информация и кто (источник информации) будет ее представлять. Потребности в информации бывают разными: руководителям высокого уровня просто требуется знать, что деятельность по внедрению КР ведется, финансовым менеджерам только нуждаются в информации о влиянии на продуктивность, а клиенты заинтересованы в видимых результатах. Командам по внедрению КР важно определить потребность в информации различных заинтересованных сторон.

3. *Эффективный обмен информацией предусматривает изменения в поведении.* Способ предоставления информации имеет значение, в силу того, что нам хотелось бы, чтобы люди использовали информацию или реагировали на нее. При планировании стратегии обмена информацией, команда должна предусмотреть включение таких элементов теории изменения поведения как, привлечение неформального лидера к обмену информацией, информируя критическую массу людей на одном и том же уровне, объясняя дополнительную ценность информации и то, что ожидается от ее получателей. Система обмена информацией не может быть сведена к распространению информации.

Шаг №2. Разработка стандартов и индикаторов для мониторинга процессов внедрения

Члены МДРГ совместно с заинтересованными лицами разрабатывают основные стандарты, которые соответствуют ключевым рекомендациям по диагностике, лечение, ведению и профилактике из разработанного КР.

Целью любого внедрения КР в практику является улучшение качества оказываемой медицинской помощи согласно принципам доказательной информации. Для измерения качества необходимо:

- *разработать стандарты* – это содержание медицинской помощи, соответствующей рекомендациям из КР и которую должны получить пациенты, и что может стать целью деятельности по повышению качества медицинской помощи;
- *разработать индикаторы* (измерение соответствия стандартам или степень достижения целей повышения качества). Для оценки реализации в ОЗ каждого стандарта разрабатываются индикаторы;
- *создать систему мониторинга качества* (инструменты и стратегия по сбору данных);
- *интерпретировать вариации* (преобразование данных о работе с течением времени в информацию) для того чтобы ответить на главный вопрос при выполнении деятельности по внедрению КР повышается ли качество медицинской помощи?

При этом можно измерять три типа индикаторов, но не обязательно систематически включать их все:

1. **Индикаторы результатов/воздействия**, которые отражают общую результативность ОЗ, которая является объектом деятельности по повышению качества медицинской помощи, как конечный результат по внедрению КР (общая смертность среди взрослых, детей и т.д., причина смертности по возрастам, годам; количество самостоятельных госпитализаций и др.);
2. **Промежуточные индикаторы** (это могут быть индикаторы вложений, процесса или результатов), которые отражают степень достижения целей улучшения, присущие одному компоненту системы здравоохранения, которая улучшается (% правильный поступлений по направлениям, указанных в КР, средняя продолжительность пребывания в стационаре в случае лечения больного согласно КР, % использования КР при ведении пациентов; % назначения ЛС в соответствии с КР и др.);
3. **Индикаторы внедрения** проверяемых вмешательств и изменений. Без них будет трудно интерпретировать вариации в других индикаторах (разработаны

критерии госпитализации согласно КР, разработаны КП согласно КР, доля врачей, обученных по КР, доля подготовленных специалистов по КР, закупка ЛС, оборудования и др. согласно КР и др.).

Набор индикаторов обычно отражает разные измерения и перспективы:

1. эффективность медицинской помощи (индикатор результатов: был ли пациент вылечен? Принесло ли лечение желаемый эффект?);
2. экономическая эффективность медицинской помощи (стоимость лечения из расчета на одного пациента, сэкономленные средства: была ли оказана медицинская помощь при наиболее эффективном использовании ресурсов?);
3. процесс оказания медицинской помощи (соответствие КР по клинической практике: было ли лечение основано на научных доказательствах?);
4. мнение пациента о медицинской помощи, которую ему оказали (удовлетворенность: был ли пациент доволен лечением и каковы возможности для улучшения?).

Эти 4 аспекта обычно в достаточной мере отражают улучшенный уровень функционирования системы здравоохранения.

В процессе выбора индикаторов необходимо помнить о следующих моментах:

- Индикатор – это зачастую соотношение. Когда это так, как числитель, так и знаменатель должны быть подробно описаны, особенно потому что у них источники информации могут быть разными.
- Индикаторы вложений цепны с точки зрения данных, которые они представляют по возможным причинам низкого качества, но в отдельности они редко достаточны для представления соответствующей информации по качеству самой медицинской помощи. Например, тот факт, что в учреждении имеется только один тонометр на 5 врачей, может служить причиной тому, что у 50% пациентов не ставится диагноз гипертония, но само по себе это не означает, что кровяное давление не проверяется.
- Было бы нереалистично измерять каждый индикатор соответствия с абсолютно всеми обязанностями поставщика медицинских услуг. Количество стандартов может вырасти до бесконечности, если принимать во внимание все возможные ситуации/аспекты при принятии решений при составлении КР или при консультировании пациента. Следовательно, наша цель – выбрать индикаторы процесса, которые являются самыми «важными». Некоторые обязанности важнее, чем другие если они помогают в выборе лучшего образа действий среди многих других альтернатив, то есть пункты при принятии решений.

II. СБОР ДАННЫХ И НАБЛЮДЕНИЕ

Шаг №1. Проведение мониторинга эффективности внедрения КР или аудит

Аудит – процесс, используемый для мониторинга качества в здравоохранении. Процесс разработки, распространения и внедрения КР требует проведение аудита, так как отслеживание ключевых индикаторов в динамике является элементом определения эффективности внедрения КР. Необходимо учитывать, что определение индикаторов качества и стандартов для проведения аудита является одним из главных компонентов разработки КР.

В процессе разработки КР, рабочая группа определяет основные стандарты и индикаторы аудита, которые будут использованы для проведения мониторинга

эффективности внедрения КР. Изменение выбранных показателей с течением времени позволяет судить, насколько эффективно практическое внедрение КР, выявить существующие проблемы в оказании помощи в целевом звене здравоохранения или отдельно взятого лечебного учреждения.

Процесс мониторинга включает следующие процедуры:

1. Анкетирование целевых групп;
2. Заполнение карты мониторирования;
3. Формирование отчета результатов мониторинга.

Анкетирование проводится в определенных целевых группах, вовлеченных в процесс внедрения КР (руководители ОЗ, практические врачи, пациенты и др.) на основе разработанных анкет.

Карта мониторирования заполняется членами рабочей группы на каждый случай оказания медицинской помощи по определенному КР в соответствии с нозологией, подлежащих мониторингу. На основе Карт мониторирования рабочей группой формируется отчет о результатах мониторинга внедрения КР в ОЗ.

Кроме того, к отчету рабочей группы прилагается пояснительная записка, где подробно описываются причины отклонений от КР, а также предложения и рекомендации по дальнейшему совершенствованию мониторируемых КР.

В течение всего времени мониторинга рабочей группой должна проводиться активная образовательная работа со специалистами пилотной организации по вопросам использования КР в клинической практике для формирования мотивации и необходимой поддержки.

Шаг №2. Формирование сводной информации по результатам проведенного мониторинга

Рабочая группа представляет отчет по результатам проведенного мониторинга координатору внедрения КР в регионе в установленные сроки.

Координаторы в регионах проводят сбор и анализ полученных данных о внедрении КР в пилотных организациях региона. Отчет и пояснительная записка представляются в профильные профессиональные медицинские ассоциации МЗСР КР в установленные сроки.

Результаты мониторинга используют в качестве аналитического материала о степени подготовки ОЗ по работе с КР, а также при разработке предложений к разработчикам по дальнейшему совершенствованию КР.

В случаях отклонения от КР, выявленных в результате мониторинга не рекомендуется применять штрафные санкции к ОЗ.

Положительными моментами процесса мониторирования являются поддержание обратной связи с непосредственными пользователями КР, владение оперативной информацией на уровне регионов и республики о степени внедрения КР, обеспечение активного участия ОЗ в процессе внедрения.

Промежуточные отчеты и сводная информация по результатам мониторинга внедрения КР должны быть обсуждены с комитетами по качеству ОЗ, ФОМС, МЗКР, а также участниками рабочих групп.

Создание Единой автоматизированной системы здравоохранения в перспективе в рамках реализации электронного здравоохранения позволит автоматизировать процессы мониторинга внедрения КР путем встраивания в

информационные системы ОЗ, что позволит значительно повысить эффективность мониторинга с охватом всех случаев оказания медицинской помощи.

ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений по стандартам и индикаторам

По мере достижения конечных результатов по выполнению стандартов (100%), они могут быть обновлены и пересмотрены. Для внесения изменений при каждом аудите необходимо у пользователей выяснить какие были трудности при выполнении этих стандартов (например, недостаточно знаний, временное отсутствие реактивов, обученные специалисты ушли, забыли, что проходили во время семинаров и др.), что необходимо сделать (например, повторное обучение, необходимо постоянно закупать необходимые ЛС, оборудование и др.)

АНКЕТА-ЗАЯВКА**для предложения тем клинического руководства**

№	Вопрос
1	Какие темы или вопросы по проблемам не включены в имеющиеся клинические руководства или клинические протоколы?
2	Какие клинические аспекты по предложенной теме важно включить в предлагаемое клиническое руководство (например, скрининг, исследование, ведение, лечение и др.).
3	Для какого уровня организаций здравоохранения нужно разработать клиническое руководство?

4	Почему Вы предлагаете данную тему для разработки клинического руководства?
5	Укажите каких специалистов необходимо включить в процесс разработки клинических руководств?
6	Лицо или организация, предлагающее тему для разработки

ФОРМА ДЛЯ ВЫБОРА ТЕМЫ

Оцените каждый критерий от 1 до 5:

- ❖ **5 - Полностью согласен**
- ❖ **4 - Частично согласен**
- ❖ **3 - Трудно сказать, согласен или не согласен**
- ❖ **2 - Частично не согласен**
- ❖ **1 - Совершенно не согласен**

№	Критерий выбора	1	2	3	4	5
1	Данная область (тема) характеризуется высоким уровнем смертности, заболеваемости и инвалидности в стране?					
2	Улучшение МП в данной области вероятно снизит уровень смертности, заболеваемости и инвалидности?					
3	Существует ли в настоящее время общепринятое эффективное лечение/ведение для данного заболевания?					
4	Применяется ли более одного метода лечения/ведения данного заболевания?					
5	Существующее лечение/ведение является стандартизованным по всей стране?					
6	Имеются ли доказательства недостаточно эффективного лечения или работы в настоящее время?					
7	Имеются ли ресурсы для осуществления изменений в лечении/ведении?					
8	Для изменения лечения/ведения потребуются значительные ресурсы?					

9	Если лечение/ведение не измениться потребуется значительные ресурсы?					
10	Данная тема связана с большим количеством претензий и жалоб?					
11	Является ли данная тема приоритетной для страны?					
12	Является ли данная тема приоритетной для данной специальности (с точки зрения специалистов)?					
13	Является ли данная тема специфичной для вашей области?					
№	Критерий выбора	1	2	3	4	5
14	Относиться ли тема к орфанным (очень редким) заболеваниям?					
15	Поможет ли руководство уменьшить неравенство среди конкретных уязвимых групп?					
16	Были ли опубликованы какие-либо новые доказательства в последние 6 мес по данной проблеме?					
17	Существует ли срочность разработки руководства?					
18	Есть ли готовность принять и осуществить изменения?					
19	Было ли выделено финансирование для разработки данного руководства?					
	ИТОГО					

ДЕКЛАРАЦИЯ КОНФЛИКТА ИНТЕРЕСОВ

1. Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого сегодня документа (*Клиническое руководство по лечению обострения бронхиальной астмы у детей в первичном звене здравоохранения*), которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт

Да _____, Нет _____

2. Имели ли Вы в последние 4 года отношение к продаже, производству или распространению препаратов, оборудования и т.п. для диагностики, профилактики и лечения бронхиальной астмы? Привлекались ли Вы в качестве работника (напр. лектора), или рекламного агента в компании по производству препаратов, оборудования и т.п. для диагностики, профилактики и лечения бронхиальной астмы?

Да _____, Нет _____

Если Да, то заполните таблицу:

Укажите тип отношений, связывающий Вас с указанными компаниями: долевое участие, работа по найму, т.д.	Название компании	Принадлежит Вам или Вашему партнеру?	Есть ли у Вас коммерческие интересы в этой сфере и продолжатся ли они до конца года?

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушают Вашу объективность и свободу суждений.

Я нижеподписавшийся ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верны.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах изложенных выше, в течение данного семинара.

Дата_____

Подпись_____

Вопросник AGREE GRS

❖ 1 - самое низкое качество

❖ 7 – очень высокое качество

№	Домен	Критерий оценки	Возможные баллы							Комментарии
			1	2	3	4	5	6	7	
1	Общее качество методов разработки КР	<ul style="list-style-type: none"> • Были ли привлечены к разработке КР все заинтересованные стороны? • Формировалась ли доказательная база на основе систематического подхода? • Соответствует ли КР имеющимся публикациям? 								
2	Качество представления	<ul style="list-style-type: none"> • Хорошо ли структурированы КР? • Легко ли найти в тексте конкретные рекомендации? 								
3	Полнота описания	<ul style="list-style-type: none"> • Был ли процесс разработки КР транспарентным и воспроизводимым? • Достаточно ли информации для лиц, принимающих решения? 								

4	Клиническая валидность	<ul style="list-style-type: none"> • Являются ли КР клинически значимыми? • Приемлемы ли рекомендации для пациентов? 							
---	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Общие оценки

5	Оцените общее качество КР								
6	Я бы рекомендовал использовать эти КР на практике								
7	Мне были бы полезны эти КР в моей профессиональной практике								

Матрица опросника AGREE II

№ пункта	Название пункта	Критерии оценки	«7»	«6»	«5»	«4»	«3»	«2»	«1»	Комментарии
Раздел 1 – Область применения и цели										
1	Общая цель КР подробно описана	<ul style="list-style-type: none"> • Предназначение для здоровья (т.е. профилактика, скрининг, диагностика, лечение и др.) • Ожидаемая польза или исход • На кого нацелено КР (популяция пациентов, общество) 								
2	Вопросы здоровья/здравоохранения, рассматриваемые в КР подробно описаны	<ul style="list-style-type: none"> • Целевая группа населения • Вмешательства и воздействия • Сравнение (если допустимо) • Исходы • Медицинские организации 								
3	Популяция (пациенты, общество и т.д.), к которым планируется применять данные КР, подробно описана	<ul style="list-style-type: none"> • Целевая популяция, пол, возраст • Клиническое состояние (если применимо) • Тяжесть/стадия заболевания (если применимо) • Сопутствующие популяции (если применимо) 								

Раздел 2 – Участие заинтересованных сторон								
4	Группа разработчиков КР включает специалистов из всех соответствующих профессиональных групп	<ul style="list-style-type: none"> •ФИО •Специализаци/дисциплина •Организация •Местонахождение •Описание роли участника 						
5	Были изучены взгляды и предпочтения целевой популяции (пациентов, общественности и т.д.)	<ul style="list-style-type: none"> •Описание стратегии сбора информации о взглядах и предпочтениях пациентов/населения •Методы с помощью которых мнения и предпочтения были собраны (доказательства из литературы, опросы, фокус группы) •Исходы/информация, собранные по пациентам из публичных источников •Описание того, как собранная информация была использована в процессе разработки руководства и/или составления рекомендаций 						
6	Четко определена целевая аудитория КР	<ul style="list-style-type: none"> •Четкое описание целевой аудитории (пациенты, специалисты, руководители, администраторы) •Описание того, как КР может быть использовано целевой аудиторией (пользователями, 						

		например, для информирования клинических решений, для информирования политики здравоохранения или для информирования стандартов помощи).							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Раздел 3 – Тщательность разработки

7	Использованы систематические методы поиска доказательств	<ul style="list-style-type: none"> • Указаны электронные базы данных, в которых был проведен поиск • Временные периоды проведения поиска • Использованы термины поиска • Включены полная стратегия поиска (в приложении) 							
8	Критерии отбора доказательств четко описаны	<ul style="list-style-type: none"> • Описаны критерии включения (характеристика целевой популяции, дизайн исследования, сравнение, исходы, язык, особенности; • Описаны критерии исключения 							
9	Сила и ограничения совокупности доказательств четко описаны	<ul style="list-style-type: none"> • Описание того, как доказательства были оценены на предмет смещения, и как это было интерпретировано участниками группы разработчиков руководства; • Аспекты, на основе которых следует представлять описания: 							

		<p>дизайн исследования включен в описание доказательств, методологические ограничения исследования (выборка, ослепление, скрытие определения в группу исследования, аналитические методы), рассмотрены адекватность, соответствие/обоснованность первичных и вторичных исходов, согласованность результатов в разных исследованиях, направление результатов в разных исследованиях, величина пользы относительно величины наносимого вреда, применимость на практике</p>							
10	Четко описаны методы составления и формулирования рекомендаций	<ul style="list-style-type: none"> • Описание процесса разработки рекомендаций (процедура голосования, техника Делфи и др.); • Результаты процесса разработки рекомендаций (как достигали консенсус, итоги голосования); • Описание того, как этот процесс повлиял на рекомендации (например, результаты метода Делфи влияют на финальные рекомендации, согласование с 							

		рекомендациями и окончательное голосование)							
11	Польза для здоровья, побочные эффекты и риски предлагаемых подходов были рассмотрены при составлении и формулировании рекомендаций	<ul style="list-style-type: none"> • Подтверждающие данные и отчет о пользе; • Подтверждающие данные и отчет о вреде/побочных эффектах/рисках; • Отчетность о балансе между пользой и вредом/побочными эффектами/рисками; • Рекомендации отражают соображения, касающиеся пользы, так и вреда/побочных эффектах/риска 							
12	Имеется недвусмысленная связь между рекомендациями подкрепляющими доказательствами и их	<ul style="list-style-type: none"> • КР описывает, как группа разработчиков связала и использовала доказательства для информирования рекомендаций; • Каждая рекомендация связана с описанием основных доказательств/параграфом и/или списком литературы; • Рекомендации связаны с резюме доказательств, с таблицами доказательств в разделе результатов руководства. 							
13	КР было рецензировано внешними экспертами до публикации	<ul style="list-style-type: none"> • Цель и задачи внешней экспертизы (например, улучшить качество, получить обратную связь по проекту рекомендаций, 							

		<p>оценки применимости и осуществимости, распространение доказательств);</p> <ul style="list-style-type: none"> •Методы, использованные для проведения внешней экспертизы (например, рейтинговые шкалы, открытые вопросы); •Описание внешних рецензентов; •Результаты/информация, собранные в ходе внешнего рецензирования (например, резюме основных результатов); •Описание того, как собранная информация использовалась для информирования процесса разработки КР и/или формирования рекомендаций 							
14	Предусмотрена процедура обновления	<ul style="list-style-type: none"> •Порядок обновления КР; •Четкий временной интервал или четкие критерии для принятия решений о том, когда должно произойти обновление; •Приведена методология обновления 							
Раздел 4 – Ясность изложения и форма представления									
15	Рекомендации конкретны и недвусмысленны	<ul style="list-style-type: none"> •Заявления о рекомендуемых действиях; •Определение назначения или рекомендуемых действий 							

		(например, для улучшения качества жизни, снижения побочных эффектов); <ul style="list-style-type: none"> • Идентификация соответствующей популяции (например, пациенты, население); • Предупреждение или квалификационные заявления, если это применимо (например, пациенты или состояния, к которым рекомендации не будут применяться) 							
16	Четко представлены различные варианты ведения соответствующего состояния или проблемы здоровья	<ul style="list-style-type: none"> • Описание вариантов; • Описание популяции или клинической ситуации, наиболее соответствующей каждому варианту 							
17	Легко выделить/определить ключевые рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Описание рекомендаций в сводной рамке, напечатаны жирным шрифтом, подчеркнуты или представлены в виде блок-схем или алгоритмов; • Конкретные рекомендации сгруппированы вместе в едином разделе 							

Раздел 5 – Применимость

18	В КР описаны способствующие факторы и барьеры его применения	<ul style="list-style-type: none"> • Определение барьеров, которые были рассмотрены; • Методы, с помощью которых была получена информация о барьерах на пути внедрения рекомендаций (например, отзывы или обратная связь от основных заинтересованных сторон, pilotное тестирование КР до широкого внедрения); • Информация/описание барьеров, возникших в процессе исследования (например, практикующие специалисты имеют навыки предоставления рекомендуемой помощи, но отсутствует соответствующее оборудование); • Описание того, как информация повлияла на процесс разработки КР и/или формулирование рекомендаций 							
19	КР предоставляет советы и/или инструменты о том, как рекомендации могут быть реализованы на практике	<ul style="list-style-type: none"> • Раздел внедрения есть в КР; • Инструменты и ресурсы для облегчения внедрения/применения (резюме КР, чек-листы, алгоритмы, ссылки на инструкции по применению, решения, связанные с анализом барьеров, 							

		<p>инструменты для повышения эффекта от способствующих факторов внедрения КР, результаты пилотного тестирования и извлеченные уроки;</p> <ul style="list-style-type: none"> •Инструкции по доступу пользователей к инструментам и ресурсам. 						
20	Рассмотрены возможные ресурсные/финансовые последствия применения КР	<ul style="list-style-type: none"> •Определение видов информации о стоимости/затратах, которые были рассмотрены (например, экономические оценки, стоимость приобретения ЛС); •Методы с помощью которых запрашивается информация о стоимости/затратах (например, использование оценки технологий здравоохранения для конкретных ЛС и т.д.); •Информация/описание информации о стоимости/затратах, полученной в результате исследования (удельные затраты на приобретение ЛС на курс лечения); •Описание того, как собранная информация использовалась для информирования процесса 						

		разработки КР и/или составления, формирования рекомендаций								
21	В КР представлены критерии для мониторинга и/или аудита	<ul style="list-style-type: none"> • Определение критериев для оценки внедрения КР или приверженности к рекомендациям • Критерии для оценки воздействия/эффектов внедрения КР; • Советы по частоте и интервалам измерения; • Описание или рабочее определение того, как должны быть измерены критерии 								

Раздел 6 – Редакционная независимость

22	Взгляды финансирующей организации не повлияли на содержание КР	<ul style="list-style-type: none"> • Наименование финансирующей организации или источника финансирования (или полное и детальное заявление об отсутствии финансирования); • Заявления о том, что финансирующая организация не повлияла на содержание КР 								
23	Конкурирующие интересы членов группы по разработке КР были	<ul style="list-style-type: none"> • Рассмотрено описание типов конкурирующих интересов; • Методы, с помощью которых потенциальные конкурирующие 								

	задокументированы и учтены	интересы были выявлены (описаны); •Описание конкурирующих интересов; •Описание того, как конкурирующие интересы повлияли на процесс разработки КР и формулирование рекомендаций								
--	----------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

ОБЩАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

1	Оцените общее качество КР									
2	Я бы рекомендовал это КР для использования	•Да •Да, с поправками •Нет (подчеркнуть)								

Анкета для проведения пре-теста КР [адаптировано AGREE Instrument]

1. Данные рекомендации (клиническое руководство) полностью выполнимы и применимы к Вашей ежедневной практике в условиях СВП (поликлиники, больницы, отделения)?				
Полностью согласен(а)	4	3	2	1
Совершенно не согласен(а)				
Комментарии:				

2. Данные клинические рекомендации ясные, точные и не вызывают непонимания				
Полностью согласен(а)	4	3	2	1
Совершенно не согласен(а)				
Комментарии:				

3. Четко описаны различные варианты помощи разным группам больных				
Полностью согласен(а)	4	3	2	1
Совершенно не согласен(а)				
Комментарии:				

4. Клинические рекомендации сопровождены необходимым дополнительным материалом для практического использования				
Полностью согласен(а)	4	3	2	1
Совершенно не согласен(а)				
Комментарии:				

5. Что Вам не ясно в клинических рекомендациях?

Комментарии:

6. В каких случаях данные рекомендации не возможно применить в практике и почему?

Комментарии:

7. Опишите ситуации, с которыми вы встречаетесь в практике, но которые не описаны в клиническом руководстве. Кроме того, укажите рекомендации, которые вы бы хотели видеть в клиническом руководстве.

Комментарии:

8. Пожалуйста, укажите на различие между Вашей настоящей практикой и предложенными рекомендациями. Что, по вашему мнению, может измениться после внедрения клинического руководства в практику?

Комментарии:

9. Какую дополнительную информацию Вы бы хотели видеть в данном клиническом руководстве?

Комментарии:

10. Как вы оцените уровень Вашей удовлетворенности от клинического руководства, пожалуйста, объясните, почему Вы так считаете?

Полностью
удовлетворен(а)

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

Совершенно
не
удовлетворен(а)

Комментарии:

11. Рекомендуете ли использование данного клинического практического руководства в практической деятельности здравоохранения?

Рекомендую	4	3	2	1	Категорически не рекомендую
Комментарии:					

Вопросы 1 – 4, 10, 11 оцениваются по 4-балльной шкале*:

4	«Совершенно согласен(-на)»
3	«Отчасти согласен(-на)»
2	«Отчасти не согласен(-на)»
1	«Совершенно не согласен(-на)»

*Данная шкала измеряет степень согласия врача – эксперта с утверждением, содержащемся в данном пункте.

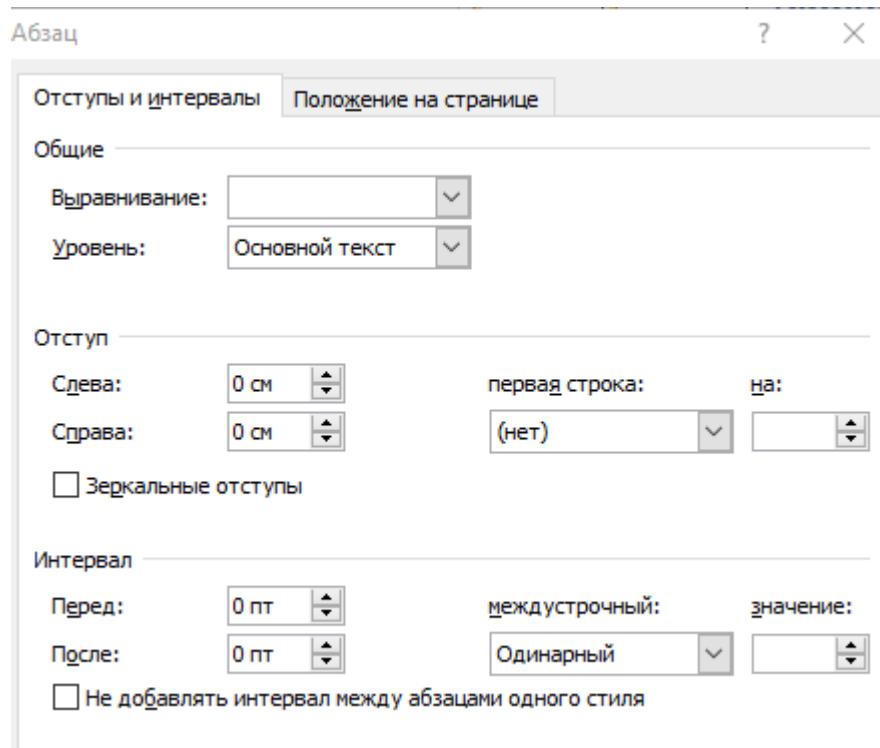
- Если Вы уверены в том, что утверждение полностью справедливо, то Вы должны ответить «Совершенно согласен(-на)».
- Если Вы уверены в том, что утверждение полностью несправедливо, или если информация, необходимая для оценки, полностью отсутствует, то Вы должны ответить «Совершенно не согласен(-на)».
- Если Вы не уверены, что утверждение полностью справедливо, например, по причине предоставления нечеткой информации, или если утверждение справедливо в отношении лишь некоторой части рекомендаций, Вы должны ответить «Отчасти согласен(-на)» или «Отчасти не согласен(-на)» в зависимости от того, какова Ваша оценка степени согласия или несогласия с утверждением.

ФОРМАТ ОФОРМЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

Порядок оформления и представления клинического руководства для экспертизы и утверждения:

1. Требования к тексту:

- Текст должен быть набран шрифтом Times New Roman, размер шрифта 12, данные абзаца: отступ (слева, справа) – 0 см, интервал (перед, после) – 0 см, межстрочный интервал – одинарный (см. ниже), выравнивание текста – по ширине.



- Нумерация страниц – внизу, справа.
- Разметка страницы – поля (справа, слева, сверху, снизу) – 2 см.

2. Требования к содержанию клинического руководства

Разделы и описание разделов, которые необходимы при формировании клинического руководства

№	Необходимые разделы	Описание разделов
Титульный лист		
1	Оформление лицевой стороны КР включает в себя указание следующих параметров – 1 стр.	<ul style="list-style-type: none"> • Указать – Министерство здравоохранение Кыргызской Республики; • Название организации, которое разработало данное КР; • Название КР;

		<ul style="list-style-type: none"> • Для каких уровней организаций здравоохранения разработано.
2	На 2 стр. указать общую информацию о КР	<ul style="list-style-type: none"> • Название документа. <i>Например, Клиническое руководство по сестринскому процессу при сахарном диабете.</i> • Какая клиническая проблема описана в КР. <i>Например, Сахарный диабет.</i> • Этапы оказания медицинской помощи – указать уровни организаций здравоохранения, которые могут использовать данное КР. • Цель создания данного КР. • Целевая аудитория, которая может пользоваться данным КР (указать специалистов, потребителей и др.). • Дата создания КР. • Адрес для переписке по КР (Ф.И.О., должность, электронная почта, телефоны).
3	Содержание	С указанием какие разделы включены с нумерацией страниц
4	Список сокращений	Указать все аббревиатуры, которые представлены в разработанном документе
5	Термины, используемые в клиническом руководстве	Указать ключевые термины, используемые в КР и их определение
Общая информация – в данном блоке указать следующие разделы:		
6	Введение	Отразить актуальность проблемы по тематике клинического руководства (1-2 стр.)
7	Состав мультидисциплинарной рабочей группы (МДРГ)	<p>В данном разделе указать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Руководителя МДРГ – Ф.И.О., должность, место работы (в таблице – 2 столбца). • Ответственных исполнителей, если есть необходимость разделить ответственность по разделам КР – – Ф.И.О., должность, место работы (в таблице – 2 столбца, число строк в зависимости от количества ответственных). • Медицинские консультанты, если привлекались к работе - – Ф.И.О., должность, место работы (в таблице – 2 столбца, число строк в зависимости от количества ответственных). • Декларация конфликта интересов – указать о наличии финансовых или других взаимоотношений с производителями/представителями,

		производимых лекарственные средства или медицинские изделия.
8	Процесс утверждения (обсуждения) клинического руководства	В данном разделе описать какие решения приняты при оформлении окончательной версии КР после получения оценки клинического содержания (рецензий) – даты, когда проводилось данное обсуждение согласительных комиссий
9	Процесс аprobации клинического руководства	В данном разделе описать в каких организациях здравоохранения была проведена аprobация разработанного КР и какие комментарии и замечания были получены
10	Организационная помощь	указать ответственного за подготовку рабочих встреч МДРГ, приказов - Ф.И.О., должность, место работы (в таблице – 2 столбца, число строк в зависимости от количества ответственных)
11	Оценка клинического содержания клинического руководства	В данном разделе указать лиц, проводивших рецензирование КР - Ф.И.О., должность, место работы (в таблице – 2 столбца, число строк в зависимости от количества ответственных)
12	Оценка методологического содержания	В данном разделе указать экспертов, которые проводили оценку по инструменту AGREEII - Ф.И.О., должность, место работы (в таблице – 2 столбца, число строк в зависимости от количества ответственных)
13. Стратегия поиска информации - данный раздел должен содержать следующие разделы: Как оформить данный раздел см. <i>Методологию адаптации</i>		
	Описание процесса поиска и оценки существующих КР	перечислить интернет-сайты, где проводился поиск (привести в таблице, с указанием названия организации, страны и интернет-ссылки на сайт) Критерии включения/исключения – по годам, языкам, какие именно МДРГ решила взять за основу для адаптации
	Оценка найденных клинических руководств	Указать сколько КР по сестринскому процессу было найдено, какие именно будут оцениваться для последующей адаптации. Привести характеристику найденных КР для адаптации в таблице по критериям – качество, новизна, применимость. В конце таблицы указать какое именно из найденных КР было взято за основу

	Шкала уровней доказательности и градации доказательств	в данном разделе указать какая шкала будет использоваться в данном КР. Они должны быть выделены в боксы.
14. Цель и задачи клинического руководства		
	Цель КР	Для чего было разработано КР
	Задачи КР	Какие задачи ставила МДРГ перед разработкой КР
	Целевая группа	Какие специалисты могут использовать КР в работе, кто является пользователем данного КР
	Ожидаемые результаты внедрения разработанного КР	Какие результаты ждет МДРГ в результате внедрения КР в практическое здравоохранение
Содержание самого клинического руководства - информацию рекомендуется представить в следующем порядке		
15	Общая информация о заболевании	В данном разделе можно дать определение, классификацию, основные проявления заболевания
16. Описание сестринского процесса		
	1 этап. Оценка (Assessment).	Различные организации здравоохранения используют разные форматы для этапа оценки. Как правило, данные, которые вы будете собирать здесь, являются как субъективными (например, словесные утверждения), так и объективными (например, рост и вес, потребление/вывод). Источником субъективных данных могут быть пациенты или их опекуны, члены семьи или друзья. Медсестры могут собирать данные о жизненно важных показателях пациента, физических жалобах, видимых состояниях тела, истории болезни и текущем неврологическом функционировании
	2 этап. Выявление основных проблем больного и постановка сестринского диагноза (Diagnosis).	После тщательной оценки медсестра определяет сестринские диагнозы — проблемы со здоровьем (или потенциальные проблемы со здоровьем), с которыми медсестры могут справиться без вмешательства врача. <i>Например</i> , осткая боль, лихорадка, бессонница и риск падений — все это диагнозы медсестер. На основании диагноза вы поставите цели (шаг 3) для решения проблем пациента с помощью сестринского ухода (шаг 4)
	3 этап. Планирование сестринского процесса (Planning).	После диагностики идет этап планирования. Здесь вы подготовите цели на основе рекомендаций по <u>доказательной практике</u> .

		<p>Каковы желаемые результаты и как пациент их достигнет? Медсестра отвечает на эти вопросы на основе оценки, сестринского диагноза и отзывов пациента. Вместе <u>медсестра и пациент ставят разумные цели</u>, которых можно достичь с помощью сестринского вмешательства и (в некоторых случаях) усилий пациента.</p> <p>Цели могут быть краткосрочными (например, устранить острую боль после операции) или долгосрочными (например, снизить уровень А1С у пациента за счет лучшего лечения диабета).</p> <p>Затем медсестра расставляет приоритеты целей на основе срочности, важности и отзывов пациентов. Медсестры также могут использовать иерархию потребностей Маслоу, чтобы расставить приоритеты перед пациентами.</p>
	4 этап. Реализация сестринского процесса в условиях организации здравоохранения, проведение медицинских вмешательств (Implementation).	Сестринские вмешательства — это действия, предпринимаемые медсестрой для достижения целей пациента и получения желаемых результатов — например, выдача лекарств, обучение пациента, проверка показателей жизнедеятельности каждые пару часов, инициирование мер предосторожности при падении или оценка уровня боли пациента через определенные промежутки времени. Это также то место, где медсестра документирует свою заботу во время выполнения вмешательств, в том числе зависимых сестринских вмешательств, назначенных врачами.
	5 этап. Оценка прогресса и при необходимости изменение плана ведения (Evaluation).	Медсестра регулярно контролирует и оценивает пациента и план сестринского ухода, чтобы ответить на вопрос: помогают ли сестринские вмешательства пациенту в достижении их целей и желаемых результатов, и следует ли эти вмешательства изменить, прекратить или продолжить?
17	Приложения	если разработанное КР имеет приложения они приводятся в конце документа и использовать сквозную нумерацию (Приложение 1, 2, 3.....). В приложения следует вынести краткую информацию – чек-листы, алгоритмы, блок-схемы, СОПы и др.
18	Список использованных источников	в ссылке литературы указывать только те документы, которые использовались. Не

		следует указывать ссылки, которые лежат в основе использованных источников. Например, информацию использовали из международного КР, где в данном КР указываются ссылки литературы, которые использовались при разработке этого документа. Но, при этом мы берем за основу содержания данного документа, значит ссылка будет на данный документ, а не на те источники, которые указаны авторами международного КР.
--	--	---

МЕТОДОЛОГИЯ НАПИСАНИЯ СТАНДАРТНЫХ ОПЕРАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Стандартные операционные процедуры (СОП/SOP/Standard Operation Procedures) – это документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу.

СОП делает процесс работы и его результаты последовательными, согласованными, предсказуемыми и воспроизводимыми.

Цель СОП – предоставить персоналу однозначные, простые и понятные инструкции, которые позволяют ему безошибочно выполнять свою работу.

Несомненны преимущества, достигаемые при применении СОП: чёткое распределение задач по компетенции, обеспечение качества и логической последовательности действий, СОП полезны для обучения нового персонала, служат в качестве справочника для проверки на соответствие, дают возможность чётко работать персоналу в отсутствие руководства.

Стандартные операционные процедуры – обязательная часть системы менеджмента качества в любой организации здравоохранения. Основная цель такой системы – сделать лечение пациентов эффективным и безопасным. Если у персонала нет четких инструкций, он чаще допускает профессиональные ошибки. Как следствие, возрастаёт угроза жизни и здоровью пациентов.

Разработка СОП определяется на сегодняшнем этапе Ассоциацией медсестер Кыргызской Республики для внедрения на начальном этапе единых стандартизованных подходов в практическое здравоохранение и образовательный процесс подготовки медицинских сестер. В связи с этим на подготовительном этапе рабочей группы по разработке СОП необходимо согласовать вид манипуляции (технологии), которую они будут перерабатывать в СОП.

Общие требования к СОП

- Составляйте краткие, четкие и конкретные СОП.
- Страйтесь оформлять информацию в виде небольших таблиц или схем. В случаях, когда алгоритм невозможно представить графически, используйте текстовый формат.
- Действия по процедуре описывайте без теоретических обоснований и объяснений, чтобы исполнитель не тратил время на теорию, а оперативно и правильно выполнял задачи стандарта.
- Все положения СОП согласуйте с действующими требованиями нормативных документов.
- Учитывайте специфику своей медицинской организации в СОП – только тогда они повысят эффективность и безопасность работы персонала.

Алгоритм написания СОП

1. Внимательно прочитайте название СОП, которую будете разрабатывать.
Ответьте на 6 вопросов.
 - Кто? Какие сотрудники участвуют в процессе, кто ответственный?
 - Зачем? Какой процесс (операцию) документирует СОП?
 - Где? В каком отделении будут выполнять требования СОП?

- Когда? В какое время будут выполнять СОП (например, с момента обращения в поликлинику или поступления в стационар), как часто (например, количество обходов в сутки)?
- Что? Технология выполнения – пошаговый алгоритм, последовательность выполнения медицинских услуг.
- Каким образом? Каким образом будет подтверждаться выполнение процедуры (например, записи, медицинская документация)?

2. Найдите нормативные и литературные источники по данной манипуляции.

- Нормативные источники: санитарно-эпидемиологические требования, стандарты и ГОСТы и другие.
- Литература: литература не должна быть старше 5 лет, с осторожностью используйте интернет-источники.

3. Изучите собранную информацию. Составьте алгоритм манипуляции: коротко, четко, без теории, по требованиям нормативных документов и с учетом реальных условий. Можно использовать разработанные кем-либо СОП, но будьте внимательны – в них возможны ошибки и неточности. Чужие СОП можно взять за основу вашего. Для наглядности вставьте в СОП таблицы, схемы, рисунки.

4. В манипуляциях с угрозой осложнений укажите возможные осложнения, их причины и действия медсестры при возникновении осложнений.

Пример: Подкожная гематома – вид кровоподтеков, ограниченное скопление крови. Причины гематомы: неполный прокол; прерванная венепункция; прокол кожи под слишком большим углом и выход из вены; прокол вены дважды (прокол верхней и нижней стенки) при взятии крови.

Действия медсестры для профилактики гематомы при венепункции: пунктируйте крупные поверхностные вены, прокалывайте только переднюю стенку; игла должна войти в просвет вены, неполный прокол стенки может вызвать просачивание крови в окружающие ткани по скосу иглы; снимайте жгут до извлечения иглы; не допускайте лишних движений иглой в полости вены: держите систему игла–держатель неподвижно, прижмите к коже пациента.

5. Покажите, какую документацию надо вести при выполнении манипуляции.

Пример: приложение.

Лист регистрации периферических внутривенных катетеров

№ п/п

Дата установки

Ф.И.О. медсестры, подпись

Дата удаления

Ф.И.О. медсестры, подпись

Наличие флебита Да/ Нет

Ф.И.О. медсестры, подпись

6. Разместите дополнительную информацию в приложениях, а в тексте дайте ссылку.

Оформите приложения на отдельных листах в конце документа. Вынесите в приложения: медицинскую документацию и правила заполнения; виды периферических катетеров – в СОП о катетеризации вен; виды вакутейнеров и

пробирок – в СОП о взятии крови с помощью вакутейнеров; шкалы оценки риска пролежней; виды противопролежневых матрасов и т. д.

7. Оформите СОП

Документы по процедурам составляются в программе Microsoft Word в текстовом редакторе Word, шрифт Times New Roman, размер шрифта 12, интервал 1,5, выравнивание по ширине. Поля: верхнее и нижнее по 2 см, левое - 3 см, правое 1,5 см.

- Титульный лист не нумеруется.
- Страницы текста нумеруются арабскими цифрами, начиная со второй страницы. Номера страниц помещаются в нижней части страницы документа справа.
- Все страницы документа, за исключением титульного листа, должны иметь верхний колонтитул, в котором указано название СОП, в нижнем колонтитуле – название медицинской организации (Министерство здравоохранения Кыргызской Республики).
- Если приложения невозможно перевести в электронный формат, укажите источник материала, взятого для составления процедуры.

СОСТАВЛЕНИЕ СОП

Макет СОП должен быть составлен по определенной форме.

1. Первый лист, на котором указываются:

- Название организации здравоохранения/ассоциации/ведомства;
- название и номер СОП;
- Ф.И.О. (с датированной подписью) разработчиков, сотрудников организации здравоохранения МЗ КР, разработавшего СОП;
- дата утверждения СОП (№ приказа МЗ КР);
- срок действия СОП (на 5 лет, в последующем возможно обновление или пересмотр) ;
- количество страниц;

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	ОЮЛ “Ассоциация специалистов сестринского дела Кыргызской Республики”
Название СОП:	Номер СОП:
ФИО разработчиков	Место работы и должность, подпись
Дата утверждения	№ приказа МЗ КР
Срок действия СОП	2022-2027 гг.
Количество страниц	7 стр.

- каждая страница СОП должна иметь шапку. Для этого установить в документе верхний колонтитул.

		Код:
--	--	------

Наименование медицинской организации	Стандарт операционных процедур: Название (например, Определение уровня глюкозы в капиллярной крови)	Версия: 1 от дд.мм.гггг
Страница:		

2. Основные разделы СОП.

- Назначение и область применения. В данном разделе необходимо в общем виде указать цель СОП и подразделение (процессы, исследования), для которых СОП является обязательным для применения.
- Нормативные ссылки. Указать все применяемые при создании СОП нормативные документы, в том числе законы, технические регламенты, документы по стандартизации, ведомственные документы, приказы, распоряжения, справочники, руководства и т.п. Важно учитывать, если СОП создается без использования внешних нормативных документов, то руководитель исследовательской лаборатории должен доказывать его соответствие законодательным требованиям.
- Общие положения. Изложить в краткой и максимально ясной форме ключевые моменты выполнения СОП. Пояснить, при необходимости, важность особо значимых элементов процедуры.
- Термины и определения. Указать используемые в СОП специальные термины, дать их определения.
- Ответственность за выполнение работ по процедуре. Для СОП, относящихся к организационной деятельности – указать, кто отвечает за процедуру и, кто ее исполняет. Для СОП, относящихся к практической деятельности, указать сферу личной ответственности персонала при выполнении работ.
- Квалификация исполнителей. Должен быть указан уровень квалификации лиц, участвующих в выполнении процедуры.
- Перечень необходимых записей. Указать, какие записи будут сделаны в процессе выполнения процедуры.
- Материалы и аппаратура (для методических СОП). Указать материалы и аппаратуру (приборы), которые будут использоваться при выполнении процедуры (химические реагенты, марка химических реагентов, лабораторная посуда, мешалки, вортексы, центрифуги, анализаторы и т.д.).

3. Процедура выполнения.

Данный раздел должен содержать подробные инструкции в соответствующем порядке для правильного выполнения процедуры. Можно представить в форме таблицы.

- Процедура должна быть структурирована в логическом порядке деятельности.
- При наличии альтернативных процедур, укажите ту, которую предпочтительно использовать.
- Необходимо избегать ненужных ограничительных указаний.
- Текст должен быть лаконичен и написан простым, понятным языком.
- Включайте такие заметки, как «Предупреждение» или «Внимание», по обстоятельствам, чтобы указать потенциальные или известные риски для соответствующего этапа выполняемой процедуры.

- Укажите меры, принимаемые в срочном порядке.
- Если раздел слишком длинный, он не будет использоваться как опорный материал.
- Если раздел слишком краткий, возможно, была упущена существенная информация.
- Используйте фотографии, картинки, чтобы наглядно представить последовательность выполнения манипуляции (по необходимости).
- Техника безопасности (для методических СОП). Должны быть изложены все необходимые общие указания по технике безопасности и охране труда, производственной санитарии и охране окружающей среды. Кроме того, если это необходимо, они должны быть выделены в тексте жирным шрифтом и заглавными буквами.
- Должна быть сделана ссылка на соответствующие документы, если они имеются.
- Примечание. В примечании указывается нормативно правовая база, на основании которой разработан стандарт или другие комментарии по стандарту.
- Лист регистрации изменений. Лист регистрации изменений содержит информацию об изменениях, внесенных в стандарт.
- Лист ознакомления. Персонал, выполняющий процедуру, описанную в стандарте, должен ознакомиться со стандартом и поставить свою подпись в листе ознакомления.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. g-i-n.net [Internet]. The ADAPTE collaboration (2009). The ADAPTE process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 95 p. [cited 2019, Feb 1]. Available from: https://www.ghdonline.org/uploads/ADAPTE_Resource_toolkit_V2_Secured_March_2010.pdf
2. Инструмент AGREEII на русском языке 2009, обновление 2017. Доступ по ссылке – https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2018/05/AGREE-II_Russian.pdf.
3. Инструмент AGREE GRS – доступ по ссылке: <https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-grs-instrument/>, <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/11/AGREE-GRS.pdf>.
4. Реброва О.Ю., О трех способах подготовки клинических рекомендаций. инструменты ADAPTE и AGREE GRS, доступ по ссылке -: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-treh-sposobah-podgotovki-klinicheskikh-rekomendatsiy-instrumenty-adapte-i-agree-grs>
5. GIN-McMaster Guideline Development Checklist, available from: <https://cebgrade.mcmaster.ca/guidelinechecklistonline.html>
6. Guidelines for Guidelines, Adopt, adapt or start from scratch, available from: <https://www.nhmrc.gov.au/guidelinesforguidelines/plan/adopt-adapt-or-start-scratch>
7. Guideline for nurses, available from: <https://www.guidelines.co.uk/guidelines-for-nurses>

ВВЕДЕНИЕ

Планы ухода помогают медсестрам сосредоточиться на пациентах целостно и комплексно, чтобы они могли оказывать основанную на фактических данных и ориентированную на пациента помощь. Планы ухода также помогают организациям здравоохранения обеспечивать непрерывность ухода в течение смен медсестер, способствовать межпрофессиональному сотрудничеству, объединяя всех на одной странице, и выполнять требования к документации для Фонда обязательного медицинского страхования и руководящих органов.

Планы ухода используются, чтобы научить студентов-медсестер индивидуализировать уход за пациентом, критически осмыслить то, что необходимо для достижения желаемых результатов, и работать над достижением этих результатов в процессе ухода. Опытные медсестры уже знают, как это сделать, не документируя это и часто даже не осознавая, что они это делают. Тем не менее, формальный план сестринского ухода может быть ценным инструментом для эффективного общения в сестринском деле.

Для организаций здравоохранения, которые успешно реализуют планы ухода, есть много преимуществ, в том числе:

- **Непрерывность ухода:** Планы ухода за больными гарантируют, что медсестры из разных смен или организаций здравоохранения имеют одни и те же данные о пациентах, знают о диагнозах пациентов, делятся своими наблюдениями друг с другом и сотрудничают для достижения одних и тех же целей.
- **Межпрофессиональное сотрудничество:** Медсестры являются сердцем команды по уходу, но они не единственные ее члены. Врачи, социальные работники, помощники медсестер и другие медицинские работники также должны понимать проблемы со здоровьем пациента, его цели и прогресс. План сестринского ухода собирает всю эту информацию в одном месте, предоставляя четкую дорожную карту для достижения желаемых результатов.
- **Уход, ориентированный на пациента:** планы ухода помогают гарантировать, что пациенты получают комплексный уход, основанный на фактических данных. Сестринские диагнозы стандартизированы для обеспечения качественного ухода, а сестринские вмешательства адаптированы для удовлетворения физических, психологических и социальных потребностей отдельного пациента.
- **Вовлеченные пациенты:** установление достижимых целей для пациентов и вместе с ними помогает направлять и измерять уход за больными. Цели также помогают мотивировать пациентов к более активному участию в своем выздоровлении, потому что они могут точно понимать, что им нужно делать для достижения желаемых результатов.
- **Соблюдение:** План ухода служит доказательством получения и помогает плательщикам определить, сколько они должны возместить за уход.

Сестринский процесс включает пять основных этапов:

1. **Оценка:** сбор и анализ данных для получения целостного понимания потребностей пациента и факторов риска.
2. **Диагноз:** использование данных, отзывов пациентов и клинического суждения для постановки сестринского диагноза.
3. **Результаты/Планирование:** Постановка краткосрочных и долгосрочных целей на основе оценки и диагноза медсестры, в идеале с участием пациента. Определение сестринских вмешательств для достижения этих целей.
4. **Реализация:** Осуществление сестринского ухода в соответствии с планом ухода, исходя из состояния здоровья пациента и сестринского диагноза. Документирование помощи, которую выполняет медсестра.
5. **Оценка:** Мониторинг (и документирование) состояния пациента и прогресса в достижении целей, а также изменение плана лечения по мере необходимости.

1. Оценка пациента.

Медсестра начинает с просмотра всех соответствующих данных, включая (но не ограничиваясь): историю болезни, результаты лабораторных исследований, основные показатели жизнедеятельности, данные оценки с головы до ног, беседы с пациентом и его близкими, наблюдения других членов бригады по уходу. и демографические данные. Медсестра использует эти данные для оценки пациентов:

- Физические, эмоциональные, психосоциальные и духовные потребности
- Области для улучшения
- Факторы риска

2. Определите и перечислите сестринские диагнозы.

После тщательной оценки медсестра определяет сестринские диагнозы — проблемы со здоровьем (или потенциальные проблемы со здоровьем), с которыми медсестры могут справиться без вмешательства врача. *Например*, осткая боль, лихорадка, бессонница и риск падений — все это диагнозы медсестер.

3. Установите цели для пациента (а в идеале вместе с ним).

Каковы желаемые результаты и как пациент их достигнет? Медсестра отвечает на эти вопросы на основе оценки, сестринского диагноза и отзывов пациента. Вместе медсестра и пациент ставят разумные цели, которых можно достичь с помощью сестринского вмешательства и (в некоторых случаях) усилий пациента. Цели могут быть краткосрочными (например, устранить острую боль после операции) или долгосрочными (например, снизить уровень А1С у пациента за счет лучшего лечения диабета). Затем медсестра расставляет приоритеты целей на основе срочности, важности и отзывов пациентов. Медсестры также могут использовать иерархию потребностей Маслоу, чтобы расставить приоритеты перед пациентами.

4. Осуществлять сестринское вмешательство.

Сестринские вмешательства — это действия, предпринимаемые медсестрой для достижения целей пациента и получения желаемых результатов — например, выдача лекарств, обучение пациента, проверка показателей жизнедеятельности каждые пару часов, инициирование мер предосторожности при падении или оценка уровня боли пациента через определенные промежутки времени. Это также то место, где медсестра документирует свою заботу во время выполнения вмешательств, в том числе зависимых сестринских вмешательств, назначенных врачами.

5. Оцените прогресс и при необходимости измените план лечения.

Наконец, медсестра регулярно контролирует и оценивает пациента и план сестринского ухода, чтобы ответить на вопрос: помогают ли сестринские вмешательства пациенту в достижении их целей и желаемых результатов, и следует ли эти вмешательства изменить, прекратить или продолжить?

План сестринского ухода представляет собой письменное воплощение сестринского процесса, и большинство планов ухода организованы в четыре столбца, которые точно отражают этапы процесса ухода. Планы ухода включают:

1. Сестринский диагноз
2. Желаемые результаты/цели
3. Сестринские вмешательства
4. Оценка

План сестринского ухода

Сестринский диагноз	Желаемые результаты/цели	Сестринские вмешательства	Оценка
--------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------

При разработке клинического руководства по сестринскому процессу необходимо взять за основу утвержденное/разработанное национальное клиническое руководство для врачей в зависимости от уровня оказания медицинской помощи и соответственно составленному сестринскому процессу разработать план сестринского ухода.

СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА ПО СЕСТРИНСКОМУ ПРОЦЕССУ

- I. На 2-й странице клинического руководства указать следующие пункты:
- Указать название документа - Клиническое руководство по сестринскому процессу при каком состоянии/диагнозе.
 - Указать клиническую проблему – например, сахарный диабет.
 - Указать этапы оказания помощи – для какого уровня здравоохранения (например, амбулаторный или стационарный).
 - Указать цель создания данного руководства.
 - Указать для каких целевых групп разработано – например, для медицинских сестер, преподавателей медицинских колледжей, студентов по специальности «Сестринское дело».
 - Указать дату создания руководства (период времени).
 - Указать адрес для переписки – телефон, электронную почту руководителя рабочей группы.

II. Содержание документа

III. Сокращения, используемые в руководстве

IV. Термины и определения, используемые в руководстве (если необходимо разъяснения)

V. Введение (представить данные по актуальности разработки клинического руководства, цель руководства и сестринского процесса при рассматриваемой проблеме).

VI. Состав рабочей группы по разработке клинического руководства, который включает в себя следующие разделы:

- Руководитель рабочей группы (ФИО, должность, место работы в таблице)
- Ответственные исполнители (ФИО, должность, место работы в таблице). В конце таблицы, указать, какой объем работы был сделан исполнителями.
- Медицинские консультанты (ФИО, должность, место работы в таблице). В конце таблицы указать, какие специалисты участвовали в работе с обязательным указанием информации о проведении согласительных совещаний в процессе работе над клиническим руководством. Обязательно определить лицо, которое будет вести протоколы данных согласительных комиссий.
- Декларация конфликта интересов. Всем членам рабочей группы необходимо подписать форму, и если работа рабочей группы была поддержана какой-либо организацией, то следует указать название данной организации.

VII.Процесс утверждения клинического руководства. В данном разделе необходимо указать сколько раз были проведены согласительные совещания по обсуждению формата и содержания документа (указать даты), кто участвовал в данном обсуждении (ФИО), какие вопросы обсуждались.

VIII. Процесс апробации клинического руководства. После подготовки чернового варианта руководства необходимо апробировать подготовленный документ в ближайшей организации здравоохранения для получения комментариев, дополнений, отзывов по содержанию, формату представления,

удобству применения и возможности использования ключевых рекомендаций на местах.

- IX. Рецензенты клинического руководства** (ФИО, должность, место работы). Рецензенты оценивают клиническое содержание клинического руководства. Для рецензирования приглашаются лица, которые не участвовали в написании данного клинического руководства, имеют опыт работы по описываемой проблеме.
- X. Методологическая экспертная поддержка** (ФИО, должность, место работы). Эксперт-методолог оценивает методологическое содержание клинического руководства на соответствие методологии разработки.
- XI. Стратегия поиска информации.** В данном разделе указать источники информации, где проводили поиск руководств по сестринскому процессу (указать электронные ссылки на сайты, страну). Найденные источники представить в таблице). Пример представлен в таблице.

Страна и название ресурса	Интернет-адрес
Всемирная организация здравоохранения (World Health Organization, WHO)	www.who.int
NursesLab	https://nurseslabs.com/nursing-care-plans/
University of St. Augustine for Health Science	https://www.usa.edu/blog/how-to-write-a-care-plan/

XII. Критерии включения/исключения. В данном разделе необходимо указать какие именно документы рабочая группа решила взять для разработки.

XIII. Оценка найденных клинических руководств. В данном разделе дать характеристику по найденным руководствам. Для этого необходимо составить таблицу и указать в данной таблице какие именно руководства будут использоваться рабочей группой в качестве основных с указанием какие именно разделы будут взяты для написания руководства.

№	Название руководства	Качество	Новизна	Применимость	Варианты действий
1	Название руководства, организация, год и квадратных скобках указать ссылку согласно списку составленной литературы [1]	+	+	+	За основу взяты данные по общим вопросам сестринского процесса
2	Название руководства, организация, год и квадратных скобках указать ссылку согласно списку составленной литературы [2]	+	+	+	Взята за основу рекомендации по сестринскому процессу

Под таблицей указать какому руководству было отдано предпочтение при разработке клинического руководства.

XIV. Шкала уровней доказательности и градация доказательств. В данном разделе описать из каких ключевых рекомендаций был составлен сестринский процесс, план сестринского ухода, список стандартных операционных процедур (СОП). Для составления плана сестринского процесса необходимо использовать утвержденное клиническое руководство по описываемой проблеме для врачей.

XV. Общая информация о заболевании. В данном разделе можно дать определение, классификацию, основные проявления заболевания.

XVI. План сестринского процесса. В данном разделе описать план и представить его в таблице.

Сестринский процесс при СД включает в себя 5 основных этапов и используется англоязычная аббревиатура **ADPIE**:

- **1 этап.** Оценка (Assessment).
- **2 этап.** Выявление основных проблем больного и постановка сестринского диагноза (Diagnosis).
- **3 этап.** Планирование сестринского процесса (Planning).
- **4 этап.** Реализация сестринского процесса в условиях организации здравоохранения, проведение медицинских вмешательств (Implementation).
- **5 этап.** Оценка проведенных мероприятий сестринского процесса (Evaluation).

Этапы, цели и действия при сестринском процессе

ЭТАП	ЦЕЛЬ	ДЕЙСТВИЯ
1. Оценка	Сбор информации о больном	Расспрос, беседа, изучение карты пациента, факторы риска
2. Выявление основных проблем больного и постановка сестринского диагноза	Определение проблем пациента, проведение обследования и постановка сестринского диагноза	Пальпация, внешний осмотр, использование аппаратов для измерения давления и пульса, температуры, измерение уровня глюкозы глюкометром. Заполнить данные о давлении, температуре, уровне сахара в крови на данный момент, оценка состояния кожи, массы тела, пульс в чек-листи и прикрепить в амбулаторную карту пациента. Выявление потенциальных проблем и осложнений.
3. Составление плана	Выделить приоритетные задачи	В зависимости от сестринского диагноза

ЭТАП	ЦЕЛЬ	ДЕЙСТВИЯ
сестринского процесса	сестринского процесса, обозначить сроки оказания помощи	планирование сестринского процесса может быть по целям: <ul style="list-style-type: none">○ долгосрочные;○ краткосрочные.
4. Реализация сестринского плана в амбулаторных условиях и проведение вмешательств	Выполнение намеченного плана по сестринскому уходу за пациентом с сахарным диабетом на амбулаторном уровне	Сестринские вмешательства проводятся в зависимости от выявленных проблем и сестринского диагноза и направлены на достижение желаемых результатов
5. Оценка проведенных мероприятий сестринского процесса	Достижение желаемых результатов при сестринских вмешательствах, оценка результатов по чек-листам, проведение анализа полученных результатов, сравнить с ожидаемыми, сделать вывод о сестринском процессе	<ul style="list-style-type: none"> • Разрабатываются чек-листы для оценки достижения желаемых результатов и мониторинга; • составляется письменный анализ сестринского процесса; • заключение о результатах сестринского процесса; • вносятся корректизы в план действий по уходу; • выявляется причина недоработок, если состояние пациента ухудшилось.

Что необходимо описать на каждом этапе сестринского процесса

Первый этап написания плана ухода требует навыков критического мышления и сбора данных.

Различные организации здравоохранения используют разные форматы для этапа оценки. Как правило, данные, которые вы будете собирать здесь, являются как субъективными (например, словесные утверждения), так и объективными (например, рост и вес, потребление/вывод). Источником субъективных данных могут быть пациенты или их опекуны, члены семьи или друзья.

Медсестры могут собирать данные о жизненно важных показателях пациента, физических жалобах, видимых состояниях тела, истории болезни и текущем неврологическом функционировании. Цифровые медицинские записи могут помочь в процессе оценки, автоматически заполняя часть этой информации из предыдущих записей.

Шаг 2: Диагностика (сестринский диагноз)

Используя собранные данные, вы разработаете сестринский диагноз.

Сестринский диагноз устанавливает основу для выбора сестринских действий для достижения конкретных результатов. Сестринский диагноз основан на пирамиде иерархии потребностей Маслоу (которая определяет и ранжирует потребности человека) и помогает расставить приоритеты в лечении. Например, физиологические потребности (такие как пища, вода и сон) имеют более важное значение для выживания, чем любовь и принадлежность, самооценка и самореализация, поэтому они имеют приоритет, когда речь идет о действиях по уходу.

На основании диагноза вы поставите цели (шаг 3) для решения проблем пациента с помощью сестринского ухода (шаг 4).

Шаг 3: Результаты и планирование

После диагностики идет этап планирования. Здесь вы подготовите цели на основе рекомендаций по доказательной практике. Вы будете учитывать общее состояние пациента, а также его диагноз и другую соответствующую информацию, устанавливая для него цели для достижения желаемых и реалистичных результатов в отношении здоровья в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

Шаг 4: Реализация

После того, как вы установили цели для пациента, пришло время реализовать действия, которые помогут пациенту в достижении этих целей. Этап реализации состоит из выполнения сестринских вмешательств, изложенных в плане ухода. Как медсестра, вы будете либо следовать указаниям врачей в отношении сестринских вмешательств, либо разрабатывать их самостоятельно, используя практические рекомендации, основанные на фактических данных.

Вмешательства классифицируются по следующим семи областям: семейные, поведенческие, физиологические, комплексные физиологические, общественные, меры безопасности и вмешательства системы здравоохранения. Есть несколько основных вмешательств, которые необходимо выполнять в течение каждой смены: оценка боли, изменение положения покоя, прослушивание, уход за кластером, предотвращение падений и потребление жидкости.

Шаг 5: Оценка

На последнем этапе плана ухода медицинский работник (который может быть либо врачом, либо медсестрой) оценит, был ли достигнут желаемый результат. Затем вы скорректируете план ухода на основе этой информации.

Основы плана сестринского ухода

В простой, но полезной форме сайт Nurse.org объясняет основные вопросы, на которые должен отвечать плану сестринского ухода: что, почему и как. План сестринского ухода должен включать:

- **Что:** От чего страдает пациент? От чего они рискуют пострадать?
- **Почему:** Почему ваш пациент страдает от этого? Почему они рискуют пострадать от этого?
- **Как:** Как вы можете сделать это лучше?

В успешных планах ухода используются фундаментальные принципы критического мышления, методы, ориентированные на клиента, целевые стратегии, рекомендации, основанные на доказательной практике, и сестринская интуиция.

УМНЫЕ цели

На этапе планирования написания плана ухода важно использовать целенаправленные стратегии. Шаблон целей SMART может помочь в этом процессе:

- **Конкретность:** Ваши цели в отношении пациента должны быть четко определены и недвусмысленны.
- **Измеримость:** вам необходимо установить определенные показатели для измерения прогресса пациента в достижении этих целей.
- **Достижимый:** их цель должна быть достижимой.
- **Реалистичность:** их цели должны быть достижимы и соответствовать общему плану ухода.
- **Ограничение по времени:** цели пациента должны иметь четкое время начала и дату окончания (которые могут быть гибкими).

Эффективное общение

Если ваш план ухода не будет эффективно доведен до сведения всех соответствующих заинтересованных сторон, он останется только планом. Помните, что цель плана сестринского ухода не в том, чтобы быть статичным документом, а в том, чтобы направлять весь процесс ухода и обеспечивать командную работу с целью улучшения ухода. Навыки письма крайне важны для медсестер — вы должны быть максимально точными и актуальными в своих описаниях. Для эффективного общения при составлении плана ухода помните о следующих рекомендациях:

- Сразу записывайте все, чтобы не забыть детали.
- Пишите четко и лаконично, используя термины, понятные вашей команде.
- Включите даты и время.

Доступный и легкий доступ

Планами ухода также должно быть легко делиться с соответствующими заинтересованными сторонами — пациентами, врачами, другими членами команды медсестер, страховыми компаниями и т. д.

Например, как выглядит план сестринского ухода:

- **Оценка:** «ЧСС 100 ударов в минуту, одышка, беспокойство, настороженное поведение».
- **Диагноз:** «нарушение газообмена RT скопление слизи в дыхательных путях».
- **Исходы и планирование:** «пациент должен поддерживать оптимальный газообмен».
- **Реализации:** «оценить дыхание; поощряйте дыхание и смену положения».
- **Оценка проведенных мероприятий:** «у больного сохранен хороший газообмен, нормальная частота дыхания».

Каждое клиническое руководство по сестринскому процессу необходимо подкреплять перечнями разработанных стандартных операционных процедур (СОП).

Использованные ссылки:

1. <https://nurseslabs.com/nursing-care-plans/>
2. <https://www.usa.edu/blog/how-to-write-a-care-plan/>
3. <https://www.mdc.edu/nursing/docs/Clinical-Nursing-Manual.pdf>
4. https://legalagent.ru/sopy-v-medicine?utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2F

