



# НАСТАНОВА

з інфекційного контролю  
у закладах охорони здоров'я

Створена на основі WHO interim practical manual  
IMPROVING INFECTION PREVENTION AND CONTROL  
AT THE HEALTH CARE FACILITY

КИЇВ

2  
0  
1  
9

Настанова розроблена ГО «Інфекційний контроль в Україні» на основі WHO interim practical manual IMPROVING INFECTION PREVENTION AND CONTROL AT THE HEALTH CARE FACILITY в рамках проекту 20М "Побудова національної пацієнт-орієнтованої системи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз", що фінансується 100% ЖИТТЯ

Настанова погоджена та рекомендована Коаліцією Інфекційної Безпеки



**Лікування без інфікування!**

## ЗМІСТ

|  |    |
|--|----|
| <b>ВСТУП</b> .....   | 4  |
| <b>КЛЮЧОВІ КОМПОНЕНТИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ</b> .....  | 8  |
| <i>РОЗРОБКА ПРОГРАМИ З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ</i> .....   | 8  |
| <i>КЕРІВНИЦТВА З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ</i> .....   | 9  |
| <i>ОСВІТА ТА ТРЕНІНГИ</i> .....  | 10 |
| <i>ЕПІДНАГЛЯД ЗА ІПНМД</i> .....   | 12 |
| <i>МУЛЬТИМОДАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ</i> .....  | 14 |
| <i>МОНІТОРИНГ, АУДИТ, ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЯЗОК</i> .....  | 15 |
| <i>ПЕРСОНАЛ, ЗАЙНЯТІСТЬ ЛІЖКА</i> .....  | 17 |
| <i>МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ПРОГРАМИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ</i> .....                        | 18 |
| <b>КРОК 1. ГОТОВНІСТЬ ДО ДІЇ</b> .....   | 20 |
| <b>КРОК 2. ПОЧАТКОВА ОЦІНКА</b> .....  | 26 |
| <b>КРОК 3. РОЗРОБКА ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ПЛАНУ</b> .....  | 30 |
| <i>РОЗРОБКА ПРОГРАМИ З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ</i> .....   | 32 |
| <i>КЕРІВНИЦТВА З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ</i> .....   | 35 |
| <i>ОСВІТА ТА ТРЕНІНГИ</i> .....  | 39 |
| <i>ЕПІДНАГЛЯД ЗА ІПНМД</i> .....   | 41 |
| <i>МУЛЬТИМОДАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ</i> .....  | 46 |
| <i>МОНІТОРИНГ, АУДИТ, ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЯЗОК</i> .....  | 49 |
| <i>ПЕРСОНАЛ, ЗАЙНЯТІСТЬ ЛІЖКА</i> .....  | 51 |
| <i>МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ПРОГРАМИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ</i> .....                        | 53 |
| <b>КРОК 4. ОЦІНКА ВПЛИВУ ЗАХОДІВ</b> .....   | 56 |
| <b>КРОК 5. ПІДТРИМКА ПРОГРАМИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ У<br/>ДОВГОСТРОКОВІЙ ПЕРСПЕКТИВІ</b> ..... | 59 |
| <b>ДОДАТКИ</b> .....   | 62 |

## ВСТУП

### *Мета настанови.*

Мета цієї настанови є підтримка закладів охорони здоров'я у ефективному впровадженні програм профілактики та інфекційного контролю (ІК) згідно до рекомендацій ВООЗ, в контексті покращення якості та підвищення безпеки при наданні медичних послуг. Принципи та рекомендації надані у цій настанові можуть використовуватися у будь якій країні (особливо корисними вони можуть бути для країн з обмеженими ресурсами).

Ця настанова складається з восьми ключових компонентів:

- РОЗРОБКА ПРОГРАМИ З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ
- КЕРІВНИЦТВА З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ
- ОСВІТА ТА ТРЕНІНГИ
- ЕПІДНАГЛЯД ЗА ІПНМД
- МУЛЬТИМОДАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ
- МОНІТОРИНГ, АУДИТ, ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЯЗОК
- ПЕРСОНАЛ, ЗАЙНЯТЬСЬ ЛІЖКА
- МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ПРОГРАМИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ

У настанові викладені необхідні кроки, які потрібні для ефективного впровадження програм з ІК, на основі наявної доказової бази та консолідованої думки широкого кола експертів. У цій настанові представлені практичні керівництва, поради та приклади різних країн, щодо успішної реалізації програм з ІК. Також увага звернута на створення довгострокового плану з ІК та інтеграцію програми з інфекційного контролю до щоденних заходів з надання медичної допомоги.

Хоча й не існує єдиної формули щодо впровадження ІК у закладі охорони здоров'я, представлене керівництво базується на тих заходах з імплементації ІК, які мають доведену ефективність.

Ця настанова не має сприйматися як список того, що потрібно зробити, навпроти, воно має розглядатися як збірка покрокових заходів, які були ефективними у інших закладах охорони здоров'я, а отже, ці заходи, можуть бути розглянуті фахівцями з ІК задля впровадження програми з ІК у своєму закладі охорони здоров'я.

Ключовою аудиторією даної настанови мають бути відповідальні за впровадження програми з ІК у закладі охорони здоров'я, якщо наразі такі особи у лікувальному закладі відсутні, настанова може бути корисне для медичних сестер, які забезпечують чистоту та безпеку при наданні медичної допомоги. Дана настанова розрахована на лікувальні заклади які надають стаціонарну допомогу, але при певній адаптації воно може використовуватися для амбулаторних закладів охорони здоров'я та хоспісів.

Варто зазначити, що впровадження програми з ІК не є завданням винятково команди з ІК, тому дане керівництво може бути корисним для фахівців громадського здоров'я, фахівців які займаються акредитацією закладів охорони здоров'я, фахівців задіяних у контролі якості води тощо. Ця настанова може представляти інтерес для недержавних організацій, які задіяні у секторі охорони здоров'я.

У настанові пропонуються 5 послідовних кроків для впровадження ІК у закладі охорони здоров'я.

***Крок перший. Готовність до дії***

Метою даного кроку є забезпечення усіх необхідних передумов для успішного впровадження програми з ІК, а саме: ресурси (фінансування, персонал), створена система координації та планування та визначена відповідальність усіх зацікавлених сторін. Адміністрація закладу охорони здоров'я відіграє ключову роль у реалізації даного кроку.

***Крок другий. Початкова оцінка***

Полягає у проведенні оцінки наявного стану впровадження програми з ІК, яка необхідна для розробки детального плану дій. Для проведення початкової оцінки розроблена спеціальна анкета ВООЗ.

***Крок третій. Розробка та реалізація плану***

Результати початкової оцінки мають лягти у розробку плану. Реалізація плану відбувається згідно восьми ключових компонентів з ІК.

***Крок четвертий. Оцінка впливу заходів***

Оцінкою ефективності плану з впровадження ІК є результат повторної оцінки, яка проводиться з використанням тієї ж анкети ВООЗ.

***Крок п'ятий. Підтримка програми інфекційного контролю у довгостроковій перспективі***

Важливим кроком для довгострокового ефекту від впровадження ІК є розробка подальшого плану з графіком оцінки результатів його реалізації.

Заклад охорони здоров'я може не слідувати усім вищезазначеним крокам, якщо деякі з них вже були виконані закладом охорони здоров'я, нижче наведені рекомендації щодо кроків з яких варто почати в залежності від ступеню впровадження програми з ІК.

*Приклад 1. Заклад охорони здоров'я не має формально створеної програми з ІК.*

У цьому випадку усі розділи керівництва будуть корисними для закладу, особливу увагу треба звернути на розділ 1 задля подальшого переходу до розділів 2 та 3.

*Приклад 2. Заклад охорони здоров'я має програму з ІК, але вона не впроваджується і не підтримується у закладі.*

Основну увагу такі заклади охорони здоров'я мають звернути на розділи 1 та 2 цього керівництва. Розділ 3 можна використовувати як приклад ефективних програм з впровадження ІК.

*Приклад 3. Заклад охорони здоров'я має цілісну програму з ІК, але має проблему зі збереженням ефективності програми у довгостроковій перспективі.*

Для таких закладів рекомендується починати з другого кроку представленого керівництва, увагу також слід приділити розділам 3 та 5, які допоможуть досягнути довгострокових результатів.

*Приклад 4. Заклад охорони здоров'я має ефективну програму з ІК.*

Навіть для закладів охорони здоров'я з ефективною програмою з ІК корисно проходити регулярну оцінку її ефективності.

## КЛЮЧОВІ КОМПОНЕНТИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ

### *РОЗРОБКА ПРОГРАМИ З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ*

#### **ЩО?**

Програма з інфекційного контролю за яку відповідальний персонал (що пройшов навчання з ІК) має бути у кожному закладі охорони здоров'я у якому надається стаціонарна допомога хворим. Програма з ІК має мати чітко визначені цілі і щорічний план роботи, який побудований на результатах епідспостереження за інфекціями, що пов'язані з наданням медичної допомоги (ІПНМД), та пріоритетах визначених при оцінці ризиків. Програма з інфекційного контролю має мати визначений бюджет та ресурси на реалізацію заходів з ІК. Цілі програми з ІК, кількісні індикатори мають бути визначені для усіх відділень закладу охорони здоров'я.

#### **НАВІЩО?**

Розробка та підтримка програми з ІК є основою для впровадження усіх інших ключових компонентів ІК. Програма з ІК дозволяє попередити виникнення ІПНМД і досягнути зменшити рівень ІПНМД більше ніж на 30%, а отже зменшити захворюваність, смертність пацієнтів, запобігти передачі резистентних штамів бактерій та заощадити кошти. Сильна та ефективна програма з ІК дозволяє посилити систему надання медичної допомоги, шляхом надання якісної, пацієнторієнтованої допомоги.

#### **КОЛИ?**

Створення програми з ІК має бути одним з головних пріоритетів закладу охорони здоров'я, хоча існує можливість поліпшити інфекційний контроль у лікарні і без формального створення програми з ІК.



## **ХТО?**

Відповідальна особа (команда) з ІК мають отримати знання з інфекційного контролю та проводити роботу з епіднагляду за ІПМНД та профілактикою їх виникнення. Кількість фахівців у закладі охорони здоров'я розраховується з розрахунку – щонайменше один фахівець на 250 ліжок стаціонару. Фахівці з ІК мають отримувати допомогу від мультидисциплінарного комітету (комісії) з ІК. Особа, яка відповідальна за інфекційний контроль може бути лікарем (зі спеціалізацією у епідеміології, інфекційних хворобах чи мікробіології) чи медичною сестрою. Комітет з ІК має включати: представника адміністрації лікарні, лікарів, представників лабораторії тощо, інженерів відповідальних за якість води, поводження з відходами тощо.

## **ЯК?**

Необхідно створити перелік функцій і заходів для програми з ІК виходячи з проведеної оцінки ризиків та потреб закладу охорони здоров'я. Визначте як покращення ІК у закладі охорони здоров'я може стати рушійною силою для покращення загальної структури та процесів пов'язаних з наданням медичної допомоги.

## ***КЕРІВНИЦТВА З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ***

### **ЩО?**

Настанови розроблені на основі доказової медицини мають бути впроваджені у закладі охорони здоров'я з метою зменшення ІПМНД. У разі наявності національних настанов, заклад охорони здоров'я може використовувати національні настанови після адаптації враховуючи особливості лікарні. Успішне впровадження настанов потребує проведення тренінгів з медичними працівниками та оцінку того, чи дотримуються медичний персонал запропонованих настанов.

**НАВІЩО?**

Розробка, адаптація та впровадження настанов є ключовим завданням програми з ІК. Настанови мають розроблятися на засадах доказової медицини. Розробка та впровадження настанов з ІК має передувати впровадженню освітніх програм та програм моніторингу та оцінки.

**КОЛИ?**

Розробка та адаптація настанов з ключових питань ІК має вважатися пріоритетним заходом.

**ХТО?**

Команда з ІК має бути відповідальною за розробку та адаптацію настанов та моніторинг прихильності до них. Якщо кваліфікації у команди з ІК недостатньо для розробки певних настанов мають залучатися сторонні фахівці.

**ЯК?**

Впроваджені настанови мають відповідати національним та міжнародним рекомендаціям, адаптація настанов можлива для поліпшення впровадження настанов лікарями. Зацікавлені сторони (лікарі, медсестри) мають бути залучені до розробки настанов у закладі охорони здоров'я. Мають бути проведені тренінги з лікарями після розробки настанови. А також розроблена схема моніторингу за його дотриманням.

***ОСВІТА ТА ТРЕНІНГИ*****ЩО?**

Освітні програми мають бути доступними для усіх медичних працівників, тренінги бажано створювати симуляційними (“біля ліжка хворого”).

## **НАВІЩО?**

Підтримка освітніх програм та тренінгів для медичного персоналу є важливим завданням програми з ІК так як сприяє безперервній освіті та збільшенні обізнаності лікарів. Освіта медичних працівників вважається головним компонентом у впровадженні настанов з ІК, що у свою чергу сприяє профілактиці ІПНМД.

## **КОЛИ?**

Розробка освітніх програм має розпочинатися разом з розробкою програми з ІК у закладі охорони здоров'я. Послідовність впровадження освітніх програм, настанов, системи оцінки та моніторингу має вирішуватися виходячи з контексту конкретного закладу охорони здоров'я.

## **ХТО?**

Освітні програми можуть проводитися членами команди з ІК, а також запрошеними фахівцями, якщо кваліфікації команди з ІК не вистачає для проведення тренінгів варто розглянути можливість запрошення зовнішніх експертів. Виділяють основні три напрями освітніх програм: 1) оновлення знань щодо ІК (для лікарів, медсестер тощо); 2) основи ІК для усіх медичних працівників, які надають допомогу пацієнтам; 3) тренінги для немедичних працівників (адміністрація тощо).

## **ЯК?**

Освіта та тренінги з ІК мають бути частиною загальної програми закладу охорони здоров'я щодо безперервної освіти працівників та інструктажу нових працівників. Тренінги можуть проводитися у вигляді лекцій, створення друкованих настанов, симуляційних тренінгів. Тренінги з ІК можуть бути складовою частиною тренінгів за іншими напрямами. Необхідно оцінювати ефективність тренінгів щонайменше раз на рік. Мають бути впроваджені спеціальні програми для пацієнтів з метою зменшення випадків ІПНМД.

Члени команди з ІК мають проходити регулярні тренінги з ІК на національному та міжнародному рівні.

## ***ЕПІДНАГЛЯД ЗА ІПНМД***

### **ЩО?**

Епіднагляд за ІПНМД має бути запроваджений у заклади охорони здоров'я з метою визначення найбільш поширених ІПНМД, визначення спалахів внутрішньолікарняних інфекцій та встановлення нагляду за антибіотикорезистентними бактеріями. Має бути впроваджений своєчасний зворотній зв'язок з медичними працівниками та адміністрацією лікарні, відповідальними державними установами щодо результатів епіднагляду. Ці результати мають враховуватися при розробці заходів з ІК. Епіднагляд має бути обов'язковим компонентом програми з ІК. Для впровадження заходів з епіднагляду за ІПНМД має бути передбачена мікробіологічна лабораторія з необхідним обладнанням та персоналом.

### **НАВІЩО?**

Епіднагляд за ІПНМД та антимікробною резистентністю здійснюється з метою отримання важливої інформації щодо поширеності ІПНМД у закладі охорони здоров'я, що дозволяє визначити перелік проблемних питань стосовно ІК у цьому закладі. Визначення переліку проблемних питань дозволяє: сформулювати пріоритети та напрямки програми з ІК, оцінити ефективність заходів у динаміці, зареєструвати внутрішньолікарняні спалахи інфекції, надавати інформацію до національних координаторів з ІК, розробляти стандарти та настанови на засадах доказової медицини. Доведено, що рівень ІПНМД значно знижується після введення програм епіднагляду включно з механізмами своєчасного зворотнього зв'язку.

## **КОЛИ?**

Впровадження системи епіднагляду має бути розглянуто на етапі розробки програми з ІК. Тим не менше, послідовність імплементації ключових компонентів ІК, таких як розробка настанов, тренінги, моніторинг, аудит та епіднагляд, має бути встановлена виходячи з особливостей закладу охорони здоров'я. Впровадження системи епіднагляду дозволяє зрозуміти масштаби проблеми стосовно ІК, що, в свою чергу, допомагає визначити оптимальну послідовність імплементації ключових компонентів з ІК. Важливо пам'ятати, що розгортання системи епіднагляду потребує мікробіологічної лабораторії, кваліфікованого персоналу, а отже, вимагає ресурсів та часу.

## **ХТО?**

Відповідальність за планування та реалізацію епіднагляду та інтерпретацію отриманих даних несе комітет з ІК та команда з ІК. Відповідальна за здійснення епіднагляду особа повинна мати освіту з епідеміології та інфекційного контролю. У закладі охорони здоров'я має бути передбачений щонайменше один спеціаліст (епідеміолог, статистик), що здійснює підрахунок та інтерпретацію даних щодо епіднагляду. У разі відсутності команди з ІК збір інформації може здійснюватися персоналом лікарні, який попередньо пройшов відповідне навчання.

## **ЯК?**

Епіднагляд у закладі охорони здоров'я має бути заснований на національних рекомендаціях та стандартних визначеннях випадку інфекції. Система епіднагляду має бути адаптована до потреб, ресурсів закладу, мати чіткі цілі та конкретні методики. У разі відсутності національних рекомендацій щодо епіднагляду можна використовувати міжнародні керівництва. Потрібно провести пріоритизацію ПНМД відповідно до специфіки закладу. Можливий перелік ПНМД включає: інфекцію хірургічної рани, катетер-асоційовані інфекції сечової системи, вентилятор-асоційовані пневмонії,

катетер-асоційовані інфекції кровотоку, колонізацію патогенами з мультирезистентністю, інфекції, що мають локальне поширення (туберкульоз, норовірус, Ебола тощо), інфекції, що вражають вразливі групи населення (новонароджені, імунокомпрометовані тощо), інфекції, які можуть бути небезпечними для медичних працівників (гепатит В, гепатит С, грип). Має використовуватися активний епіднадгляд для реєстрації випадків ІПНМД. Має бути передбачено інформаційну підтримку для реалізації епіднадзора (електронні медичні записи, мобільні комп'ютерні програми). Має бути сформована система оцінки якості даних епіднадзора.

## ***МУЛЬТИМОДАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ***

### **ЩО?**

Заходи з ІК з використанням мультимодальних стратегій та залученням мультидисциплінарних команд мають бути впроваджені з метою покращення якості роботи та зменшення рівня ІПНМД та антимікробної резистентності.

### **НАВІЩО?**

Використання мультимодальних стратегій щодо ІК є найкращим, з точки зору доказової медицини, підходом для досягнення стійких змін у функціонуванні системи ІК. Використання мультимодальних стратегій домагає в імплементації усіх компонентів з ІК. Мультимодальний підхід передбачає, що фахівці з ІК користуються не тільки окремими стратегіями задля покращення ІК у закладі (проведення тренінгів), а й розглядають можливість покращення системи шляхом впливу на дотичні аспекти роботи медичних працівників.

### **КОЛИ?**

Мультимодальний підхід до організації заходів з ІК має бути застосований з моменту розробки програми з ІК. Для закладів охорони здоров'я, які мають

впроваджену програму з ІК, потрібно оцінити ступінь застосування мультимодального підходу до реалізації програми з ІК.

### **ХТО?**

Відповідальними за реалізацію мультимодальних стратегій є фахівець з ІК, командна з ІК, комітет з ІК. Ефективним є залучення авторитетних лікарів та посилення співпраці лікарів для заохочення інших працівників щодо використання мультимодальних підходів.

### **ЯК?**

Використання чек-листів має бути частиною мультимодальних стратегій.

### ***МОНІТОРИНГ, АУДИТ, ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЯЗОК***

#### **ЩО?**

Регулярний моніторинг та аудит разом з своєчасним зворотнім зв'язком від лікарів закладу охорони здоров'я, а також інші індикатори ІК мають проводитися з метою запобігання та контролю за ІПНМД та антимікробної резистентності. Варто отримувати зворотній зв'язок щодо заходів з ІК від усіх працівників закладу охорони здоров'я

#### **НАВІЩО?**

Головною метою моніторингу, аудиту та отримання зворотного зв'язку є підтримка досягнутих показників програми ІК, що в свою чергу дозволить знизити ризик поширення ІПНМД. Моніторинг та аудит можуть включати оцінку ступеня відповідності закладу охорони здоров'я стандартам з ІК, досягнення поставлених цілей, заходів, що мають здійснюватися у відповідності до програми з ІК, а також інших аспектів, які потребують вдосконалення. Така практика допомагає створити "культуру моніторингу та навчання" для визначення питань, що потребують покращення. Моніторинг

та аудит також націлені на залучення та формування партнерських зв'язків з зацікавленими сторонами, а також на розвиток робочих груп та мереж з питань ІК. Окрім цього моніторинг, аудит та зворотній зв'язок щодо системи ІК можуть бути переконливим свідченням того, що проблема ІПНМД наявна у закладі охорони здоров'я, проте використовується ефективні методи для її подолання.

## **КОЛИ?**

Заходи моніторингу, аудиту та зворотнього зв'язку мають бути враховані з моменту впровадження програми з ІК та в подальшому мають становити невід'ємну частину процесу імплементації програми з ІК.

## **ХТО?**

Аудит та зворотній зв'язок є ключовою діяльністю команди з інфекційного контролю та комітету з ІК, члени яких мають попередньо бути навчені технікам аудиту.

## **ЯК?**

Має бути розроблений план моніторингу з визначеними цілями, заходами та механізмами для систематичного збору інформації. Моніторинг та аудит має здійснюватися за низкою процесів та індикаторів, а саме: гігієна рук, постановка внутрішньовенних та сечових катетерів, попередження інфекції хірургічної рани, заходи з попередження передачі резистентних штамів, прибирання об'єктів, що мають епідеміологічне значення при передачі ІПНМД, якості дезінфекції та стерилізації медичного інструментарію, використання засобів для дезінфекції рук та антимікробних речовин. Команда з ІК має забезпечити зворотній зв'язок з завідувачами відділень, адміністрацією лікарні та надавати результати моніторингу та аудиту у зручній та доступній формі (бюлетені, брошури, буклети, презентації).



## ***ПЕРСОНАЛ, ЗАЙНЯТІСТЬ ЛІЖКА***

### **ЩО?**

Зайнятість ліжкового фонду закладу охорони здоров'я не має бути перевищена (один пацієнт на одне ліжко з належною відстанню між ліжками - щонайменше 1 м). У виняткових ситуаціях, коли допустима кількість пацієнтів у закладі охорони здоров'я перевищена, адміністрація лікарні має забезпечити належну відстань між ліжками та необхідну кількість медичних працівників.

### **НАВІЩО?**

Перевищення допустимої кількості пацієнтів у закладі охорони здоров'я призводить до збільшення ризику ІПНМД, спалахів нозокоміальних інфекцій та поширення антимікробної резистентності. Скупчення пацієнтів розглядається як фактор передачі деяких інфекційних захворювань.

### **КОЛИ?**

Визначення кількості медичного персоналу та потужності лікарні має бути обговорене під час розробки програми з ІК. Цей ключовий компонент має вплив на впровадження інших ключових компонентів. Тим не менше, важливо зауважити, що дотримання настанов на рекомендацій з ІК дозволяє надавати безпечну медичну допомогу усім пацієнтам, яким вона необхідна.

### **ХТО?**

Рішення щодо кількості медичного персоналу, зайнятості ліжка не є відповідальністю команди з ІК, а є завданням адміністрації лікарні. Однак команда з ІК має навести докази для того, щоб переконати адміністрацію лікарні збалансувати зайнятість ліжка та кількість медичного персоналу відповідно до рекомендацій ВООЗ.

**ЯК?**

Має бути впроваджена система оцінки та реагування на випадки, коли кількість медичних працівників не відповідає кількості пацієнтів. Ця система має функціонувати у всіх відділеннях лікарні та мати на меті контроль за правильністю розташування ліжок пацієнтів та належною відстанню між ними.

***МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ПРОГРАМИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ*****ЩО?**

Заходи з надання медичної допомоги мають проводитися у чистих приміщеннях, що сприяє профілактиці ІПНМД та контролю за їх поширенням. Забезпечення чистоти залежить від наявності усіх необхідних елементів сервісу, матеріалів, обладнання, засобів індивідуального захисту. Засоби для гігієни рук мають бути доступними у кожному приміщенні, де здійснюється огляд пацієнтів та інші маніпуляції.

**НАВІЩО?**

Наявність необхідних матеріалів та обладнання для ІК є обов'язковим компонентом ефективної програми з ІК у закладі охорони здоров'я.

**КОЛИ?**

Планування заходів з покращення стану приміщень, забезпечення необхідними матеріалами та обладнанням має розпочинатися на етапі розробки програми з ІК.

**ХТО?**

Рішення щодо покращення стану приміщень, забезпечення необхідними матеріалами та обладнанням для ІК не є відповідальністю команди з ІК. Тим не менше, фахівці з ІК мають надати переконливі докази необхідності цього компоненту в програмі ІК.

**ЯК?**

Команда з ІК має наполягати на відповідності приміщень до рекомендацій з ІК, надавати рекомендації щодо закупівлі обладнання та матеріалів для ІК.

## КРОК 1. ГОТОВНІСТЬ ДО ДІЇ

### Цілі кроку

Протягом цього кроку заклад охорони здоров'я має підготуватися до оцінки та покращення системи ІК. Перший крок має на меті планування заходів, які допоможуть в успішній реалізації ефективної програми з ІК та досягненні довгострокових результатів. Ці заходи включають: виділення необхідних ресурсів (персонал, фінансування), створення належної інфраструктури та системи координації, долучення до програми зацікавлених сторін та авторитетний медичний персонал, а також визначення структури та керівника команди з ІК. Основна частина першого кроку передбачає зустрічі з зацікавленими сторонами стосовно ІК. Варто зазначити, що комунікація та адвокація ІК є важливим кроком задля впровадження подальших дій. Протягом першого кроку потрібно звернути увагу на досягнення консенсусу щодо фінансування програми з ІК. Залежно від ситуації в закладі охорони здоров'я, перший крок може тривати місяці, тому потрібно дбати про безпеку пацієнтів навіть під час підготовки до впровадження програми з ІК.

### Основні заходи

*Комунікація з національними та регіональними органами управління в системі охорони здоров'я.*

Потрібно визначити перелік наявних заходів стосовно ІК та ступінь їх впровадження на національному та регіональному рівнях (наприклад, національний план дій). Наявність національної програми буде створювати можливість для реалізації програми з ІК у закладі охорони здоров'я. Потрібно визначити, чи існують національні плани у дотичних до ІК галузях (наприклад, план з антибіотикорезистентності). Наявність таких планів стане у нагоді при реалізації окремих компонентів програми з ІК.

*Комунікація з адміністрацією лікарні.*

Потрібно скласти опис бачення програми з ІК, визначити її ключові компоненти. Основною метою цього опису є залучення підтримки серед адміністрації лікарні та інших зацікавлених сторін у реалізації програми з ІК. Потрібно також отримати формальну письмову підтримку від лікарів та медсестер закладу охорони здоров'я щодо необхідності впровадження програми ІК. Потрібно розглянути можливість використання соціальних мереж, локальних медіа та можливість участь у нарадах з метою донесення важливості ІК до лікарів та пацієнтів.

*Залучення персоналу для реалізації програми з ІК.*

Потрібно визначити щонайменше одного компетентного фахівця, що буде відповідальним за проведення подальшої роботи з впровадження програми ІК. Також має бути залучена команда фахівців з ІК, яка буде надавати допомогу відповідальній за ІК особі. Слід також визначити людей, відділення чи організації, зацікавлених у покращенні системи інфекційного контролю (наприклад авторитетні лікарі, лідери думок та інших).

*Залучення зацікавлених сторін.*

Слід визначити зацікавлені сторони на всіх рівнях закладу охорони здоров'я, а також, у деяких випадках, поза його межами (наприклад пацієнтські та громадські організації). Потрібно залучати зацікавлені сторони, організовуючи персональні зустрічі або проводячи адвокаційні заходи для обговорення потреби посилення заходів з ІК. Див. зразок порядку денного зустрічей у Додатку 3. Під час цих зустрічей слід обговорити, засновані на ключових компонентах, бачення та цілі інфекційного контролю, прояснити як саме заходи з ІК вирішують проблеми закладу охорони здоров'я таких як ІПНМД, тривалість перебування пацієнта, результати лікування, безпека пацієнтів та медичних працівників, спроможність закладу охорони здоров'я протистояти таким викликам як епідемії інфекційних захворювань. Під час

зустрічей слід обговорити з колегами їх попередній досвід з впровадження ІК, досвід роботи під час спалахів інфекційних хвороб. Такий досвід може сприяти перегляду розуміння значення інфекційного контролю та розгляд його як інструмента для зупинення спалахів інфекцій. Потрібно з'ясувати які місцеві пацієнтські та громадські організації можуть бути пов'язані з системою ІК та дізнатися їх стратегії та плани дій щодо впровадження ІК. Слід врахувати як бачення інфекційного контролю може бути пов'язане з цими заходами та побудувати партнерські стосунки.

#### *Залучення фінансових ресурсів.*

Слід запропонувати підхід до формування бюджету з урахуванням потреби в імплементації ключових компонентів ІК та презентувати його адміністрації закладу охорони здоров'я. Потрібно визначити чи є потреба зв'язатися з національними та регіональними органами управління в системі охорони здоров'я з метою створення бюджету для впровадження системи ІК. Потрібно з'ясувати чи наявних ресурсів достатньо для підтримки програми з ІК та представити дані адміністрації закладу охорони здоров'я. Слід проаналізувати альтернативні джерела фінансування (гранти громадських та політичних організацій). Варто починати планування бюджету з заходів, що не потребують значного фінансування та використовувати результати покращення системи ІК задля адвокації більших фінансових вкладень в систему ІК.

#### *Зв'язок з іншими програмами.*

Слід використовувати напрацьований план програми ІК при зустрічах з іншими фахівцями закладу охорони здоров'я, при цьому звертати увагу наскільки ІК необхідним для досягнення їх цілей та акцентувати увагу на спільній роботі задля спільної користі. Потрібно враховувати необхідність впровадження системи ІК для ліцензування та акредитації закладу охорони здоров'я.

### *Використання даних.*

Необхідність покращення системи інфекційного контролю може бути більш переконливою, якщо наголосити на невідкладності її впровадження. Наявність фактичних даних може допомогти у цьому. Потрібно з'ясувати чи були проведені попередні оцінки стану інфекційного контролю та обговорити з адміністрацією яка інформація надається про стан ІК у закладі охорони здоров'я. Слід врахувати можливість використання національних даних для залучення підтримки програми з ІК.

### **Можливі бар'єри та їх подолання.**

*Програма з ІК не є пріоритетом у закладі охорони здоров'я.* Проаналізуйте дані спалахів ІПНМД та значення програми з ІК у них. Потрібно зібрати/проаналізувати фактичні лані, що підтверджують існування проблеми з ІК (наприклад випадки сепсису у новонароджених). Запорукою успіху є регулярна комунікація з адміністрацією лікарні. Необхідно включити питання з ІК у порядок денний зустрічей лікарів та медичних сестер. Потрібно розпочинати пошук невеликих інвестицій для програми з ІК, які мали б символічне значення та демонстрували ефективність реалізації програми з ІК.

Приклади: “Щоб заручитися підтримкою для програми з ІК ми почали з моніторингу та аудиту для збору даних щодо ІПНМД. Ми збирали інформацію протягом 2 років та представляли їх на зустрічах лікарів. З часом програма інфекційного розширилася до 10 медсестер та лікаря-інфекціоніста, було розроблена електронна система збору інформації, ми стали частиною регіонального епідагляду та отримуємо менторську допомогу, ми фокусуємося на зниження рівня девайс-асоційованих інфекцій” Індія. “Відповідальною за програму ІК раніше було одна медична сестра, але після спалаху спричиненого карбапенем-резистентною Клебсієлою ми отримали ресурси для програми з ІК” Барбадос.

*Відсутні лідери для впровадження програми з ІК.* Для закладів охорони здоров'я, які не мали програми з ІК варто починати з невеликих заходів з ІК після формування команди відповідальних фахівців та залучення

початкового фінансування. Необхідно залучити до програми ІК авторитетних лікарів та медичних сестер, шляхом демонстрації важливості ІК на прикладі попередніх спалахів та наявної інформації. Потрібно налагоджувати діалог з пацієнтами та зацікавленими соціальними групами для сприяння реалізації програм з ІК. Потрібно шукати можливості об'єднання програми з ІК разом з іншими ефективними програмами та напрямками, що наявні у закладі охорони здоров'я.

Приклади: “Комунікація та політична воля це одні з головних перепон. Пацієнтські організації допомогли нам організувати необхідні зустрічі та навчання персоналу” Буркіна Фасо. “Наша лікарня була першою в Аргентині, яка мала програму ІК (1970 р.) ми аргументували її необхідність як вимогу до безпеки пацієнтів та наш моральний обов'язок. У нашій програмі працюють дві медсестри з сертифікатами по ІК, 5 лікарів-інфекціоністів та епідеміологів, голова нашої програми теж лікар-інфекціоніст” Аргентина. “Необхідність програми з ІК може бути пояснена на основі даних та заходів, що є ефективними з точки зору доказової медицини. Ми розпочали з невеликого фінансування та програми щодо ефективної гігієни рук, ми застосували мультимодальні підходи задля зміни звичок та поведінки медичних працівників” Пакістан. “На початку було важко здобути підтримку для програми з ІК. Зрештою я знайшов трьох фахівців та переконав адміністрацію лікарні у необхідності проходження тренінгу. Я почав вивчати біостатистику для того щоб започаткувати програму епідагляду та вивчати інженерні компоненти ІК. Нам було необхідно показати дані керівництву лікарні, було важко знайти медичну сестру для програми з ІК. Наша програма з ІК створена для лікарні на 650 ліжок і підтримується одним лікарем-інфекціоністом та медичними сестрами. Наша лікарня є дорадчою з питань ІК у міністерстві охорони здоров'я” В'єтнам.

*Відсутні необхідні знання з впровадження програми ІК.* Потрібно проаналізувати можливості для навчання команди з ІК (державні, міжнародні, онлайн-програми). Потрібно використовувати покроковий метод залучення фахівців. Можна розпочати з залучення медичного персоналу до роботи в команді з ІК протягом одного-двох днів на тиждень і в подальшому збільшувати кількість фахівців та тривалість їх роботи. Необхідно зв'язатися з Міністерством охорони здоров'я та іншими органами управління щодо можливості тренінгів та обміну знаннями. Потрібно також зв'язатися з національним комітетом з ІК щодо можливості проведення тренінгів та розробки настанов з ІК.

Приклади: “Задля розбудови програми ІК Міністерство охорони здоров'я рекомендує залучати медичних працівників до програми з ІК на один-два дні на тиждень” Гана.



*Відсутність належного фінансування.* Під час впровадження програми з ІК існує вірогідність відсутності офісу, необхідного обладнання. У такому разі потрібно розглянути можливість використання спільних приміщень та обладнання, яке використовується іншими фахівцями.

Приклади. “Доступність обладнання для фахівців певних напрямів не завжди характерна для закладів охорони здоров'я. Ми мали проблеми з наявністю офісу та комп'ютерів. Ми намагалися використовувати спільний комп'ютер з відділенням діабету та освітнім відділом (один комп'ютер на три відділення). Тим не менше, лікарня планує розширювати приміщення та збільшувати кількість обладнання” Шрі-Ланка.

“Наше відділення хірургії вирішило впровадити мультимодальну стратегію зі зменшення інфекції хірургічної рани як одного з видів постопераційних ускладнень. Команда визначила дезінфекцію шкіри біля хірургічної рани як пріоритетний захід. Персонал пройшов тренінг щодо правильного проведення процедури, але заклад використовував дезінфектант, який не був оптимальним. Золотий стандарт дезінфекції не був наявним в нашому закладі і був дорогий для закупівлі. Ми звернулися до ВООЗ з проханням локального випуску дезінфектанта. Нам була видана формула, як робити хлоргексидин за низькою ціною. Таким чином, нам вдалося покращити дезінфекцію шкіри біля хірургічної рани” Уганда.

## **Чек-лист кроку 1**

*Наприкінці першого кроку потрібно мати/зробити:*

1. Ознайомитися з ключовими рекомендаціями Керівництва ВООЗ
2. Підготувати опис програми з ІК
3. Розробити перелік зацікавлених сторін
4. Ознайомитися з усіма попередніми оцінками стану ІК у закладі
5. Розглянути можливість інтеграції програми з ІК до вже існуючих програм (програма антибіотикорезистентності тощо)
6. Зробити перелік усіх зацікавлених пацієнтських та громадських організацій
7. Провести зустрічі з усіма зацікавленими сторонами
8. Заручитися письмовою та усною підтримкою програми з ІК
9. Визначити відповідальну особу за впровадження ІК
10. Визначте необхідну кількість персоналу та фінансування для програми з ІК.

## КРОК 2. ПОЧАТКОВА ОЦІНКА

### Важливість проведення початкової оцінки

У цьому кроці необхідно провести початкову оцінку стану інфекційного контролю, включно з оцінкою наявних слабких та сильних сторін. Проведення початкової оцінки (з подальшим регулярним проведенням оцінки стану ІК) є важливим кроком при впровадженні системи ІК у закладі охорони здоров'я. Оцінка стану ІК також дозволяє врахувати існуючі ризики, нагальні потреби та наявні ресурси. При використанні анкети з оцінки стану ІК розроблену ВООЗ можливо отримати важливу інформацію для впровадження системи ІК. Анкету ВООЗ щодо оцінки ІК було створено задля визначення стану ІК у лікувальному закладі за визначеними ключовими компонентами. Додатково до оцінки за анкетною ВООЗ можливо провести оцінки використовуючи інші ресурси (наприклад WASH FIT). WASH FIT доповнює анкету з оцінки ІК та розширює інформацію щодо необхідного обладнання для стану ІК. WASH FIT може застосовуватися для регулярної оцінки закладу охорони здоров'я.

### Анкета оцінки стану ІК у лікувальному закладі

Анкета являє структуровану оціночну форму з закритими відповідями та системою оцінки результатів. Анкета має на меті оцінити наявний стан ІК, наявні недоліки та сильні сторони та допомогти при пріоритизації заходів під час кроку 3.

Анкета включає 8 ключових компонентів для оцінки 81 індикатора, для яких розроблені питання з закритою відповіддю та певною оцінкою. Згідно з загальною оцінкою отриманою закладом охорони здоров'я по анкеті ІК, заклад можна віднести до однієї з чотирьох груп рівня впровадження ІК. Оцінювання може бути проведено самостійно чи з допомогою зовнішніх

аудиторів (Міністерство охорони здоров'я тощо). Запропонована анкета була протестована на 181 закладі охорони здоров'я у 46 країнах (розвинутих та країнах, що розвиваються).

## Основні заходи

Необхідно ознайомитися (та ознайомити членів команди та комітету з ІК) зі змістом анкети щодо оцінки стану ІК у закладі охорони здоров'я. Потрібно донести до колег, що основним завданням анкети є розпочати покращення в системі інфекційного контролю, а не зробити негативні судження щодо закладу охорони здоров'я та, що чесне визнання існуючих недоліків допоможе покращити стан ІК у закладі охорони здоров'я. Також варто розуміти, що дана оцінка має проводитися щороку для визначення покращень в системі ІК, тому навмисно завищувати показники початкової оцінки не варто.

Відповідальним за заповнення анкети має бути фахівець з ІК закладу охорони здоров'я, у разі відсутності такого фахівця при заповненні анкети бажано консультиватися з відповідним фахівцем з Міністерства охорони здоров'я тощо. Необхідно встановити чіткий графік та кінцеві терміни заповнення анкет. Визначити осіб, які можуть бути залучені для заповнення анкети. Варто заповнювати анкету разом з відповідальними за ІК у кожному відділенні (наприклад старшими медичними сестрами). Варто проаналізувати усі дані оцінок стану ІК, які були проведені раніше у закладі охорони здоров'я. Після заповнення анкети варто організувати зустріч з усіма зацікавленими сторонами задля обговорення результатів проведеної оцінки. При аналізі результатів необхідно звертати увагу на ті ключові компоненти ІК, які набрали найменшу оцінку, проблеми, які потребують нагального вирішення, а також наявні ресурси закладу охорони здоров'я.

Виходячи з загальної оцінки стану інфекційного контролю лікувальний заклад ранжується за одним з 4 рівнів інфекційного контролю:

- 1. Недостатній рівень (0-200)** – відсутні основні компоненти інфекційного контролю. Потрібне значне вдосконалення ІК
- 2. Базовий рівень (201-400)** – наявні деякі компоненти ІК, але недостатньо імплементовані. Необхідне подальше вдосконалення ІК
- 3. Середній рівень (401-600)** – більшість компонентів ІК імплементовано. Лікувальний заклад має покращувати якість впровадження компонентів ІК та розробляти довгострокові плани та заходи з ІК.
- 4. Високій рівень (601-800)** – компоненти ІК повністю впроваджені згідно рекомендацій ВООЗ.

### **Можливі бар'єри та їх подолання**

*Труднощі в отриманні підтримки для проведення оцінки.* Необхідно переконати адміністрацію закладу охорони здоров'я в необхідності проведення оцінки задля складання плану заходів та покращення системи ІК. Бажано використовувати позитивні приклади попередніх оцінок.

Приклади: “Проведена оцінка якості гігієни рук дозволили виокремити пріоритетний порядок заходів для покращення гігієни рук та застосувати мультимодальні стратегії для їх реалізації. Та впровадження тренінгових програм” Мозамбік.

*Небажання проводити додаткові оцінки.* Потрібно демонструвати оцінку стану ІК у світлі можливих покращень й інших програм (наприклад контролю за антибіотикорезистентністю) та проводити оцінку ІК разом з іншими програм.

Приклади: “Ефективність медсестер у покращенні якості гігієни рук була продемонстрована у госпіталі, де медична сестра кожного відділення працювала напряму з командою інфекційного контролю. Залучення медсестер, які пов'язувала команду з ІК та відділення покращили комплайс до гігієни рук з 50% до 83% у закладі охорони здоров'я.” Гонконг

*Відсутність необхідних знань для проведення оцінки.* Потрібно визначити потенційних лідерів для програми з ІК серед медичного персоналу, покращити їх знання шляхом залучення до тренінгів та надавання доступу до освітніх матеріалів. Залучення декількох експертів (або установ) до роботи у програмі з ІК може вирішити питання браку спеціальних знань.

Приклади: “У багатьох лікарнях знання та навички щодо впровадження ІК були отримані в результаті допомоги національних програм з ІК ” Ліберія. “Оцінка лікарні була проведена задля подальшого стратегічного планування партнерських стосунків з лікарнею у Японії. Партнерські стосунки зробили доступним обмін знаннями та розробку спільних заходів щодо вдосконалення ІК.” Ліберія-Японія.

*Труднощі в адаптації анкети до особливостей закладу охорони здоров'я.* Необхідно розпочинати з невеликих оцінок існуючих баз даних та інших доступних джерел інформації таким чином засвоюючи механізми аудиту та зворотнього зв'язку.

Приклади: “Ми досі маємо проблеми з адаптацією до місцевих особливостей. Медичні працівники не звикли до атмосфери аудитів та зворотнього зв'язку, вони вважають це заходом для їх покарання. Тому ми розпочали з епіднагляду та привернення уваги до необхідності аудиту.” Шрі-Ланка.

## **Чек-лист кроку 2**

*Наприкінці другого кроку потрібно мати/зробити:*

1. Ознайомитися з анкетною ВООЗ щодо оцінки ІК
2. Провести наради з адміністрацією лікарні та зацікавленими сторонами щодо плану проведення оцінки
3. Визначити відповідальних та терміни виконання
4. Провести оцінку за усіма ключовими компонентами
5. Проаналізувати результати
6. Презентувати результати адміністрації лікарні та усім зацікавленим сторонам
7. Визначити частоту подальших оцінок

8. Підготувати звіт щодо оцінювання для усіх учасників анкетування (завідувачі відділеннями тощо).

### **КРОК 3. РОЗРОБКА ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ПЛАНУ**

#### **Вступ.**

На початку третього кроку заклад охорони здоров'я має мати дані про результати оцінки стану ІК. Оцінка стану ІК за Анкетною ВООЗ разом з іншими проведеними оцінками допоможе визначити пріоритетні напрями для впровадження заходів з ІК та можливості для посилення тих компонентів ІК, які впроваджені у закладі охорони здоров'я. Мультимодальні підходи наведені у Додатку 1 допоможуть у складенні плану заходів з ІК. Важливо сфокусуватися на цілях, яких можна швидко досягнути, не забуваючи про стратегічні перспективи. Головним завданням є створення реалістичного плану побудованого на основі пріоритетів закладу охорони здоров'я. Також важливо пам'ятати, що наявність довгострокового плану є важливим компонентом у досягненні стратегічних цілей програми з ІК.

Метою даного кроку є створення переліку заходів, визначення відповідальних осіб, встановлення строків виконання, підрахунок бюджету та людських ресурсів для досягнення усіх ключових пріоритетів означених у цьому керівництві.

Після аналізу результатів початкової оцінки командою та комітетом з ІК потрібно визначити нагальні проблеми (наприклад один з видів ПНМД, який поширений у лікувальному закладі) та пріоритетні заходи щодо впровадження програми з ІК. Незважаючи на те, які ключові компоненти системи ІК будуть покращуватися, необхідно розробити план дій та представити його керівництву закладу охорони здоров'я.

**Основні заходи.**

*Момент для покращення.* План заходів з ІК має спиратися на результати проведеної оцінки стану ІК. Потрібно постійно доносити стратегію покращення стану ІК через зустрічі з адміністрацією лікарні, колективом тощо. Необхідно здійснювати пошук можливості реалізації програми ІК разом з іншими програмами, які реалізуються у лікарні.

*Розробка плану та мультимодальні підходи.* Необхідно проаналізувати кількісний показник оцінювання стану ІК за кожним компонентом, ті ключові компоненти, які набрали найменшу оцінку і мають стати першочерговим об'єктами для впровадження заходів з ІК. Потрібно визначити увесь наявний людський ресурс (лікарі, фахівці тощо) який можна залучити до реалізації програм з ІК. Якщо людські та фінансові ресурси відсутні для впровадження заходів у найбільш проблемних питаннях ІК, слід розпочати заходи інших компонентів. Для пріоритизації заходів, варто також користуватися й іншими проведеними оцінками стану ІК окрім анкети ВООЗ. Потрібно проаналізувати, які можливості є для реалізації програми з ІК у закладі охорони здоров'я в рамках національних чи міжнародних програм.

*Отримання підтримки для плану заходів з ІК.* Необхідно визначити хто буде долучений до написання плану з ІК. Проект плану заходів потрібно узгодити з медичними працівниками та суміжними програмами у закладі охорони здоров'я. План заходів потрібно зробити доступним для усіх охочих з ним ознайомитися. Проект плану має бути погоджений з адміністрацією закладу охорони здоров'я.

*Отримання необхідних ресурсів.* Потрібно чітко визначити необхідний фінансовий та людський ресурс для реалізації заходів з ІК. Необхідно обґрунтувати важливість реалізації запропонованих заходів. При відсутності

достатнього фінансування потрібно шукати можливості до фінансування у громадських організацій та інших потенційних донорів.

*Використання системних підходів.* У плані заходів потрібно встановити такі цілі, які є специфічними, кількісними, такими які можливо досягнути у встановлені часові рамки.

### **РОЗРОБКА ПРОГРАМИ З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ**

Наявність команди з ІК з визначеними відповідальними виконавцями, визначеними завданнями та виділеним бюджетом є надзвичайно важливим першим кроком для впровадження системи ІК у закладі.

#### **Приклад плану заходів**

| <b>Недолік</b>  | <b>Захід</b>  | <b>Відповідальний виконавець</b> | <b>Строки виконання</b> | <b>Бюджет</b> |
|---|---|----------------------------------|-------------------------|---------------|
| Відсутній персонал для реалізації заходів з ІК (або відсутні спеціальні знання) | Фахівцями з ІК можуть стати лікарі інфекціоністи, мікробіологи, медичні сестри, які зацікавлені в проблемі ІК | Головний лікар                   | 3 місяці                | Низький       |
| Не визначені завдання та обов'язки для фахівців з ІК                            | Розробити посадові інструкції та визначити обов'язки для фахівців   | Відповідальний з ІК              | 3 місяці                | Не потребує   |
| План з ІК не затверджений та не конкретний                                      | Розробити план в залежності від визначених пріоритетів  | Відповідальний з ІК              | 3 місяці                | Низький       |
| Відсутній комітет з ІК  | Сформувати комітет з ІК   | Відповідальний з ІК              | 3 місяці                | Низький       |
| Відсутнє фінансування програми з ІК   | Представити план з вдосконалення системи ІК, визначити необхідний бюджет для його реалізації                  | Відповідальний з ІК              | 6 місяців               | Високий       |
| Програма з ІК не є пріоритетом для лікарні                                      | Проводити роботу з адміністрацією лікарні, інтегрувати програму з ІК в інші програми та цілі                  | Відповідальний з ІК              | 3 місяці                | Низький       |



|  |                          |  |  |  |
|--|--------------------------|--|--|--|
|  | закладу охорони здоров'я |  |  |  |
|--|--------------------------|--|--|--|

## Можливі бар'єри та їх подолання

*Програма з ІК не є пріоритетом у закладі.* Інформація щодо ІПНМД є дуже важливою для переконання адміністрації лікарні у впровадженні програми з ІК. Якщо немає інформації, то немає проблеми. Якщо заклад охорони здоров'я має інформацію щодо поширеності ІПНМД, її варто використовувати з метою адвокації програми з ІК. Необхідно фокусуватися на невеликих завданнях, які можна відносно швидко досягнути. Необхідно створити комплексну програму змін та презентувати її колегами та адміністрації лікарні. Необхідно залучати заклад охорони здоров'я до національних та регіональних проектів з підтримки ІК. Потрібно підкреслювати важливість дотримання стандартів з ІК для отримання національної та міжнародної акредитації. Потрібно розглядати можливість залучення завідувача відділення та авторитетних лікарів до програми з ІК. Також важливо розглядати можливість залучення зовнішніх експертів для реалізації програми.

Приклади: “Адміністрації лікарні необхідно усвідомити важливість ІК, потенціал в покращенні безпеки пацієнтів та збереженні коштів у разі використання доказових заходів з ІК. Ми проводимо щомісячні зустрічі з проблем ІК серед лікарів, мікробіологів та медсестер. Також ми аналізуємо отримані результати та сповіщаємо про них адміністрацію лікарні. Ми проводимо роботу щодо залучення фінансування для нашої програми. Ми використовували практику заходів з гігієни рук для підкреслення важливості регулярного забезпечення милом та водою, а також ресурсами для мультимодальних підходів до зміни поведінки лікарів”. – Пакістан.

“Ми долучилися до програми з ІК під час дослідження щодо інфекції хірургічної рани. Ми проводили регулярні наради щодо безпеки пацієнтів та важливості ІК. Завдяки цим зусиллям нам вдалося заснувати комітет з ІК, який надалі підтримував впроваджені заходи та допоміг знайти ресурси для встановлення санітазерів для обробки рук”. – Кенія.

“Головним завданням у становленні програми з ІК є політична воля. Першим кроком в подоланні цього виклику є гарна підготовка фахівців з ІК, що дозволить їм проводити ефективну політику щодо необхідності впровадження ІК та розуміння епідеміологічної ситуації.” – Панамериканська Організація здоров'я.

“Наша програма розпочалася як комбінація різних проектів. Початкова технічна допомога для розвитку програми з ІК була надана бюро ВООЗ у Європі та CDC. Інші лікарні розпочали проект за своєю власною ініціативою і згодом отримали допомогу з Національного центру контролю над захворюваннями”. – Грузія.

“Впровадження посади заступника директора з ІК дозволило досягнути розуміння важливості програми з ІК. Спочатку фокус був спрямований на гігієну рук, і велику роль у цьому зіграла заступник директора з ІК”. – Гана.

“Ми мали децентралізовану систему охорони здоров'я, тому важливо було працювати задля впровадження ІК на усіх трьох ланках медичної допомоги. Спочатку ми створили Національну асоціацію з ІК і долучили до неї представників університетів, індустрії та медичних працівників. Ми розпочали проводити щорічні конференції, на які ми запрошували членів уряду, що допомогло нам в адвокації національних програм з ІК”. – Нігерія.

“Один з головних викликів – це комунікація та політична воля. Ми досягнули цього шляхом залучення пацієнтських організацій”. – Буркіна Фасо.

*Відсутність необхідних знань для впровадження програми з ІК.* Потрібно визначити принаймні одну особу, відповідальну за ІК, яка розробить та почне виконувати план з ІК, а також почне проводити навчання персоналу.

Приклади: “Наш підхід полягав у залученні принаймні одного фахівця, зацікавленого в ІК. Ми надавали навчання цьому фахівцю за кордоном, а також переконували адміністрацію лікарні в необхідності створення команди з ІК з визначеними обов'язками задля збору інформації та реалізації заходів з ІК”. – Лікарі без кордонів.

*Відсутність інфраструктури та фінансування.* Потрібно розглянути можливість фінансування програми з ІК з різних джерел (інші програми всередині закладу охорони здоров'я, громадські організації, інші лікарні).

Приклади: “Дві лікарні мали успіх у залученні фінансування програми з ІК шляхом репріоритизації витрат, а не шляхом залучення нового фінансування”. – Зімбабве.

### **Завдання та обов'язки членів команди з ІК.**

До завдань команди з ІК належать:

розробка та реалізація плану з ІК;

розробка, адаптація та поширення керівництв з ІК;

координація освітніх програм з ІК,

розробка та координація епіднагляду;

сприяння покращенню інфраструктури закладу;

сприяння зв'язку програми з ІК з іншими програмами;

впроваджувати мультимодальні підходи до впровадження заходів з ІК.

### **Завдання та обов'язки членів комітету з ІК.**

Члени комісії з ІК: головний лікар, головна медична сестра, завідувачі відділеннями, відповідальний з ІК, відповідальна медична сестра з ІК, голови

відділень безпеки пацієнтів та якості медичної допомоги, головний фармацевт, головний інженер, відповідальний з безпеки праці, відповідальні за харчування.

Завдання комісії:

проводити моніторинг впровадження заходів з ІК у тому числі розробку планів з ІК;

надавати рекомендації команді з ІК;

допомагати в організації тренінгів;

адвокувати заходи з ІК перед адміністрацією лікарні;

виконувати інші функції пов'язані з ІК у закладі.

### **КЕРІВНИЦТВА З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ**

#### **Вступ.**

Розробка керівництв – складний процес, який потребує специфічних знань. Тим не менше, існує велика кількість міжнародних протоколів, які можуть бути адаптовані під локальні умови. Спираючись на міжнародні стандарти, багато країн розробили або розробляють свої власні національні керівництва, які в подальшому можуть бути адаптовані до потреб лікарні. Рівень закладу охорони здоров'я часто не є оптимальним для розробки керівництв. Більш зручною моделлю є впровадження національних або міжнародних керівництв. Заклади охорони здоров'я можуть інтегрувати керівництва з ІК в інші програми, а не розробляти окремі керівництва з ІК. Формат та доступність протоколів є критично важливими для їх впровадження та використання.

#### **Приклад плану заходів**

| <b>Недолік</b> | <b>Захід</b> | <b>Відповідальний виконавець</b> | <b>Строки виконання</b> | <b>Бюджет</b> |
|----------------|--------------|----------------------------------|-------------------------|---------------|
| Відсутність    | Знайти       | Відповідальний з ІК              | 6 місяців               | Низький       |

|   |  |                     |          |                    |
|---|--|---------------------|----------|--------------------|
| керівництв, заснованих на доказовій базі, та незацікавленість лікарів у їх розробці | національні або міжнародні керівництва та затвердити їх у закладі охорони здоров'я, адаптувати зміст керівництв до потреб закладу, якщо це необхідно   |                     |          |                    |
| Відсутність знань для розробки керівництв   | Залучитися підтримкою національних експертів з ІК та використати їх допомогу для створення керівництв, розглянути можливість залучення консультантів для розробки керівництв.  | Відповідальний з ІК | 3 місяці | Середній / Високий |
| Керівництва не інтегровані в інші програми  | Організувати зустрічі з відповідальними за інші програми у закладі охорони здоров'я, розробити план включення керівництв з ІК до інших керівництв. (Наприклад, керівництва з гігієни рук та асептичних технік включити | Відповідальний з ІК | 1 місяць | Низький            |

|   |  |                     |          |         |
|---|--|---------------------|----------|---------|
|   | до керівництва з обробки ран; включення питань акредитації з ІК до загальних стандартів акредитації).  |                     |          |         |
| Не розроблений план впровадження керівництв | Розробити щорічний план роботи, використовуючи мультимодальні підходи з описом навчання персоналу, процесу проведення моніторингу імплементації, оцінки знань, шляхів комунікації та залучення провідних фахівців. | Відповідальний з ІК | 4 місяці | Низький |

### Можливі бар'єри та їх подолання

*Обмежений доступ до керівництв.* Необхідно здійснити пошук національних та міжнародних керівництв. Потрібно дізнатися про існування розроблених керівництв в інших закладах охорони здоров'я або звернутися по допомогу до організацій з ІК.

Приклади: “Для розробки керівництв для нашої програми з ІК ми взяли керівництва CDC. У 2012 році Міністерство охорони здоров'я видало керівництво з безпеки ін'єкцій госпітальної пневмонії, інфекції хірургічної рани, стерилізації, тому ми скористалися цими керівництвами. Тим не менше, деякі елементи цих керівництв були застарілими, тому ми очікуємо нових керівництв від Міністерства. Розробку керівництв підтримує дорадчий комітет з ІК”. – В'єтнам.

“Протягом одного року ми розробили власні керівництва з ІК, Ми використали національні керівництва та адаптували їх для нашого закладу охорони здоров'я. Лікарі та фахівці з ІК переглянули усі кроки керівництва, а потім поширили їх серед відповідних відділень лікарні. Ми провели тренінги для персоналу

та проводили моніторинг виконання керівництв. Через два роки наша лікарня здобула національну акредитацію”. – Єгипет.

*Регулярне оновлення керівництв.* Необхідно регулярно перевіряти наявність нових національних та міжнародних керівництв. Потрібно проводити регулярні зустрічі з мультидисциплінарними командами для оновлення рекомендацій з ІК.

Приклади: “Оновлювати керівництва з ІК є викликом для закладу охорони здоров'я, тому ми започаткували регулярні воркшопи, де обговорюються нові докази та обґрунтування для використання керівництв”. – Пакістан.

*Відсутність знань для розробки керівництв.* У разі відсутності національних керівництв необхідно розглянути можливість залучення зовнішніх експертів для розробки та адаптації керівництв. При розробці керівництв необхідно залучати широке коло фахівців з різних відділень лікарні. Потрібно намагатися підтримувати зв'язок з національними координаторами з ІК та експертами, що мають досвід у створенні керівництв.

Приклади: “Заклад охорони здоров'я потребує наявності досвідченого персоналу з ІК для розробки та інтеграції керівництв. Існує можливість залучення зовнішньої технічної допомоги задля написання необхідних керівництв”. – Панамериканська організація здоров'я.

“Ми використовували керівництва CDC та ВООЗ, а потім адаптували їх для нашого закладу охорони здоров'я” – Пакістан.

*Розповсюдження керівництв серед медичних працівників.* Паралельно з розробкою керівництв потрібно планувати, якою буде модель поширення, промоції та впровадження керівництв. Необхідно використовувати мультимодальні підходи та стандарти операційних процедур задля ефективного впровадження керівництв.

Приклади: “Ключовим викликом є впровадження керівництв. Два варіанти, які допомагають імплементувати керівництва – це розробка плану того, як буде поширена інформація про них і як буде відбуватися моніторинг їх виконання” – Східна Африка.

“Для впровадження керівництв ми відкрили місцевий журнал, який видавався у декількох лікарнях. Для адаптації міжнародних протоколів ми використовували спосіб розробки стандартів операційних процедур” – Нігерія.

“Спершу необхідно проводити тренінги. Після того, як ми залучили підготовлених фахівців з ІК, вони розробили керівництва, навчили інших. Контроль – один з ключових компонентів у цьому. Команда з ІК проводила регулярні наради з лікарями щодо керівництв з ІК. Це було дуже ефективно для відділення інтенсивної терапії, де були розроблені специфічні заходи для контролю за ІПНМД” – Аргентина.

*Інтеграція керівництв з ІК до інших програм.* Необхідно комунікувати з усіма зацікавленими сторонами та відділеннями лікарні задля включення керівництв з ІК до інших програм, а отже, збільшення можливості їх успішного використання.

Приклади: “Керівництва з ІК мають бути інтегрованими до інших програм. Тому необхідно проводити дискусії з усіма відділеннями лікарні на етапі розробки керівництв з ІК”. – Східна Африка.

## **ОСВІТА ТА ТРЕНІНГИ**

### **Вступ**

Важливим елементом впровадження ІК є зв'язок між освітою, тренінгами та керівництвами з ІК. Заклад охорони здоров'я має забезпечити тренінги для усіх нових співробітників, а також навчання для усіх співробітників щонайменше один раз на рік. Тренінги мають бути пов'язані з специфікою роботи медичного персоналу, мають проводитися також для адміністрації лікарні, молодшого медичного персоналу тощо. При розробці плану дій потрібно враховувати, як буде відстежуватися якість тренінгів та оцінюватися їх результат. Потрібно впроваджувати інтерактивні тренінги та лекції для збільшення мотивації лікарів, медичних сестер тощо. При розробці плану дій потрібно враховувати безперервну освіту для фахівців з ІК. Також варто впроваджувати освітні курси з основ гігієни для пацієнтів та їх родин.

### **Приклад плану заходів**

| <b>Недолік</b>  | <b>Захід</b>   | <b>Відповідальний виконавець</b> | <b>Строки виконання</b> | <b>Бюджет</b> |
|---|--|----------------------------------|-------------------------|---------------|
| Відсутність знань щодо розробки та реалізації тренінгів | Здійснити пошук фахівців з ІК, які мають належний досвід, розробити звіт про наявний персонал для адміністрації лікарні та підкреслити відсутність необхідних спеціалістів | Відповідальний з ІК              | 3 місяці                | Низький       |
| Відсутність регулярних тренінгів з ІК                   | Розробити програму тренінгів з ІК, використовуючи  | Відповідальний з ІК              | 3 місяці                | Середній      |

|  |  |                     |                      |          |
|--|--|---------------------|----------------------|----------|
|  | тренінгові модулі ВООЗ   |                     |                      |          |
| Тренінги з ІК не інтегровані у клінічну практику | Залучити інший медичний персонал закладу охорони здоров'я для розробки плану з тренінгів по ІК   | Відповідальний з ІК | 6 місяців            | Низький  |
| Відсутність регулярних тренінгів для пацієнтів   | Розробити план тренінгів для пацієнтів та родин з урахуванням основних пріоритетів (пацієнти відділень інтенсивної терапії тощо), гігієна рук може слугувати зручним прикладом для тренінгів               | Відповідальний з ІК | 3 місяці (та більше) | Низький  |
| Відсутність тренінгів для фахівців з ІК          | Розробити план безперервної освіти для фахівців з ІК, розглянути можливість тренінгів у закладах охорони здоров'я, де впроваджена система ІК, можливість участі в національних та міжнародних конференціях | Відповідальний з ІК | 3 місяці та більше   | Середній |

### Можливі бар'єри та їх подолання

*Відсутність освітніх матеріалів для тренінгів.* Необхідно розпочати з невеликих тренінгів (наприклад, тренінг з гігієни рук) з використанням доступних матеріалів (наприклад, рекомендацій ВООЗ). Потрібно дізнатися, чи доступні стандартизовані тренінгові матеріали на національному рівні або у міжнародних спільнот / товариств.

Приклади: “Ми використовували тренінги з гігієни рук як відправну точку для освіти з ІК”, – Кенія.

*Відсутність належних знань для проведення тренінгів.* Слід розглянути можливість залучення фахівців регіонального та національного рівня.

Приклади: “Як провідний лікар-інфекціоніст, я отримав змогу пройти тренінг APSIC. Ми пройшли курси, які спонсорувалися Міністерством охорони здоров'я для оновлення знань з ІК”, – В'єтнам.

*Неможливість залучення необхідних фахівців.* Потрібно розглянути можливість створення мультидисциплінарних тренінгів з залученням адміністрації лікарні, лікарів та медсестер.



Приклади: “Ми інтегрували тренінги з ІК та впровадили тренінги для нових співробітників”, – Нігерія.

*Відсутність часу для проведення тренінгів.* Потрібно розглянути можливість тренінгів без відриву від виробництва.

Приклади: “Ми зробили пріоритетом проведення тренінгів без відриву від виробництва та регіональних тренінгів з ІК”, – Лікарі без кордонів.

“Наша лікарня відкрила демонстраційну кімнату, де можуть навчатися фахівці з ІК. Цей тренувальний майданчик використовується для освіти усіх медичних співробітників”, – Гана.

*Відсутність бажання медичного персоналу брати участь у тренінгах.*

Потрібно розглянути можливість проведення симуляційних занять.

Приклади: “Ми маємо щорічну програму для наших медичних працівників, яка наразі заснована на електронній платформі. Також ми маємо щорічні зустрічі з медсестрами щодо питань ІК. Також ми проводимо симуляційні тренінги для нових співробітників”, – Аргентина.

## **ЕПІДНАГЛЯД ЗА ІПНМД**

### **Вступ**

Впровадження епіднагляду за ІПНМД потребує підтримки адміністрації лікарні та погодження з нею, а також з відділеннями лікарні. Впровадження епіднагляду може потребувати додаткових ресурсів (кваліфікований персонал, в деяких випадках – мікробіологічний супровід). Розробка програми епіднагляду потребує наявності кваліфікованого фахівця-епідеміолога, а також персоналу, відповідального за збір даних у відділеннях. Якщо у закладі охорони здоров'я відсутні відповідні фахівці, першочерговим завданням є підготовка або залучення кадрів за допомогою національних програм або інших закладів охорони здоров'я. В деяких країнах експерти з епіднагляду національного рівня надають допомогу шляхом менторських візитів, тренінгів, допомоги в розслідуванні випадків ІПНМД, у зборі даних та їх оцінці. Епіднагляд за усіма видами ІПНМД не є обов'язковим, але для тих інфекцій, за якими встановлений епіднагляд, мають бути визначені чіткі цілі та індикатори. Багато закладів охорони здоров'я, які не мають можливості епіднагляду, починають його з невеликих завдань, таких як хірургічна інфекція у жінок після кесаревого розтину, або поширення інфекцій, таких як туберкульоз, ВІЛ.

## Приклад плану заходів

| Недолік  | Захід  | Відповідальний виконавець | Строки виконання | Бюджет   |
|--|--|---------------------------|------------------|----------|
| Обмежені ресурси для проведення епіднагляду                              | Розробити бізнес-план з метою встановлення системи епіднагляду, визначити можливість залучення національних та регіональних програм, розглянути можливість залучення фахівців з епідеміології, з інших програм у закладі охорони здоров'я, розпочати програму епіднагляду з цільових досліджень однієї з ІПНМД           | Відповідальний з ІК       | 3-6 місяців      | Низький  |
| Відсутність інформації щодо тягара ІПНМД                                 | Визначити найбільш поширені ІПНМД у закладі, визначити поширеність ІПНМД за допомогою національної статистики. Визначення поширеності ІПНМД слід проводити у відділеннях інтенсивної терапії, хірургічних відділеннях. Необхідно підтримувати зв'язок та обговорювати результати з лікарями відділень та фахівцями з ІК. | Фахівець з ІК             | 3-6 місяців      | Середній |
| Відсутність стандартизованих визначень випадків інфекцій для епіднагляду | Використовувати національні визначення випадків інфекцій для проведення епіднагляду. У разі відсутності використовувати протоколи ВООЗ та CDC.   | Відповідальний з ІК       | 1-2 місяців      | Низький  |

|  |  |                     |            |          |
|--|--|---------------------|------------|----------|
| Стандартизована система епіднагляду не є компонентом програми з ІК | За допомогою фахівців з ІК та лікарів відділень проводити зустрічі щодо обговорення систем імплементації епіднагляду за поширеними ІПНМД.  | Відповідальний з ІК | 3 місяці   | Середній |
| Відсутність прихильності до програми епіднагляду                   | Розробити короткі адвокаційні матеріали, які інформують про важливість епіднагляду у зменшенні поширеності ІПНМД, поширювати інформацію щодо важливості епіднагляду на зустрічах з адміністрацією лікарні та підкреслювати необхідність епіднагляду для програми з ІК. | Відповідальний з ІК | 1-2 місяці | Низький  |
| Відсутність необхідної потужності мікробіологічної лабораторії     | Розглянути можливості для покращення потужності лабораторії, відправлення зразків на аналіз до інших лабораторій. Створити опис епіднагляду за конкретним ІПНМД та презентувати його адміністрації лікарні.  | Відповідальний з ІК | 3 місяці   | Високий  |

### Можливі бар'єри та їх подолання

*Відсутність знань щодо епіднагляду.* Необхідно здійснити пошук національних та регіональних програм епіднагляду та можливості долучення до цих програм закладу охорони здоров'я. Розгляньте можливість створення системи епіднагляду шляхом інтеграції з іншими програмами (наприклад антибіотикорезистентності). Розгляньте можливість залучення зовнішніх експертів для аналізу отриманих даних.

Приклади: “Ми мали можливість співпрацювати з регіональними програмами CDC. Деякі лікарні отримали необхідні знання та поширювали їх шляхом проведення тренінгів для інших лікарень. Існує практика

регулярних візитів задля інтерпретації отриманих даних. Для отримання результатів, ми почали з нагляду за катетер-асоційованими інфекціями кровотоку. Також ми проводили наради з Міжнародним консорціумом з інфекційного контролю задля визначення рівнів нозокоміальної інфекції” Індія. “Розробка системи клінічного та лабораторного епіднагляду була важкою. Ми розпочали з епіднагляду за респіраторними захворюваннями, інфекції ран та кровотоку. Впровадження системи автоматизованого епіднагляду був великим кроком вперед. Наступним кроком було розширення програми на резистентні бактерії та залучення національних програм. Заклад охорони здоров'я намагався оцінити рівні зараження на туберкульоз та ВІЛ в умовах лікарні, щоб оцінити тягар цих проблем. Ми розпочали епіднагляд з інфекції кровотоку та надавали інформацію про них до відділення педіатрії та відділення новонароджених щотижня. Епіднагляд без зворотнього зв'язку не потрібний. Ми презентували розширені результати епіднагляду що два тижні на зустрічах лікарів” ICAN.

*Не визначені пріоритети епіднагляду.* Слід визначити відділення високого ризику, наприклад, відділення інтенсивної терапії, відділення хірургії. Потрібно призначити одну медсестру, відповідальну за ІК, яка буде відвідувати зазначені відділення кожен день та збирати інформацію щодо епіднагляду, використовуючи стандартні визначення. Слід зосередити увагу на процедурах, які часто виконуються і для яких існує доказова база щодо попередження можливого інфікування. Потрібно розглянути можливість покрокової імплементації системи епіднагляду, розпочинаючи з інфекції хірургічної рани або акушерської інфекції. Необхідно визначити найбільш поширені ІПНМД та організувати зустрічі з завідувачами відділень та лікарями для визначення основних заходів з ІК. Побудова партнерських взаєностосунків є дуже важливою. Вона повинна охоплювати мікробіологічну лабораторію, клінічну лабораторію, фармацевтичний відділ та лікарів, які займаються проблемами антибіотикорезистентності. Якщо дані щодо епіднагляду вже існують, необхідно визначити ті нозології, які найбільш поширені у лікарні. Необхідно поєднувати епіднагляд за антибіотикорезистентними штамми та епіднагляд за ІК.

Приклади: “У нас було дві медсестри з ІК. Задля впровадження епіднагляду ми використовували методику CDC та електронну систему. Ми використовували активний проспективний епіднагляд, який був впроваджений щоденно. Ми зосередили увагу на епіднагляді у відділенні інтенсивної терапії, хірургії та відділенні гемодіалізу. Також ми мали системи епіднагляду за клостридіальною інфекцією. Наша мікробіологічна лабораторія є референс-лабораторією в країні та звітує до системи WHONET. Ми проводимо регулярні зустрічі та надаємо щорічні звіти щодо результатів епіднагляду”, - Аргентина.

“Ми сфокусували зусилля з епіднагляду на інфекціях хірургічної рани, враховуючи наукові дослідження з цієї тематики. Інфекції хірургічної рани є пріоритетом для епіднагляду в країнах з низьким та середнім доходом. Основними компонентами епіднагляду є те, яка інформація збирається, за який період часу, ким збирається інформація, як інформація буде аналізуватися та які управлінські рішення будуть прийняті. Для інфекції хірургічної рани інформація має збиратися командою з ІК протягом 30 днів включно з телефонними дзвінками до пацієнтів після виписки, оскільки хірургічна інфекція може виникати протягом 30 днів після процедури. Отриману інформацію ми використовували для впровадження заходів з покращення ІК. Протягом роботи ми мали проблеми з наявністю фахівців з ІК, обмеженістю ресурсів, обмеженою потужністю мікробіологічної лабораторії та надлишковим прийомом антибіотиків”, - Кенія.

“На початку все, що ми мали – це був папір та олівець. Ми розпочали з клінічного епіднагляду. Персонал відвідував відділення кожен день для перевірки стану пацієнтів та медичних записів. Згодом ми додали лабораторний компонент до епіднагляду. Ми найняли двох статистиків, які допомогли нам з обробкою та аналізом інформації. Згодом Міністерство охорони здоров'я підтримало регіональну програму та менторські візити щодо катетер-асоційованих інфекцій кровотоку та сечової системи. Також ми розробили систему епіднагляду за вентилятор-асоційованою пневмонією та інфекцією хірургічної рани, використовуючи нашу власну методику. Кожен місяць ми надаємо інформацію щодо епіднагляду до адміністрації лікарні та лікарів. Ця інформація включає поширеність ІПНМД та профілі резистентності збудників”, - В'єтнам.

*Відсутність підтримки системі епіднагляду.* Потрібно налагодити регулярну комунікацію щодо результатів епіднагляду між адміністрацією лікарні та лікарями. Потрібно наголошувати на конфіденційності даних, а також на позитивному впливові епіднагляду. Слід використовувати наявну інформацію задля комунікації з Міністерством охорони здоров'я. Потрібно розрахувати необхідну кількість часу та персоналу для проведення комплексного епіднагляду та визначити необхідність у навчання персоналу та наявності необхідного обладнання.

Приклади: “Ми почали адаптацію та стандартизацію визначень випадків інфекції. Також ми впровадили систему зворотнього зв'язку щодо результатів епіднагляду як до адміністрації лікарні, так і до лікарів”, - Нігерія.

“Це був ніби загублений корабель в океані – з чого ми мали почати систему епіднагляду? Ми мали бажання, але не мали ресурсів. Всього три фахівці з ІК, медсестра, статистики та величезна лікарня на 1500 ліжок. Спочатку ми розробили систему пасивного епіднагляду, яка ґрунтувалася тільки на даних мікробіологічної лабораторії. Згодом ми доповнили заходи активним епіднаглядом у відділенні інтенсивної терапії. Згодом ми розширили активний епіднагляд на інфекції хірургічної рани, вентилятор-асоційовані пневмонії та катетер-асоційовані інфекції. Медичні сестри перевіряли стан пацієнтів та медичну документацію щодня, крім цього, надсилали сповіщення про випадки інфекції згідно зі стандартними визначеннями. Далі команда з ІК перевіряла лабораторні дані, але процес відбувався вручну. Згодом ми отримали першу національну автоматизовану систему епіднагляду за ІПНМД. Такий підхід значно покращив точність епіднагляду та зворотній зв'язок з лікарями”, - Єгипет.

*Відсутність достатньої потужності лабораторії.* Потрібно розглянути можливість допомоги мікробіологічній лабораторії з регіональних або національних програм, або допомоги від референс-лабораторії. Можливе використання рекомендацій SLMTA. Ці рекомендації розроблені задля досягнення швидкого та кількісного покращення показників роботи лабораторії. Потрібно розглянути можливість залучення мікробіологів до роботи в лабораторії. Слід звернути увагу на вимоги системи GLASS, які встановлюють нормативи для тестування та звітування про випадки антибіотикорезистентності.

Приклади: “Лабораторії в Гані пройшли програму SLMTA. Лабораторіям допомагали проведенням тренінгів та логістикою. Була проведена оцінка лабораторій, і деякі з них були покращені. Загалом, було покращено 47 лабораторій. У 2016 році 295 співробітників лабораторій отримали навчання з мікроскопії малярії. Це збільшило ефективність тестування на малярію з 39% до 77%”, - Гана.

### **МУЛЬТИМОДАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ**

#### **Вступ**

Деякі заклади охорони здоров'я можуть бути незнайомі з концептом мультимодальних стратегій для підтримки впровадження програм з ІК. Заклади охорони здоров'я можуть використовувати інші підходи для впровадження ІК і не усвідомлювати, що їх підходи схожі з мультимодальними підходами. Потрібно визначити, як можна застосовувати мультимодальні підходи, наприклад, під час невеликих тренінгів або співбесід. У разі використання мультимодальних підходів для підтримки гігієни рук ці підходи можна поширити на усі компоненти впровадження системи з ІК.

#### **Приклад плану заходів**

| <b>Недолік</b>  | <b>Захід</b>   | <b>Відповідальний виконавець</b> | <b>Строки виконання</b> | <b>Бюджет</b> |
|---|--|----------------------------------|-------------------------|---------------|
| Відсутність знань щодо важливості мультимодальних стратегій | Потрібно ознайомитися з рекомендаціями ВООЗ щодо мультимодальних стратегій та іншими літературними | Відповідальний з ІК              | 3 місяці                | Середній      |

|   |  |                     |          |           |
|---|--|---------------------|----------|-----------|
|   | джерелами щодо цього питання.<br>Потрібно організувати лекції для співробітників щодо мультимодальних стратегій.<br>Слід переконатися, що впроваджені тренінги з ІК містять елементи мультимодальних стратегій.<br>Потрібно використовувати мультимодальні підходи під час промоції матеріалів з ІК, залучати лідерів серед медичного персоналу для підтримки мультимодальних стратегій. |                     |          |           |
| Стратегічні покращення системи ІК не залучають усіх елементів мультимодальних стратегій | Потрібно підвищити обізнаність щодо мультимодальних стратегій шляхом включення питань до опитувальників, керівництв та тренінгів для лікарів та медсестер. Слід розробити буклети або інші документи, які на прикладі демонструють вплив мультимодальних підходів під час реалізації програми з ІК.  | Відповідальний з ІК | 3 місяці | Середній  |
| Відсутність взаємодії фахівців з різних відділень щодо впровадження ІК                  | Потрібно провести зустрічі з колегами задля промоції мультимодальних підходів під час впровадження програми з ІК.<br>Під час зустрічей необхідно звернути увагу на мультимодальні стратегії протягом обговорення можливих заходів з покращення ІК, а саме – тренінгів, системи аудиту, комунікації та організаційної культури.   | Відповідальний з ІК | 1 місяць | Відсутній |

### Можливі бар'єри та їх подолання

*Відсутність розуміння принципів мультимодальних стратегій.* Потрібно донести до адміністрації лікарні важливість мультимодальних підходів та забезпечити підтримку їх впровадження. Можна використовувати гігієну рук як приклад для реалізації мультимодальних стратегій.

Приклади: “Ми зробили майстер-класи для адміністрації лікарні з метою збільшення знань щодо мультимодальних підходів”, - Сенегал.

“Ми використовували приклад гігієни рук, пояснювали адміністрації необхідність наявності мила і води, просили лікарів та медсестер на власному прикладі показувати прихильність до гігієни рук. Кожен місяць ми вручали нагороду одному лікарю і одній медсестрі за найкращу гігієну рук. Результати були розміщені на стендах. Це дозволило покращити гігієну рук, оскільки деякі лікарі та медсестри розпочали моніторинг за гігієною рук в інших відділеннях. Ми проводили регулярні тренування для персоналу. Також ми працювали над заходами щодо зменшення катетер-асоційованих інфекцій. Ми розміщували на стендах інформацію про дні без катетерів. Ми моніторили впровадження мультимодальних стратегій та звітували про них щомісяця”, - Пакістан.

“Ми проводили щорічні компанії з гігієни рук для розвитку мультимодальних стратегій. Адміністрація лікарні виділила ресурс для реалізації таких стратегій. Ми маємо якісні індикатори гігієни рук і перевіряємо прихильність до гігієни протягом року. Ми провели низку тренінгів, а зараз починаємо впроваджувати мультимодальні підходи для інших ПНМД”, - Аргентина.

“Ми використовували мультимодальні підходи, включаючи тренінги, зворотній зв'язок, комунікацію щодо гігієни рук. Ми намагалися продемонструвати важливість отриманої інформації. Ми потребували технічної допомоги в аналізі результатів, які адміністрація змогла використати інформацію для планування заходів з ІК”, - Африканський регіон.

*Труднощі в досягненні організаційної культури.* Потрібно розглянути можливість використання адаптивних підходів для впровадження ІК.

Приклади: “Ми були залучені до наукової роботи щодо інфекції хірургічної рани. Це дозволило нам ретельно підійти до розробки мультимодальної стратегії для зменшення цієї нозології у лікарні. Спочатку ми розглянули низку заходів щодо зменшення рівня інфекції хірургічної рани, які були б можливими і доступними для нашої лікарні. До цих заходів належали покращення операційної, розробка чек-листів, передопераційна обробка, обробка шкіри і рук, антибіотикопрофілактика. Ми хотіли розробити заходи, щоб вони були ефективними та довготривалими, а також слугували прикладом для інших лікарень. Ми адаптували стандартні визначення випадків інфекції для нашої лікарні з метою збору стандартизованої інформації. Наше відділення мало хірурга, який був залучений до програми і проводив тренінги для інших. Ми розробили опитувальники з безпеки пацієнтів, що допомогло нам покращити командну роботу. Ці елементи допомогли впровадити організаційну культуру безпеки, у якій ефективно реалізовувалися заходи з ІК”, - Кенія.



**МОНІТОРИНГ, АУДИТ, ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЯЗОК****Вступ**

Відповідно до результатів оцінювання стану ІК, заклад охорони здоров'я має встановити практики, що потребують моніторингу, що в свою чергу покращить програму з ІК. Моніторинг та аудит є важливими елементами мультимодальних стратегій, проте потрібно пріоритизувувати практики, які потребують моніторингу та встановлювати індикатори під час його проведення. Результати моніторингу мають бути доступними для адміністрації лікарні та лікарів, має бути встановлена чітка відповідальність, графік та частота проведення моніторингу. Якщо моніторинги ніколи раніше не проводилися, слід почати з моніторингу гігієни рук.

**Приклад плану заходів**

| <b>Недолік</b>                                  | <b>Захід</b>   | <b>Відповідальний виконавець</b> | <b>Строки виконання</b> | <b>Бюджет</b> |
|---|--|----------------------------------|-------------------------|---------------|
| Відсутність ресурсів для проведення моніторингу | Розробити бізнес-план щодо потреби у персоналі з моніторингу та аудиту, електронних ресурсах для моніторингу та аудиту, перевірити наявність доступних курсів з моніторингу. Бажано розпочинати моніторинг з гігієни рук                   | Адміністрація лікарні            | 2-3 місяці              | Середній      |
| Відсутність цілей та плану для моніторингу      | Запросити експертів щодо узгодження методів моніторингу, зробити моніторинг націленим на ті практики, які пов'язані з високим поширенням ІПНМД. Необхідно включити моніторинг та аудит до щорічного плану з ІК як його обов'язкову частину | Відповідальний з ІК              | 2-3 місяці              | Середній      |

|   |  |                            |                   |                 |
|---|--|----------------------------|-------------------|-----------------|
| <p>Відсутність підтримки серед персоналу лікарні</p>          | <p>Провести зустрічі з адміністрацією лікарні та медичним персоналом щодо збільшення обізнаності у важливості моніторингу. Варто обґрунтувати важливість моніторингу, використовуючи наявні наукові дослідження та доказову базу. Також необхідно визначити належну кількість ресурсів та часу щодо здійснення моніторингу у закладі</p> | <p>Відповідальний з ІК</p> | <p>2-3 місяці</p> | <p>Низький</p>  |
| <p>Відсутність механізму зворотнього зв'язку з персоналом</p> | <p>Визначити усі зацікавлені сторони, які мають отримувати зворотній зв'язок. Потрібно включити зворотній зв'язок до плану заходів з ІК як його обов'язкову частину. Необхідно забезпечувати отримання необхідної інформації усім медичним персоналом</p>  | <p>Відповідальний з ІК</p> | <p>2-3 місяці</p> | <p>Середній</p> |
| <p>Відсутність оцінки організаційної культури</p>             | <p>Потрібно використовувати методи для оцінки організаційної культури у закладі охорони здоров'я. Наприклад, агентства з досліджень в охороні здоров'я та якості медичних послуг</p>   | <p>Відповідальний з ІК</p> | <p>2-3 місяці</p> | <p>Низький</p>  |

**Можливі бар'єри та їх подолання**

*Відсутність підтримки програми моніторингу.* Потрібно донести, що моніторинг та аудит є ключовими елементами для впровадження програми з ІК. Потрібно визначити пріоритети для моніторингу, а також проводити регулярні зустрічі щодо інформування про результати моніторингу. Бажано

залучити заклад охорони здоров'я до національних та регіональних програм аудиту. Потрібно інтегрувати моніторинг за ІК до інших програм моніторингу. Слід залучати тренерів для покращення системи моніторингу.

Приклади: “Ми проводили регулярний моніторинг впровадження мультимодальних стратегій та проводили щомісячні зустрічі з мікробіологами, адміністрацією лікарні, лікарями та медсестрами для оцінки отриманих результаті”, - Пакистан.

“Для отримання підтримки програми з ІК ми потребували вихідних даних, що переконати адміністрацію у важливості ІК. Тому ми почали з моніторингу та оцінки. Спочатку ми збирали інформацію вручну. Ми витратили два роки на проведення зустрічей та переконання у важливості ІК. Зараз команда з ІК складається з 10 медсестер та одного лікаря-інфекціоніста”, - Індія.

*Програма моніторингу вважається занадто часомісткою. Необхідно розпочинати з невеликих аудитів, використовуючи наявні технології, та оприлюднювати результати моніторингу. Одним з варіантів є безпосереднє спостереження за проведенням процедур, дискусії у фокус-групах, опитування задоволеності пацієнтів, система скарг пацієнтів, оцінка аварій, наприклад, уколів голкою.*

Приклади: “Ми почали з ручного збору інформації кожного дня. Ми спостерігали за процедурою постановки катетерів. Ми встановили власні цілі. Після отримання підтримки від адміністрації ми впровадили електронну систему. Ми розширили програму моніторингу до контролю за раціональним використанням антибіотиків”, - Індія.

“Ми мали додаток для мобільного телефону щодо моніторингу за гігієною рук. Команда моніторингу гігієни рук проводила щомісячні аудити гігієни рук. Ми отримали нагороду за найкращу гігієну рук у 2015 році. Після цього інші лікарні контактували з нами, щоб вивчити наш досвід”, - В'єтнам.

## **ПЕРСОНАЛ, ЗАЙНЯТІСТЬ ЛІЖКА**

### **Вступ**

Для впровадження системи ІК за рекомендаціями ВООЗ необхідно забезпечити ефективний діалог між командою з ІК та адміністрацією лікарні. Команда з ІК грає ключову роль у роз'ясненні проблем безпеки пацієнтів, медичного персоналу, а також наявного тягаря ПНМД та антимікробної резистентності. Оптимізація кількості персоналу та розміщення ліжок є викликом для закладу охорони здоров'я. Допомога регіональних та національних експертів є дуже важливою. Також можна використовувати керівництва WISN для розрахунку необхідної кількості персоналу.

## Приклад плану заходів

| Недолік  | Захід   | Відповідальний виконавець                    | Строки виконання | Бюджет    |
|--|---|--|------------------|-----------|
| Відсутній механізм оцінки необхідності у персоналі   | Використати керівництво WISN, розрахувати кількість персоналу, необхідного для виконання визначених завдань закладу охорони здоров'я  | Старша медична сестра                        | 1 тиждень        | Відсутній |
| Відсутній механізм звітування про недостатню кількість фахівців                                  | Обговорити результати проведеної оцінки з ІК та підкреслити важливість достатньої кількості персоналу задля забезпечення безпеки пацієнтів та безпеки лікарні. Розробити план щодо оптимізації кількості лікарів у закладі охорони здоров'я | Старша медична сестра, адміністрація лікарні | 3-6 місяців      | Високий   |
| Відсутній механізм реагування на випадки перевищення кількості пацієнтів наявної кількості ліжок | Обговорити результати проведеної оцінки з ІК з адміністрацією лікарні та лікарями та підкреслити важливість правильного розміщення ліжок для забезпечення інфекційної безпеки   | Старша медична сестра, адміністрація лікарні | 3-6 місяців      | Високий   |

## Можливі бар'єри та їх подолання

*Відсутність людських ресурсів.* Необхідно залучати медсестер та зацікавлений медичний персонал для збільшення ресурсної спроможності відділень. Також варто розглянути можливість залучення фахівців до різних завдань всередині закладу охорони здоров'я.

Приклади: "Ми знайшли шлях для досягнення співвідношення один фахівець з ІК на 250 ліжок шляхом залучення медсестер-сумісників. Для великих лікарень це не ідеальний варіант для організації ефективної програми з ІК", - Зімбabwe.

“Ми використовували моделі поєднання різних завдань для одного фахівця”, - Ліберія.

*Необхідність у ліжках перевищує можливості лікарні.* Слід розглянути можливість встановлення менших ліжок у відділеннях педіатрії, переглянути процедуру прийому та виписки пацієнтів.

Приклади: “Для оптимізації розміщення ліжок ми рекомендували встановлювати менших ліжок у відділенні педіатрії, переміщувати допоміжні відділення з будівлі лікарні, а також розробили керівництва для визначення необхідної кількості медичного персоналу”, - Лікарі без кордонів.

“Наразі ми розуміємо, що розміщення пацієнтів на підлозі та розміщення декількох пацієнтів в ізоляторах – це шлях до інфікування, і ми цього уникаємо. Це уроки від епідемій, а не від аудиту”, - Зімбабве.

“У нас було більше пацієнтів, ніж наявних ліжок, особливо вранці, і це означало, що ми мали проблеми, особливо, коли ми мали багато пацієнтів з діареєю. Як у відповідального з ІК, моїм головним завданням було вирішення цієї проблеми. Я чув про використання менших ліжок у відділеннях педіатрії, і тому переконав адміністрацію використовувати їх. Також ми переглянули механізми прийому та виписки пацієнтів. Звісно, ми були вимушені тренувати персонал щодо цих змін у діях нашої лікарні. Залучення підтримки з боку адміністрації лікарні було дуже важливим для зменшення переповненості лікарні”, - Африканський регіон.

## **МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ПРОГРАМИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ**

### **Вступ**

Без покращення інфраструктури, обладнання та витратних матеріалів для заходів з ІК покращення системи ІК буде малоімовірним. Визначення недоліків в інфраструктурі та обладнанні є одним з головних завдань команди з ІК. Спочатку потрібно фокусуватися на невеликих проектах, наприклад, на менеджменті відходів.

### **Приклад плану заходів**

| <b>Недолік</b>                           | <b>Захід</b>   | <b>Відповідальний виконавець</b> | <b>Строки виконання</b> | <b>Бюджет</b> |
|--|--|----------------------------------|-------------------------|---------------|
| Постачання лікарні водою не є стабільним | Провести зустрічі з відповідальними установами щодо постачання води, зробити мікробіологічні посіви води, розглянути можливість створення резервуарів для води, використовувати методи | Головний інженер                 | 2-3 місяці              | Середній      |

|   |   |                       |             |                                    |
|---|---|-----------------------|-------------|------------------------------------|
|   | для забезпечення чистоти та безпеки води  |                       |             |                                    |
| Станції для миття рук не обладнані  | Потрібно облаштувати станції для миття рук з одноразовими рушниками, милом біля усіх місць, де надається допомога пацієнтам, та біля туалетів                             | Старша медична сестра | 1-3 місяці  | Низький (10-15 доларів на станцію” |
| Відсутні відмітки про виконання прибирання                                    | Розробити форми звітності щодо проведених прибирань та переконатися у їх використанні   | Відповідальний з ІК   | 1 тиждень   | Відсутній                          |
| Відсутні палати для ізоляції пацієнтів  | Розробити стандартні процедури щодо ізоляції пацієнтів  | Відповідальний з ІК   | 2-3 місяці  | Низький                            |
| Вентиляція (природна чи механічна) не доступна в місцях перебування пацієнтів | Розробити план можливого покращення вентиляції  | Відповідальний з ІК   | 2-3 місяці  | Відсутній                          |
| Відсутні засоби для миття   | Розробити бюджет для забезпечення необхідними матеріалами, розробити протоколи з вказанням частоти прибирання та засобів, що при ньому використовуються                   | Відповідальний з ІК   | 2-3 місяці  | Низький                            |
| Відсутні засоби для менеджменту відходів                                      | Повідомити адміністрацію закладів охорони здоров'я щодо виявлених проблем, пояснити переваги правильного поводження з відходами, розробити протоколи менеджменту відходів | Старша медична сестра | 3-6 місяців | Низький                            |
| Загальний вигляд лікарні незадовільний (сміття тощо)                          | Розробити план щодо покращення чистоти закладу, використовуючи мультимодальні стратегії,  | Команда з ІК          | 3-6 місяців | Низький                            |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | розглянути можливість впровадження цінності підходу “чиста лікарня” |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

### Можливі бар'єри та їх подолання

*Відсутність необхідних знань щодо облаштування лікарні.* Потрібно розглянути можливість тренінгів для фахівців з ІК та інших відповідальних осіб на національному рівні.

Приклади: “Районні лікарні зазвичай гарно спроектовані, але потребують реконструкції. Викликом є менеджмент відходів, постачання води, забезпечення постільною білизною, сервіс пральні. Ми заснували робочу групу щодо покращення інфраструктури лікарні у комітеті з ІК. Перший тренінг для архітекторів та інженерів був запланований на 2017 рік. Також ми провели тренінги щодо необхідного внутрішнього облаштування лікарні. Ми купили інсертатор, покращили вентиляцію шляхом використання природної вентиляції, зменшили перенаповненість лікарні, також ми намагаємося бути пов’язаними з проектами постачання води та гігієни рук”, - Зімбabwe.

*Відсутність системи менеджменту відходів.* Слід зосередити увагу на малих проектах з використанням мультимодальних підходів.

Приклади: “Одна лікарня впровадила проект покращення менеджменту відходів. Вони почали використовувати різнокольорове маркування для сортування відходів. Це виявилось легким для медичних сестер”, - Сієра-Ліоне.

*Відсутність надійного постачання водою.* Слід розглянути можливість самостійного виготовлення дезінфектантів для рук та обладнання ними станцій для миття рук.

Приклади: “Незважаючи на обмеженість у ресурсах, ми наполягли на встановленні антисептичних диспенсерів та на власній продукції антисептиків для обробки рук та підготовки хірургічного поля”, - Кенія.  
 “Незважаючи на те, що ми не мали води у лікарні, за допомогою громадських організацій ми купили прості станції для миття рук та мило, розмістили їх у місцях надання медичної допомоги та біля туалетів. Працівник лікарні має наповнювати їх водою кожен день з найближчого джерела. Співробітники лікарні та пацієнти вдячні за наявність мила і води”, - Малі.

“Один раз на місяць уся команда з ІК залучається до прибирання територій навколо лікарні, а також до прибирання залу очікування. Це покращує загальний вигляд лікарні, що заохочує людей отримувати медичну допомогу у нас. Прибирання сміття зменшує ризик інфікування та кількість можливих місць для розмноження москітів”, - Ефіопія.

### Чек-лист кроку 3

*Наприкінці третього кроку потрібно мати/зробити:*

1. Ознайомитися з прикладом плану дій та керівництвом до мультимодальних стратегій
2. Пріоритизувати заходи по кожному ключовому компоненту
3. Переглянути рекомендації по кожному компоненту
4. Переглянути потенційні бар'єри і рішення
5. Переглянути наявні засоби та ресурси
6. Створити план дій для кожного компоненту
7. Влаштувати зустріч з адміністрацією лікарні щодо імплементації плану
8. Впевнитися, що заходи з покращення програми ІК знаходяться на порядку денному комітету з ІК та відбувається регулярний моніторинг їх виконання.

## КРОК 4. ОЦІНКА ВПЛИВУ ЗАХОДІВ

### Вступ.

Крок 4 є важливим для корегування та прийняття рішень щодо щорічного плану з ІК. Він передбачає збір та оцінку інформації щодо того, які заходи з ІК працюють, які заходи потрібно вжити та які ресурси для цього необхідні. Цей крок передбачає повторну оцінку стану ІК у закладі охорони здоров'я, яка проводиться для аналізу ефективності проведених заходів з ІК та визначення наявності змін у закладі охорони здоров'я щодо стану ІК. Повторна оцінка проводиться за допомогою такої ж анкети та підходу як і у Кроці 2. Проведена оцінка допоможе консолідувати усі покращення реалізовані у відповідності до плану з ІК та надати основу для Кроку 5.



**Основні заходи.**

*Визначення прогресу щодо стану ІК.* Потрібно мати результати початкової оцінки ІК закладу охорони здоров'я та план дій з ІК, іншу інформацію стосовно стану ІК.

*Розподіл обов'язків.* Потрібно визначити відповідальних за проведення повторної оцінки стану ІК. Потрібно розглянути можливість широкого залучення лікарів до проведення повторної оцінки.

*Строки виконання.* Потрібно визначити строки виконання повторної оцінки.

*Аналіз результатів.* Використовуючи анкету необхідно підрахувати оцінку стану ІК за кожним з ключових компонентів та загальну оцінку. Потрібно порівняти результати з початковою оцінкою та визначити наявні покращення та недоліки. Після отримання результатів повторної оцінки необхідно переглянути план заходів з ІК. Потрібно підготувати презентацією з результатами повторної оцінки та порівнянням з початковою оцінкою.

*Представлення результатів.* Потрібно організувати ряд зустрічей з адміністрацією лікарні, лікарями відділень та немедичних частин закладу охорони здоров'я. Під час зустрічей потрібно заохотити учасників для надання зворотнього зв'язку щодо результатів та пропонування можливих шляхів до подолання існуючих бар'єрів. За необхідності потрібно створити новий план заходів з ІК який включав би рішення наявних недоліків. Потрібно встановити регулярність проведення оцінки стану ІК у закладі охорони здоров'я (оцінка має проводитися щонайменше раз на рік). Потрібно відзначити найкращі відділення/працівників за їх внесок у покращення ІК у закладі.

## Чек-лист кроку 4

*Наприкінці четвертого кроку потрібно мати/зробити:*

1. Переглянути результати початкової оцінки
2. Переглянути план заходів з ІК
3. Переглянути інші плани з ІК (якщо такі наявні)
4. Підготувати анкету для повторної оцінки
5. Узгодити строки проведення оцінки
6. Провести повторну оцінку
7. Порівняти результати з початковою оцінкою та презентувати результати
8. Створити новий план дій спираючись на повторну оцінку
9. Узгодити регулярність проведення оцінки
10. Презентувати результати адміністрації лікарні, учасникам оцінювання тощо

## КРОК 5. ПІДТРИМКА ПРОГРАМИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ У ДОВГОСТРОКОВІЙ ПЕРСПЕКТИВІ

### Вступ.

На основі повторної оцінки стану ІК у закладі охорони здоров'я можна визначити наявні сильні сторони та недоліки впровадження програми з ІК. Крок 5 має на меті регулярну оцінку стану ІК та доповнення плану заходів новими пунктами, що мають на меті покращення ІК в цілому. Важливо постійно підтримувати питання ІК одним з основних пріоритетів закладу охорони здоров'я, у цьому важливу роль грає комітет з ІК. Протягом цього кроку заклад охорони здоров'я має розробити систему підтримки програми інфекційного контролю у довгостроковій перспективі. Навіть якщо заклад охорони здоров'я не виконував попередні 4 кроки, поради з кроку 5 можуть бути корисними для впровадження довгострокових планів з ІК.

### Основні заходи.

*Розробка плану підтримки програми ІК у довгостроковій перспективі.* Потрібно переглянути та скорегувати план заходів з ІК з метою розробки 5-річного плану дій з щорічною оцінкою його ефективності.

*Залучення підтримки для реалізації програми з ІК.* Потрібно організувати зустрічі з адміністрацією лікарні для того щоб отримати підтримку щодо довгострокового фінансування заходів з ІК. Потрібно підкреслити отримані здобутки та зауважити на необхідності їх збереження шляхом подальшого фінансування заходів з ІК. Потрібно отримати підтримку від провідних співробітників закладу охорони здоров'я. Необхідно запровадити постійну систему оцінки та зворотнього зв'язку щодо виконання заходів плану з ІК, ключову роль у цьому повинен відігравати комітет з ІК.

*Залучення мультимодальних підходів.* Необхідно окреслити стан ІК та сформулювати основні цілі на майбутнє щодо: фінансових та людських ресурсів, необхідність в навчанні, системи моніторингу та аудиту,

комунікаційні стратегії щодо впровадження заходів з ІК, стабільна підтримка заходів з ІК.

*Комунікаційні стратегії.* Окрім організації зустрічей потрібно розглянути інші можливості щодо промоції програми з ІК, наприклад шляхом відзначення лідерів напрямку з ІК, доповідей на національних/міжнародних конференціях, або публікацій в газетах, Інтернеті тощо. Розгляньте можливість преміювання співробітників шляхом направлення на навчання тощо.

### **Можливі бар'єри та їх подолання.**

*Ключові особи у впровадженні заходів з ІК звільнилися з закладу.* Потрібно регулярно оновлювати програму заходів з ІК в залежності від оцінки стану ІК. Впровадження програми ІК не може бути відповідальністю однієї людини, тому у цьому має бути задіяна команда виконавців. Потрібно залучати молодих спеціалістів до програми з ІК. Необхідно проводити зустрічі з новими членами персоналу та доносити до них плани та успіхи програми з ІК. Потрібно заохочувати інших фахівців до публікації матеріалів щодо ІК.

Приклад: “В середині програми щодо зменшення хірургічної інфекції у закладі нашу команду покинув наш лідер – др. Онгум, цей проект був дуже важливим для лікарні. Др. Онгум бив прикладом для наслідування і тому перший час було важко продовжувати впровадження програми, але ми взяли на себе ініціативу і довели програму до кінця – в результаті рівень хірургічної інфекції зменшився на 60%, що є чудовим показником.” Уганда.

*У закладі з'явилися інші пріоритети.* Потрібно поглиблювати зв'язки з іншими програмами (антибіотикорезистентності тощо) задля розбудови довгострокових стратегій та програм з ІК. Потрібно визнати програму з ІК важливим компонентом для акредитації закладу охорону здоров'я. Необхідно поширювати інформацію до пацієнтських та громадських організацій. Корисним є двостороння співпраця з іншими лікарнями та обмін досвідом щодо довгострокових програм з ІК.

Приклад: “Моя лікарня одна з акредитованих клінік в країні. Хоча ми мали змогу досягнути стандартів з ІК, ми продовжуємо працювати над покращенням плану дій, програмами тренінгів, організацією комітету з ІК,

програмами епідагляду, оцінкою ризиків та оцінкою результатів що 2 роки. Протягом цього тривалого процесу оцінок та покращень ми завжди знаходимо можливості для вдосконалення ІК, багато компонентів потребують подальшого покращення.” Єгипет. “Для деяких лікарень ми робимо зовнішню оцінку стану ІК, постійне порівняння лікарень поліпшує відчуття конкуренції.” Гана

*Відсутнє фінансування програми з ІК.* Потрібно оновити інформацію та бюджет стосовно програми з ІК. Потрібно описати випадки коли введення заходів з ІК допомогло пацієнтам та заощадило кошти. Потрібно залучати усі можливі ресурси у тому числі гранти та допомогу громадських організацій.

Приклад: У невеликій лікарні в Індії мала група фахівців, які захоплювалися ІК розпочали тривалий процес покращення стану ІК з фактично відсутньої програми з ІК до успішного впровадження функціонуючої програми з ІК (з усіма ключовими компонентами). На початку команда зрозуміла, що їм потрібна інформація про рівень внутрішньолікарняних інфекцій для переконання адміністрацію у важливості ІК. Тому команда розпочала з аудиту та моніторингу медичних практик, цей процес зайняв майже 2 роки та допоміг зібрати необхідну інформацію. Результати аудиту постійно обговорювалися з медичними працівниками. Невеликий, реалістичний план був створений та обговорений з адміністрацією лікарні. Це було ключовим кроком для переконання адміністрації, що впровадження програми з ІК дійсно необхідне. Команда також обговорила потребу у фінансуванні та персоналі. Адміністрація лікарні пішла на збільшення кількості медичних сестер та збільшення фінансування для програми з ІК. З часом програма інфекційного контролю збільшилася до 10 медсестер та 1 лікаря-інфекціоніста. Регулярний перегляд планів з ІК та комунікація з медичними працівниками зробили програму дуже успішною (наприклад був введений електронний реєстр збору інформації). Команда з ІК була запрошена для здійснення епідагляду на регіональному рівні. Команда запропонувала ефективні способи зменшення катетер-асоційованих інфекцій. На основі первинної оцінки та даних програм епідагляду команда розробила стандарти операційних процедур для ряду процедур пов'язаних з ризиком інфікування та бля мікробіологічної лабораторії. Всі знання були узагальнені в освітніх програмах для медичних сестер.

## Чек-лист кроку 5

*Наприкінці п'ятого кроку потрібно мати/зробити:*

1. Узгодити щорічний план роботи з комітетом з ІК
2. Розробити 5-річний план дій з ІК
3. Отримати підтримку від адміністрації лікарні щодо сталого фінансування програми з ІК
4. Отримати підтримку від працівників лікарні щодо подальшого впровадження програми з ІК
5. Висвітлити досягнення програми шляхом публікацій в Інтернет та конференціях/зустрічах

6. Висвітлити досягнення програми для пацієнтів та громадських організацій шляхом участі у теле/радіо ефірах публікаціях в газетах.

## ДОДАТКИ

### *Додаток 1. Мультимодальні стратегії*

Мультимодальні стратегії є одним з ключових компонентів згідно з Керівництвом ВООЗ по впровадженню програми ІК у лікувальних закладах. Заходи з ІК мають бути впроваджені разом з мультимодальними підходами задля зменшення рівня ПІМНД та рівнів резистентності шляхом впливу на поведінкові реакції таргетної групи (найчастіше медичні працівники) та створення нової якості організаційної культури. Мультимодальні стратегії мають бути пов'язані з стратегіями покращення якості та програмами акредитації.

П'ять елементів мультимодальної стратегії на які треба звернути увагу при покращенні системи ІК: 1) системні зміни (зміни інфраструктури, обладнання тощо); 2) тренінги та освіта; 3) моніторинг та аудит; 4) комунікація; 5) організаційна культура заснована на безпеці.

При впровадженні заходів з ІК потрібно залучати 3-5 компонентів мультимодальних стратегій, фокусування лише на одному компоненті зазвичай призводить до невдачі у впровадженні.

Елементи мультимодальних стратегій засновані на 5 принципах:

Побудуй! – які ресурси необхідні (у тому числі людські)

Навчи! – хто потребує навчання, у якій сфері

Перевір! – як можна визначити недоліки у практиці, як можна впевнитися, що заходи імплементовані вірно

Продай! – як можна промотувати запропоновані заходи

Живи! – чи впроваджена організаційна культура

*Додаток 2. Приклад плану дій після оцінки (початкової/повторної)*

| Виявлені<br>недоліки | Заходи | Відповідальна<br>особа | Дата<br>початку | Дата<br>закінчення | Бюджет | Моніторинг<br>та оцінка<br>прогресу |
|----------------------|--------|------------------------|-----------------|--------------------|--------|-------------------------------------|
|                      |        |                        |                 |                    |        |                                     |

*Додаток 3. Зустріч щодо програм з ІК*

Можливий порядок денний зустрічі:

1. Представлення учасників
2. Відео про ІК та роздаткові матеріали
3. Огляд стану ІК у закладі (представлення існуючих даних про рівень ІПНМД, спалахи інфекцій, рівень резистентності тощо)
4. Ознайомлення з ключовими компонентами впровадження ІК за ВООЗ.
5. Презентація шляху покращення стану ІК
6. Дискусія
7. Підведення підсумків (визначення відповідальних та терміни виконання)
8. Визначення дати наступної зустрічі.
9. Закриття зустрічі.

*Додаток 4. Приклад звіту щодо оцінки стану ІК*

1. Визначення стану ІК у закладі за шкалою:

- 1. Недостатній рівень (0-200)** – відсутні основні компоненти інфекційного контролю. Потрібне значне вдосконалення ІК
- 2. Базовий рівень (201-400)** – наявні деякі компоненти ІК, але недостатньо імплементовані. Необхідне подальше вдосконалення ІК
- 3. Середній рівень (401-600)** – більшість компонентів ІК імплементовано. Лікувальний заклад має покращувати якість впровадження компонентів ІК та розробляти довгострокові плани та заходи з ІК.

**Високий рівень (601-800)** – компоненти ІК повністю впроваджені згідно рекомендацій ВООЗ.

2. Дата проведення оцінки, відповідальні

3. Уточнення за компонентами:

Програма інфекційного контролю

Керівництва з інфекційного контролю

Тренінги та освіта з інфекційного контролю

Епіднагляд за інфекціями, що пов'язані з наданням медичної допомоги

Мультимодальні стратегії для імплементатії інфекційного контролю

Моніторинг, аудит та зворотній зв'язок

Персонал, зайнятість ліжок

Умови, матеріали, обладнання для інфекційного контролю

4. Аналіз результатів

5. Рекомендації.



## Члени Коаліції Інфекційної Безпеки:

Громадська організація "Інфекційний контроль в Україні";  
Національна дитяча спеціалізована лікарня "ОХМАТДИТ";  
Асоціація "Служба організації інфекційного контролю";  
Апарат Верховної Ради України, Комітет з питань охорони здоров'я;  
ГО "Всеукраїнська асоціація стерилізації і дезінфекції";  
PH Capital. Експерти з громадського здоров'я;  
ООО "МЕД ТРЕЙД";  
ДП "Слов'янська районна філія "ДУ ДОЛЦ МОЗУ"";  
ТОВ "Здоров'я дитини";  
Клініка Інто-Сана (ТОВ "Медичні центри "Медісвіт""; ТОВ "МЦ "МЕДІКАП""");  
ТОВ "Лаверна";  
Харківський національний медичний університет, кафедра епідеміології;  
ГО "Батьківський контроль Бердянськ";  
КНП "Одеський обласний центр соціально значущих хвороб";  
ГО "Українська Вища Медична Школа";  
ТОВ "Роял Інтеграція";  
ТОВ "Медичний центр "Добробут-Поліклініка"";  
ГО "Диводія";  
КНП "Міжгірський Центр ПМСД";  
КНП "Кобеляцький Центр ПМСД";  
Медичний Центр "Код Здоров'я";  
ТОВ "ВИК-А";  
Адвокатське об'єднання "Берістоун";  
Інститут молекулярної біології і генетики Національної академії наук України; ГО  
"Платформа Здоров'я";  
ТОВ "Б. Браун Медікал Україна";  
ТОВ "Профдезінфекція";  
ГО "Молодіжний центр розвитку";  
ГО "Медична правда";  
КНП "Центр здоров'я і комунікацій" Одеської обласної ради;  
Київська міська клінічна лікарня №9;  
ТОВ "Ексімер-Київ";  
Національна експертна група з інфекційного контролю (NEGIC)

Александрін А.; Алексєєва Н.; Андрєєва І.; Андрійчук О.; Андрон В.; Андрушенко С.;  
Анчишкін А.; Аронова Д.; Бабюк Н.; Бацюра Г.; Бондаренко І.; Братусь О.; Вихор Н.;  
Гальченко Н.; Гаркот Л.; Гомаз А.; Гридасова О.; Гризан В.; Гріцова Н.; Гулак І.; Гурська  
Ю.; Гурьєва Л.; Данко Я.; Долинська М.; Донченко Н.; Дятлов В.; Єршов О.; Жигарєв  
Ю.; Зайцева Г.; Іванько О.; Івачевська Н.; Івачевський І.; Ільніцька О.; Істоміна Л.;  
Йовенко І.; Каменская Н.; Кашуба Н.; Козій В.; Кравченко Т.; Кулікова М.; Лавровський  
Н.; Лис-Хамаза В.; Литвинчук Л.; Лупяк Л.; Луцька О.; Лядова Т.; Макаренко О.;  
Макаров Д.; Макарова В.; Маринич О.; Мегединик Г.; Моргун Н.; Моспанюк Н.;  
Новиков Р.; Орловська К.; Пилипчак О.; Постольник В.; Приходько О.; Процков О.;  
Райлян М.; Родина Н.; Романова І.; Селецька Н.; Сівко Н.; Скачко І.; Соліна Н.;  
Софієнко Ю.; Сояк К.; Сухарєв Є.; Трофименко В.; Фарісей О.; Царенко Т.;  
Черкасова В.; Чумаченко Т.; Шейко І.; Шостак М.; Щербаків С.; Яблунчанський М.;  
Якимчук Л.



# Коаліція Інфекційної Безпеки

Як доєднатися до  
Коаліції Інфекційної Безпеки?

Напишіть:

[ngoicukraine@gmail.com](mailto:ngoicukraine@gmail.com)

Зателефонуйте:

+380 (67) 389 38 39

Зареєструйтесь онлайн:

<http://www.infection-control.com.ua>