

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

**Інструкція
з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони
здоров'я та стаціонарних соціально-медичних установах**

I. Загальні положення

1. Ця Інструкція визначає порядок організації гігієни рук і спрямована на оптимізацію заходів щодо запобігання появи та поширенню в закладах охорони здоров'я та в стаціонарних соціально-медичних установах інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги та мікроорганізмів із антимікробною резистентністю.

2. Ця Інструкція є обов'язковою для всіх закладів охорони здоров'я та стаціонарних соціально-медичних установ, усіх форм власності незалежно від їх підпорядкування.

3. Відповідальними за виконання цієї Інструкції у ЗОЗ є її керівник, у структурних підрозділах – керівники структурних підрозділів, а в стаціонарних соціально-медичних установах – директор.

4. У цій Інструкції терміни та умовні скорочення вживаються у такому значенні:

диспенсер – пристрій для контрольованої видачі речовини або рідини заданою кількістю, об'ємом або вагою;

зацікавлена сторона – людина, група осіб або організація, що зацікавлені у певному рішенні, включаючи тих, на кого буде прямо чи опосередковано чинитися вплив;

зворотній зв'язок – вербальні і невербальні повідомлення, які людина (працівник) посилає у відповідь на повідомлення іншої людини (працівника);

інвазивна процедура – медична процедура, що пов'язана з проникненням через природні зовнішні бар'єри організму (шкіра, слизові оболонки);

інституціонування – соціально-психологічний феномен, що відображає механізми, завдяки яким культурні орієнтири трансформуються в соціальну практику;

інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги (далі – ІПНМД) – хвороби, що виникають у пацієнта під час лікування у лікарні або іншому закладі, який надає медичну допомогу. Інфекційні захворювання, що наявні або знаходяться в інкубаційному періоді на момент госпіталізації або початку лікування, до ІПНМД не відносяться. До ІПНМД входять інфекційні захворювання, які набуті в ЗОЗ, але клінічно проявилися після закінчення лікування, у разі достовірно доведеного зв'язку із проведеними лікувальними або діагностичними заходами. Окремою групою ІПНМД є інфекційні захворювання серед медичних працівників, що надбані безпосередньо під час виконання професійних обов'язків;

клінічний аудит (далі – аудит) – процес поліпшення якості медичної допомоги шляхом систематичної перевірки наданої медичної допомоги з використанням чітко сформульованих критеріїв і подальшим внесенням змін;

контрольний список – елементи, зведені в список для зручності порівняння або для забезпечення виконання пов'язаних з ними дій;

культура безпеки – продукт індивідуальних та групових цінностей, відносин, уявлень, компетенцій і моделей поведінки, які визначають прихильність, стиль та майстерність управління організацією в області охорони здоров'я та безпеки. Організації із позитивною культурою безпеки характеризуються комунікаціями, що ґрунтуються на взаємній довірі, спільному сприйнятті важливості безпеки, а також впевненістю у ефективності превентивних заходів;

лідер думки – людина, що володіє здатністю впливати на думки і поведінку інших;

стандартизований підхід до збору даних – підхід до збору даних, при якому є чітко фіксовані приписи відносно предмета і процедури спостереження;

стандартна операційна процедура (далі – СОП) – набір покрокових інструкцій, що складаються в організації, з метою допомогти працівникам виконувати рутинні операції найбільш ефективним чином;

стаціонарні соціально-медичні установи (далі – ССМУ) – будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів і будинки дитини;

точка догляду – місце, де наявні три елементи: пацієнт, медичний працівник та догляд або медична процедура, що пов'язані із безпосереднім контактом з пацієнтом чи його оточенням;

чемпіон – людина, що активно підтримує нововведення і чий вплив є критичною рушійною силою для успіху впровадження;

АОТМ – американська міжнародна організація, що розробляє та видає добровільні стандарти для матеріалів, продуктів, систем і послуг;

АМР – антимікробна резистентність;

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я;

ЄН – європейські норми, що запроваджуються Європейським комітетом зі стандартизації;

КІК – комісія з інфекційного контролю;

ММС – мультимодальна стратегія;

ППК – профілактика інфекцій та інфекційний контроль.

Інші терміни у цьому Порядку вживаються у значеннях, наведених в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Законі України «Про захист населення від інфекційних хвороб» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

5. ММС з покращення гігієни рук в ЗОЗ/ССМУ представляє собою частину комплексного підходу для зниження розповсюдженості ППНМД та АМР. Її впровадження відіграє ключове значення для досягнення безпеки пацієнтів.

6. ММС з впровадження гігієни рук складається із наступних основних компонентів:

1) зміни в системі:

забезпечити наявність інфраструктури, що дозволяє медичним працівникам дотримуватися гігієни рук;

доступ до централізованого водопостачання, мила і одноразових паперових рушників;

доступ до спиртовмісного антисептику в точці догляду;

2) навчання і підготовка – забезпечити регулярні навчання і практичну підготовку на основі підходу «Ваші п'ять показань до проведення гігієни рук», відповідно до додатку 1 до цієї Інструкції, СОП і практичних рекомендацій, які наведені в додатку 2 до цієї інструкції;

3) моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок – моніторинг дотримання рекомендованих практик та наявної інфраструктури, а також зворотній зв'язок, який полягає в розповсюдженні отриманих результатів та їх обговорення;

4) нагадування на робочому місці – нагадування працівникам ЗОЗ або ССМУ про важливість гігієни рук, показаннях і процедурах для її виконання;

5) культура дотримання гігієни рук – створити середовище і сприйняття в колективі, які сприятимуть підвищенню обізнаності щодо проблем безпеки

пацієнтів і гарантуватимуть постійне поліпшення або підтримання на високому рівні гігієни рук, у тому числі:

активну участь як на інституційному, так і на індивідуальному рівнях;
 усвідомлення індивідуальної та інституційної спроможності до змін та покращення;

партнерство з пацієнтами і сілками пацієнтів.

7. Діяльність із впровадження, оцінки і зворотного зв'язку мають періодично переглядатися (із урахуванням новітніх даних), повторюватися (при відсутності позитивних зрушень або при поверненні до відправної точки) та стати частиною заходів із покращення якості надання медичної допомоги. Покращення в сфері гігієни рук не може бути обмеженим у часі, тому моніторинг, оцінка і зворотний зв'язок, навчання і підготовка, нагадування про необхідність дотримання практик не повинні припинятися після реалізації.

8. Для ефективного та повноцінного впровадження гігієни рук в ЗОЗ або ССМУ, слід пройти наступні етапи:

- 1) крок 1 – підготовка до дії – готовність ЗОЗ або ССМУ до змін:
 - отримання необхідних людських і фінансових ресурсів;
 - зміни в інфраструктурі;
 - визначення керівника і склад команди, які будуть опікуватися гігієною рук;
 - розробка попереднього плану дій, відповідно до прикладу наведеного в додатку 3 до цієї Інструкції;
- 2) крок 2 – базова оцінка:
 - провести базову самооцінку гігієни рук;
 - провести оцінку сприйняття необхідності змін та практик, що будуть впроваджуватися (шляхом обговорення або анкетування);
 - провести оцінку базових знань в області гігієни рук (анкетування);
- 3) крок 3 – впровадження:
 - забезпечення доступності спиртовмісного антисептику в точках догляду;
 - проведення постійних теоретичних і практичних занять із персоналом;
 - розробити і реалізувати систему нагадувань про гігієну рук (плакати, інформаційні стенди і брошури, дописи в соціальних мережах тощо);
 - організація і проведення періодичних майстер-класів, сесій та лекцій із залученням керівників ЗОЗ або ССМУ;
- 4) крок 4 – оцінка впливу:
 - розробка і затвердження графіку проведення повторних системних самооцінок гігієни рук;
 - обговорення результатів із усіма зацікавленими сторонами;
 - розробка та впровадження плану дій щодо виявлених проблем і недоліків;
- 5) крок 5 – розробка довгострокового плану (щонайменше на п'ять років) з метою формування культури безпеки.

II. Зміни в системі

1. Дотримання гігієни рук можливе лише в тому випадку, якщо ЗОЗ або ССМУ забезпечує необхідну інфраструктуру і постійну наявність витратних матеріалів. Тому для надійного та постійного дотримання працівниками гігієни рук, керівництво ЗОЗ або ССМУ має забезпечити:

раковини для миття рук із доступом до проточної води в кожному приміщенні, де проводяться догляд за хворими, інструментальні дослідження та інвазивні процедури;

рідке мило;

одноразові паперові рушники;

спиртовмісний антисептик для рук.

2. Спиртовмісний антисептик для рук повинен відповідати стандартам антимікробної ефективності (АОТМ або ЄН), добре переноситися медичними працівниками та підбиратися відповідно до вартості, так як повинен бути в достатній кількості. Диспенсери мають бути встановлені поблизу точок догляду, бути справними, надійними і заповненими милом/антисептиком. Слід обов'язково дотримуватися рекомендацій щодо безпечного повторного використання дозаторів, які зазначені в інструкції до виробу. Кишенькові ємності із антисептиком можуть використовуватися лише у випадках або у клінічних підрозділах, де існує потенційний ризик вживання спиртовмісного засобу пацієнтами як алкогольного напою.

3. Підходи і заходи, описання яких наводяться в додатках 4, 5, 6, 7 та 8 до цієї Інструкції, вказують на можливі шляхи реалізації програми з покращення гігієни рук і направлені на підтримку ЗОЗ у впровадженні системних змін. Всі вони можуть бути використані як на початку шляху покращення гігієни рук, так і для вдосконалення вже існуючої програми. Наведені підходи і заходи слід застосовувати також після змін в інфраструктурі ЗОЗ або ССМУ (наприклад, після ремонту або переобладнання приміщень, добудови нового корпусу).

В додатку 9 до цієї Інструкції наведені приклади можливих ситуацій в ЗОЗ або ССМУ та варіанти використання протоколів для впровадження змін в системі.

III. Навчання і підготовка

1. Всі медичні працівники мають пройти повний курс із обов'язковим ознайомленням щодо правил «Ваші п'ять показань для проведення гігієни рук», миття рук і втирання спиртовмісного антисептику.

2. Викладач має користуватися чіткими формулюваннями, що закриті для особистої інтерпретації, з орієнтованим на медичного працівника стандартизованим підходом.

3. Навчання і підготовка повинні спонукати до поведінкових і культурних змін, а також гарантувати, що компетентність глибоко укорінилася і підтримується всіма працівниками ЗОЗ або ССМУ у відношенні гігієни рук.

4. На шляху впровадження порядків з гігієни рук, КІК повинен розробити програму з навчання і підготовки, регулярно проводити заняття (включно із обов'язковим навчанням для нових працівників) та перевірку знань і практик.

5. Кожен працівник ЗОЗ або ССМУ повинен мати щонайменше базовий рівень знань із гігієни рук (включно із немедичним персоналом) для формування безпечного середовища в закладі.

6. В рамках програми по покращенню гігієни рук, об'єктами навчання і підготовки на різних рівнях є інструктори/тренери, спостерігачі або аудитори та працівники охорони здоров'я.

7. Необхідно використовувати низхідний підхід, при якому координатор програми гігієни рук, разом із ключовими зацікавленими сторонами, визначають осіб, що стануть інструкторами (тренерами) і спостерігачами. Тренери повинні відповідати за навчання і підготовку медичних працівників, включаючи наочні демонстрації, тому повинні мати базові знання в області інфекційного контролю, викладацький та практичний досвід (в ідеалі, інструктором має бути лідер думки).

8. Навчання і підготовка тренера має бути проведена координатором програми гігієни рук (при наявності підготовки і досвіду) або спеціалізованим закладом (заклад освіти або тренінговий центр). Аналогічно, спостерігачі повинні пройти повний курс навчання, однак, особливу увагу при їхній підготовці слід приділяти правильному використанню Протоколів для оцінки. Крім того, спостерігачі повинні пройти валідацію шляхом тестування з метою підтвердження їх здатності виконувати поставлені задачі.

9. Плани навчання і підготовки медичних працівників з гігієни рук повинні бути розроблені і затверджені на етапі першого кроку та включати інформацію про кількість виділеного часу, конкретні клінічні умови, в яких воно буде проводитися, та пріоритетні напрями (наприклад, профілактика катетер-асоційованих інфекцій кровотоку).

10. Базові навчальні програми для інструкторів, спостерігачів і медичних працівників мають включати:

основи інфекційної безпеки пацієнтів;

визначення, вплив та розповсюдженість ПНМД;

основні патерни передачі патогенів, що пов'язані із наданням медичної допомоги, із акцентуацією уваги на контактній (через руки) передачі;

профілактика ПНМД і роль гігієни рук в ній;

порядки з гігієни рук, включаючи ММС;
 додаткові сесії мають бути присвячені спостерігачам (проведення тренінгів по протоколам для оцінки).

11. ЗОЗ або ССМУ необхідно запровадити систему перевірки компетентності всіх медичних працівників після проведеного навчання. Це може мати форму щорічного навчального курсу або практичного демонстративного семінару з гігієни рук із наступним тестуванням або перевіркою практичних навичок.

12. Результат проведеного оцінювання з гігієни рук також може бути використаний як показник відповідності займаній посаді або компетентності.

В додатку 10 до цієї Інструкції наведені приклади можливих ситуацій в ЗОЗ або ССМУ та варіанти впровадження програми навчання і підготовки.

IV. Моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок

1. Моніторинг і аудит не слід розглядати як компонент, що відокремлений від загального плану впровадження і реалізації. Після проведеного системного оцінювання, відповідно до протоколу проведення системної самооцінки гігієни рук в ЗОЗ та ССМУ наведеного в додатку 11 до цієї Інструкції, визначаються області, що заслуговують більш значних зусиль і отримується інформація, яка дозволить відкоригувати план дій у відповідності до місцевого контексту. Безперервний моніторинг дозволяє визначити зміни, які набути в процесі впровадження, та їх ефективність.

2. Необхідно проводити моніторинг наступних показників:
 дотримання правил гігієни рук шляхом безпосереднього нагляду;
 наявні інфраструктура і ресурси;
 знання медичних працівників щодо ІПНМД та гігієни рук;
 сприйняття медичними працівниками гігієни рук та проблеми ІПНМД;
 використання засобів для гігієни рук.

3. Проведення базового оцінювання важливе на кожному з етапів впровадження ММС покращення гігієни рук, але особливо у ЗОЗ або ССМУ, де програма реалізується вперше. Це необхідно для збору даних, які реально відображають інформацію щодо поточного дотримання гігієни рук, знань, сприйняття та інфраструктури.

4. Після реалізації плану дій (наприклад, річного), з метою відслідковування прогресу і підтвердження того, що впровадження ініціатив з покращення гігієни рук призвело до зниження розповсюдженості ІПНМД, слід провести повторну оцінку в ЗОЗ або ССМУ. Повторні аудити забезпечать послідовність, порівняння результатів та вимірювання прогресу.

5. Збір та аналіз даних – важлива частина оцінювання. У разі відсутності в ЗОЗ/ССМУ статистичного відділу, необхідно визначити працівника, що буде

виконувати ці задачі. Призначена особа повинна пройти базове навчання та мати навички і знання в області епідеміології і статистичного аналізу. Ведення звітності на паперових носіях є занадто трудомістким процесом, тому, в разі відсутності, слід розглянути питання технічного забезпечення.

6. Зазвичай для збору даних використовуються друковані копії відповідних форм, однак електронні форми можуть бути створені на місцях.

7. Для кожного із опитувальників має бути створений інструмент (наприклад, в базі даних ЗОЗ/ССМУ) введення і аналізу даних. Після введення інформації в узагальнену базу даних, друковані або електронні копії мають зберігатися у координатора програми гігієни рук протягом одного року.

8. Зворотній зв'язок після проведеного оцінювання є обов'язковим етапом і робить аудит значимим.

9. Після проведеної базової оцінки в тих ЗОЗ або ССМУ, де програма з реалізації покращень гігієни рук вводиться вперше, отримані дані будуть вказувати на проблеми у використовуваній практиці гігієни рук, прогалини в знаннях або на погане сприйняття проблеми. В таких випадках, слід підготувати презентацію із зазначенням результатів оцінювання і використати їх для підвищення обізнаності та переконання медичного персоналу у необхідності змін. Наступне оцінювання, що буде проведене після реалізації плану дій, має продемонструвати покращення і, таким чином, підтримати мотивацію до використання впроваджених практик. Ці дані також є важливими для визначення проблемних областей, в яких необхідні подальші зміни.

10. Результати проведеного оцінювання мають отримати всі зацікавлені сторони (у вигляді письмового чи електронного звіту, презентації під час навчання, під час робочої зустрічі тощо). Існують також інші способи зворотного зв'язку, тому в кожному із ЗОЗ або ССМУ має бути обраний найбільш прийнятний.

11. Ключовими показниками успіху в реалізації програми покращення гігієни рук є:

- підвищення показника дотримання правил гігієни рук;
- покращення інфраструктури гігієни рук;
- покращення показників ПШК;
- збільшення використання засобів для гігієни рук;
- покращення сприйняття гігієни рук;
- покращення знань з гігієни рук.

Описання протоколів для проведення моніторингу, оцінки і зворотного зв'язку наведені в додатках 12, 13, 14 та 15 до цієї Інструкції.

В додатку 16 до цієї Інструкції наведені приклади можливих ситуацій в ЗОЗ або ССМУ та варіанти впровадження моніторингу, аудиту і зворотного зв'язку.

V. Нагадування на робочому місці

1. Нагадування на робочому місці – найліпший спосіб нагадати медичним працівникам про важливість гігієни рук. Вони мають містити відповідні вказівки та процедури для її виконання. Вони також є засобом інформування пацієнтів та їх родичів щодо рівня медичної допомоги, яку вони повинні отримати від медичних працівників.

2. Інформаційні плакати є найпоширенішим типом нагадування (наприклад, «Ваші п'ять показань для проведення гігієни рук» або «Хто? Коли? Як?»). Інші типи нагадувань – кишенькові листівки, наклейки, які розміщені поряд із точками догляду та значки із логотипом гігієни рук.

3. Розробка та розміщення інформаційних матеріалів повинні бути включені в плани дій.

4. На етапі реалізації інформаційні матеріали із зазначенням етапів та показань до проведення гігієни рук мають бути розміщені у всіх клінічних підрозділах. Вони можуть бути направлені на медичних працівників, пацієнтів і відвідувачів.

В додатку 17 до цієї Інструкції наведені приклади можливих ситуацій в ЗОЗ або ССМУ та варіанти використання нагадувань на робочому місці.

VI. Формування культури безпеки з гігієни рук

1. Формування культури безпеки з гігієни рук – створення середовища і переконань, які сприятимуть підвищенню обізнаності щодо проблем безпеки пацієнтів та враховуватимуть поліпшення гігієни рук як пріоритет на всіх рівнях, у тому числі:

активна участь всього персоналу у впровадженні покращень на інституціональному і на індивідуальному рівнях;

створення умов та усвідомлення необхідності постійних змін на інституціональному і на індивідуальному рівнях (самоефективність);

партнерство із пацієнтами та сім'ями пацієнтів.

2. Створення інституційного клімату безпеки – пріоритет для всіх дій, що спрямовані на підтримку гігієни рук, в незалежності від рівня прогресу в ЗОЗ або ССМУ. На початку слід спрямувати зусилля на створення мотивації дотримуватися гігієни рук. Необхідно аби керівники ЗОЗ/ССМУ і лідери думки були залучені до процесу планування на найбільш ранній стадії і щоб ця взаємодія продовжувалася в процесі впровадження та після його закінчення.

3. Для безперервного прогресу необхідно одночасно або в подальшому оцінювати і покращувати інші області безпеки пацієнтів, а клімат безпеки повинен глибоко укорінитися в інституціональних традиціях і підходах. Це

потребує постійного прогресу в розробці систем для виявлення небажаних явищ і оцінки якості, при цьому гігієна рук має залишатися ключовим показником.

4. Пацієнти також повинні приймати участь у формуванні інституційного середовища безпеки. Обізнаність і сприйняття необхідності гігієни рук пацієнтами є важливими аспектами, що необхідно враховувати при розробці плану дій ММС з покращення гігієни рук. Мотивація медичних працівників пацієнтами до виконання СОП «Ваші п'ять показань для проведення гігієни рук» дозволить швидше реалізувати план дій. Дотримання правил гігієни рук буде сприяти формуванню довірчих відносин між пацієнтами і медичними працівниками, що, в свою чергу, зробить перебування в ЗОЗ або ССМУ більш безпечним як для пацієнтів, так і для працівників.

В додатку 18 до цієї Інструкції наведені приклади можливих ситуацій в ЗОЗ або ССМУ та варіанти їх вирішення при формуванні культури гігієни рук.

VII. Порядок впровадження

1. Покроковий підхід допомагає розробити і спланувати програму покращення гігієни рук в хронологічному порядку та з раціональною послідовністю дій. На початковому етапі координатору програми необхідно зосередитися на реалізації невеликих цілей із наступним поступовим розширенням. Мінімальні критерії, що необхідні для реалізації ММС з покращення гігієни рук наведені в додатку 19 до цієї Інструкції.

2. Підготовка до дії (крок 1) призначена для забезпечення загальної готовності ЗОЗ/ССМУ до початку впровадження програми покращення гігієни рук.

1) Цей крок включає в себе отримання необхідних ресурсів (фінансових і кадрових), визначення та ухвалення кандидатур координатора програми та його помічників (інструкторів/тренерів і аудиторів/спостерігачів).

2) На етапі підготовки до дії необхідно провести планування із визначенням стратегії дій.

3) Тривалість має складати близько двох місяців (може бути зменшена, якщо в ЗОЗ або ССМУ вже впроваджувалася програма гігієни рук, або збільшена, наприклад, в разі необхідності проведення навчання для координатора програми).

4) Необхідно узгодити заходи і дії з наявними людськими та фінансовими ресурсами. У випадках нестачі фінансових ресурсів, може знадобитися проведення економічного аналізу з метою визначення найбільш ефективного та економічно обґрунтованого шляху реалізації програми.

5) Етап підготовки до дії має включати:

переконати керівництво ЗОЗ або ССМУ і керівників підрозділів в тому, що безпека пацієнтів є критично важливим аспектом в наданні медичної

допомоги, а покращення гігієни рук має першочергове значення для безпечного догляду;

визначення ключових осіб, які будуть залучені для реалізації програми – вибір координатора і його помічників (створення групи/комітету КІК з покращення гігієни рук), призначення індивідуальних завдань та очікуваних результатів;

складання плану реалізації кожного або лише декількох із основних компонентів ММС із покращення гігієни рук, із врахуванням місцевого контексту;

прийняття рішення про масштаби і ступінь реалізації (зосередитися на реалізації програми на рівні одного або декількох підрозділів, чи на рівні всього закладу);

створення умов для змін в системі (наприклад, затвердження плану дій по забезпеченню спиртовмісними антисептиками для рук або забезпечення їх належного розміщення);

визначення інструкторів/тренерів та спостерігачів;

накопичення необхідних знань і досвіду (навчання і підготовка тренерів та спостерігачів) для проведення заходів, які пов'язані з навчанням і підготовкою, моніторингом і оцінкою, що заплановані до впровадження на етапах базового оцінювання, реалізації та подальшого оцінювання;

ознайомлення з усіма протоколами для проведення оцінювання та зворотного зв'язку, розробка і затвердження плану проведення опитувань;

підготовка необхідних ресурсів для реалізації основних компонентів стратегії, особливо навчання і підготовки та нагадувань на робочому місці;

визначити персонал відповідальний за введення та аналіз даних.

б) Ключовими зацікавленими сторонами на етапі підготовки до дії є:

керівник КІК;

координатор програми;

заступник координатора програми (за наявності);

інструктори/тренери;

спостерігачі;

керівництво ЗОЗ/ССМУ (щонайменше керівник і його заступник з медичних питань ЗОЗ/директор і медичний директор або керівник і його заступник ССМУ);

фахівці/спеціалісти команди КІК (для ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну допомогу);

керівники підрозділів та старші медичні сестри ЗОЗ, провідні спеціалісти;

відділ закупівель;

фармацевтичний/аптечний відділ (для ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну допомогу).

Перед тим, як перейти до базового оцінювання необхідно виконати контрольний список, що наведений в додатку 20 до цієї Інструкції.

3. При проведенні базової оцінки (кроку 2), в першу чергу слід зосередитися на оцінюванні практики гігієни рук, сприйняття медичним персоналом необхідності гігієни рук, знань працівників та наявних інфраструктури і ресурсів.

1) На етапі базового оцінювання необхідне залучення наступних фахівців: координатор програми гігієни рук та його заступники (при наявності); інструктори/тренери з гігієни рук; спостерігачі програми з покращення гігієни рук; фармацевт аптечного відділу (для ЗОЗ) та фахівці відділу закупівель ЗОЗ/ССМУ; працівники відділу статистики; епідеміолог команди КІК (для ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну допомогу).

2) Тривалість базового оцінювання має складати близько трьох місяців, однак вона може бути зменшена або подовжена в залежності від кількості клінічних підрозділів, в яких заплановане впровадження програми із покращення гігієни рук.

3) В додатку 21 до цієї Інструкції запропонована, в якості прикладу, послідовна програма оцінювання на рівні ЗОЗ або ССМУ. Вказані строки є приблизними і можуть бути скореговані в залежності від місцевого контексту.

4) Проведення базового оцінювання має включати наступне:
оцінка наявної інфраструктури і ресурсів, сприйняття керівництвом ЗОЗ або ССМУ і медичними працівниками гігієни рук, дотримання правил гігієни рук медичними працівниками, використання засобів для гігієни рук;
оцінка переносимості і прийнятності спиртовмісного антисептику для рук;

аналіз отриманих даних одразу після проведеного оцінювання;
оцінка результатів та перевірка їх достовірності;
формування звіту та його розповсюдження серед ключових зацікавлених сторін;

планування та визначення дій, що будуть виконані на етапі впровадження, із врахуванням проведеного аналізу (наприклад, затвердження плану лекцій та практичних занять, визначення конкретних дій щодо покращення інфраструктури);

оцінка розповсюдженості ППНМД за останні шість або дванадцять місяців в ЗОЗ/ССМУ в цілому або у окремо взятому клінічному підрозділі;

завершення навчання інструкторів/тренерів;

підготовка додаткових навчальних матеріалів із включенням звіту, що був складений за даними оцінювання;

перегляд навчальних матеріалів із врахуванням отриманих результатів базового оцінювання;

підготовка інформаційних матеріалів (стенди, плакати, листівки тощо), які будуть використані на етапі впровадження;

завершення закупівель спиртовмісних антисептиків для рук;

підготовка до змін в практиці надання медичної допомоги (наприклад, встановлення раковин, диспенсерів, тримачів для одноразових паперових рушників);

Перед тим, як перейти до етапу впровадження необхідно виконати контрольний список, що наведений в додатку 22 до цієї Інструкції.

4. Етап впровадження (крок 3) – ключова фаза для досягнення поліпшення. Він складається із дій, які були заплановані на етапі підготовки до дії та відкориговані після базового оцінювання.

1) Для успішного впровадження необхідна координація дій наступних фахівців:

координатор програми гігієни рук та його заступники (при наявності);

інструктори/тренери з гігієни рук;

керівний склад ЗОЗ або ССМУ;

керівники та старші медичні сестри клінічних підрозділів;

фахівці команди КІК (для ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну допомогу);

фармацевт аптечного відділу (для ЗОЗ) і представник відділу закупівель;

представники громадських організацій та спілок пацієнтів;

регіональний координатор програми покращення гігієни рук або програми ПШК.

2) Тривалість етапу впровадження має складати близько трьох місяців, однак він може бути подовжений в залежності від кількості підрозділів, в яких заплановане впровадження програми із покращення гігієни рук.

3) Етап впровадження має включати:

проведення офіційного заходу із залученням всіх співробітників ЗОЗ або ССМУ, на якому слід висвітлити необхідність впровадження програми з покращення гігієни рук і продемонструвати прихильність керівництва ЗОЗ/ССМУ;

забезпечення доступності спиртовмісних антисептиків для рук в усіх точках догляду у всіх підрозділах, де впроваджується програма;

проведення оцінки переносимості і прийнятності спиртовмісного антисептику для рук, у випадках коли вона не була проведена на етапі базового оцінювання;

розміщення інформаційних плакатів, бюлетенів і стендів, роздача листівок, розповсюдження інших інформаційних матеріалів щодо правил гігієни рук та необхідності їх дотримання;

організація навчальних занять для всіх медичних працівників, які працюють в підрозділах та беруть участь в програмі (проведення практичних занять, в тому числі біля ліжка хворого, лекції, семінари, тренінги тощо);

оцінювання знань медичних працівників щодо гігієни рук, якщо воно не було проведено на етапі базового оцінювання;

поточне оцінювання наявної інфраструктури і ресурсів, використання засобів для гігієни рук, знань медичних працівників та дотримання правил гігієни рук;

моніторинг використання спиртовмісних антисептиків для рук;

організація регулярних зустрічей команди КІК для моніторингу реалізації програми, обговорення поточної ситуації та корекції плану дій при необхідності;

підготовка до етапу оцінки впливу.

Перед тим, як перейти до оцінки впливу необхідно виконати контрольний список, що наведений в додатку 23 до цієї Інструкції.

5. Головними цілями оцінки впливу (крок 4) є дослідження прогресу і підтвердження того, що реалізація програми призводить до покращення гігієни рук.

1) Оцінювання, які були проведені на етапі базової оцінки, необхідно повторити через визначений планом термін (він має бути достатнім для реалізації запланованого заходу). Оскільки такий моніторинг буде проведений одразу після реалізації програми, він визначить лише безпосередній вплив. З метою оцінки довгострокового впливу необхідно провести аналіз на основі декількох оцінювань.

2) Всі заходи, які були розпочаті на етапі впровадження, необхідно продовжити. Особливу увагу слід приділити зворотному зв'язку, з метою підтримки та можливої корекції плану дій.

3) Тривалість етапу має складати близько двох місяців, однак він може бути подовжений в залежності від кількості клінічних підрозділів, в яких відбувається впровадження програми покращення гігієни рук.

4) Залучення наступних фахівців необхідне для успішного виконання етапу оцінки впливу:

координатор програми гігієни рук та його заступники (при наявності);

спостерігачі;

працівник відділу закупівель;

фахівці команди КІК (для ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну допомогу).

5) В додатку 24 до цієї Інструкції наведена, в якості прикладу, послідовна програма оцінювання впливу на рівні ЗОЗ/ССМУ. Вказані строки є приблизними і можуть бути скореговані в залежності від місцевого контексту.

6) Оцінка впливу має включати наступне:

оцінка наявної інфраструктури і ресурсів, сприйняття керівництвом ЗОЗ або ССМУ і медичними працівниками гігієни рук, дотримання правил гігієни рук медичними працівниками, використання засобів для гігієни рук;

аналіз отриманих даних одразу після проведеного оцінювання;

оцінка результатів та перевірка їх достовірності;

підтримка заходів, які направлені на покращення гігієни рук та розпочати на етапі впровадження, у відповідності до потреб і затвердженого плану дій.

Перед тим, як перейти до розробки довгострокового плану необхідно виконати контрольний список, що наведений в додатку 25 до цієї Інструкції.

6. Розробка довгострокового плану (крок 5) – етап на якому проводиться огляд всього циклу програми, з метою розробки щонайменше п'ятирічного плану дій для забезпечення прогресу і стійкого покращення гігієни рук. Розробка і наступна реалізація довгострокового плану дозволить забезпечити формування культури гігієни рук і, таким чином, культури безпеки в ЗОЗ або ССМУ.

1) Популяризація і моніторинг гігієни рук не повинні завершуватися після реалізації програми. Тобто закінчення однієї програми повинно збігатися із початком наступної.

2) Тривалість етапу має складати близько двох місяців, однак він може бути подовжений в залежності від місцевого контексту.

3) Стратегія покращення гігієни рук не може залишатися незмінною і вона повинна оновлюватися через певні проміжки часу або після отримання нових даних. При внесенні змін, відповідно до довгострокового плану дій, весь цикл із використанням покрокового підходу необхідно повторювати протягом мінімум п'яти років.

4) Для успішної розробки і реалізації довгострокового плану необхідна координація дій наступних фахівців:

координатор програми гігієни рук та його заступники (при наявності);

інструктори/тренери;

спостерігачі;

епідеміолог команди КІК (для ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну допомогу);

працівники відділу статистики;

керівники та старші медичні сестри клінічних підрозділів ЗОЗ або керівники підрозділів ССМУ;

керівний склад ЗОЗ або ССМУ;

керівник та спеціалісти команди КІК (для ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну допомогу);

представники громадських організацій та спілок пацієнтів.

5) Етап розробки довгострокового плану дій має включати наступне:

- аналіз результатів базового і наступних оцінювань та оцінювання впливу на ключові показники успіху, що наведені в пункті 11 розділу IV цієї Інструкції;
 - визначення областей, які потребують подальшого покращення;
 - підготовка звіту із детальним описом всього процесу впровадження, оцінкою впливу, зазначенням існуючих проблем та варіантів їх усунення;
 - визначення способу розповсюдження результатів оцінювання впливу (наприклад, розповсюдження звіту в письмовій або електронній формі, організація зустрічі із запрошенням всіх зацікавлених сторін);
 - залучення керівництва ЗОЗ або ССМУ до розробки і реалізації довгострокового плану дій (заручення підтримкою для впровадження подальших заходів);
 - приведення у відповідність інфраструктури і ресурсів (в тому числі людських) до запланованих заходів із покращення гігієни рук;
 - підготовка, доопрацювання і затвердження довгострокового плану дій, примірний план якого наведено в додатку 26 до цієї Інструкції;
 - підготовка, доопрацювання і затвердження кошторису програми;
 - зазначення в кошторисі програми можливих непередбачуваних витрат із вказанням шляхів їх фінансування;
 - розробка та затвердження графіку проведення моніторингу, аудиту і зворотного зв'язку;
 - розробка системи оцінки даних з метою координації планів дій, що реалізуються відповідно до ММС ПІК в ЗОЗ;
 - розробка та впровадження системи звітності у підрозділах, із зазначенням залучених співробітників, задач та протоколів моніторингу, графіку проведення аудитів та зворотного зв'язку;
 - створення або залучення зовнішньої моніторингової групи (громадські організації, спілки пацієнтів, команда КІК іншого ЗОЗ або ССМУ тощо) для підтвердження достовірності даних оцінювання;
 - винайдення чемпіонів і лідерів думки та співпраця з ними;
 - розробка плану взаємодії із регіональними, національними та міжнародними організаціями, які займаються покращенням гігієни рук, з метою обміну досвідом і стимуляції розширення масштабів заходів, що реалізуються в ЗОЗ або ССМУ;
 - винайдення способів комунікації та популяризації гігієни рук поза межами ЗОЗ або ССМУ (наприклад, засоби масової інформації);
- Для завершення етапу необхідно виконати контрольний список, що наведений в додатку 27 до цієї Інструкції.

**Генеральний директор
Директорату громадського здоров'я**

А. Скіпальський

