

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України

№ \_\_\_\_\_

**Інструкція  
з впровадження профілактики інфекцій та  
інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я**

**I. Загальні положення**

1. Ця Інструкція визначає порядок організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю і спрямована на оптимізацію заходів щодо запобігання появи та поширенню в закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги та мікроорганізмів із антимікробною резистентністю.

2. Ця Інструкція є обов'язковою для всіх ЗОЗ, усіх форм власності незалежно від їх відомчого підпорядкування.

3. Відповідальними за виконання цієї Інструкції у ЗОЗ є його керівник, а у структурних підрозділах – керівник комісії з інфекційного контролю.

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

девайс-асоційовані інфекційні хвороби – інфекційні хвороби, пов'язані з встановленням та використанням медичних чужорідних тіл (наприклад, внутрішньосудинні катетери, інтубаційні трубки, сечові катетери);

епідеміологічний нагляд – це система збору, аналізу та інтерпретації даних про інфекційні захворювання;

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);

інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги (далі – ІПНМД) – хвороби, що виникають у пацієнта під час перебування у ЗОЗ 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;

контагіозність – виділення збудника з організму хворого чи носія і його поширення через довкілля для проникнення у сприйнятливий організм;

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 базуються 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;

протокол – детальний план наукового або медичного експерименту, лікування або процедури;

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;

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;

АМР – антимікробна резистентність;

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини;

ЗОЗ – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників;

КІК – комісія з інфекційного контролю;

МАМР – множинна резистентність мікроорганізмів до антимікробних препаратів;

ММС – мультимодальна система або комплексний спосіб досягнення змін у системі, мікрокліматі колективу та його поведінці, що підтримує прогрес в профілактиці інфекцій та інфекційному контролі (далі – ПШК) та в, кінцевому результаті, приносить позитивні зміни як для пацієнтів, так і для працівників охорони здоров'я;

ПШК – профілактика інфекцій та інфекційний контроль.

Інші терміни у цій Інструкції 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.

3. ІПНМД зустрічаються в усіх країнах незалежно від їхнього соціального та матеріально-технічного розвитку. Від них страждають пацієнти, медичні працівники та відвідувачі ЗОЗ. Джерелом ІПНМД можуть бути люди, що знаходяться в ЗОЗ, в деяких випадках вони зумовлені використанням медичної апаратури чи виконанням процедур, або виникають в результаті передачі негоспітальних інфекцій пацієнтам, що знаходяться в ЗОЗ. Інколи ЗОЗ виступають «розсадником» інфекції, що призводить до її розповсюдження як в самому закладі, так і за його межами серед населення. ІПНМД можуть призводити до тяжких форм захворювання, збільшення тривалості перебування пацієнтів в стаціонарі, виснаженню ресурсів охорони здоров'я та до смертельних випадків.

4. Запровадження програми ПШК в ЗОЗ відіграє ключову роль не тільки в профілактиці ІПНМД, а й у забезпеченні готовності і реагування при критичних ситуаціях, що пов'язані із розповсюдженням інфекційних захворювань.

5. Виділяють наступні ключові положення ПШК:

основа профілактики розповсюдження ІПНМД та АМР – безпечна практика надання медичної допомоги в безпечних умовах;

більшість видів ІПНМД можна попередити шляхом проведення тривалих та стійких, затратоефективних втручань;

програма ПШК в ЗОЗ має ключове значення для зведення до мінімуму передачі збудників інфекційних хвороб, а також для забезпечення готовності та попередження спалахів;

для ефективного забезпечення програми ПШК необхідна наявність всіх основних компонентів;

кожен основний компонент слід здійснювати відповідно до місцевих пріоритетів і наявних ресурсів та адаптувати як до загальнонаціонального рівня, так і до рівня окремих медичних закладів.

6. До основних компонентів ПШК відносяться:

контрольні списки;

програма ПШК;

порядки з ПШК;

навчання та підготовка;

епідеміологічний нагляд за ПНМД та оцінка дотримання принципів ПШК;

підтримка зі сторони мікробіологічних лабораторій;

чисте та безпечне середовище;

моніторинг і оцінка програм ПШК;

зв'язок із громадським суспільством.

7. На рівні закладу виділяють наступні компоненти ПШК:

програма ПШК;

СОП, що базуються на доказовій базі;

навчання та підготовка;

ПНМД та спостереження за ними;

ММС;

моніторинг, аудит та зворотній зв'язок;

режим роботи, штатний розпис та навантаження на ліжку;

приміщення, матеріали та обладнання.

8. П'ятиступеневий підхід до покращення ПШК:

1) крок 1 – підготовка до дії: цей крок визначає всі передумови, що необхідні для досягнення успіху, включаючи людські та фінансові ресурси, інфраструктуру, планування і координацію діяльності, визначення ролей та обов'язків;

2) крок 2 – базова оцінка: проведення експериментальної базової оцінки поточної ситуації, включаючи виявлення існуючих сильних сторін і недоліків, що має вирішальне значення для розробки індивідуального плану дій;

3) крок 3 – розробка та виконання плану дій: спираючись на ММС покращення розробити та втілити план дій;

4) крок 4 – оцінка впливу: проведення подальшої оцінки із використанням тих самих інструментів, що й при виконанні кроку 2, що має вирішальне значення для визначення ефективності плану (основна увага приділяється впливу, відповідності та економічній ефективності);

5) крок 5 – формування культури безпеки в довгостроковій перспективі: розробка поточного плану дій та графіку контролю для підтримки довгострокового впливу та переваг програми, таким чином сприяючи їх сталості.

9. Введення ММС, що складається із п'яти основних компонентів, має ключове значення для реалізації програм ПШК на практиці. Компонентами ММС, взаємодія яких здійснюється відповідно до додатку 1 до цієї Інструкції, є:

- зміни в системі;
- навчання і підготовка;
- моніторинг та зворотній зв'язок;
- нагадування та комунікація;
- культура безпеки.

Взаємозв'язок основних компонентів ММС здійснюється відповідно до додатку 2 до цієї Інструкції.

10. При розгляді компонентів ПШК (наприклад, розробка плану дій з поліпшення ПШК або внесення змін із врахуванням нових даних), потрібно розглянути наступне:

матеріально-технічні та інфраструктурні зміни, які необхідні для полегшення введення в дію змін (включає в себе розгляд механізмів закупівлі та постачання, доступності води та вивчення ергономічних факторів, що впливають на робочий процес);

необхідність в навчанні та підготовці (включає в себе друковані, електронні та усні джерела інформації, інтерактивні тренінги та симуляції біля ліжка хворого);

визначення індикаторів (включає моніторинг дотримання програми ПШК та вивчення індикаторних показників);

визначити типи і методи нагадувань на робочому місці (натяки на дії, інформаційні матеріали, прямі втручання та заохочення);

пріоритет ПШК в ЗОЗ (керівники закладу, підрозділів і, в першу чергу, команди КІК мають бути прикладом для наслідування).

## **II. Основні компоненти профілактики інфекцій та інфекційного контролю**

1. З метою розробки та впровадження програми ПШК, у ЗОЗ створюється КІК відповідно до Типового положення про комісію з інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та стаціонарних соціально-медичних установах. КІК при розробці програми ПШК повинна розглянути кожен із основних компонентів. Кінцевою метою КІК має стати повноцінне впровадження та всебічна підтримка ПШК.

2. Програма ПШК, що розроблена КІК, має бути в кожному ЗОЗ з метою профілактики ІПНМД та боротьби із АМР.

1) Програма повинна включати чітко визначені цілі та річний план роботи на основі епідеміологічних даних і пріоритетів, що були виявлені після оцінки ризиків. На програму мають бути виділені фінанси та ресурси, в тому числі людські.

2) Задачі та цілі ПШК мають бути чітко визначені, бути обчислюваними (наприклад, зазначаються індикаторні захворювання і методи їх оцінки) та досяжними.

3) Деякі компоненти ПШК можуть бути впроваджені та виконані в рамках запроваджених в ЗОЗ програм (наприклад, інфекційний контроль в закладах, що надають допомогу хворим на туберкульоз, протидія розповсюдженню ВІЛ/СНІДу, покращення практик гігієни рук).

4) Для функціонування програми ПШК формується команда, яка має складатися із лікарського та сестринського персоналу.

3. СОП з ПШК – це засновані на фактичних даних протоколи/алгоритми, які мають бути розроблені та впроваджені з метою зменшення частоти виникнення ІПНМД та АМР.

1) КІК в своїй роботі має використовувати мінімум наступні порядки з ПШК:

стандартні заходи безпеки;

гігієна рук;

заходи захисту, що направлені на унеможливлення передачі інфекцій;

профілактика зараження під час оперативних втручань;

профілактика катетер-асоційованих інфекцій кровотоку;

профілактика вентилятор-асоційованих пневмоній;

профілактика катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів;

профілактика передачі МАМР;

дезінфекція та стерилізація;

захист та безпека медичних працівників;

безпека ін'єкцій;

утилізація відходів;

раціональне використання антибіотиків;

готовність до спалахів інфекційних хвороб та управління ними.

2) Розробка СОП – є ключовою функцією КІК. Вони мають містити чіткі вказівки відносно пріоритетів ПШК, бути засновані на даних доказової медицини і адаптовані до місцевих умов. Відповідні зацікавлені сторони (наприклад, керівники структурних підрозділів, провідні спеціалісти, старші медичні сестри, менеджери з якості) мають бути залучені до розробки та адаптації СОП.

3) Перед введенням в дію нових СОП обов'язково мають бути проведені навчання із відпрацюванням практичних навичок для персоналу.

4) Слід встановити регулярний моніторинг виконання СОП.

5) Використання ММС є обов'язковим та реалізується відповідно до додатку 3 до цієї Інструкції.

4. Навчання і підготовка з ППК повинні проводитися для всіх медичних працівників, мають включати теоретичні та практичні навчання, симуляції ІПНМД, захворювань викликаних мікроорганізмами з АМР та перевірку знань.

1) Навчання і підготовка працівників базовим знанням з ППК та забезпечення безперервного розвитку для спеціалістів з ППК (включаючи передові технології і практики, наставницькі навички, методики реалізації та підтримки тощо) – основний компонент в реалізації програми ППК.

2) Розробка навчальних та підготовчих занять має бути розглянута при створенні програми ППК в ЗОЗ.

3) Послідовність імплементації СОП, навчання і підготовки, моніторингу і аудиту, зворотного зв'язку та епіднагляду має визначатися із урахуванням місцевого контексту.

4) Перед початком навчання і підготовки слід провести експертну оцінку базового рівня знань персоналу ЗОЗ. У випадку відсутності у ЗОЗ фахівців, що можуть здійснити експертизу та провести навчання, необхідно розглянути питання можливого залучення експертів регіонального чи національного рівня.

5) Під час підготовки планів навчання персоналу, слід розділити їх на такі категорії:

навчання та підготовка фахівців із ППК (лікарі, медичні сестри та інший персонал, які відповідають за функціонування програми ППК);

базові навчання та підготовка із ППК (всі медичні працівники, що беруть участь у наданні медичних послуг та догляді за пацієнтами);

ознайомчі навчання із ППК (адміністративний та управлінський персонал, обслуговуючий персонал, прибиральники тощо).

6) Необхідно використовувати змішаний підхід до навчання – письмові матеріали, електронне навчання та лекції поєднувати з інтерактивними і практичними заняттями. Індивідуальні, колективні та колегіальні механізми наставництва допомагають персоналу підвищувати продуктивність. Вони мають бути запроваджені та контролюватися у ЗОЗ. Рекомендується навчання та наставництво без відриву від роботи – проведення фахівцями з ППК тренінгів, майстер-класів або моделювання ситуацій біля ліжка хворого.

7) Слід встановити регулярну, мінімум один раз на рік, оцінку ефективності навчання.

8) Необхідно інтегрувати навчання ППК у ЗОЗ (наприклад, під час випробувального терміну медичний працівник має пройти навчання та підготовку із ППК та скласти іспит).

5. Епідеміологічний нагляд за ІПНМД на базі ЗОЗ проводиться з метою виявлення найбільш розповсюджених ІПНМД та реєстрації їх спалахів, включаючи викликані мікроорганізмами з АМР.

1) Епідеміологічний нагляд має бути важливим та чітко визначеним компонентом програми ПШК.

2) Мікробіологічна/бактеріологічна лабораторія із можливістю визначення АМР – невід’ємна частина епіднагляду за ІПНМД.

3) Показники розповсюдженості ІПНМД та АМР в ЗОЗ, що отримані шляхом епіднагляду, необхідно використовуються для:

управління стратегіями і пріоритетами ПШК, а також оцінки ефективності і результативності вжитих заходів;

порівняльного аналізу з метою оцінки тенденцій із плином часу;

виявлення важливих кластерів або спалахів, що, в свою чергу, забезпечує прийняття консолідованих рішень та дій в сфері громадського здоров’я;

допомоги фахівцям національного рівня з ПШК у визначенні пріоритетів ПШК, а також у розробці науково обґрунтованих рекомендацій.

4) Проведення епіднагляду за ІПНМД, що включає механізми для своєчасного зворотного зв’язку, значно знижує розповсюдженість ІПНМД. Такий ефект забезпечується швидким реагуванням на події, готовністю та навченістю медичного персоналу.

5) Питання епідеміологічного нагляду за ІПНМД слід розглянути під час розробки програми ПШК.

6) Відповідальність за планування та проведення спостережень, аналіз, інтерпретацію та поширення зібраних даних покладається на КІК. Визначена відповідальна особа (зазвичай, керівник КІК) повинна мати підготовку з епідеміології, епіднагляду та ПШК. Крім того, важливу роль відіграють епідеміологи, статистики, менеджери баз даних та експерти в області інформаційних технологій.

7) Епіднагляд в ЗОЗ має керуватися Порядком здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов’язаних з наданням медичної допомоги, затвердженим Міністерством охорони здоров’я України.

8) КІК має визначити на які ІПНМД буде направлений епіднагляд, враховуючи місцевий контекст. Додатковими рекомендованими інфекційними захворюваннями (окрім девайс-асоційованих ІПНМД та інфекцій області хірургічного втручання) для нагляду можуть бути:

пріоритетні місцеві інфекційні захворювання, що здатні спричинити спалах (наприклад, норовіруси, ротавіруси, вірус грипу, туберкульоз, тяжкий гострий респіраторний синдром тощо);



інфекційні захворювання серед сприятливих груп населення (наприклад, новонароджені, хворі відділень інтенсивної терапії, пацієнти з опіками, ВІЛ-інфіковані тощо);

інфекційні захворювання, що пов'язані із професійною медичною діяльністю (наприклад, гепатити В і С, ВІЛ, туберкульоз, грип, кір, кашлюк тощо).

9) Необхідно використовувати Критерії, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації, затверджені наказом МОЗ України від 28 грудня 2015 р. № 905, зареєстрованим Міністерством юстиції України 12 березня 2016 р. за № 379/28509.

10) Слід використовувати активний нагляд для виявлення ІПНМД. Приклади форм збирання даних наведені в Порядку здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, затвердженим цим наказом.

11) Звіти по епіднагляду мають своєчасно (не пізніше ніж на п'ятий робочий день після оформлення) поширюватися як серед керівництва, так і серед зацікавлених сторін (наприклад, звіт по інфекціях хірургічної рани серед медичного персоналу хірургічного відділення).

12) Необхідно забезпечити інформативну підтримку епіднагляду, а саме обладнання, мобільні технології, електронні карти пацієнта тощо.

13) Система оцінки якості епідеміологічного нагляду має першочергове значення (наприклад, оцінка донесень про випадок, огляд мікробіологічних досліджень, необхідність та ревалентність показників, що використовуються). Крім того, слід проводити регулярну оцінку нагляду у відповідності до наявних потреб та пріоритетів.

6. Програма ППК із використанням ММС має бути реалізована для вдосконалення існуючих стандартів надання медичної допомоги і зниження кількості ІПНМД та АМР.

1) Використання ММС підтримує всі аспекти реалізації програми ППК та підкріплює всі рекомендації основних компонентів. ММС означає, що фахівці з ППК не зосереджують увагу лише на одній зміні в системі (наприклад, на навчанні та підготовці), а розглядають ряд змін, що спрямовані на різних учасників програми, в тому числі на поведінку людини (наприклад, на культуру безпеки).

2) ММС повинні використовуватися від моменту розробки програми ППК.

3) КІК за підтримки керівництва ЗОЗ несе відповідальність за використання ММС для реалізації програми ППК.

4) Задля забезпечення успішності ММС необхідно залучати людей, що є прикладами для наслідування, лідерами думки і чемпіонами.

7. Регулярний моніторинг та аудит і своєчасний зворотній зв'язок між ЗОЗ, науково-дослідними інститутами, відповідними підрозділами МОЗ України, громадськими організаціями та спілками пацієнтів забезпечує контроль та запобігає розповсюдженню ППНМД та АМР. Зворотній зв'язок має бути впроваджений від національного, через регіональний та місцевий рівні, до зацікавлених сторін окремо взятого ЗОЗ.

1) Основною метою практики моніторингу, аудиту і зворотного зв'язку, як частини мультимодального підходу, є підтримка досягнутих результатів та сприяння покращенню їх в майбутньому, що зменшує ризик розповсюдження ППНМД та АМР.

2) До складу даного основного компоненту ППК входить оцінка ступеню відповідності стандартам та вимогам, оцінка дій та цілей, які вже досягнені та оцінка тих аспектів, що потребують покращення.

3) Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу є ключовим показником, включаючи моніторинг її дотримання.

4) Моніторинг та зворотній зв'язок слід направити на залучення зацікавлених сторін, створення партнерських відносин і робочих груп, формування професійних мереж.

5) Навчання із використанням даних, які отримані шляхом моніторингу, аудиту і зворотного зв'язку, має стати інструментом в переконанні людей щодо існування проблеми та в тому, що вибране рішення було правильним.

6) Питання моніторингу, аудиту і зворотного зв'язку потрібно розглянути на етапі розробки програми ППК, тому що в подальшому вони мають стати невід'ємною частиною процесу впровадження.

7) Аудит та зворотній зв'язок є ключовим елементом діяльності КІК. Для реалізації даного компоненту програми ППК члени КІК мають пройти відповідне навчання.

8) Необхідно скласти план моніторингу з чітко визначеними цілями, задачами і заходами, що включає інструменти для збору даних.

9) Моніторинг і аудит необхідно проводити щонайменше по наступним категоріям показників:

- дотримання правил гігієни рук;
- постановка та догляд за внутрішньосудинним катетером;
- постановка та догляд за сечовим катетером;
- заходи по запобіганню інфекцій області хірургічного втручання;
- реалізація заходів безпеки по недопущенню передачі інфекційних агентів із АМР та висококонтагіозних інфекційних хвороб;
- якість поточного та генерального прибирань;
- дезінфекція і стерилізація медичного обладнання та інструментарію;
- споживання антисептику для рук та рідкого мила;
- використання антибактеріальних препаратів.

10) Слід встановити механізми зворотного зв'язку серед усіх зацікавлених сторін. Для цього рекомендовано використовувати листівки, інформаційні бюлетені, публікації в журналах тощо. Також необхідно проводити регулярні зібрання (щонайменше раз на рік) для оприлюднення інформації по даним моніторингу з використанням аналізу тенденцій (помісячно, поквартально, по рокам тощо).

11) Необхідно використовувати двонаправлений зворотній зв'язок в навчанні, з метою забезпечення підтримки культури навчання та поліпшення його якості.

8. Режим роботи, штатний розпис та зайнятість ліжка – основний компонент, що включає:

1) зайнятість ліжка не повинна перевищувати стандартну місткість ЗОЗ – один пацієнт на одному ліжку та не менше одного метру між ліжками. У виняткових обставинах, при перевищенні пропускної спроможності ліжка, керівництво ЗОЗ повинно забезпечити залучення додаткових кадрів та достатню відстань між ліжками. Зайнятість ліжка, що перевищує стандартну місткість ЗОЗ та невідповідний рівень укомплектованості медичними працівниками, пов'язані із підвищеним ризиком спалахів ПНМД та розповсюдженням АМР. Переповненість – визнана проблема громадського здоров'я, що може призвести до передачі інфекційних хвороб;

2) розгляд питань робочого навантаження, укомплектованості персоналом та зайнятості ліжок має стати частиною першочергових обговорень під час планування програми ПШК. Цей основний компонент впливає на реалізацію інших основних компонентів. Тим не менше слід відмітити, що дотримання рекомендацій має бути збалансовано із необхідністю надання невідкладної допомоги якомога більшій кількості пацієнтів при надзвичайних ситуаціях;

3) рішення, що стосуються робочого навантаження, укомплектування штатами і розміщення ліжок, приймаються на рівні керівництва ЗОЗ. Однак, КІК має бути обізнана в цьому питанні для можливості надавати рекомендації та впливати на осіб, які приймають рішення.

9. Діяльність з догляду за хворими повинна проводитися у чистому приміщенні, що полегшує профілактику і контроль за ПНМД та АМР. Це включає в себе всі елементи інфраструктури і наявність відповідних матеріалів та обладнання (наприклад, рукомийники, антисептики для рук, рідке мило, засоби індивідуального захисту).

1) Обладнання та засоби для гігієни рук мають бути легко доступні в точці догляду.

2) В ЗОЗ мають бути забезпечені: достатня кількість та правильне місце розташування засобів для гігієни рук відповідно до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та стаціонарних соціально-

медичних установах, кімнати гігієни для персоналу і пацієнтів, утилізація відходів, дезінфекція та стерилізація.

3) Ремонт та переобладнання приміщень, забезпечення необхідними матеріалами та обладнанням повинні стати частиною першочергових обговорень при плануванні програми ППК. Цей основний компонент впливає на реалізацію всіх інших основних компонентів.

4) Рішення, що стосуються приміщень, матеріалів та обладнання, приймаються на рівні керівництва ЗОЗ. Однак, КІК має бути обізнана в цьому питанні для можливості надавати рекомендації та впливати на осіб, які приймають рішення.

### **III. Етапи впровадження**

1. Етап підготовки до дії (крок 1) пов'язаний із підготовкою до оцінювання та покращення програми ППК в ЗОЗ та включає:

планування та впровадження заходів, що сприятимуть успішній реалізації і стійкості ефектів від програми ППК;

залучення необхідних ресурсів (людських і фінансових) та об'єктів інфраструктури, створення планів та координація дій, залучення зацікавлених сторін, чемпіонів та керівництва ЗОЗ до роботи з поліпшення програми ППК;

основною частиною першого кроку стануть зустрічі та бесіди із зацікавленими сторонами. В додатку 4 до цієї Інструкції наведені зразки доповідей для початкових дискусій. Слід комунікувати та підтримувати зміни задля підготовки підґрунтя для чотирьох інших кроків.

1) Практичні поради, ключові міркування та дії наведені в додатку 5 до цієї Інструкції:

необхідно сфокусуватися на створенні основи для підтримки майбутніх дій;

слід звернути увагу на необхідність залучення додаткових фінансових та людських ресурсів для покращення одного або декількох основних компонентів ППК в ЗОЗ;

необхідно, аби упродовж усього підготовчого етапу проводилась повсякденна діяльність ЗОЗ.

2) В процесі виконання даного етапу може виникнути ряд проблем. Тому під час зустрічей і обговорень із ключовими зацікавленими сторонами слід розглянути можливі перепони та фактори, які можуть бути пов'язані із програмою ППК. В додатку 6 до цієї Інструкції наведені деякі загальні бар'єри на шляху впровадження основних компонентів та приклади їх усунення.

Перед тим як перейти до другого кроку, необхідно виконати контрольний список до кроку 1 відповідно до додатку 7 до цієї Інструкції.

2. Необхідність проведення базового оцінювання (крок 2) заснована на:

проведення попередньої базової оцінки поточної ситуації із ППК в ЗОЗ, що включає виявлення існуючих сильних та слабких сторін, є важливим для постійного підвищення якості надання медичних послуг;

оцінка створює відчуття необхідності змін, що потрібні для покращення ППК, із урахуванням поточних ризиків, фактичних потреб і наявних ресурсів;

оцінка виявляє сильні сторони та позитивні досягнення задля переконання керівництва ЗОЗ у тому, що прогрес та успіх можливі.

1) Для проведення базової та подальших оцінок ЗОЗ слід використовувати протокол системної самооцінки ППК у ЗОЗ, відповідно до додатку 8 до цієї Інструкції.

Перед проведенням системної самооцінки ППК у ЗОЗ слід ознайомитися із ключовими міркуваннями та діями, що наведені в додатку 9 до цієї Інструкції.

2) В процесі виконання базової оцінки може виникнути ряд проблем. Тому під час зустрічей і обговорень із ключовими зацікавленими сторонами слід розглянути можливі перепони та фактори, які можуть бути пов'язані із програмою ППК. В додатку 10 до цієї Інструкції наведені деякі загальні бар'єри на шляху впровадження основних компонентів та приклади їх усунення.

Перед тим як перейти до третього кроку, необхідно виконати контрольний список до кроку 2, відповідно до додатку 11 до цієї Інструкції.

3. Ключові аспекти розробки та виконання плану дій (крок 3):

план дій базується на результатах проведеної системної самооцінки ППК у ЗОЗ, шаблони яких наведені в додатку 12 до цієї Інструкції;

результати самооцінки ППК та інші результати проведеного оцінювання дозволяють визначити пріоритетні області для втручання, а також дійти згоди у відношенні підходів до зміцнення сильних та нівелювання дії слабких сторін;

використання ММС та порядків з ППК полегшить розробку плану дій, відповідно до додатків 1 та 3 до цієї Інструкції;

важливо на початку сконцентруватися на досягненні короткострокових результатів – почати з невеликого, але мислити масштабно (реалістичний пріоритетний план дій, що враховує місцеві особливості, є ключовою задачею);

довгостроковий стратегічний план важливий з точки зору загальної оцінки впливу програми ППК (наприклад, створення п'ятирічної стратегії).

1) Головними завданнями цього кроку є:

розробка плану дій;

визначення обов'язків членів КІК;

визначення строків реалізації;

визначення необхідності в освіті і навчанні працівників;

затвердження дати впровадження кожного із основних компонентів, що будуть реалізовані, із урахуванням результатів системної самооцінки ППК у конкретному ЗОЗ.

2) Переглянувши результати оцінювання, КІК може вирішити сконцентрувати увагу на реалізації лише одного із основних компонентів на початковому етапі або впроваджувати одразу всі. Рішення має залежати від результатів проведеної самооцінки, місцевих особливостей (наприклад, доступних фінансових та людських ресурсів) та обговорення за участю керівників ЗОЗ і лідерів думки. Також слід звернути увагу на невідкладні проблеми (наприклад, часті спалахи захворювань, що спричинені певним збудником) та існуючі можливості (наприклад, зацікавленість благодійних організацій у реалізації тієї чи іншої програми). Слід визначити основні компоненти, які вже частково реалізовані, і можуть бути покращені шляхом незначних втручань. В незалежності від обраних основних компонентів, комплексний план має бути розглянутий та затверджений керівництвом ЗОЗ. Узагальнена інформація з практичних порад, ключових міркувань та дій наведена в додатку 13 до цієї Інструкції.

4) Бар'єри і рішення на етапі розробки та реалізації плану дій необхідно розглядати по кожному із основних компонентів окремо.

5) Програма ППК із визначеним керівником, командою, повноваженнями, бюджетом і підтримкою керівництва – перший крок, що підтримає впровадження всіх основних компонентів і дозволить визначити пріоритети із урахуванням місцевих особливостей та базової оцінки. Керівництво ЗОЗ має долучитися і погодитися із запропонованими діями, особливо із необхідністю виділення ресурсів. Приклад плану дій для програми ППК наведено в додатку 14 до цієї Інструкції.

В процесі розробки і затвердження програми ППК можуть виникнути ряд проблем. В додатку 15 до цієї Інструкції наведені деякі загальні бар'єри на шляху впровадження основних компонентів та приклади їх усунення;

6) Розробка порядків з ППК – складна процедура, що потребує залучення експертів та опрацювання світового досвіду. Тому розробляти власні порядки на рівні ЗОЗ некоректно. Слід адаптувати порядок до місцевого контексту шляхом розробки СОП. Приклад СОП «Профілактика ПІНМД в акушерському стаціонарі» наведена в додатку 16 до цієї Інструкції. Крім того, можна інтегрувати порядки з ППК у вже запроваджені в ЗОЗ програми. Форма і доступність мають вирішальне значення, тому їх слід розповсюджувати різними способами (електронна пошта, соціальні мережі, роздруківки). Зразок плану дій для розробки і впровадження СОП з ППК наведено в додатку 17 до цієї Інструкції.

В процесі розробки і затвердження СОП з ППК можуть виникнути ряд проблем. В додатку 18 до цієї Інструкції наведені деякі загальні бар'єри на та приклади їх усунення.

7) Навчання і професійна підготовка мають бути тісно пов'язані із СОП і поєднувати зусилля в області освіти з іншими суміжними програмами.

ЗОЗ має забезпечити навчання для всіх нових співробітників, а також постійне безперервне підвищення обізнаності з питань ППК, з врахуванням нових даних, для всіх працівників принаймні щорічно.

Навчання і підготовка повинні враховувати профіль роботи і компетенцію працівників. Так базові знання з ППК повинні отримати всі працівники ЗОЗ, що надають послуги із догляду за пацієнтами, а також інші співробітники (наприклад, управлінський та адміністративний персонал, персонал допоміжного обслуговування).

Для медичних працівників, що надають спеціалізовану допомогу (наприклад, працівники відділень хірургії) мають бути проведені додаткові (вузьконаправлені) навчання і підготовка.

При розробці плану дій слід визначити наступне:  
 підходи до моніторингу і оцінки навчання та підготовки;  
 шляхи забезпечення зворотного зв'язку;  
 інструменти (протоколи, анкети, тести), які будуть використовуватися для перевірки теоретичних та практичних знань працівників;  
 методи фіксації результатів оцінювання.

Під час навчання та підготовки необхідно використовувати різнонаправлені методи – лекції, мотивуючі заняття, семінари, практичні заняття біля ліжка хворого, дистанційне навчання тощо.

Координатор програми навчання і підготовки з ППК повинен постійно підвищувати свій рівень теоретичних та практичних знань.

Останнім напрямом, що має бути розглянутим при підготовці плану дій є навчання і підготовка пацієнтів та їхніх родичів. В першу чергу, слід звернути увагу на правильний догляд за хворими із особливими потребами. Приклад плану дій «Навчання і підготовка з ППК» наведений в додатку 19 до цієї Інструкції.

В процесі розробки і затвердження плану «Навчання та підготовки з ППК» можуть виникнути ряд проблем. В додатку 20 до цієї Інструкції наведені деякі загальні бар'єри та приклади їх усунення.

8) Проведення епідеміологічного нагляду за ІПНМД потребує підтримки та згоди керівництва закладу і керівників цільових клінічних служб, оскільки він пов'язаний із оцінкою безпеки та якості надання медичних послуг пацієнтам і може потребувати залучення деяких додаткових ресурсів (наприклад, доступу до медичної документації).

До початку запровадження епіднагляду, необхідно провести навчання відповідальної особи, осіб, що будуть проводити збір даних і персонал клінічного підрозділу.

Проведення нагляду за всіма видами ІПНМД, на початковому етапі впровадження, є не обов'язковим. Необхідно чітко визначити цілі і показники, що орієнтовані на одну із ІПНМД (наприклад, інфекція хірургічної рани (далі –

ІОХВ) або катетер-асоційована інфекція кровотоку (далі – КАІК). Слід розглянути можливість, в разі недостатності фінансових, кадрових і лабораторних ресурсів, впровадження епіднагляду при проведенні окремих процедур (наприклад, ІОХВ після апендектомії).

Приклад плану дій «Епідеміологічний нагляд за ПНМД» наведений в додатку 21 до цієї Інструкції.

В процесі розробки і затвердження плану дій з епідеміологічного нагляду за ПНМД можуть виникнути ряд проблем. В додатку 22 до цієї Інструкції наведені деякі загальні бар'єри та приклади їх усунення.

9) Мультимодальний підхід слід використовувати на кожному з етапів впровадження ПШК. Приклад плану дій «ММС» наведений в додатку 23 до цієї Інструкції.

В процесі розробки і затвердження плану дій з впровадження ММС в ПШК можуть виникнути ряд проблем. В додатку 24 до цієї Інструкції наведені деякі загальні бар'єри на та приклади їх усунення.

10) Після проведення і отримання результатів системної самооцінки ПШК у ЗОЗ, виникає необхідність у впровадженні програми моніторингу, аудиту і зворотного зв'язку.

Практики і процеси, обрані для моніторингу, мають бути основані на результатах оцінювання.

Необхідно враховувати можливість зворотного зв'язку по обраним видам діяльності та варіанти його здійснення.

Враховуючи, що моніторинг, аудит і зворотній зв'язок – ключовий елемент ММС, індикатори, які будуть використовуватися, мають визначатися практиками/процедурами, що є пріоритетними у ЗОЗ.

Обрані індикатори, практики, підрозділи і відповідальні особи із зазначенням чітких ролей та обов'язків, частоти моніторингу і аудиту, графіку проведення зворотного зв'язку затверджуються керівництвом закладу.

Зразок плану дій «Моніторинг, аудит і зворотній зв'язок» представлений в додатку 25 до цієї Інструкції.

В процесі розробки і затвердження плану дій «Моніторинг, аудит і зворотній зв'язок» можуть виникнути ряд проблем. В додатку 26 до цієї Інструкції наведені деякі загальні бар'єри на та приклади їх усунення.

11) Процес затвердження плану дій щодо режиму роботи, штатного розпису і навантаження на ліжко вимагає тісної співпраці між командою КІК та керівництвом ЗОЗ.

Основною задачею КІК є пояснення і обґрунтування керівництву необхідності проведення тих чи інших заходів, сконцентрувавши увагу на тому, чому ці аспекти мають вирішальне значення для зниження ризику виникнення ПНМД, ендемічних та епідемічних спалахів, розповсюдженості АМР.



Приклад плану дій: режим роботи, штатний розпис і навантаження на ліжко наведений в додатку 27 до цієї Інструкції.

В процесі розробки і затвердження плану дій «Режим роботи, штатний розпис і навантаження на ліжко» можуть виникнути ряд проблем. В додатку 28 до цієї Інструкції наведені деякі загальні бар'єри на та приклади їх усунення.

12) Без сприятливого внутрішнього середовища, забезпеченості матеріалами і обладнанням для ПШК покращення будуть недосяжними. Виявлення пробілів в інфраструктурі і забезпеченні, які перешкоджають впровадженню ПШК, є одним із ключових завдань команди КІК. На початковому етапі необхідно зосередитися на управлінні відходами. Приклад плану дій «Приміщення, забезпеченість матеріалами і обладнанням» наведений в додатку 29 до цієї Інструкції.

В процесі розробки і затвердження плану дій «Приміщення, забезпеченість матеріалами і обладнанням» може виникнути ряд проблем. В додатку 30 до цієї Інструкції наведені деякі загальні бар'єри на та приклади їх усунення.

Перед тим як перейти до четвертого кроку, необхідно виконати контрольний список до кроку 3, відповідно до додатку 31 до цієї Інструкції.

4. Оцінка впливу (крок 4) є критичним етапом для прийняття рішень, залучення підтримки і внесення змін в щорічний план ПШК.

1) Метою проведення оцінки впливу є збір даних для виявлення дій, які справили позитивний вплив та заходів і ресурсів, що потрібні додатково для досягнення поставлених задач.

2) Оцінка впливу включає в себе оцінювання планів дій і визначення їх ефективності.

3) З метою моніторингу і аудиту необхідно використовувати інструменти/ протоколи, які залучалися на етапі визначення базової оцінки. Такий підхід допоможе виділити ділянки на яких досягнуто покращення, а на яких проблеми залишилися.

Узагальнена інформація з ключових міркувань та дій наведена в додатку 32 до цієї Інструкції.

Перед тим як перейти до п'ятого кроку, необхідно виконати контрольний список до кроку 4, відповідно до додатку 33 до цієї Інструкції.

5. Формування культури безпеки (крок 5) включає:

визначення набутих покращень та проблем, що досі не вирішені, беручи за основу інформацію отриману на попередньому етапі;

регулярний перегляд і покращення ПШК за допомогою нововведень (проекти, програми, кампанії), з метою інституціонування культури ПШК;

зادля гарантування постійної підтримки ПШК у ЗОЗ, необхідно підтримувати налагоджені на попередніх етапах канали зв'язку і структуру команди КІК та, в разі потреби, доповнювати їх;

команда КІК має постійно брати участь у розбудові та підтримці ПШК, в тому числі надавати консультації, розробляти та розповсюджувати новітні дані в області ПШК, підтримувати культуру безпеки;

створення циклу аналізу і взаємодії, з метою підтримки переваг програми і забезпечення її впровадження у існуючі практики ЗОЗ, що, в кінцевому результаті, буде сприяти її стійкості та всеохоплюючому впливу.

Ключові міркування та дії щодо впровадження та підтримки культури безпеки наведені в додатку 34 до цієї Інструкції.

В процесі формування культури безпеки можуть виникнути ряд проблем. В додатку 35 до цієї Інструкції наведені деякі загальні бар'єри на та приклади їх усунення.

Для завершення останнього кроку слід виконати контрольний список відповідно до додатку 36 до цієї Інструкції.

**Генеральний директор  
Директорату громадського здоров'я**

**А. Скіпальський**