



ОТЧЕТ

О РЕЗУЛЬТАТАХ СИТУАЦИОННОГО АНАЛИЗА ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ И ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ НА УРОВНЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

ФЕВРАЛЬ 2022 | АЛМАТЫ



ОТЧЕТ

о результатах

ситуационного анализа основных компонентов программ профилактики инфекций и
инфекционного контроля на уровне медицинских организаций в

Республике Казахстан

февраль 2022

Алматы

РЕЗЮМЕ

Данный отчет является результатом анализа состояния основных компонентов программ профилактики инфекций и инфекционного контроля (ПИИК), проведенного Центром ICAP при школе общественного здравоохранения Колумбийского университета, США (ICAP) и Национальным центром общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан (НЦОЗ) в августе-октябре 2021 года. Анализ проводился в рамках инициативы компании «Шеврон» по поддержке национальных усилий по совершенствованию системы профилактики инфекций и инфекционного контроля в Республике Казахстан.

Ситуационный анализ состояния основных компонентов ПИИК был проведен на базе 78 стационаров в различных регионах Республики Казахстан, участвующих в системе обязательного социального медицинского страхования. Методология ситуационного анализа состояла из двух этапов: 1) проведение членами исследовательской группой интервью со специалистами, отвечающими за ПИИК; и 2) структурированные наблюдения в выбранных стационарах.

Результаты проведенного ситуационного анализа позволяют дать общую оценку всей системе ПИИК в медицинских организациях, предоставляющих стационарные медицинские услуги в стране, и выделить основные направления, которые позволят улучшить анализируемую систему ПИИК. Результаты этого анализа могут быть использованы Министерством здравоохранения Республики Казахстан при разработке плана мероприятий по совершенствованию политик и практик по ПИИК на уровне медицинских организаций. Результаты анализа также будут учтены ICAP и НЦОЗ при разработке планов дальнейшего сотрудничества в рамках вышеназванной инициативы компании «Шеврон».

СОДЕРЖАНИЕ

РЕЗЮМЕ.....	0
Содержание.....	0
Выражение благодарности	1
Сокращения и аббревиатуры	2
1. Введение.....	3
2. Материалы и методы	5
3. Результаты оценки основных компонентов ПИИК.....	8
3.1. Организация программ по ПИИК.....	9
3.2. Методические руководства и стандартные операционные процедуры (СОП) по ПИИК.....	11
3.3. Обучение и повышение квалификации по ПИИК	13
3.4. Эпидемиологический надзор на ИСМП	14
3.5. Мультимодальные стратегии	17
3.6. Мониторинг и внутренний аудит.....	21
3.7. Рабочая нагрузка, кадровое обеспечение и занятость коек	23
3.8. Рабочая среда, материалы и оборудование для ПИИК	24
3.9. Готовность системы ПИИК к работе в условиях эпидемии COVID-19.....	25
3.10. Основные сложности в реализации ПИИК на уровне стационаров и пути их преодоления	28
4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ	30

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Филиал центра ICAP при школе общественного здравоохранения Колумбийского университета в Казахстане выражает благодарность Министерству здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК), Комитету санитарно-эпидемиологического контроля МЗ РК, Национальному центру общественного здравоохранения МЗ РК (НЦОЗ) и управлениям здравоохранения/здоровья городов и областей за оказанное содействие и поддержку при проведении данного ситуационного анализа. Мы также выражаем особую признательность руководителям и сотрудникам медицинских организаций, принявших участие в сборе информации для проведения ситуационного анализа. Их активное участие и готовность делиться информацией и документами позволили выполнить все основные задачи исследования.

Особую благодарность ICAP выражает независимым экспертам и сотрудникам НЦОЗ, участвовавшим в сборе данных для анализа: Г.О. Агажаевой, А.Т. Айыпхановой, К.К. Алимбетову, К.Ч. Атахановой, Ж.Ж. Бекеновой, Э.А. Кокаевой, С.С. Кырыкбаевой, К.А. Ораловой, Г.Д. Таубаевой и К.О. Текебаеву.

Сбор данных, проведение ситуационного анализа и подготовка отчета проведены при финансовой поддержке компании «Шеврон».

СОКРАЩЕНИЯ И АББРЕВИАТУРЫ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ПИИК	Профилактика инфекций и инфекционный контроль
ИСМП	Инфекции, связанные с оказанием медицинских услуг
КИК	комиссия по инфекционному контролю
МЛУ	множественная лекарственная устойчивость
НПА	нормативно-правовые акты
НЦОЗ	Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан
ОСМС	Обязательное социальное медицинское страхования
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
СОП	стандартная операционная процедура
ФСМС	Фонд социального медицинского страхования
ICAP	Центр ICAP при Колумбийском Университете
WASH	водоснабжение, санитария и гигиена

1. ВВЕДЕНИЕ

Инфекции, связанные с оказанием медицинских услуг (ИСМП), являются серьезной проблемой общественного здравоохранения во всем мире. ИСМП отрицательно влияют на уровень заболеваемости, смертности и качества жизни. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), у 7% госпитализированных больных в развитых странах и 10% - в развивающихся странах регистрируются ИСМП. Возникновение ИСМП в медицинских организациях можно предотвратить путем реализации эффективных мер по профилактике инфекций и инфекционному контролю (ПИИК).

Согласно рекомендациям ВОЗ, организация системы ПИИК должна включать в себя восемь основных компонентов, которые должны быть реализованы как на уровне страны, так и на уровне отдельных медицинских организаций:

1. наличие программ по ПИИК;
2. методические указания, руководства и стандартные операционные процедуры по ПИИК;
3. обучение и повышение квалификации персонала мед. организаций по ПИИК;
4. эпидемиологический надзор за ИСМП;
5. мультимодальные стратегии;
6. мониторинг/аудит методов ПИИК и обратная связь;
7. загруженность, численность персонала и средняя занятость койки;
8. инфраструктура, материалы и оборудование для ПИИК на уровне медицинских организаций.

В Республике Казахстан требования к ПИИК для всех медицинских организаций регламентированы нормативно-правовыми документами, в первую очередь, Приказами Министра здравоохранения и соответствующими санитарными правилами. В 2018 году в Казахстане были утверждены обновленные Национальные стандарты аккредитации больниц и амбулаторных медицинских учреждений (Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан №325 от 25 июня 2018 года), включающие стандарты по ПИИК. Эти стандарты используются для оценки медицинских учреждений экспертами ОО «Общественное объединение экспертов и консультантов по внешней комплексной оценке в сфере здравоохранения» в рамках национальной аккредитационной оценки, проводимой на добровольной основе каждые три года. К концу 2020 года 30% всех медицинских учреждений, работающих с Фондом социального медицинского страхования, прошли добровольную аккредитацию. В связи с переходом в 2020 году от финансирования сферы здравоохранения за счет бюджета к системе Обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), соблюдение стандартов и практики аккредитации в области ПИИК считается одним из основных показателей оценки качества услуг в стране.

В 2019 году Фондом народонаселения ООН (ЮНФПА) был проведен анализ системы контроля и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи на

национальном уровне и в акушерских стационарах Республики Казахстан¹. Основными проблемами для системы ПИИК на национальном уровне согласно отчету 2019 года являлись:

- Отсутствие единой национальной комплексной стратегии или программы по профилактике и контролю ИСМП;
- Отсутствие эффективной системы эпидемиологического надзора, основанной на действенных инструментах сбора и анализа данных по случаям ИСМП и факторам риска;
- Отсутствие практических руководств и алгоритмов по мероприятиям ПИИК для большинства заинтересованных сторон;
- Отсутствие возможности получения углубленных знаний, соответствующих современным представлениям и доказательным практикам по проблематике ИСМП и ПИИК, а также по смежным отраслям знаний практически для всех заинтересованных сторон;
- Отсутствие системы мониторинга мероприятий, реализуемых в рамках ПИИК.

Анализа ситуации по основным компонентам системы ПИИК в многопрофильных стационарах Республики Казахстан до настоящего времени проведено не было.

В 2019 году при Национальном центре общественного здравоохранения (НЦОЗ) Министерства здравоохранения Республики Казахстан был создан Координационный центр по ПИИК (Центр ПИИК. В 2021 году в рамках инициативы компании «Шеврон» был подписан Меморандум о сотрудничестве между ICAP и НЦОЗ о реализации совместных мероприятий, направленных на укрепление систем ПИИК на базе медицинских учреждений Республики Казахстан, включая наращивание потенциала Центра ПИИК, разработку и реализацию программы обучения в области ПИИК, а также проведение анализа ситуации по ПИИК для разработки и реализации плана мероприятий по совершенствованию системы ПИИК.

В октябре 2021 года ICAP совместно с НЦОЗ провел ситуационный анализ основных компонентов программ профилактики и контроля инфекций на уровне многопрофильных стационаров в Республике Казахстан. Основными задачами ситуационного анализа были:

1. Описать текущую ситуацию по основным компонентам ПИИК в репрезентативной выборке стационарных медицинских организаций, включенных в систему ОСМС в Республике Казахстан;
2. Оценить соответствие основных компонентов системы ПИИК в стационарных медицинских организациях рекомендациям ВОЗ;
3. Оценить подходы по ПИИК для обеспечения безопасной работы в условиях эпидемии COVID-19;
4. Выявить общие недостатки и факторы, отрицательно влияющие на работу по ПИИК.

¹ Ситуационный анализ барьеров и проблем организации службы инфекционного контроля в акушерских стационарах Республики Казахстан. ЮНФПА – 2019

2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Протокол проведения ситуационного анализа был согласован с Министерством здравоохранения Республики Казахстан и одобрен Центральным комитетом по биоэтике при НАО “Медицинский университет Астаны” Министерства здравоохранения Республики Казахстан и Институциональным наблюдательным советом при Медицинской школе Колумбийского Университета.

Сбор данных в рамках ситуационного анализа осуществлялся в период с 31 августа – 12 октября 2021 года.

Для участия в ситуационном анализе была отобрана методом случайной выборки 81 медицинская организация, входящая в систему ОСМС Республики Казахстан и оказывающая стационарные услуги. Для формирования выборки медицинских организаций использовались следующие параметры:

- Уравнивание по областям (репрезентативная доля выборки из каждой области);
- Уравнивание по уровню медицинской организации (городские или сельские центральные районные больницы (ЦРБ));
- Уравнивание по форме собственности (репрезентативная доля выборки среди частных и государственных стационаров);
- Формирование случайной выборки из списка стационаров по каждой области и группе государственных/частных медицинских учреждений и городских/ЦРБ.

С момента формирования выборки и до момента начала проведения полевого этапа три организации исключили из перечня своих услуг стационарную помощь, в связи с чем были исключены из участия в оценке. Еще два стационара отказались от участия в добровольной оценке и были заменены на другие аналогичные.

Таким образом, сбор материала для ситуационного анализа был проведен в 78 стационарах (Таблица 1), что составило 9,5% от общего числа медицинских организаций – участников ОСМС, оказывающих услуги в условиях стационара в стране (всего 819 по состоянию на ноябрь 2020 года).

Методология проведения анализа включала два основных этапа:

- проведение структурированного опроса специалистов службы инфекционного контроля и
- сбор информации во время наблюдения на местах группой привлеченных специалистов.

Вопросники, использованные для проведения структурированных опросов, разрабатывались ICAP на основе инструмента ВОЗ IPCAF (2018 г.), инструмента для оценки ПИИК при COVID-19 Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) и ВОЗ (2020), инструмента для оценки гигиены рук ВОЗ (2010 г.), а также инструмента оценки компетенций специалистов, ответственных за работу по ПИИК, применяемых ICAP в других странах мира.

Опрос медработников и наблюдение в каждом из отобранных стационаров проводились двумя специалистами из числа сотрудников НЦОЗ и внешних экспертов, привлеченных для участия в анализе. Темы вопросов, задаваемых во время посещения стационаров, включали программу по ПИИК, руководства и стандартные операционные процедуры (СОП), положения, рабочий план и технические задания членов комиссии по инфекционному контролю и сотрудников службы инфекционного контроля, организацию и проведение обучения по ПИИК, обеспеченность расходными материалами, а также организацию системы внутреннего аудита и мониторинга ИСМП. Кроме этого, проводилась визуальная оценка наличия оборудования и материалов для проведения гигиены рук, менеджмента медицинских отходов, размещения коек и расстояния между ними.

Таблица 1: Число медицинских организаций – участников ОСМС, оказывающих услуги стационарной помощи, принявших участие в ситуационном анализе

Область	ЦРБ	Городские государственные	Городские частные	Итого
Акмолинская		2	1	3
Актюбинская		3	2	5
Алматинская	1	3	2	6
Атырауская	1	1	1	3
Восточно-Казахстанская	1	5	1	7
г. Нур-Султан		2	2	4
г. Шымкент		2	3	5
г. Алматы		5	3	8
Жамбылская	1	3	2	6
Западно-Казахстанская		3		3
Карагандинская	1	3	3	7
Костанайская	1	2	1	4
Кызылординская		2	1	3
Мангистауская	1	2	1	4
Павлодарская		2	1	3
Северо-Казахстанская		2		2
Туркестанская	1	3	1	5
Итого	8	45	25	78

Для проведения обобщенного анализа соответствия компонентов ПИК рекомендациям ВОЗ и объективного сопоставления суммарных значений с учетом наличия различий в их диапазоне данных, исходная сумма данных была нормализована и преобразована в диапазон от 0 до 5 (0 - минимальное значение, 5 - максимальное значение). Преобразование данных осуществлялось по формуле:

$$x^i = \frac{x^i - \min(x^i)}{\max(x^i) - \min(x^i)} \cdot 5, \text{ где}$$

- x^i - суммарное значение оценки ПИИК компонента i ,
- $\max(x^i)$ - максимально возможная оценка ПИИК компонента i ,
- $\min(x^i)$ - минимальная оценка ПИИК компонента i ,
- 5 – максимальное значение преобразованного диапазона

Ограничения в методологии оценки

Все руководители стационаров и медработники были проинформированы, что их участие в ситуационном анализе является добровольным и результаты анализа будут представлены только в обобщенном виде, без ссылок на какие-то конкретные организации или даже города/области. Несмотря на это, некоторые респонденты могли, с целью сохранения имиджа организации и ее сотрудников, преподнести информацию о существующих системах и практиках ПИИК с более положительной стороны, избегая ответов, указывающих на какие-то недостатки и сложности. Недостаточное понимание медработниками некоторых понятий, например, таких как «мультимодальные стратегии», «методология расчета ИСМП», также могли влиять на возможность предоставления достоверной информации респондентами. По мере возможности, все вопросы разъяснялись и уточнялись, а ответы респондентов во время опросов подтверждались проверкой подтверждающей документации и наблюдениями.

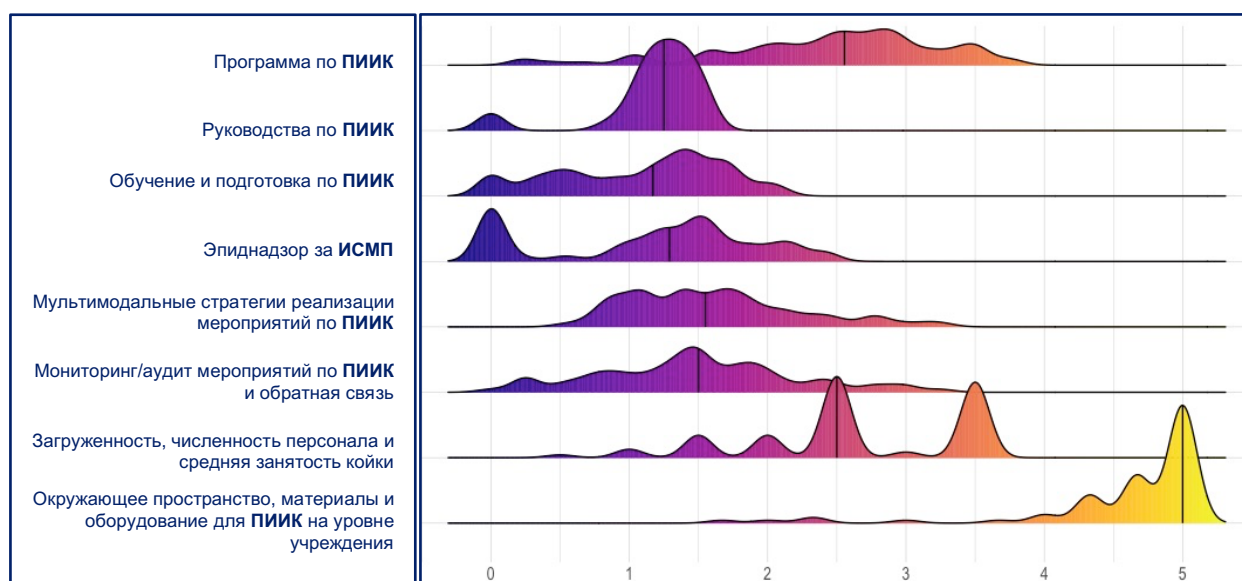
Сбор данных осуществлялся командой специалистов из числа сотрудников НЦОЗ и привлеченных экспертов из числа практикующих госпитальных эпидемиологов. Все специалисты, участвующие в сборе данных, прошли двухдневное обучение по основным рекомендациям ВОЗ, касающихся системы ПИИК, а также протоколу и инструментам ситуационного анализа. Большинство вопросов анкеты для стационаров были структурированными и включали методы подтверждения. Кроме этого, в каждом стационаре работала группа из двух специалистов, при этом состав команд по ходу оценки менялся, чтобы максимально избежать искажения получаемой информации. Тем не менее, невозможно полностью исключить того, что различия между ответами на какие-то вопросы между стационарами были обусловлены различным пониманием вопросов специалистами по сбору данных и различной интерпретацией ответов.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ПИИК

Как указано выше, структурированный опрос среди руководителей и сотрудников, отвечающих за инфекционный контроль, и наблюдения проводились в 78 стационарах. Среднее количество коек в стационарах, вошедших в анализ, составило 233 ± 219 койки, включая 13 ± 15 реанимационных коек. Всего в сборе данных для ситуационного анализа приняли участие 320 человек, включая 125 лиц из числа руководителей организаций и 135 сотрудников службы инфекционного контроля.

Обобщенные результаты структурированного опроса и наблюдений в стационарах, вошедших в исследование, по каждому компоненту системы ПИИК приведены на Графике 1. Более детальное описание результатов по каждому компоненту даны в разделах 3.1–3.8. Раздел 3.9 включает обобщенный анализ ответов руководителей и сотрудников стационаров на неструктурированные (открытые) вопросы, касающиеся их мнения и видения основных проблем по ПИИК и путей их решения. В разделе 3.10 приведены обобщенные результаты структурированной оценки готовности системы ПИИК в стационарах к работе в условиях эпидемии COVID-19.

График 1. Обобщенная оценка систем ПИИК стационаров, принявших участие в оценке, по компонентам (1 – самый низкий балл, 5 – самый высокий)



Вертикальные полосы – медианы всех ответов по каждому из компонентов; высота графиков зависит от числа стационаров, имеющих данный балл.

Низкий уровень соответствия рекомендациям ВОЗ отмечается по пяти компонентам ПИИК: «Обучение и подготовка по ПИИК» (1,08 баллов), «Эпидемиологический надзор за ИСМП» (1,14 баллов), «Руководства по ПИИК» (1,18 баллов), «Мониторинг мероприятий по ПИИК и обратная связь» (1,49 балла), и «Мультимодальные стратегии реализации мероприятий по ПИИК» (1,62 балла). При оценке двух компонентов были получены средние баллы: «Программы по ПИИК» (2,43) и «Загруженность, численность персонала и средняя занятость койки» (2,62). Компонент «Окружающее пространство, материалы и оборудование для ПИИК» получил самую высокую оценку (4,61 балла).

3.1. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ПО ПИИК

Первым компонентом системы ПИИК, согласно руководству ВОЗ, является наличие в стационаре структуры, отвечающей за политику, цели, стратегии, юридические, технические рамки и мониторинг. Наличие программы по ПИИК также предполагает наличие четкого плана реализации мероприятий по ПИИК, выделенного бюджета, достаточного для выполнения мероприятий, предусмотренных программой, а также квалифицированного персонала с четко определенными обязанностями и сферой ответственности.

В стационарах, вошедших в исследование, задачи по политике ПИИК, целям, техническому сопровождению и мониторингу возложены на комиссию по инфекционному контролю (КИК) и сотрудников службы инфекционного контроля. КИК созданы при 74 стационарах (95%). Только в 60 из 74 стационаров (81%), имеющих приказы по работе КИК, КИК заседали хотя бы один раз в течение последних 12 месяцев, в остальных стационарах КИК можно считать бездействующими. Обычно в состав КИК входили сотрудники службы инфекционного контроля и представители старшего управленческого звена – заместители главного врача, главная и старшие медсестры, заведующие отделениями. В 14 (18%) стационарах первые руководители организации принимали участие в регулярной работе КИК.

Таблица 2. Организация работы комиссии по инфекционному контролю (число стационаров и % общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78))

Показатель	Число	%
Имелся приказ или положения о КИК	74	95
Проводилось хотя бы одно заседание КИК в течение последних 12 месяцев	60	77
В работе КИК за последние 12 месяцев принимал участие первый руководитель организации	14	18
Имелись протоколы всех заседаний КИК	42	54

В большинстве стационаров (91%) имелся документ, описывающий внутреннюю политику, цели и стратегии данной организации по вопросам ПИИК. Однако, почти в половине случаев этот документ носил очень общий характер, не учитывал особенности эпидемиологической ситуации в данном регионе и приоритеты, не содержал четких задач и календарного плана работ по ПИИК и измеряемых целевых показателей. Только лишь в четырех стационарах (5%) имелись разработанные показатели результативности для ПИИК и были указаны цели по этим показателям. Специально выделенные статьи бюджета для обеспечения реализации программы по ПИИК были только у 15 стационаров (19%). В 52 из 78 стационаров (67%) вопросы, связанные с задачами и проблемами по ПИИК, обсуждались на заседании с участием первого руководителя хотя бы один раз за последние 12 месяцев.

Во всех стационарах имелись специалисты по ПИИК – сотрудники, в чьи прямые обязанности входила организация, координация и мониторинг ПИИК. В 56 стационарах (72%) данные специалисты имели специальное обучение по ПИИК, что подтверждалось наличием сертификата о прохождении обучения.

Таблица 3. Наличие и содержание программы по ПИИК (число стационаров и % общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78))

Показатель	Число	%
Имелся документ, описывающий политику, цели и стратегии по вопросам ПИИК (программа по ПИИК)	71	91
В программе по ПИИК имелись следующие элементы:		
ежегодный план работ на 2021 год	42	54
задачи в рамках ПИИК	30	38
измеряемые показатели результатов	5	6
установленные целей по показателям	4	5
Имелся специальный бюджет (статьи бюджета) для реализации мероприятий по ПИИК	15	19

В течение последнего года менее чем в половине организаций (36, 46%) специалисты по ПИИК участвовали в семинарах и/или конференциях по ПИИК, а в 15 организациях (19%) – проходили семинары по ПИИК.

Только в 49 стационарах (63%) нагрузка на специалистов по ПИИК соответствовала рекомендациям ВОЗ (не менее одного сертифицированного сотрудника на 250 коек и меньше).

Эффективная система ПИИК подразумевает наличие в стационаре микробиологического мониторинга. Доступ к лаборатории отсутствовал у двух (3%) стационаров (3%), 48 (61%) стационаров пользовались услугами лабораторий других организаций на договорной основе, и 28 стационаров (36%) имели в своем составе собственную лабораторию.

3.2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА И СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ (СОП) ПО ПИИК

Вторым основным компонентом эффективных систем ПИИК, согласно руководству ВОЗ, является наличие в медицинской организации процедур по разработке, распространению и внедрению основанных на научных данных и адаптированных к местным условиям технических руководящих принципов (руководства, СОПы, внутренние правила) по основным процедурам ПИИК.

Практически во всех стационарах (72, 92%) имелись нормативно-правовые акты (приказы), подписанные первым руководителем, и методические документы (руководства, СОПы, внутренние политики) по организации и внедрению ПИИК. Так, по разделу "Гигиена рук" утвержденные СОП имелись в 70 стационарах (90%), по безопасному обращению с медицинскими отходами, по дезинфекции и стерилизации - в 69 стационарах (88%), по безопасности медицинских работников - в 52 стационарах (67%). Очень малая часть стационаров имели руководства по профилактике внутрибольничных пневмоний (11 стационаров, 14%) и/или профилактике патогенов с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) (8 стационаров, 10%). В шести стационарах (8%) полностью отсутствовали какие-либо руководства или СОП по ПИИК.

Таблица 4. Число и % стационаров от общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78), у которых имелись утвержденные СОПы или внутренние правила по перечисленным в таблице аспектам ПИИК

Тематика СОП	Число	%
Гигиена рук	70	90
Утилизация отходов	69	88
Дезинфекция и стерилизация	69	88
Обеспечение защиты и безопасности медицинских работников	52	67
Стандартные меры предосторожности	35	45
Меры предосторожности в зависимости от способа передачи	34	44
Управление вспышками инфекций и готовность к ним	30	38
Профилактика инфекции послеоперационной раны	30	38
Правила рационального использования антибактериальных препаратов	28	36
Профилактика катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей	20	26
Безопасность инъекций	20	26
Профилактика катетер-ассоциированных инфекций кровотока	20	26
Профилактика внутрибольничной пневмонии	11	14
Профилактика передачи патогенов с МЛУ	8	10

Имеющиеся руководства и СОПы в 38 стационарах (49%) были разработаны сотрудниками службы инфекционного контроля на основе существующих национальных руководств, а 40 стационаров (51%) использовали национальные руководства без их адаптации к условиям конкретного стационара. В разработке и/или адаптации национальных руководств к условиям стационара в 26% стационаров принимали участие руководители организации, клиницисты в 28% и сотрудники отдела качества в 15% стационаров.

В половине стационаров информирование медработников по вопросам изменения в руководствах и СОПах происходило в устной форме во время рутинных совещаний;

только в двух стационарах информирование медработников всегда сопровождалось интерактивными занятиями с отработкой навыков и симуляционными занятиями. В 10 стационарах (13%) не было никакой системы по обучению и информированию медработников о мероприятиях по ПИИК.

Таблица 5. Процесс информирования сотрудников об утвержденных руководствах, СОПах или внутренних правилах по различным аспектам ПИИК (число стационаров и % общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78))

Показатель	Число	%
Структурированный или систематический подход к информированию медработников отсутствовал	10	13
Обновленные/разработанные СОПы и руководства размещались на информационных досках, доступных для всех сотрудников	12	15
Информирование проводилось в устной форме во время рутинных совещаний	41	53
Информирование иногда включало интерактивные занятия	7	9
Информирование всегда включало интерактивные занятия	2	3

3.3. ОБУЧЕНИЕ И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ПИИК

Третьим обязательным компонентом эффективной системы ПИИК является наличие системы обучения всего персонала, участвующего в оказании медицинской помощи, по вопросам ПИИК, и специализированное обучение специалистов службы инфекционного контроля по вопросам инфекционного контроля, включающего учет регулярного прохождения сотрудниками обучения по ПИИК и оценку эффективности проводимого обучения.

Только две трети стационаров (54, 69%) вели учет прохождения своими сотрудниками обучения по вопросам ПИИК.

Большинство стационаров (55, 71%) проводили инструктаж и обучение по вопросам ПИИК медицинских сотрудников при поступлении на работу. Вводный инструктаж немедицинских работников по вопросам ПИИК проводился реже - только в половине стационаров (44, 56%). В 39 стационарах (50%) ежегодное прохождение медицинскими работниками семинаров по ПИИК было обязательным, что подтверждалось имеющимися документами.

За последние 12 месяцев тренинги по вопросам ПИИК проводились для медицинских работников в 81% стационаров, а для немедицинских работников, имеющих доступ к больным и/или палатам, - в 42% стационаров. Тренинги для членов семей или других лиц, осуществляющих уход за пациентами, проводились только в 17 стационарах (22%). Только в трех стационарах все тренинги, проведенные за последние 12 месяцев, включали интерактивные занятия по демонстрации и отработке навыков. Почти все тренинги проводились сотрудниками службы инфекционного контроля.

Таблица 6. Число и % стационаров от общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78), проводивших обучение по ПИИК медицинских и немедицинских работников

Показатель	Число	%
Вели учет прохождения своими сотрудниками обучения по вопросам ПИИК	54	69
Проводили инструктаж и обучение по вопросам ПИИК медицинских работников при поступлении на работу	55	71
Требовали ежегодного прохождения медицинскими работниками семинаров по ПИИК	39	50
Провели хотя бы один семинар по ПИИК для медицинских работников за последние 12 месяцев	63	81
Проводили инструктаж и обучение по вопросам ПИИК немедицинских работников при поступлении на работу	44	56
Провели хотя бы один семинар по ПИИК для немедицинских работников за последние 12 месяцев	33	42
Провели хотя бы один семинар по ПИИК для членов семей или других лиц, осуществляющих уход за пациентами, за последние 12 месяцев	17	22

3.4. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР НА ИСМП

Четвертый компонент предусматривает наличие системы, позволяющей определять частоту возникновения и вести учет ИСМП и устойчивость к противомикробным препаратам, обнаруживать вспышки и планировать ответные меры. Система эпиднадзора за ИСМП подразумевает наличие обученного персонала, лабораторного потенциала, определение четких целей и методов, основанных на национальных рекомендациях и стандартных определениях и должна отвечать потребностям и приоритетам мед. организации в соответствии с имеющимися ресурсами.

Большинство организаций (57 стационаров, 73%) сообщили, что осуществляют эпидемиологический надзор за ИСМП. В основном эпиднадзор осуществлялся за респираторными инфекциями, способными приводить к эпидемиям (COVID-19, грипп), инфекциями, связанными с потенциальным риском заражения медперсонала при выполнении своих профессиональных обязанностей (вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция), а также за инфекциями послеоперационной раны и ИСМП, выявляемыми клинически.

Таблица 7. Число и % стационаров от общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78), проводивших эпиднадзор за различными ИСМП

Показатель	Число	%
Инфекции, имеющие эпидемическое значение (например, SARS-CoV-2, грипп, туберкулез и другие)	51	65
Инфекции, которые могут негативно воздействовать на медицинских работников (например, вирусные гепатиты В или С, ВИЧ-инфекция, грипп)	49	63
Инфекции послеоперационной раны	28	36
Инфекции, выявленные клинически	28	36
Инфекции в группах риска (например, новорожденные, пациенты отделения интенсивной терапии, пациенты с ослабленным иммунитетом, ожоговые пациенты)	19	24
Инфекции, связанные с медицинскими устройствами (например, катетер-ассоциированные инфекции мочевых путей, инфекции кровотока, ассоциированные с центральным катетером, инфекции кровотока, ассоциированные с периферическим катетером, вентилятор-ассоциированная пневмония)	13	17
Инфекции или колонизация, вызванные патогенами с множественной лекарственной устойчивостью (невосприимчивость хотя бы к одному препарату из трех или более противомикробных категорий)	8	10

Несмотря на большой процент организаций, которые ответили, что имеют систему эпиднадзора за ИСМП, только в 33 из 57 стационаров (58%) сотрудники, отвечающие за эпиднадзор ИСМП, прошли специальное обучение. И почти в половине из этих организаций (в 13 из 33) полностью отсутствовало описание методологии проведения эпиднадзора: отсутствовали список приоритетных для надзора ИСМП, стандартные

определения случаев ИСМП, методология сбора данных, четко определенные роли и обязанности, а также график проведения мероприятий по мониторингу ИСМП. Пять из 57 (9%) организаций не имели доступ к микробиологической лаборатории для проведения мониторинга ИСМП. Таким образом, можно считать, что в 51 из 78 стационаров (65%), включенных в ситуационный анализ, эпиднадзор за ИСМП не велся. В остальных стационарах организация эпиднадзора за ИСМП требовала значительных улучшений, и только в одном стационаре организация эпиднадзора за ИСМП включала все основные рекомендации ВОЗ.

Таблица 8. Организация эпидемиологического надзора за ИСМП (число стационаров и % общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78))

Показатель	Число	%
За проведение эпиднадзора за ИСМП в стационаре отвечали специально обученные сотрудники	54	69
Использовались стандартные определения случаев ИСМП	9	12
Использовались стандартные методы сбора данных	11	14
Проводилась систематизированная проверка качества данных	17	22
Имелось четкое распределение ролей и обязанностей сотрудников, участвующих в эпиднадзоре	11	14
Имелся ежегодный план работ	36	46
В стационаре проводился анализ данных резистентности к антимикробным препаратам		
ежемесячно	4	5
ежеквартально	5	6
раз в полгода	2	3
ежегодно	1	1
периодически, но без определенного графика	12	15
У стационара был доступ к микробиологической лаборатории для целей надзора за ИСМП, которая могла:		
дифференцировать грамположительные и грамотрицательные штаммы, но не могла определять патоген	2	3
определять большинство патогенов	4	5
определять большинство патогенов и чувствительность к антимикробным препаратам	47	60
Для эпидемиологического надзора за ИСМП использовались следующие источники данных:		
данные из выписки пациентов	17	22
добровольные сообщения со стороны медперсонала (врачи, медсестры)	41	53
активное выявление в отделении (например, анализ медицинских карт, осмотр больных, опрос медперсонала)	24	31
лабораторные данные (например, бак.посев крови)	29	37

Информирование медработников и руководства стационаров о результатах эпиднадзора за ИСМП в основном осуществлялось устно, во время рутинных собраний. Данные эпиднадзора редко использовались для принятия каких-то целенаправленных мер по улучшению ПИИК.

Таблица 9. Распространение и использование данных эпиднадзора за ИСМП (N=78)

Показатель	Число	%
Предоставление информации об ИСМП медицинскому персоналу		
Никогда	6	8
Ежемесячно	6	8
Ежеквартально	4	5
Раз в полгода	1	1
Ежегодно	1	1
Периодически, но без определенного графика	35	45
Предоставление информации об ИСМП немедицинскому персоналу, который контактирует с больными и/или работает в палатах		
Никогда	36	46
Ежемесячно	2	3
Ежеквартально		
Раз в полгода	1	1
Ежегодно	1	1
Периодически, но без определенного графика	13	17
Предоставление информации об ИСМП руководящему составу клиницистов, включая заведующих отделениями		
Никогда	3	4
Ежемесячно	10	13
Ежеквартально	8	10
Раз в полгода	1	1
Ежегодно	1	1
Периодически, но без определенного графика	30	38
Предоставление информации об ИСМП комиссии по инфекционному контролю		
Никогда	4	5
Ежемесячно	24	31
Ежеквартально	5	6
Раз в полгода	2	3
Ежегодно	2	3
Периодически, но без определенного графика	16	21
Предоставление информации об ИСМП администрации больницы		
Никогда	26	33
Ежемесячно	4	5
Ежеквартально	1	1
Раз в полгода	0	-
Ежегодно	1	1
Периодически, но без определенного графика	21	27
Данные эпиднадзора за ИСМП использовались для разработки целенаправленных планов улучшения ПИИК	17	22

3.5. МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ

Эффективная реализация мероприятий по ПИИК возможна только при использовании мультимодальных стратегий – когда специалисты по ПИИК не фокусируются только лишь на обучении медработников, но используют и другие подходы, направленные на изменение поведения человека и организационной культуры в организации. Успешные мультимодальные стратегии включают участие активистов, активную вовлеченность руководства, наличие достаточного финансирования для закупа расходных средств и оптимизацию инфраструктуры.

В данном ситуационном анализе проводилась оценка применения мультимодальных стратегий на примере двух основных разделов ПИИК – гигиене рук и инъекционной безопасности.

Гигиена рук. В большинстве мед. организаций (68, 87%) был отдельный бюджет для бесперебойного закупа расходных средств, необходимых для соблюдения правил гигиены рук. Запас дезинфицирующих средств для рук на спиртовой основе в достаточном количестве на месяц имелся в 85% учреждений. Однако, только в 10% медицинских организаций в местах оказания медицинской помощи имелся дезинфектант для рук на спиртовой основе, содержащий либо 75% изопропилового спирта, либо 80% этанолового спирта, как это рекомендовано ВОЗ.

В большинстве стационаров кожные антисептики либо имелись не во всех положенных местах, либо концентрация спирта в них отличалась от рекомендуемой. В 6 стационарах (8%) спиртосодержащие антисептики полностью отсутствовали. Рабочие раковины для мытья рук рядом со всеми пунктами оказания помощи имелись в 96% мед. организаций. Только в трети мед. организаций (26, 33%) у каждой раковины были мыло и одноразовые полотенца. Запас мыла для рук и одноразовых полотенец в достаточном количестве на месяц имелся в 91% и 73% учреждений соответственно.

Таблица 10. Наличие в стационарах бюджета и расходных материалов для гигиены рук (N=78)

Показатель	Число	%
Имели выделенный бюджет для закупа расходных материалов для гигиены рук	68	87
Имели дезинфектант для рук на спиртовой основе, содержащий либо 75% изопропилового спирта, либо 80% этанолового спирта во всех местах оказания помощи	8	10
Имели мыло у каждой раковины		
по данным опроса сотрудников службы инфекционного контроля	48	62
по данным наблюдения	45	58
Имели одноразовые полотенца у каждой раковины		
По данным опроса сотрудников службы инфекционного контроля	30	39
По данным наблюдения	26	33

Проведение кросс-факторного анализа между показателями наличия одноразовых полотенец у каждой раковины и запаса одноразовых полотенец, достаточного на один месяц и более, показало, что среди стационаров, которые отметили достаточный запас одноразовых полотенец, только в 47% случаях были одноразовые полотенца у каждой

раковины, что может косвенно указывать на переоценку уровня запасов одноразовых полотенец в достаточном количестве.

Таблица 11: Число стационаров и % от общего числа стационаров, сообщивших о наличии или отсутствии достаточного запаса одноразовых полотенец на 1 месяц, а также имеющих или не имеющих одноразовые полотенца у каждой раковины во время наблюдения

	Сообщили о достаточном запаса одноразовых полотенец на 1 месяц и более	Сообщили о недостаточном запаса одноразовых полотенец на 1 месяц и более	Итого
Не имели во время наблюдения одноразовые полотенца у каждой раковины	30 (53%)	18 (86%)	48
Имали во время наблюдения одноразовые полотенца у каждой раковины	27 (47%)	3 (14%)	30
Итого	57 (100%)	21 (100%)	78

$$\chi^2 = 5,767 * df = 1 * \varphi = 0,302 * \text{Fisher's } p = 0.009$$

Обучение по вопросам гигиены рук проводится в большинстве мед. организаций (76, 97%), однако, только в 54 из 76 (71%) имелись записи о прохождении сотрудниками семинаров по гигиене рук, а функции по обучению медработников гигиене рук были закреплены в должностных инструкциях или обязанностях сотрудников службы инфекционного контроля только в 16 из 76 стационаров (21%).

Таблица 12. Обучение медработников по вопросам гигиены рук (число стационаров и % общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78))

Показатель	Число	%
Требовали прохождения медработниками обучения по гигиене рук		
однократно или чаще, но без определенной периодичности	24	31
не реже одного раза в год	18	23
при приеме на работу, затем не реже одного раза в год	34	44
Вели учет прохождения сотрудниками обучения по гигиене рук	54	69
Включали интерактивные занятия и отработку навыков в проводимые тренинги	46	59
Проведение обучения по гигиене рук было официально закреплено в должностных инструкциях или обязанностях хотя бы одного из сотрудников	16	21

Помимо обучения, для напоминания медработникам о правилах гигиены рук больницы использовали постеры. Постеры по гигиене рук были доступны около всех раковин или стационарных диспенсеров с антисептиками в 14 мед. организациях (18%); во всех остальных стационарах они были размещены лишь в некоторых местах. Систематическая проверка наличия и целостности постеров службой инфекционного контроля хотя бы один раз в год проводилась лишь в 38 больницах (36%).

В большинстве стационаров активная работа по пропаганде гигиены рук не велась. Например, план мероприятий, приуроченный к 5 мая (Ежегодная инициатива ВОЗ «Чистые руки спасают жизнь») имелся только в 5 стационарах, а действующая группа, которая бы встречалась не реже одного раза в квартал и целенаправленно занималась агитацией и пропагандой гигиены рук среди сотрудников, функционировала только в 15 стационарах (19%).

Мониторинг соблюдения правил гигиены рук путем прямого наблюдения с использованием стандартизованных инструментов (чек листов) за последние 12 месяцев проводился только в 57 стационарах (73%), а мониторинг расхода мыла и кожных антисептиков для обработки рук – в 48 стационарах (62%). Регулярная обратная связь в отношении соблюдения правил гигиены рук предоставлялась медработникам сотрудниками службы инфекционного контроля хотя бы один раз в год лишь в 23 стационарах (29%).

Таблица 13. Мониторинг соблюдения правил гигиены рук за последние 12 месяцев (число стационаров и % общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78))

Показатель	Число	%
Частота проведения непосредственного наблюдения за соблюдением гигиены рук с применением структурированных инструментов (например, инструмент ВОЗ)		
Не проводилось	21	27
Периодически, но без определенного графика	36	46
Не реже одного раза в месяц	19	24
Не реже одного раза в квартал	2	3
Частота проведения мониторинга расхода мыла и кожных антисептиков для обработки рук		
Не проводилось	21	27
Периодически, но без определенного графика	36	46
Не реже одного раза в месяц	19	24
Не реже одного раза в квартал	2	3
Не реже двух раз в год	1	1
Частота предоставления медицинским работникам обратной связи в отношении данных, касающихся показателей гигиены рук, с демонстрацией тенденций в динамике		
никогда	41	53
нерегулярно	16	21
ежегодно	4	5
не реже одного раза в полгода	17	22

Безопасность инъекций. В большинстве 66 стационарах (85%) был отдельный бюджет для бесперебойного закупа расходных средств, необходимых для соблюдения правил безопасности инъекций. Практически во всех стационарах (74, 95%) были в наличии специальные или приспособленные контейнеры для сбора и отдельного удаления острых предметов и других потенциально опасных в инфекционном отношении отходов (класса «Б»). Однако, примерно в половине стационаров (46, 59%) контейнеры были либо переполнены, либо не соответствовали требованиям по безопасности.

Обучение по вопросам инъекционной безопасности никогда не проводилось в 57 стационарах (73%). Регулярное обучение проводилось только в 10 стационарах (13%).

Таблица 14. Обучение медработников по вопросам инъекционной безопасности (число стационаров и % общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78))

Показатель	Число	%
Частота прохождения обучения по инъекционной безопасности медицинскими работниками		
Однократно или чаще, но без определенной периодичности	11	14
Не реже одного раза в год	5	6
Обязательное обучение после приема на работу, затем постоянные регулярные тренинги (не реже одного раза в год)	5	6
Проведение обучения по безопасности инъекций официально было закреплено в должностных инструкциях или обязанностях хотя бы одного из сотрудников	2	3

Оценку знаний медицинских работников по принципам безопасности инъекций за последние 12 месяцев проводили только в 15 стационарах (19%). Регулярное наблюдение за обеспечением безопасности инъекций с применением структурированных инструментов наблюдения не проводилось ни в одном стационаре. Соответственно, обратную связь медработникам насчет соблюдения требований по инъекционной безопасности большинство стационаров не предоставляли.

Постеры по инъекционной безопасности в стационарах отсутствовали. Группа, отвечающая за активную пропаганду вопросов инъекционной безопасности среди медработников, имела только в двух стационарах (3%).

Таблица 15. Мониторинг соблюдения правил инъекционной безопасности и распространявших его результаты среди своих сотрудников за последние 12 месяцев, (число стационаров и % общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78))

Показатель	Число	%
Частота проведения непосредственного наблюдения за соблюдением правил инъекционной безопасности с применением структурированных инструментов (например, инструмент ВОЗ)		
Не проводилось	64	82
Периодически, но без определенного графика	14	18
Частота проведения оценки знаний медицинских работников в сфере принципов безопасности инъекций		
Не проводилось	63	81
Периодически, но без определенного графика	12	15
Не реже одного раза в квартал	1	1
Не реже одного раза в год	2	3
Частота предоставления медицинским работникам обратной связи в отношении данных, касающихся показателей гигиены рук, с демонстрацией тенденций в динамике		
никогда	41	53
нерегулярно	16	21
ежегодно	4	5
не реже одного раза в полгода	17	22

3.6. МОНИТОРИНГ И ВНУТРЕННИЙ АУДИТ

Шестым обязательным компонентом эффективной системы ПИИК на уровне стационара является наличие и внедрение детального плана проведения регулярного мониторинга, внутреннего аудита и периодических оценок по ПИИК, предусматривающих использование данных для улучшения мер по ПИИК, и не применение карательных мер при выявлении недостатков и нарушений.

В 55 организациях (70%) не было разработано внутреннего плана мониторинга или аудита мер по ПИИК, а 35 организаций (45%) никогда не проводили структурированный мониторинг процедур по ПИИК, или проводили его более 12 месяцев назад. Из 43 организаций, которые проводили за последние 12 месяцев аудит, 6 не вели никакой документации по процессу и результатам этого аудита.

Таблица 16. Проведение мониторинга основных мер ПИИК за последние 12 месяцев, (число стационаров и % общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78))

Показатель	Число	%
Утилизация отходов		
Не осуществляли	37	47
Периодически, но без определенного графика	31	40
Не реже одного раза в месяц	7	9
Не реже одного раза в квартал	2	3
Один раз в год	1	1
Уборка в палате		
Не осуществляли	36	46
Периодически, но без определенного графика	31	40
Не реже одного раза в месяц	9	11
Не реже одного раза в квартал	1	1
Один раз в год	1	1
Дезинфекция и стерилизация медицинского оборудования/инструментов		
Не осуществляли	35	45
Периодически, но без определенного графика	25	32
Не реже одного раза в месяц	10	13
Не реже одного раза в квартал	7	9
Один раз в год	1	1
Меры предосторожности в зависимости от способа передачи, изоляция и объединение больных в когорты (группы) в целях предотвращения распространения организмов с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ)		
Не осуществляли	58	74
Периодически, но без определенного графика	17	22
Не реже одного раза в месяц	2	3
Один раз в год	1	1
Рациональное использование противомикробных средств		
Не осуществляли	63	81
Периодически, но без определенного графика	10	13

Не реже одного раза в месяц	2	3
Не реже одного раза в квартал	2	3
Один раз в год	1	1
Введение внутрисосудистых катетеров и/или уход за ними		
Не осуществляли	61	78
Периодически, но без определенного графика	13	17
Не реже одного раза в месяц	3	4
Не реже двух раз в год	1	1
Уход за раневой поверхностью/перевязка ран		
Не осуществляли	57	73
Периодически, но без определенного графика	17	22
Не реже одного раза в месяц	2	3
Не реже одного раза в квартал	1	1
Один раз в год	1	1

Из 43 организаций (55%), проводивших внутренний мониторинг хотя бы одного из подходов по ПИИК за последние 12 месяцев, большая часть делились результатами мониторинга с медицинскими сотрудниками в устной или письменной форме, членами КИК, заведующими отделениями и администрацией больницы. Однако, только в 7 из 43 стационаров (16%) использовали данные мониторинга для составления планов улучшения ПИИК.

Таблица 17. Распространение результатов внутреннего мониторинга по ПИИК среди сотрудников за последние 12 месяцев (число и % от общего числа стационаров, проводивших внутренний мониторинг (43))

Показатель	Число	%
Медицинским работникам		
Не предоставляли	8	19
Предоставляли в устной форме на совещаниях персонала	25	58
Предоставляли в форме письменного отчета	10	23
Немедицинскому персоналу, непосредственно контактирующему с больными		
Не предоставляли	26	61
Предоставляли в устной форме на совещаниях персонала	14	33
Предоставляли в форме письменного отчета	3	7
Руководящему составу клиницистов, включая заведующих отделениями		
Не предоставляли	2	5
Предоставляли в устной форме на совещаниях персонала	29	67
Предоставляли в форме письменного отчета	12	28
Комиссии по инфекционному контролю		
Не предоставляли	7	16
Предоставляли в устной форме на совещаниях персонала	11	26
Предоставляли в форме письменного отчета	25	58
Администрации больницы		
Не предоставляли	10	23
Предоставляли в устной форме на совещаниях персонала	18	42
Предоставляли в форме письменного отчета	15	35

3.7. РАБОЧАЯ НАГРУЗКА, КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ЗАНЯТОСТЬ КОЕК

Соблюдение норм по количеству и заполняемости коек, расстоянию между койками, наличие системы реагирования на ситуации повышенной загруженности стационаров и укомплектованность медицинским персоналом являются, согласно ВОЗ, седьмым основным компонентом эффективных мер по ПИИК.

В большинстве стационаров существовала система реагирования на увеличение рабочей нагрузки на персонал - либо по причине уменьшения количества медработников, либо по причине увеличения числа поступающих пациентов. Координация всех вопросов, связанных с подобными ситуациями, в большинстве случаев была возложена на руководство больниц. Во время проведения анализа, только в нескольких стационарах были пациенты, размещенные вне больничных палат. Расстояние в минимум 1 метр между койками было выдержано во всех отделениях в 27 стационарах (35%).

Таблица 18. Рабочая нагрузка, кадровое обеспечение и занятость коек (число и % от общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78))

Показатель	Число	%
Наличие системы реагирования на снижение численности медперсонала относительно количества пациентов	70	90
Наличие системы реагирования на превышение максимально допустимого количества коек в отдельных отделениях или больнице в целом	69	40
Нахождение коек с пациентами вне палат		
По данным опроса сотрудников службы инфекционного контроля	4	5
По данным наблюдения	3	4
Соблюдение расстояния между койками в 1 и более метров во всех отделениях, включая отделение педиатрии и отделение реанимации и интенсивной терапии		
По данным опроса сотрудников службы инфекционного контроля	35	45
По данным наблюдения	27	35

3.8. РАБОЧАЯ СРЕДА, МАТЕРИАЛЫ И ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ПИИК

Оказание помощи пациентам должно производиться в чистой среде, что требует наличия всех элементов инфраструктуры и служб WASH, а также наличия в местах оказания помощи соответствующих материалов и оборудования для ПИИК, например, спиртосодержащих дезинфектантов для рук, мыла и воды, средств и приспособлений для уборки и средств индивидуальной защиты (СИЗ).

Достаточное количество швабр и ведер для проведения уборки помещений имелось в 74 стационарах (95%). Запас моющих средств для проведения стирки белья и уборки помещений на месяц и более имелся в 75 стационарах (95%). Запас всех необходимых средств индивидуальной защиты на месяц и более имелся в 66 стационарах (85%). Обеспеченность расходными материалами для гигиены рук описана в разделе 3.5.

Таблица 19. Наличие запаса моющих средств на один месяц и более (число стационаров и % от общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78))

Показатель	Число	%
Имели достаточный запас нейтрального детергента, жидкого мыла или мыльного порошка для стирки	75	96
Имели достаточный запас тряпок для мытья поверхностей	76	97
Имели достаточный запас дезинфицирующих средств для медицинского использования (например, гипохлорит натрия)	77	99

Таблица 20. Наличие запаса СИЗ для медработников на один месяц и более (число стационаров и % от общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78)).

Показатель	Число	%
Имели достаточный запас на 1 месяц и более следующих расходный материалов:		
Нестерильные перчатки	75	96
Халаты	76	97
Фартуки	69	88
Средства для защиты глаз (защитные щитки или очки)	71	91
Медицинские маски	77	99
KN95, FFP2 или аналогичные респираторы	66	85

3.9 ГОТОВНОСТЬ СИСТЕМЫ ПИИК К РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ COVID-19

Проведенный анализ включал в себя вопросы, связанные с готовностью существующих систем ПИИК стационаров работать в условиях эпидемии COVID-19.

В 71 (91%) стационаре имелся достаточный бюджет для покрытия всех потребностей по ПИИК, связанных с реагированием на COVID-19. План экстренного реагирования на COVID-19 имелся в 54 стационарах (69%). Специальная комиссия по реагированию на COVID-19 была создана в 53 стационарах (68%). В 20 стационарах (26%) эта комиссия заседала не реже одного раза в неделю.

Нормативно-правовые акты (приказы), подписанные первым руководителем, и методические документы (руководства, СОПы, внутренние политики) по организации работы во время эпидемии COVID-19 имелись в большинстве стационаров. Так, в 54 стационарах (69%) существовала политика (приказ) по ограничению посещений в связи с COVID-19. Процесс выявления пациентов с симптомами, схожими с COVID-19, был описан в 59 (75%) больницах, но при этом СОП по скринингу на COVID-19 поступающих пациентов был в 37 стационарах (47%), а СОП по скринингу стационарных пациентов на COVID-19 – в 33 стационарах (42%).

План мониторинга состояния медработников, контактировавших с пациентами с COVID-19, был разработан в 29 стационарах (37%), однако СОП по проведению этой работы был только в 25 стационарах (32%). Ежедневный скрининг всех медработников перед началом трудовой смены проводился в 71 стационаре (91%), однако СОП по проведению этого скрининга был только в 33 стационарах (42%). План мониторинга состояния медработников с подозрительным или подтвержденным случаем COVID-19 был разработан в 55 стационарах (71%), 25 стационаров также имели СОП по организации этого мониторинга. Политика по организации допуска к выходу на работу после перенесенного COVID-19 существовала в 48 стационарах (61%) и 18 стационаров (23%) имели соответствующий СОП.

Только в 66 стационарах (85%) был назначен определенный сотрудник, который отвечал за сбор всех данных о подозрительных или подтвержденных случаях COVID-19, в других стационарах эта информация собиралась разными сотрудниками, и у медработников не всегда было четкое понимание кому и как такую информацию необходимо сообщать. Алгоритм дальнейшей передачи информации о подозрительных или подтвержденных случаях COVID-19 из стационара был понятен руководству и сотрудникам большинства организаций (71, 91%). СОП по отчетности о случаях COVID-19 среди стационарных пациентов и медицинских работников имелся в 51 стационаре (65%).

СОП по рациональному использованию СИЗ – в 50 стационарах (64%), по мерам ПИИК при оказании помощи подозрительным и подтвержденным случаям COVID-19 – в 43 стационарах (50%). СОП по работе с трупами людей, умерших от COVID-19 был в 18 стационарах (23%).

Таблица 21. Наличие СОП по мерам реагирования на COVID-19 (число стационаров и % от общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78))

Тематика СОП	Число	%
Отчетность и уведомление о случаях COVID-19 среди стационарных пациентов и медицинских работников	51	65
Рациональное использование средств индивидуальной защиты	50	64
Меры ПИИК при оказании помощи подозрительным и подтвержденным случаям COVID-19	43	55
Тестирование на COVID-19 и транспортировка образцов	39	50
Скрининг на COVID-19 поступающих пациентов (сортировка и организация потоков пациентов)	37	47
Скрининг посетителей на предмет респираторных заболеваний	35	45
Скрининг персонала на COVID-19	33	42
Скрининг стационарных пациентов на COVID-19	33	42
Мониторинг состояния медицинских работников, контактировавших с и/или имеющих COVID-19	25	32
Возврат медицинских работников к работе после COVID-19	18	23
Организация работы с трупами людей, умерших от COVID-19	18	23

В 64 стационарах (82%) все медработники, вовлеченные в оказание помощи пациентам, были обучены тому, как распознавать симптомы COVID-19 и как быстро выявлять и изолировать подозрительные или подтвержденные случаи COVID-19. Однако, в каждом пятом стационаре (16, 21%) медработники, проводящие осмотр или оказывающие помощь пациентам с подозрительным или подтвержденным COVID-19, не были обучены стандартным мерам предосторожности и мерам предосторожности в зависимости от путей передачи в контексте COVID-19. В 69 стационарах (88%) все медработники были обучены правилам одевания и снятия СИЗ. В 62 стационарах (79%) весь младший медицинский персонал был обучен правилам уборки палат или зон, где ранее находились пациенты с подозреваемым или подтвержденным COVID-19.

Базовое обучение по ПИИК (гигиена рук, ограничение прикосновений к поверхностям, использование средств индивидуальной защиты) и информационные материалы для пациентов предоставлялись в половине стационаров (39, 50%).

Обход стационаров и наблюдение на местах позволили выявить, что в большей части стационаров (48, 62%) отсутствовали четко обозначенные отдельные входы для пациентов и персонала. Знаки или таблички, указывающие, что пациенты с симптомами COVID-19 должны проходить сразу к регистратуре, были размещены на всех входах в 22 больницах (28%), а указатели или иные хорошо видимые материалы с информацией, что посетители не должны заходить внутрь больницы через главный вход, если у них повышенная температура или другие симптомы, похожие на COVID-19, располагались на входе в 20 (26%) стационарах.

Наблюдение за организацией входа посетителей в больницу показало, что в 53 стационарах (68%) вход пациентов осуществлялся по схеме: санпропускник (скрининг > зона ожидания > сортировка) > отделения, при этом поток являлся логичным, понятным и четко промаркированным.

В 59 стационарах (76%) все посетители проходили скрининг на симптомы COVID-19. Отдельная зона ожидания для пациентов с подозрением на COVID-19 была организована в 54 стационарах (69%). В 47 стационарах (60%) в зоне ожидания для пациентов был предусмотрен отдельный туалет. В 46 стационарах (59%) эта зона была хорошо проветриваемой или оснащена механической вентиляцией, а при размещении пациентов была предусмотрена социальная дистанция не менее 1 метра. Отдельные кабинеты для осмотра пациентов с симптомами COVID-19 были доступны в 65 больницах (83%). Формы скрининга на COVID-19 и/или алгоритмы действий медработников при осмотре пациентов имелись в 37 стационарах (47%). Почти во всех стационарах (75, 96%) для медработников, осуществляющих осмотр пациентов с симптомами COVID-19, были доступны комплекты СИЗ и были записи о проведении регулярной (не реже двух раз в день) обработки всех поверхностей дезинфектантами.

Таблица 22. Организация приема и размещения пациентов с COVID-19 (число стационаров и % от общего числа стационаров, принявших участие в оценке (78))

Показатель	Число	%
Имелись четко обозначенные отдельные входы для пациентов и персонала	48	62
Перед входом имелись хорошо видимые материалы с информацией, что посетители не должны заходить внутрь больницы через главный вход, если у них повышенная температура или другие симптомы, похожие на COVID-19	20	26
Вход пациентов осуществлялся по схеме: санпропускник (скрининг > зона ожидания > сортировка) > отделения	59	76
Имелась отдельная зона ожидания для пациентов с подозрением на COVID-19	54	69
В зоне ожидания для пациентов с подозрением на COVID-19 имелся отдельный туалет для пациентов	47	60
Зона ожидания для пациентов с подозрением на COVID-19 была хорошо проветриваемой или оснащена механической вентиляцией	46	59
Для осмотра для осмотра пациентов с симптомами COVID-19 были доступны отдельные кабинеты	65	83

3.10. ОСНОВНЫЕ СЛОЖНОСТИ В РЕАЛИЗАЦИИ ПИИК НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРОВ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Всем участникам опроса были заданы три открытых вопроса относительно 1) основных сложностей по ПИИК, которые испытывала их мед. организация; 2) рекомендаций по улучшению ПИИК; и 3) основных барьеров для эффективного эпиднадзора за ИСМП. Всего в 78 стационарах были опрошены 320 человек и получены 180 ответов, касающихся основных сложностей по ПИИК, 152 ответа с рекомендациями по мерам улучшения ПИИК и 99 ответов, касающихся основных барьеров для эффективного эпиднадзора за ИСМП. Обобщенные результаты опросов приведены ниже.

Основные сложности по ПИИК

1. Сложности, связанные с отсутствием достаточного числа квалифицированных кадров, (79 ответов из 180, 44%) - отсутствие в штате врача-эпидемиолога; низкая квалификация сотрудников службы инфекционного контроля по вопросам ПИИК; загруженность сотрудников службы инфекционного контроля работой, не связанной напрямую с ПИИК; низкий уровень заработной платы госпитальных эпидемиологов и медсестер инфекционного контроля; текучесть кадров; низкий уровень знаний медперсонала по вопросам ПИИК; ограниченные возможности для повышения квалификации кадров по вопросам ПИИК; отсутствие методической поддержки со стороны вышестоящих служб.
2. Сложности, связанные с недостатками инфраструктуры стационаров (45 ответов из 180, 25%) - старые здания, требующие ремонт; отсутствие механической вентиляции и центральной канализации; невозможность правильной организации потока пациентов и медработников из-за неправильной планировки зданий (приспособленные здания или старые типовые здания, не учитывающие современные требования по ПИИК).
3. Недостаточная интеграция вопросов ПИИК в общую работу по контролю качества оказываемых медицинских услуг (27 ответов из 180, 14%) - низкая приверженность вопросам ПИИК со стороны руководства и сотрудников стационаров; низкая вовлеченность других специалистов в улучшение работы по ПИИК; отсутствие системной работы по улучшению ПИИК.
4. Недостаточное финансирование мероприятий по ПИИК (23 ответа из 180, 13%) – неадекватный учет расходов на ПИИК при расчете оплаты за пролеченный случай; отсутствие у стационаров достаточных средств для покупки расходных материалов, найма квалифицированных сотрудников, отвечающих за ПИИК, проведения ремонтных работ.
5. Несовершенство существующих нормативно-правовых актов (НПА) по ПИИК (6 ответов из 180, 3%) - несоответствие НПА современным международным рекомендациям по ПИИК, несогласованность различных НПА между собой.

Основные барьеры для эффективного учета ИСМП.

Сотрудники и руководители более половины стационаров (49 из 78, 63%) в качестве основного барьера для эффективного эпиднадзора за ИСМП отметили карательные санкции, включая денежные штрафы, со стороны органов контроля, страх наказания и нежелание огласки. Слова «страх», «боязнь» или «опасения», «карательные санкции», «штрафы» или «наказание» присутствовали в 56 из 99 ответах (57%).

Помимо демотивации собирать информацию и сообщать о случаях ИСМП, респонденты отмечали низкую подготовленность медработников по вопросам эпиднадзора за ИСМП (13 из 99 ответов, 13%), а также отсутствие четких методических рекомендаций и инструментов сбора данных (9 из 99 ответов, 9%).

***«Боязнь – главный барьер.
Карательная обстановка везде»***

***«Карательные меры
заставляют скрывать случаи,
которые у нас регистрируются»***

Отсутствие возможности проведения своевременного и качественного микробиологического анализа было указано в 5 ответах респондентов (5%). Семь респондентов (7 ответов из 99, 7%) ответили, что не видят препятствий для эффективного учета ИСМП.

Основные рекомендации по улучшению ПИИК

1. Повышение кадрового потенциала медработников (72 ответов из 152, 47%), включая организацию специальных обучающих программ для сотрудников службы инфекционного контроля, руководителей мед. организаций, врачей и медсестер по вопросам ПИИК, включение вопросов ПИИК во все циклы повышения квалификации медицинских работников, регулярное проведение на уровне мед. организаций мероприятий по пропаганде ПИИК, организацию обмена практическим опытом по ПИИК между стационарами.
2. Увеличение финансирования мер по ПИИК (32 из 152 ответов, 21%) – повышение заработной платы госпитальным эпидемиологам, увеличение числа ставок для службы инфекционного контроля, разработка и внедрение системы мотивационных выплат для отделений/мед. организаций за достижение результатов по ПИИК, выделение отдельного ежегодного бюджета для нужд ПИИК, отказ от штрафных санкций за предоставление информации о случаях ИСМП.
3. Предоставление качественной методической помощи по вопросам ПИИК (29 из 152 ответов, 19%) - совершенствование и приведение в соответствие с последними международными рекомендациями нормативных и методических документов на уровне страны, разработка шаблонов программ, внутренних правил и СОП по различным процедурам ПИИК для стационаров, включая мониторинг ИСМП, оказание методической и консультационной помощи стационарам со стороны органов санитарно-эпидемиологического надзора.
4. Совершенствование инфраструктуры и материального обеспечения стационаров (18 из 152 ответов, 12%), - проведение ремонта и перепланировки старых зданий и коммуникаций, строительство новых типовых больниц, организация собственной лаборатории, закуп качественных расходных материалов.

4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Результаты анализа ситуации по основным компонентам систем ПИИК, проведенного ICAP совместно НЦОЗ, позволяют дать общую оценку всей системе ПИИК в медицинских организациях, предоставляющих стационарные медицинские услуги в стране, и выделить несколько приоритетных направлений, требующих улучшения. Основные выводы данного анализа ситуации на уровне многопрофильных стационаров во многом совпадают с результатами оценки, проведенной ЮНФПА в 2018–2019 годах на национальном уровне и в организациях родовспоможения.

Для улучшения ПИИК на уровне стационаров требуются системные решения и работа по следующим приоритетным направлениям:

1. Отсутствие полноценных программ по ПИИК на уровне мед. организаций, включая недостаточное внимание и участие руководителей мед. организаций в обсуждении вопросов, касающихся ПИИК, и дефицит квалифицированных кадров (врачей - эпидемиологов и медсестер инфекционного контроля), способных выполнять и координировать всю работу по организации ПИИК на уровне стационаров.
2. Отсутствие методических документов (руководств, СОПов, внутренних политик) по многим основным практикам по ПИИК.
3. Отсутствие четкой системы обязательного обучения и ежегодного повышения квалификации медработников по вопросам ПИИК, включающей в себя включение вопросов ПИИК во все проводимые циклы повышения квалификации медработников и обязательную демонстрацию и отработку навыков. Ограниченные возможности у сотрудников службы инфекционного контроля получать методическую и наставническую помощь по вопросам ПИИК, обмениваться опытом с другими специалистами.
4. Отсутствие методологии и системы эпидемиологического надзора за ИСМП, включая отсутствие обученного персонала, стандартного определения случая ИСМП и стандартизированных инструментов для сбора данных, ограниченные возможности проведения качественного микробиологического анализа и контроля антимикробной резистентности. Карательная направленность существующей подходов к мониторингу ИСМП со стороны вышестоящих органов.
5. Отсутствие методологии и системы рутинного внутреннего мониторинга и аудита знаний и основных практик (мер) по ПИИК. Отсутствие стандартных инструментов для мониторинга основных практик по ПИИК. Существующий в стационарах производственный контроль в большей степени сфокусирован на вопросах гигиены объектов окружающей среды и в меньшей степени на мониторинге основных компонентов ПИИК согласно рекомендациям ВОЗ, включая контроль уровня знаний и практик медработников по ПИИК.
6. Отсутствие должного зонирования и организации правильных потоков пациентов и персонала в медицинских организациях.