

Мы стремимся к лучшему

1К краевая
клиническая
больница
основана в 1942

Роль СМК в обеспечении эпидемиологической безопасности

Заведующий
эпидемиологическим отделом
Горбань Алина Игоревна

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Состояние, характеризующееся совокупностью условий, при которых отсутствует недопустимый риск возникновения у пациентов и медицинского персонала заболевания инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, состояния носительства, интоксикации, сенсибилизации организма, травм, вызванных микро- и макроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности, а также культурами клеток и тканей

Стратегической задачей здравоохранения является обеспечение качества медицинской помощи и создание безопасной среды пребывания для пациентов и персонала в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), являются важнейшей составляющей этой проблемы в силу широкого распространения, негативных последствий для здоровья пациентов, персонала и экономики государства.

Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 6 ноября 2011 г.)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ЗАКОНОМЕРНЫЙ ПРОЦЕСС

**Низкая
приверженность
ЭБ**

**Увеличение
расходов на
лечение**

**Неблагоприятные
исходы**

**Высокая
приверженность ЭБ**

**Снижение
расходов на
лечение**

**Снижение числа
неблагоприятных
исходов**

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Совокупность свойств, характеризующих медицинские технологии и результаты их выполнения и подтверждающих соответствие медицинской помощи современному уровню медицинской науки и технологии, а также потребностями пациента.



ПОДГОТОВКА К АУДИТУ

	ЧЕК-ЛИСТ	Ф 2.7-2017
	ТРЕБОВАНИЯ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ	Редакция № 2 от 15.03.2017 г.

*ИСМП – случаи инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи
 СОС – документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий
 СОС – стандартные определения случаев

№	Требования	Ответ ДА НЕТ	Комментарий	Источники/ пункт приказа
1 Требования практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутр. контроля качества и безопасности мед. деятельности				
Организация системы обеспечения эпидемиологической безопасности				
1.	Работа по выявлению ИСМП* ведется	☐	☐	Раздел 2.3 п.3.1.4, СанПиН 2.1.3.2630 часть III раздел 2, п.2.11
2.	Организован учет и регистрация ИСМП*	☐	☐	Раздел 2.3 п.3.1.4, СанПиН 2.1.3.2630 часть III раздел 1, п.1.1
3.	Работа по выявлению факторов риска возникновения ИСМП* у отдельных категорий пациентов ведется	☐	☐	Раздел 2.3
4.	Осуществляется эпидемиологический анализ заболеваемости пациентов с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП*	☐	☐	Раздел 2.3
5.	Осуществляется эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП* медицинского персонала с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП*	☐	☐	Раздел 2.3
6.	Микробиологический мониторинг за возбудителями ИСМП* ведется	☐	☐	Раздел 2.3 п.3.1.5
7.	Спектр устойчивости микроорганизмов к антибактериальным средствам (антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и др.) определяется	☐	☐	Раздел 2.3
8.	Оценка соблюдения санитарно-эпидемиологического режима в отделениях проводится	☐	☐	Раздел 2.3
9.	Проводится эпидемиологическая и гигиеническая оценка больничной среды, условий пребывания в учреждении пациентов и медицинских работников	☐	☐	Раздел 2.3
10.	Проводится оценка эффективности проведенных профилактических и противоэпидемических мероприятий	☐	☐	Раздел 2.3
11.	Прогнозирование эпидемической ситуации осуществляется	☐	☐	Раздел 2.3
12.	Программа обеспечения эпидемиологической безопасности в наличии	☐	☐	Раздел 2.3 п.3.1.1
13.	Комиссия по эпидемиологической безопасности (профилактике ИСМП*) создана	☐	☐	Раздел 2.3 п.3.1.2 СанПиН 2.1.3.2630 часть III раздел 1, п.1.5

Чек-лист

№	Требования	Ответ		Комментарий	Источники/ пункт приказа
		ДА	НЕТ		
14.	В состав комиссии по эпидемиологической безопасности (профилактике ИСМП*) входят: • председатель - заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе (при его отсутствии - один из заместителей руководителя лечебной организации по лечебной работе); • врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога; • главная медицинская сестра; • врач-хирург (заведующий одним из хирургических отделений); • врач анестезиолог-реаниматолог (заведующий реанимационным отделением); • врач-бактериолог (заведующий лабораторией); • заведующий аптекой; • врач-инфекционист; • патологоанатом и др.	☐	☐		СанПиН 2.1.3.2630 часть III раздел 1, п.1.6
15.	Заседания комиссии по эпидемиологической безопасности (профилактике ИСМП*) проводятся не реже одного раза в квартал	☐	☐		СанПиН 2.1.3.2630 часть III раздел 1, п.1.6
16.	Разработаны правила/алгоритмы дезинфекции и стерилизации	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.1.7
17.	Утвержденная инструкция по соблюдению гигиены рук в наличии	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.1.8
18.	Обучение сотрудников гигиене рук проводится	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.1.8
19.	Профилактика инфицирования возбудителями <u>гемоконтактных</u> инфекций проводится	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.1.9
20.	Пациенты, имеющие ИСМП*, изолируются от других пациентов	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.1.10
21.	Документы по обеспечению противоэпидемических мер при отдельных эпидемических ситуациях (возникновение случая кишечных инфекций, инфекций дыхательных путей, особо опасных инфекций, ИСМП* пр.) в наличии	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.1.11
Система активного выявления, учета и регистрации, анализа ИСМП* среди пациентов и персонала					
22.	В наличии имеется утвержденный комиссией по эпидемиологической безопасности перечень СОС* ИСМП*	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.2.1
23.	Проводится обучение сотрудников больницы основным СОС*	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.2.2
24.	Сотрудники больницы знают основные СОС*	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.2.2
25.	Журналы регистрации ИСМП* в наличии	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.2.3
26.	Журналы регистрации ИСМП* заполняются своевременно	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.2.3
27.	Совещания комиссии по эпидемиологической безопасности по вопросам ИСМП* проводятся	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.2.4
28.	Отчет по нарушениям эпидемиологического режима в наличии	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.2.4
29.	Планы по устранению несоответствий/замечаний разработаны	☐	☐		Раздел 2.3 п.3.2.4

РАЗДЕЛ 3. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ (ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСМП))

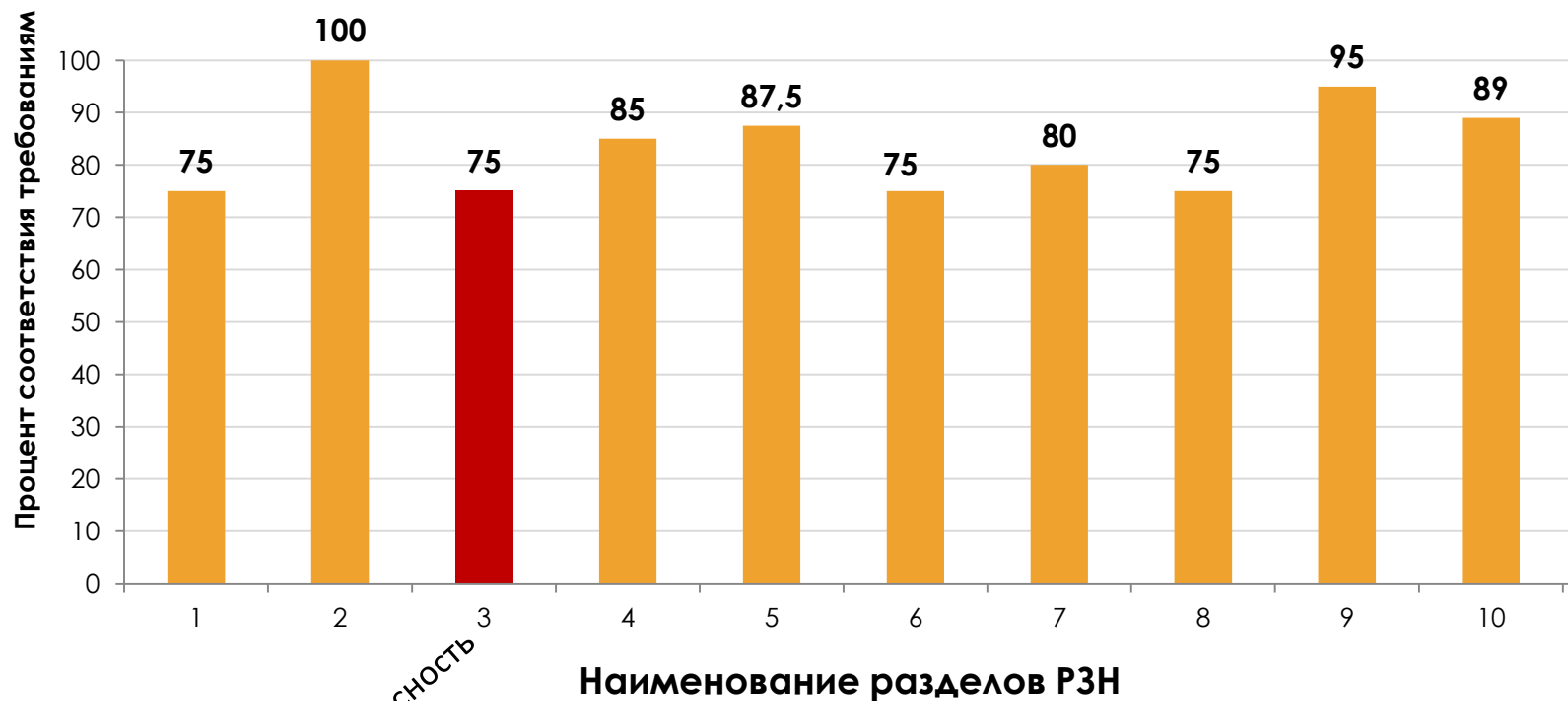
Всего предъявлено требований	227
Общее количество несоответствий	183
% соответствия $183/227 \cdot 100 = 80,6$ $100 - 80,6 =$	19,4 %



Отсутствие документов:

1. Приказ о программе обеспечения эпидемиологической безопасности
2. Приказ о деятельности рабочей группы по разработке СОПов инвазивных процедур
3. Приказ о микробиологическом мониторинге
4. Приказ об использовании антибиотиков
5. Приказ об антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии
6. Приказ о дезинфекции и стерилизации
7. Приказ о гигиене рук
8. Перечень стандартных определений случаев (далее – СОС)
9. План по устранению дефектов, связанных с ИСМП отсутствует
10. Порядок анализа заболеваемости ИСМП на основе анализа показателей
11. Карты эпидемиологического обследования очага инфекции в МО
12. Алгоритмы, описывающие показания и процедуру забора материала для микробиологических исследований в отделении
13. Порядок получения результатов микробиологических исследований
14. Результаты мониторинга устойчивости к антимикробным препаратам
15. План действий по результатам мониторинга устойчивости к антимикробным препаратам отсутствует
16. Правила асептики при работе со стерильными материалами
17. Отчет о результатах аудитов стерилизации МИ
18. Планы по устранению дефектов по результатам аудитов стерилизации МИ
19. Отчет об аудитах дезинфекционных мероприятий
20. Планы по устранению дефектов по результатам аудитов дезинфекционных мероприятий
21. СОП по катетеризации центральных сосудов
22. СОП по проведению ИВЛ
23. СОП по проведению бесконтактной перевязки
24. СОП по проведению гемотрансфузии
25. Алгоритм ухода за послеоперационной раной отсутствует
26. Алгоритм профилактики инфекций при ИВЛ
27. Алгоритмы осуществления ранней выписки/перевода на амбулаторное лечение
28. Алгоритм изоляции пациентов при отсутствии изолятора
29. Алгоритмы использования персоналом индивидуальных средств защиты при уходе за пациентами, требующими изоляции
30. Отчеты о результатах аудитов оказания помощи пациентам, требующим изоляции
31. План по устранению дефектов по результатам аудитов оказания помощи пациентам, требующим изоляции
32. Порядок контроля исправности оборудования для мытья рук
33. Журнал с результатами проверок качества гигиены рук (плановых и внеплановых)
34. План по обучению персонала (100% охват персонала)
35. Журнал с результатами тестирования
36. Алгоритм использования индивидуальных средств защиты лица и глаз
37. Алгоритм использования респиратора
38. Алгоритм использования халатов и фартуков
39. Алгоритм использования униформы и обуви
40. Планы по устранению дефектов по результатам аудита аварийных ситуаций
41. План обучения персонала методам профилактики заражения ИСМП
42. Журнал с результатами тестирования (100% охват персонала) и др.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ АУДИТОРОВ РОСЗДРАВНАДЗОРА



Эпидемиологическая безопасность 3

ЗАДАЧИ АЛГОРИТМА

- Алгоритм разрабатывается в соответствии с нормативными документами, инструкциями по применению ДС, техническим паспортом МИ и др.
- Алгоритм должен четко прописывать действия каждого сотрудника выполняющего процедуру.
- Алгоритм должен быть написан простым и понятным языком.
- Алгоритм разрабатывается с привлечением непосредственных исполнителей (теория=практика)
- Алгоритм должен быть внедрен в работу отделений

СТУ
7.7-2019

УТВЕРЖДЕН
Приказом № 583
от 18.12.2019 г.

СТАНДАРТ УЧРЕЖДЕНИЯ

Порядок выявления, учета и регистрации случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в КГБУЗ ККБ

Дата введения в действие:

27.01.2020 г.

Дата печати:
19.12.2019

Красноярск, 2019

СТУ 7.7-2019 «Порядок выявления, учета и регистрации случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в КГБУЗ ККБ»

Страница 2 из 26
Редакция № 1

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ:

Ответственность	Должность	Фамилия, инициалы	Подпись	Дата
Согласовал	Заместитель главного врача по медицинской части	Головина Н.И.		11.12.19
Согласовал	Заместитель главного врача по хирургии	Архипов А.С.		11.12.19
Согласовал	Начальник отдела СМК	Николаева Н.М.		04.12.19
Согласовал	Заведующий отделением анестезиологии-реанимации №3	Белая К.Ю.		28.11.19
Согласовал	Заведующий урологическим отделением	Вохмин А.Н.		15.11.19
Согласовал	Заведующая аптекой	Попова Е.В.		20.11.19
Согласовал	Заведующая бактериологической лабораторией	Колытко Л.Н.		18.11.19
Разработал	И.о. заведующего эпидемиологическим отделом	Афонькина О.В.		12.11.19
Разработал	Помощник врача-эпидемиолога	Морозова М.Р.		11.11.19
Разработал	Менеджер отдела СМК	Шестакова А.К.		13.11.19

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 Стандартное определение случаев ИСМП

СТАНДАРТНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛУЧАЕВ ИСМП

№	Нозологическая форма ВБИ	Критерии
ИНФЕКЦИЯ В ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ИОХВ)		
1	Поверхностная ИОХВ разреза	Инфекция возникает в течение 30 дней после операции Вовлекает только кожу и подкожные ткани в области разреза У пациента имеется ХОТЯ БЫ ОДНО из перечисленных обстоятельств: - гнойное отделяемое из поверхностного разреза - выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из поверхностного разреза - по крайней мере один из следующих признаков или симптомов инфекции в области разреза: боль или болезненность, ограниченная припухлость, краснота, повышение температуры и хирург намеренно открывает рану, за исключением тех случаев, когда посев из раны дает отрицательные результат Возникает: - при отсутствии имплантата в течение 30 дней после операции - при наличии имплантата в месте операции в течение 1 года после операции* <i>*При наличии основания считать, что инфекция связана с данной хирургической операцией</i>
2	Глубокая ИОХВ разреза	Вовлечены глубокие мягкие ткани (например, фасциальный и мышечный слои) в области разреза Гнойное отделяемое из глубины разреза <i>*Не учитывать гнойное отделяемое из органа/полости в месте данного хирургического вмешательства</i> У пациента имеется ХОТЯ БЫ ОДНО из перечисленных обстоятельств: - спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом - лихорадка ($> 37,5^{\circ}\text{C}$) или локализованная боль или болезненность Абсцесс или иные признаки инфекции в области глубокого разреза при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистопатологическом или рентгенологическом исследовании
3	ИОХВ органа/ полости	Возникает: - при отсутствии имплантата в течение 30 дней после операции - при наличии имплантата в месте операции в течение 1 года после операции* <i>*При наличии основания считать, что инфекция связана с данной хирургической операцией</i> Инфекция вовлекает любую часть организма, исключая разрез кожи, фасции или мышечные слои, которые были открыты или затронуты в процессе операции У пациента имеется ХОТЯ БЫ ОДНО из перечисленных обстоятельств: - гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе/полости - выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из органа/полости Абсцесс или иные признаки инфекции, вовлекающей орган/полость, при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистопатологическом или рентгенологическом исследовании



ПАМЯТКА ДЛЯ ВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА ПО РЕГИСТРАЦИИ ВЫЯВЛЕННОГО/ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО СЛУЧАЯ ВБИ

№	Что нужно сделать?
1	Оформить экстренное извещение форма 58/у (Приложение 2) в электронной истории болезни в qMS
2	Внести запись о случае ВБИ в журнал отделения ф. 60/у (Приложение 3)
3	Информировать о случае инфекционного заболевания в телефонном режиме (тел. 202-58-16) ФБУЗ ЦГиЭ по Красноярскому краю в течение 2 часов с момента выявления или подозрения <i>*Действие выполняет врач, выявивший или заподозривший ВБИ</i>
4	Внести ФИО должностного лица, принявшего информацию в ФБУЗ ЦГиЭ по Красноярскому краю, в электронный вариант экстренного извещения формы 58/у (Приложение 2) в электронной истории болезни в qMS
5	Распечатать экстренное извещение
6	Заполнить экстренное извещение
6	Передать экстренное извещение в эпидемиологический отдел через оперативный отдел

ПРИЛОЖЕНИЕ 4 Карта эпидемиологического расследования инфекции мочевыводящих путей

Карта эпидемиологического расследования (инфекции мочевыводящих путей)

Личные данные пациента

Отделение: _____ Палата № _____
(вид, наименование отделения)
№ карты инфекционного больного: _____
Фамилия _____ Дата рождения: ____ - ____ - ____
Имя _____ Возрастная группа: 0-10; 11-20; 21-30; 31-40;
Отчество _____ 41-50; 51-60; 61 и старше.
Место жительства (регистрации): _____
Место фактического проживания: _____
Место работы, должность: _____

Анамнез заболевания

Дата поступления: ____ - ____ - ____ Дата выписки: ____ - ____ - ____
Количество дней проведенных в стационаре: _____
Диагноз при поступлении: _____
Окончательный диагноз: _____
Дата установления диагноза ИМП: ____ - ____ - ____
Дата отправления экстренного извещения: ____ - ____ - ____
Ф.И.О. лечащего врача: _____

катетер	тип, размер	дата и время постановки	отделение, где установлен катетер, должность и ФИО, установившего катетер	наименование антисептика, лубриканта, использование СИЗ	дата, время появления признаков ИМП

ДАННЫЕ О НАБЛЮДЕНИИ ЗА ОБЛАСТЬЮ ВХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ КАТЕТЕРА И ВОКРУГ НЕГО

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

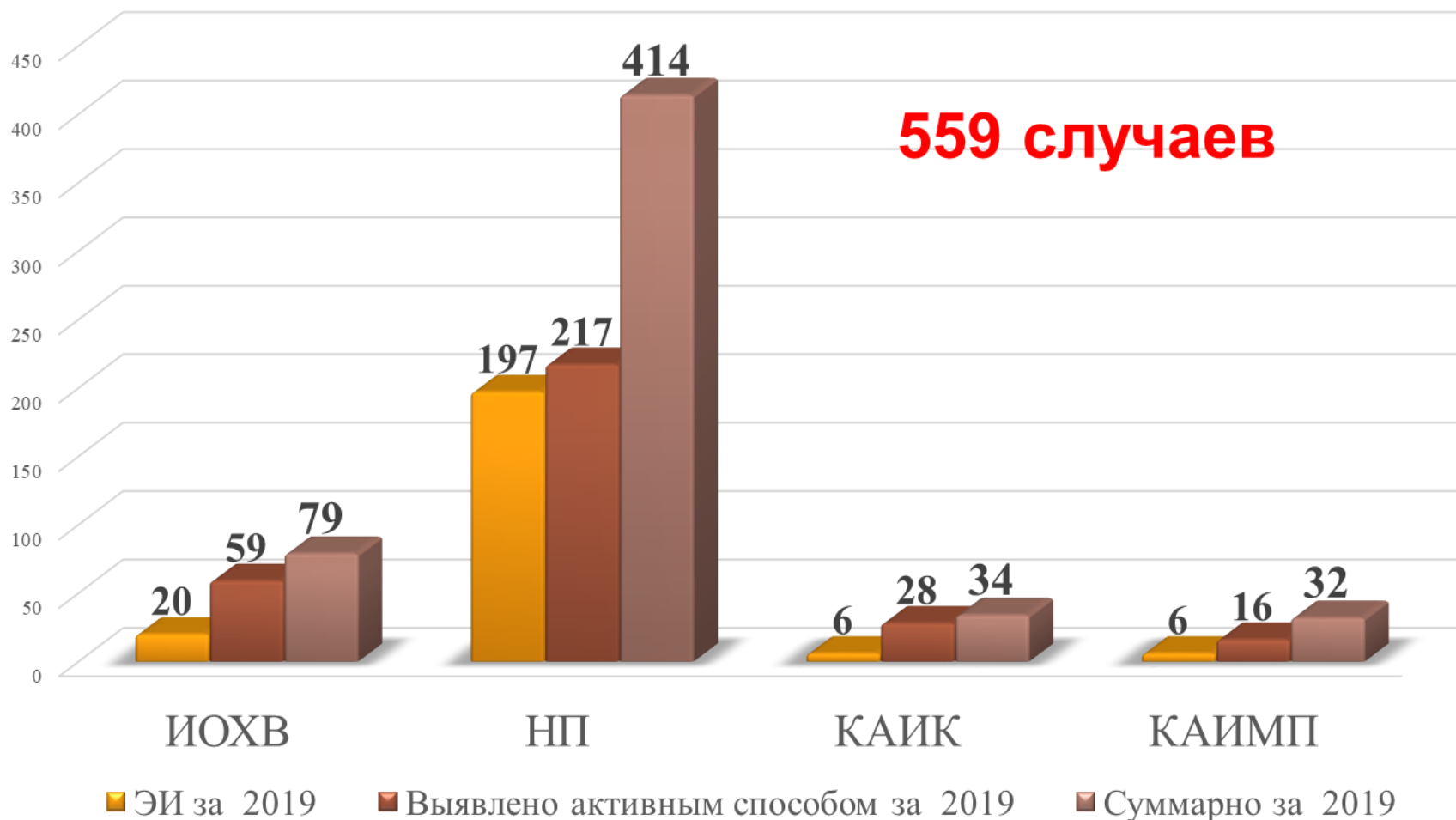
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (Продолжение) Стандартное определение случаев ВБИ

1 Крайняя клиническая больница		СТАНДАРТНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛУЧАЕВ ВБИ	
№	Нозологическая форма ВБИ	Критерии	
ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ			
10	Бессимптомная бактериурия	Совокупность следующих критериев: - катетеризация мочевого пузыря в течение 7 дней до посева мочи - положительный результат посева мочи¹⁷, т.е. обнаружения меньше либо равно 10⁵ микроорганизмов в см³ мочи (не более 2 видов микроорганизмов) - отсутствуют лихорадка (> 37,5 °С), резкие позывы к мочеиспусканию, учащенное мочеиспускание, дизурия или болезненность в надлобковой области Совокупность следующих критериев: - катетеризация мочевого пузыря в течение 7 дней до первого положительного результата посева мочи не проводилась - два положительных результата посева мочи¹⁸, т.е. обнаружение меньше либо равно 10⁵ микроорганизмов в см³ мочи с повторным выделением того же самого микроорганизма (не более 2 видов микроорганизмов) - отсутствуют лихорадка (> 37,5 °С), резкие позывы к мочеиспусканию, учащенное мочеиспускание, дизурия или болезненность в надлобковой области Выделение микроорганизмов из жидкости (не мочи) или тканей из патологического очага Абсцесс или иные признаки инфекции при непосредственном осмотре, во время операции или при гистопатологическом исследовании Обнаружен Совокупность следующих критериев: ➢ Имеется ХОТЯ БЫ ОДНО из перечисленных обстоятельств без другой установленной причины: - лихорадка (> 37,5°С) - локализованная боль или локализованная болезненность в области поражения ➢ Имеется ХОТЯ БЫ ОДНО из перечисленных обстоятельств без другой установленной причины: - гнойное отделяемое из очага поражения - обнаружение микроорганизмов в посевах крови, которые соответствуют предполагаемому очагу инфекции - рентгенографическое подтверждение инфекции - диагноз инфекции почек, мочеоточников, мочевого пузыря, уретры или тканей, окружающих ретроперитонеальное или перинефральное пространство, поставленный врачом	
11	Прочие инфекции мочевыводящих путей		
Не расценивать как инфекцию: - минимальное воспаление или отделяемое, ограниченные точками проникновения шовного материала - локализованная инфекция колотой раны, которая рассматривается как инфекция кожи или мягких тканей, в зависимости от глубины			

1	К крайняя клиническая больница (состояние ВБИ)	АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ СОТРУДНИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ СЛУЧАЯ ВБИ	
№		Что нужно сделать?	
1		Детально изучить историю болезни пациента	
2		Внести необходимую информацию в соответствующую карту эпидемиологического расследования (Приложения 4-8 СТУ 7.7)	
3		Оформить заключение в карте эпидемиологического расследования о том является ли данный случай ВБИ	
4		Указать в карте эпидемиологического расследования возможные причины развития осложнения	
<i>При необходимости</i>			
5		Проанализировать истории болезней пациентов находящихся с пациентом с ВБИ в одной палате, оперированных в одной операционной	
6		Провести мониторинг соблюдения алгоритма выполнения перевязок, операций и других асептических манипуляций с целью определения правильности выполнения их медицинским персоналом	
7		Проанализировать санитарно-бактериологические показатели в клиническом отделении	
8		Провести оценку санитарного состояния отделения в целом	
9		Оценить полноту проведения противоэпидемических мероприятий в отделении и выдать дополнительные рекомендации, с целью предупреждения распространения ВБИ	

Случаи ИСМП выявленные в КГБУЗ ККБ за 2019 г.



АУДИТЫ - ОЦЕНКА ЗНАНИЙ АЛГОРИТМОВ

Итоги внутреннего аудита через год

Общий показатель соответствия требованиям чек-листа

Росздравнадзора для отделений анестезиологии-реанимации 78,3%

Наименование отделения	Общее количество требований в чек листе	Количество требований не применимых	Количество не соответствий	% соответствия
ОАР 1	167	54	18	84,0%
ОАР 2	167	54	32	71,6%
ОАР 3	167	54	31	72,5%
ОАР 4	167	54	21	81,4%
ОАР 5	167	54	20	82,3%



АУДИТЫ - ОЦЕНКА ЗНАНИЙ АЛГОРИТМОВ

Итоги внутреннего аудита через год

Общий показатель соответствия требованиям чек-листа

Росздравнадзора для хирургических отделений – 80 %

№	Наименование отделения	Общее количество требований в чек листе	Количество требований не применимых	Количество не соответстви й	% соответствия
1	гнойная хирургия	167	45	32	73,7%
2	хирургия 1	167	45	25	79,5%
3	хирургия 2	167	45	23	81,1%
4	ЧХЛ	167	45	22	81,9%
5	Отоларингология	167	45	20	83,6%
6	сосудистая хирургия	167	45	28	77,0%
7	гинекология	167	45	21	82,7%
8	колопроктология	167	45	20	83,6%
9	кардиохирургия	167	45	31	74,5%
10	ожоговое отделение	167	45	27	78,0%
11	отделение хр. гемодиализа	167	45	21	77,8%
12	Сочетанная травма	167	45	26	78,6%
13	Ортопедия	167	45	19	84,4%
14	Травматология	167	45	22	81,9%
15	Микрохирургия	167	45	22	81,9%
16	Урология	167	45	21	82,7%



14.08.2018 МЫ ПОЛУЧИЛИ СЕРТИФИКАТ

КОМАНДНАЯ РАБОТА ПРЕЖДЕ ВСЕГО!



Спасибо за внимание
Будьте здоровы