

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ИНФЕКЦИЈА**

**Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при инфекција.

**Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при инфекција е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при инфекција по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3134/1  
09 март 2015 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

# Инфекција

**Превенција и контрола на инфекции, асоцирани со здравствената грижа во примарната здравствена заштита и грижата во заедницата**

Објавено: март 2012 год.

**NICE клинички упатства 139**  
[guidance.nice.org.uk/cg139](http://guidance.nice.org.uk/cg139)

# Содржина

<b>Вовед</b> .....	<b>1</b>
Клинички контекст.....	1
Образложение за ажурирање на упатството.....	2
Популација .....	2
Прописи за медицински уреди/помагала.....	3
Употреба на терминот 'мора' во препораките .....	3
Препораки за лекови .....	3
<b>Грижа насочена кон пациентот</b> .....	<b>5</b>
<b>Клучни приоритети за имплементација</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Упатство</b> .....	<b>8</b>
Употребувани термини.....	8
1.1 Стандардни принципи .....	8
1.2 Уринарни катетери за долготрајна примена .....	12
1.3 Ентерална исхрана .....	16
1.4 Интраваскуларни катетери.....	17
<b>2. Забелешки за делокругот на ова упатство</b> .....	<b>21</b>
<b>3. Имплементација</b> .....	<b>22</b>
<b>4. Препораки за истражување</b> .....	<b>23</b>
4.1 Стандардни принципи за превенција и контрола на инфекција.....	23
4.2 Деконтаминација на рацете.....	23
4.3 Интермитентни уринарни катетери: селекција на катетер .....	24
4.4 Внатрешни уринарни катетери: селекција на катетер.....	25
4.5 Внатрешни уринарни катетери: антибиотска профилакса .....	25
4.6 Интраваскуларни катетери: деконтаминација на кожата.....	26
<b>5. Други верзии на ова упатство</b> .....	<b>27</b>
5.1 Цело упатство .....	27
5.2 NICE патека.....	27
5.3 Информација за јавноста .....	27
<b>6. Поврзани NICE упатства</b> .....	<b>28</b>
<b>7. Ажурирање на упатството</b> .....	<b>29</b>
<b>Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектниот тим</b> .....	<b>30</b>
Група за развој на упатството (2012) .....	30
Група за развој на упатството (2003) .....	30
Група за развој на упатството - соработници (2012) .....	30
Национален клинички центар за упатството.....	30
NICE проектен тим.....	30
Комисија за ревизија на упатството (2012).....	31
Советодавен комитет на упатството (2003) .....	31
<b>Промени по издавањето</b> .....	<b>32</b>
<b>Во врска со ова упатство</b> .....	<b>33</b>

## Вовед

Ова упатство делумно ги ажурира и ги заменува „Контрола на инфекции: превенција на инфекциите, асоцирани со здравствената грижа во примарната здравствена заштита и здравствената заштита во заедницата“ (NICE клиничко упатство 2). Препораките се означени во согласност со тоа кога тие се првично публикувани (види дел: „Во врска со овие упатства“ за детали).

### Клинички контекст

Во рамките на примарната здравствена заштита, како и во установите на заедницата се обезбедува широк спектар на здравствена грижа. Инфекциите, асоцирани со здравствената грижа, може да се јават кај бројни клинички состојби и да ги засегнат пациентите од сите возрасти. Здравствените работници, членови на фамилиите и негувателите исто така се во ризик од стекнување на инфекција во текот на негата на пациентите.

Инфекциите, асоцирани со здравствената грижа, може да се јават кај инаку здрави индивидуи, особено ако се изведуваат инвазивни процедури или употреба на катетери. На пример, поставени уринарни катетери се најчеста причина за инфекции на уринарниот тракт, додека инфекциите на крвотокот се поврзани со поставени васкуларни катетери.

Инфекциите, асоцирани со здравствената грижа, се предизвикани од голем број микроорганизми. Најчесто самите пациенти се носители на причинителите, а преку изведување на инвазивна процедура или пласирање на инвазивен катетер се овозможува нивно навлегување во организмот. Исто така, овие инфекции може да ја влошат постоечката или коморбидната состојба кај пациентот, да го одложат оздравувањето или да го влошат квалитетот на животот на пациентот.

Безбедноста на пациентот стана камен темелник на грижата, заради што и превенцијата на инфекциите, асоцирани со здравствената грижа, станува приоритет. Се проценува дека околу 300,000 пациенти годишно во Англија стекнуваат инфекција, поврзана со здравствената грижа, како резултат на неа во јавниот здравствен систем (ЈЗС). Во 2007 година, *Staphylococcus aureus* метицилин резистентен (MRSA) на инфекциите на крвта и *Clostridium difficile* инфекциите, биле регистрирани како основна причина или дополнителен фактор кај околу 9000 смртни случаи во болниците и во примарното здравство во Англија.

Се проценува дека инфекциите, асоцирани со здравствената грижа на пациентот, го чинат јавниот здравствен систем на Англија околу 1 милијарда фунти годишно, а од тоа се проценува дека околу 56 милиони се трошат по испишување на пациентот од болница. За дополнително зголемување на овие трошоци придонесува и тоа што секоја од овие инфекции значи и дополнително користење на ресурсите на јавниот здравствен систем, постои поголема нелагодност на пациентот, како и се намалува безбедноста на пациентот. Затоа сега преовладува ставот на нетолеранција во насока на избегнување на инфекциите, асоцирани со здравствената грижа.

## **Образложение за ажурирање на упатството**

Од објавувањето на NICE клиничкото упатство за превенција на инфекциите, асоцирани со здравствената грижа во 2003 год., многу промени се случија во јавниот здравствен систем на Англија кои го поставија пациентот во центарот на сите активности. Прво, Уставот на Англија за ЈЗС, ги дефинира правата на пациентите и се заложува секој пациент да ги очекува истите кога е во прашање неговата здравствена нега. За да се поддржи ова, Комисијата за квалитет на грижата, која е независен регулатор на севкупната здравствена и социјална грижа во Англија, обезбедува сигурност дека здравствената и социјалната нега се пружаат безбедно и следи дека давателите на услуги ги почитуваат поставените стандарди. Дополнително, променета е и правната рамка на која се заснова упатството од 2003 година.

Ново упатство е потребно за да го рефлектира фактот дека како резултат на големиот проток на пациенти во примарниот здравствен систем, комплексна медицинска нега растечки се спроведува во самата заедница. Нови стандарди за нега на пациенти и справување со медицински помагала, кои дополнително ќе ги зајакнат мерките на асепса, се потребни, со цел да се превенираат инфекциите, асоцирани со здравствената грижа.

Ова упатство претпоставува дека сите даватели на услуги во примарното здравство и во заедницата се запознаени со постоечкиот кодекс на работа за превенција и контрола на инфекции<sup>[1]</sup>. Согласно препораките дадени во кодексот и секаде, ова упатство има за цел да се подобри квалитетот на негата и праксата во овие области и над постоечките стандарди.

Групата за изготвување на упатството ја препознава значајноста од придобивките на системот за надзор преку следење на инфекциите, но не е во рамките на ова упатство да дава специфични препораки за оваа тема.

Ова клиничко упатство претставува делумно ажурирање на NICE клиничкото упатство од 2003 год. „Контрола на инфекции: превенција на инфекции, асоцирани со здравствената грижа во примарната и во здравствената нега во заедницата“ (NICE clinical guideline 2; 2003) и ги адресира областите во кои клиничката пракса за превенција на инфекциите, асоцирани со здравствената грижа во примарната и во здравствената нега во заедницата е сменета, каде ризикот за овие инфекции е најголем или каде доказите се смениле. Таму, каде што висок степен на доказ недостасува, Групата која го изготви упатството ги нагласува подрачјата за понатамошно истражување.

## **Популација**

Со ова упатство се опфатени сите возрасни и деца кои примаат здравствена грижа во примарната здравствената заштита и грижа во заедницата, за која важат стандардните мерки за контрола на инфекции. Ова упатство е овластено од ЈЗС, но лицата кои пружаат здравствени услуги во други установи, како што се приватните здравствени институции, може исто така да го користат како релевантно.

Ова упатство е наменето за сите здравствени работници вработени во примарното здравство и во установите во заедницата, вклучувајќи ги и амбулантите и треба да овозможи безбедна пракса ако се применува постојано. Во голема мера, медицинска нега се пружа и од неформални негуватели и од членови на фамилијата, така што ова упатство е подеднакво наменето и за нив.

Здравствени установи, покриени со ова упатство:

- Примарни здравствени установи, како ординации по општа пракса, стоматолошки ординации, медицински центри и поликлиники. Ова исто ги вклучува и амбулантските сервиси.
- Установи во заедницата, како што се домови за стари лица, геријатриски институции, домови на самите пациенти, училишта и затвори, каде е овластен јавниот здравствен систем, го користат како релевантно.

### ***Прописи за медицински уреди/помагала***

Прописите за медицински уреди/помагала ги имплементираат Директивите на европската комисија за медицински помагала (EC Medical Devices Directives) според законот на Англија. Тие поставуваат обврски за производителите за да се осигураат дека медицинските производи (вклучувајќи ракавици, игли и други медицински инструменти кои се среќаваат во ова упатство) се безбедни и исправни за употреба пред да бидат пуштени во продажба во која било земја на ЕУ. Постои [Упатство за пријавување на несакан инцидент \(Guidance on the MHRA's adverse incident reporting system\)](#), со цел да се пријават несакани настани, поврзани со медицински уреди/помагала.

### ***Употреба на терминот 'мора' во препораките***

Групата која го изготви упатството препознава дека постои законска должност да се применуваат дел од дадените препораки, со цел да се биде во согласност со правната легислатива. Зборот мора е користен за тие препораки, а детали за релевантната легислатива се дадени како фусноти на препораките.

Групата исто така беше свесна дека неприменување на некои препораки би било многу сериозно за безбедноста на пациентот, односно дека ќе постои значајно повисок ризик за несакани настани, вклучувајќи и смрт. Заради тоа, групата заклучува дека примената на зборот 'мора' е оправдана кај овие препораки, во согласност со поглавје 9 од прирачникот ("The guidelines manual, 2009").

### ***Препораки за лекови***

Ова упатство претпоставува дека лицата кои препишуваат лекови притоа ги користат упатствата за примена и карактеристики на лекот, со цел заедно со пациентот да донесат информирана одлука за употреба на одреден лек.

Во упатството се наведува дека одредени лекови со индикации за кои немаат авторизација на британскиот пазар во времето на неговото објавување, но сепак, доколку постои добар доказ, може да се поддржи нивната употреба. Бидејќи има

препораки кои се однесуваат за примена на лекови надвор од нивните лиценцирани индикации, овие лекови се означени со фуснота кон препораката.

---

<sup>[1]</sup> Во времето на објавувањето на упатството (март 2012 год.): Акт за здравствена и социјална грижа 2008 год., Код на пракса за превенција и контрола на инфекции и поврзано упатство (The Health and Social Care Act 2008 Code of Practice on the prevention and control of infections and related guidance).

## Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство нуди совети за најдобра пракса кон пациентите, со цел превенција и контрола на инфекциите, асоцирани со здравствената грижа во примарната здравствена грижа и грижата во заедницата.

Пациентите имаат право да очекуваат дека оние кои им ја пружаат грижата ги задоволуваат соодветните стандарди на хигиена и ги следат точно процедурите за да го минимализираат ризикот од инфекција, поврзана со здравствената грижа. При третман и грижа, треба исто така да се имаат во предвид потребите и желбите на пациентот. Пациентите исто треба да имаат можност да донесат информирана одлука во врска со нивниот третман и грижа во соработка со нивните здравствени професионалци. Ако пациентот нема капацитет да донесе одлука, здравствениот работник треба да ги следи следниве документи: Совет за согласност при Одделението за здравство и код на праксата која го придружува Законот за ментална способност. Во Велс, здравствените работници треба да го следат следниов документ: Совет за согласност од велшката влада.

Ако пациентот е под 16 години, здравствениот работник треба да ги следи упатствата од Министерство за здравство: Барање согласност: работа со деца.

Добра комуникација е неопходно да постои помеѓу пациентот и здравствениот работник. Тоа треба да е поткрепено со пишана информација, заснована на докази, а поврзано со потребите на пациентот. Третманот и грижата, како и информацијата дадена на пациентот за нив, треба да бидат во согласност со културното ниво на пациентот. Истото треба да важи и за лицата со посебни потреби, како што се лицата со физички или ментален хендикеп, како и за лицата кои не зборуваат ниту читаат англиски јазик.

Ако пациентот се согласува и фамилијата и негувателите може да бидат вклучени во носењето одлуки за неговиот третман и грижа.

Фамилијата и негувателите треба исто така да добијат информација и поддршка која им е потребна.

## Клучни приоритети за имплементација

Следниве препораки се идентификувани како приоритетни за имплементација.

### Стандардни принципи: општ совет

- Секој кој е вклучен во пружање медицинска нега треба да биде:
  - Едуциран за стандардните принципи за превенција и контрола на инфекции.
  - Обучен за деконтаминација на раце, примена на лична опрема за заштита при работа, како и за безбедна употреба и диспозиција на употребени инструменти [2012].
- Каде и да се дава медицинската услуга, здравствените работници мора<sup>[2]</sup> да имаат доволно набавено:
  - Материјали за деконтаминација на раце.
  - Контејнери за диспозиција на остри предмети.
  - Опрема за професионална лична заштита. [ново 2012]
- Едукација на пациентот и негувателот за:
  - Бенефитот од ефективна деконтаминација на раце.
  - Правилната техника и време за деконтаминација на раце.
  - Кога е соодветно да се употреби течен сапун и вода или бришење на раце.
  - Достапноста на места за деконтаминација на раце.
  - Нивната улога во одржувањето на стандардите за деконтаминација на раце за здравствените работници. [ново 2012]

### Стандардни принципи за деконтаминација на раце

- Рацете мора да бидат деконтаминирани во сите подолу наведени ситуации:
  - Веднаш пред секоја епизода на директен контакт со пациентот или при нега, вклучувајќи и асептични процедури.
  - Веднаш по секоја епизода на директен контакт со пациентот или при негова нега.
  - Веднаш по секоја експозиција на телесни течности.
  - Веднаш по која било друга активност или контакт со околината на пациентот преку кои потенцијално може да бидат контаминирани рацете.
  - Веднаш по вадење на ракавиците. [ново 2012]

### Долготрајни уринарни катетери

- Пред поставување, треба да се одреди типот и бројот на уринарниот катетер според проценка на индивидуалните карактеристики на пациентот и тоа:
  - Возраст.
  - Алергија на материјалот на катетерот.
  - Пол.
  - Историја за симптоматска уринарна инфекција.
  - Преферирање и лагодност на пациентот.
  - Историја за претходен уринарен катетер.
  - Причина за катетеризација. [ново 2012]

- Секоја катетеризација, изведувана од здравствен работник, треба да биде асептична процедура. По помината обука, треба да се процени колку здравствениот работник е компетентен да ги изведува овој тип на процедури. **[2003]**
- Кога се менува катетер, кај пациент со долготрајно пласиран катетер, треба:
  - Да не се нуди рутински антибиотска профилакса.
  - Да се размисли за антибиотска профилакса<sup>[3]</sup> кај пациенти кои:
    - Имаат историја на симптоматска инфекција на уринарниот тракт по промена на катетерот.
    - Искусиле траума<sup>[4]</sup> во текот на катетеризацијата. **[ново 2012]**

### Интраваскуларни катетери

- Пред испис од болница, пациентите и нивните негуватели треба да се научат на техники кои им се потребни за да спречат појава на инфекција и безбедно да го одржуваат интраваскуларниот катетер<sup>[5]</sup>. **[2003, изменето 2012]**
- Медицинските лица, кои се грижат за интраваскуларните катетери на пациентот, треба да бидат обучени и лица оценети како компетентни при користењето и постојаното придржување кон практиките за превенција на инфекции, опишани во ова упатство. **[2003, изменето 2012]**
- На местото на пласирање на катетерот, кожата треба да се деконтаминира со раствор на хлорхексидин глуколат во 70% алкохол пред да се постави периферниот интраваскуларен катетер или при периферно да се постави централен венски катетер. **[ново 2012]**

[2] Во согласност со постоечката легислатива за здравје и безбедност (во време на објавување на упатството, март 2012 год.): Акт за здравје и безбедност при работа 1974, Регулативи за менаџмент на здравје и безбедност при работа 1999, Регулативи за здравје и безбедност при работа 2002, Регулативи за контрола на супстанции штетни по здравјето 2002, Регулативи за опрема за лична заштитна 2002 и Акт за здравствена и социјална грижа 2008.

[3] Во времето на објавувањето на ова упатство (март 2012 год.), ниту еден антибиотик во Британија нема авторизација на пазарот за оваа индикација. Информирани согласност треба да се обезбеди од пациентот и таа да биде документирана.

[4] Групата која го изготви упатството, ја дефинира повредата како јасна хематурија по катетеризацијата или по два, односно по повеќе обиди за катетеризација.

[5] Ажурираната препорака содржи како термин интраваскуларен катетер наместо централен венски катетер. Оваа промена е направена затоа што и периферно поставените катетери биле вклучени во рамките на ажурираното упатство.

## 1. Упатство

Ова упатство е базирано на најдостапните докази. Целиот водич дава детали за методите и за доказите, користени при изработка на упатството.

### *Употребувани термини*

**Асептична техника**- техника при која е осигурано дека единствено неконтаминирана опрема и течности доаѓаат во контакт со телесни места. Таа треба да се користи при секоја клиничка процедура, при која се поминува природната телесна бариера. Со примена на принципите на асепса, се минимализира можноста за ширење на микроорганизми од едно на друго лице.

**Директна грижа на пациентот** - директна интеракција или контакт ' лице во лице' со пациентот, секој физички аспект од здравствената грижа, вклучувајќи третман, лична грижа како и давањето на лекови.

**Деконтаминација на раце**- примена на дезинфекција или миење на раце, со цел намалување на бројот на бактерии на рацете. Во ова упатство, овој термин го заменува терминот хигиена на рацете.

**Чистење раце**- се однесува на миење на рацете со раствор на изопропил алкохол за да се намали бројот на живи микроорганизми. Ова упатство се повикува на терминот чистење на рацете, согласно со британските стандарди (BS EN1500; стандард за ефикасност на хигиенско чистење на рацете, користејќи како референтен раствор 60% изопропил алкохол).

**Здравствен работник** – секое лице вработено во здравствена установа, социјална установа, локална власт или агенција која обезбедува нега за болен, лица со попреченост или стари лица.

**Медицински отпад** – во ова упатство за медицински отпад се мисли на секој отпад кој е создаден или е последица од здравствена нега на пациент.

**Лична заштитна опрема**- опрема која е наменета да се носи или држи од страна на здравствениот работник, со цел да го заштити од ризик по неговото здравје и да овозможи безбедност при работа. Ова вклучува ракавици, мантили, заштиник за очи и за лице.

### *1.1 Стандардни принципи*

#### **1.1.1 Општ совет**

1.1.1.1 Секој кој пружа медицинска нега треба да биде:

- Едуциран за стандардните принципи за превенција и контрола на инфекции,  
и

- обучен за деконтаминација на раце, примена на лична опрема за заштита при работа, како и за безбедна употреба и диспозиција на употребени инструменти. **[2012]**

1.1.1.2 Каде и да се дава медицинската услуга, здравствените работници мора<sup>[6]</sup> да имаат доволно набавено:

- Материјали за деконтаминација на рацете.
- Контејнери за диспозиција на остри предмети.
- Опрема за професионална лична заштита. **[ново 2012]**

1.1.1.3 Едукација на пациентот и негувателот за:

- Бенефитот од ефективна деконтаминација на рацете.
- Правилната техника и време за деконтаминација на рацете.
- Кога е соодветно да се употреби течен сапун и вода или бришење на рацете.
- Достапноста на места за деконтаминација на рацете.
- Нивната улога во одржувањето на стандардите за деконтаминација на рацете за здравствените работници. **[ново 2012]**

## 1.1.2 Деконтаминација на рацете

1.1.2.1. Рацете мора да бидат деконтаминирани во сите подолу наведени ситуации:

- Веднаш пред секоја епизода на директен контакт со пациентот или при неџа, вклучувајќи и асептични процедури.
- Веднаш по секоја епизода на директен контакт со пациентот или при негова неџа.
- Веднаш по секоја експозиција на телесни течности.
- Веднаш по која било друга активност или контакт со околината на пациентот преку кои потенцијално може да бидат контаминирани рацете.
- Веднаш по вадење на ракавиците. **[ново 2012]**

1.1.2.2 Деконтаминирајте ги рацете најдобро со дезинфекција (согласно со моменталните британски стандарди <sup>[7]</sup>), со исклучок во следниве ситуации кога мора да се примени миење со течен сапун и вода:

- Кога рацете се видливо извалкани или потенцијално контаминирани со телесни течности.
- Во клинички ситуации каде има потенцијална можност за ширење на алкохол-отпорни организми (како *Clostridium difficile* или други организми кои предизвикуваат дијареја). **[ново 2012]**

1.1.2.3 Здравствените работници треба да се осигураат дека нивните раце ќе бидат деконтаминирани во текот на траењето на интервенцијата, преку:

- Да бидат голи од подлактиците<sup>[8]</sup> додека пружаат директна неџа на пациентот.
- Да го отстранат накитот од прстите и од рацете.
- Да бидат сигурни дека ноктите се скратени, чисти и нелакирани.
- Да се покриат исекотини или оштетувања на кожата со водоотпорни покривки. **[ново 2012]**

- 1.1.2.4 Ефективната техника на миење на раце опфаќа три стадиуми: подготовка, миење и триење и сушење. Подготовката значи навлажнување на рацете со млаз на вода пред да се стави течен сапун или антимикробен раствор. Растворот за миење на раце **мора** да дојде во контакт со **целата** површина на рацете. Рацете мора да бидат енергично **истриени** една со друга и тоа минимум 10–15 секунди, притоа посебно внимавајќи на врвовите на прстите, палците и деловите помеѓу прститите. Рацете треба да бидат темелно истриени пред да се исушат со квалитетни хартиени бришачи. **[2003]**
- 1.1.2.5 Кога се деконтаминираат раце со користење на алкохол, рацете треба да бидат ослободени од нечистотија и органски материјал. Растворот за чистење треба да дојде во контакт со сите површини на рацете. Рацете мора да бидат енергично **истриени** една со друга, притоа внимавајќи особено на врвовите на прстите, палците и деловите измеѓу прстите, сè додека растворот не испари и рацете не се суви. **[2003]**
- 1.1.2.6 Соодветна крема за раце треба да биде нанесена за да се заштити кожата од евентуално нејзино сушење заради деконтаминација на рацете. Ако одреден сапун, антимикробен или алкохолен раствор за миење раце предизвикува иритација на кожата, треба да се консултира тим за заштита при работа. **[2003]**
- 1.1.3. Примена на опрема за лична заштита**
- 1.1.3.1 Изборот на заштитна опрема мора<sup>[6]</sup> да биде заснован на проценката на ризикот од пренос на микроорганизми на пациентот, како и од ризикот за контаминација на облеката и на кожата на здравствениот работник со крв, телесни течности, секрети или излучевини. **[2003]**
- 1.1.3.2 Примена на ракавици за директна нега на пациентот:
- Мора<sup>[6]</sup> да се во согласност со постоечката ЕУ легислатива (СЕ означени како медицински ракавици за еднократна употреба).<sup>[9]</sup>
  - Треба да бидат соодветни за намената. **[ново 2012]**
- 1.1.3.3 Ракавиците мора<sup>[6]</sup> да се носат за инвазивни процедури, при контакт со стерилни места и при контакт со неинтактна кожа или слузница, како и при сите активности кои се проценети дека носат ризик за експозиција кон крв, телесни течности, секрети или излучевини или кон остри и контаминирани инструменти. **[2003]**
- 1.1.3.4 Ракавиците мора<sup>[6]</sup> да бидат за еднократна употреба. Тие мора да се стават непосредно пред контакт со пациентот или интервенцијата и да бидат извадени веднаш штом активноста заврши. Ракавиците треба да се заменат при изведување на интервенција помеѓу два различни пациенти, како и при различни интервенции кај ист пациент. **[2003]**
- 1.1.3.5 Да се осигура дека ракавиците кои биле изложени на телесни течности се отстранети правилно во согласност со постоечката правна легислатива<sup>[10]</sup> или локални нормативи (види дел 1.1.5). **[ново 2012]**

- 1.1.3.6 Замена за ракавиците од природна латекс гума мора да биде достапна за пациенти, негуватели или за здравствени работници кои имаат потврдена алергија на латекс. **[2012]**
- 1.1.3.7. Да не се користат полиетиленски ракавици за клиничка интервенција. **[ново 2012]**
- 1.1.3.8 Кога се дава директна нега на пациентот треба:
- Да се носи мантил за еднократна употреба доколку постои ризик за изложување на облеката кон крв, телесни течности, секретите и излучевини.
  - Да се носи наметка отпорна на течност со долги ракави доколку постои ризик од опсежно прскање на крв, телесни течности, секретите или излучевини на кожата или на облеката. **[2012]**
- 1.1.3.9 Кога се користи мантил или наметка треба:
- Да се користат за еднократна намена, за една процедура или за една епизода на директен контакт со пациентот.
  - Да се осигура дека тие се отстранети правилно (види дел 1.1.5). **[2012]**
- 1.1.3.10 Маските за лице и заштитните очила мора<sup>[6]</sup> да се носат доколку постои ризик за прскање на крв, телесни течности, секретите или излучевини на лицето или во очите. **[2003]**
- 1.1.3.11 Опрема за респираторна заштита, на пример маска со филтер за честички, мора<sup>[6]</sup> да се користи кога е клинички индицирано. **[2003]**

#### **1.1.4 Безбедна примена и отстранување на остри инструменти**

- 1.1.4.1 Скалпелите не треба<sup>[11]</sup> да бидат подавани директно од рака на рака и ракувањето треба да биде сведено на минимум. **[2003, изменето 2012]**
- 1.1.4.2 Примена на стандардни игли:
- Не смеат да бидат свиткани<sup>[12]</sup> или скршени пред отстранувањето.
  - Не смеат да бидат повторно затворани.

Во стоматологијата, ако повторно затворање или расклопување не може да се избегне, проценка на ризик мора да се направи и соодветна безбедносна опрема мора да се користи. **[ново 2012]**

- 1.1.4.3 Употребените остри предмети мора да се отстранат веднаш по интервенцијата во специјален контејнер за остри предмети, согласно постоечките стандарди<sup>[13]</sup>. **[ново 2012]**
- 1.1.4.4 Контејнери за остри предмети:
- Мора<sup>[10]</sup> да бидат поставени во сигурна положба за да не се истурат, да се на висина која овозможува безбедно отстранување на инструментите, да се далеку од јавен пристап и да се надвор од дофатот на деца.

- Мора<sup>[10]</sup> да не се користат за друга намена, освен за отстранување на остри предмети.
- Мора <sup>[10]</sup> да не бидат наполнети над означената линија.
- Мора <sup>[10]</sup> да се отстранат кога ќе се наполнат до означената линија.
- Треба <sup>[10]</sup> да бидат привремено затворени додека не се употребуваат.
- Треба<sup>[10]</sup> да се отстрануваат на секои 3 месеци, дури и ако не се полни на точно утврден начин согласно со локалните нормативи. **[ново 2012]**

1.1.4.5 Да се користат сигурносни уреди за остри предмети, ако процената на ризикот навести дека тие ќе обезбедат побезбедни системи за работа за здравствените работници, негувателите и пациентите. **[ново 2012]**

1.1.4.6 Да се обучуваат и да се оценуваат сите даватели на услуги за правилната употреба и отстранување на остри предмети и за нив сигурносни уреди. **[ново 2012]**

### **1.1.5 Отстранување на медицински отпад**

1.1.5.1 Медицинскиот отпад мора да биде одвоен веднаш од страна на лицето кое го создава отпадот и тоа или на отпадни места, означени со соодветна боја, во соодветни кеси за отстранување на отпадот или, пак, во контејнери дефинирани во согласност со постоечката легислатива<sup>[10]</sup> и локалните нормативи. **[ново 2012]**

1.1.5.2 Медицинскиот отпад мора да биде означен, да се чува, транспортира и да се отстранува во согласност со постоечкото законодавство <sup>[10]</sup> и локалните политики. **[ново 2012]**

1.1.5.3 Да се едуцираат пациентите и негувателите за точното ракување, складирање и отстранување на медицинскиот отпад. **[ново 2012]**

## **1.2 Уринарни катетери за долготрајна примена**

### **1.2.1 Едукација на пациентите, нивните негуватели и здравствените работници**

1.2.1.1 Пациентите и негувателите треба да бидат едуцирани и обучени во техниките за деконтаминација на раце, за поставување на привремени катетери, каде што е можно, како и за одржување на катетерот, пред нивното излегувањето од болница. **[2003]**

1.2.1.2 Здравствените работници од заедница и примарната здравствена заштита мора да бидат обучени за поставување на катетерот, вклучувајќи и замена на супрапубичен катетер и негово одржување. **[2003]**

1.2.1.3 Континуирана обука и постојана поддршка на пациентите и негувателите треба да бидат достапни за време на траењето на долгорочната катетеризација. **[2003]**

## 1.2.2 Проценка на потребата за катетеризација

- 1.2.2.1 Уринарен катетер треба да се користи само откако ќе бидат разгледани и исклучени други алтернативни методи за оваа интервенција. **[2003]**
- 1.2.2.2 Клиничките потреби на пациентот за катетеризација треба да се разгледуваат редовно и уринарниот катетер треба да се отстрани што е можно поскоро. **[2003]**
- 1.2.2.3 Поставувањето на катетер, неговата промена и одржување треба да бидат документирани. **[2003]**

## 1.2.3 Опции за дренажа на катетер

- 1.2.3.1 Пред да се избере катетеризација како интервенција, треба да се направи проценка која ги зема предвид клиничката потреба, го предвидува времетраењето на катетеризацијата, желбата на пациентот и ризикот од инфекција, а потоа да се избере најдобриот пристап за катетеризација. **[2003]**
- 1.2.3.2 Интермитентна катетеризација треба да се преферира пред поставување на внатрешен катетер, доколку е клинички соодветно и претставува практична опција за пациентот. **[2003]**
- 1.2.3.3. Треба да се понуди избор на катетер за еднократна употреба или со хидрофилен или со резервоар од гел, за интермитентна катетеризација која пациентите сами ја изведуваат. **[ново 2012]**
- 1.2.3.4 Пред поставување, треба да се одреди типот и бројот на уринарниот катетер според проценка на индивидуалните карактеристики на пациентот и тоа:
- Возраст.
  - Алергија на материјалот на катетерот.
  - Пол.
  - Историја за симптоматска уринарна инфекција.
  - Преферирање и лагодност на пациентот.
  - Историја за претходен уринарен катетер.
  - Причина за катетеризација. **[ново 2012]**
- 1.2.3.5. Во принцип, балончето на катетерот треба да биде исполнето со 10ml стерилна вода кај возрасни, односно 3–5 ml кај деца. **[2003]**
- 1.2.3.6 Кај пациенти за кои тоа е соодветно, вентилот на катетерот може да се користи како алтернатива за дренажната кеса. **[2003]**

## 1.2.4 Пласирање на катетер

- 1.2.4.1 Сите катетеризации, изведувани од страна на здравствените работници, треба да бидат асептични процедури. По обуката, здравствените работници треба да

се оценуваат за нивната компетентност за извршување на овие видови на постапки. **[2003]**

1.2.4.2 Интермитентна самокатетеризација е чиста постапка. Лубрикант за употреба кај еден пациент е потребно при користење на неподмачкани катетери. **[2003]**

1.2.4.3 За уретрална катетеризација, влезот (меатусот) на уретрата треба да се исчисти пред пласирање на катетерот, во согласност со локалните насоки / нормативи. **[2003]**

1.2.4.4 Соодветен лубрикант од туба за еднократна употреба треба да се користи во текот на вметнувањето на катетерот за да се минимизира траума и инфекции на уретрата. **[2003]**

### **1.2.5 Одржување на катетер**

1.2.5.1 Внатрешните катетери треба да биде поврзани со стерилен затворен систем за празнење или катетер со вентил. **[2003]**

1.2.5.2 Здравствените работници треба да се осигураат дека врската помеѓу катетерот и уринарниот систем за празнење не е прекината, освен при добра клиничка причина (на пример менување на кесата во согласност со препораките на производителот). **[2003]**

1.2.5.3 Здравствените работници мора да ги деконтаминираат своите раце и да носат нов пар на чисти, нестерилни ракавици пред манипулирање со катетерот на пациентот и мора да ги деконтаминират рацете по вадењето на ракавиците. **[2003]**

1.2.5.4 Пациентите кои самите управуваат со сопствените катетери, како и нивните негуватели, мора да бидат едуцирани за постапките на деконтаминација на рацете <sup>[14]</sup> пред и по манипулација на катетер, во согласност со препораките на стандардните принципи (делот 1.1). **[2003, изменето 2012]**

1.2.5.5 Примерок од урина мора да биде земен од излезот на катетерот, наменет за земање мостри, притоа применувајќи асептична постапка. **[2003]**

1.2.5.6 Уринарната кеса треба да биде поставена под нивото на мочниот меур и не треба да биде во контакт со подот. **[2003]**

1.2.5.7 Систем на поврзување треба да се користи за да се овозможи дренажата преку ноќ и да се задржи оригиналниот систем непроменет. **[2003]**

1.2.5.8 Уринарната кеса треба да се празни доволно често за да се одржи протокот на урина и да се спречи рефлукс и треба да се менува кога е клинички индицирано. **[2003]**

1.2.5.9 Уретралниот влез треба да се измива секојдневно со вода и со сапун. **[2003]**

- 1.2.5.10 За да се минимизира ризикот од прекини, сраснувања и со катетер поврзани инфекции кај пациенти со долгорочен внатрешен уринарен катетер треба:
- Да се развие специфичен режим за грижа индивидуално за секој пациент.
  - Да се разгледуваат други пристапи, како што се ревизија на планот за фреквенцијата на менување на катетерот, зголемување на внесот на течности и сл.
  - Да се нотира евентуалното блокирање на катетерот. **[ново 2012]**
- 1.2.5.11 Испирања на мочниот меур не смее да се користат за да се спречат инфекции, поврзани со катетерот. **[2003]**
- 1.2.5.12 Катетрот треба да се менува само кога е клинички потребно, или според постоечките препораки на производителот. **[2003]**
- 1.2.5.13 При промена на катетер кај пациенти со долгорочно внатрешно пласиран уринарен катетер, треба:
- Да не се нуди рутински антибиотска профилакса.
  - Да се размисли за антибиотска профилакса <sup>[15]</sup> кај пациенти кои:
    - Имаат историја на симптоматска инфекција на уринарниот тракт по промена на катетер.
    - Имаат искуство со траума <sup>[16]</sup> за време на катетеризација. **[ново 2012]**

## **1.3 Ентерална исхрана**

### **1.3.1 Едукација на пациентите, нивните негуватели и здравствените работници**

- 1.3.1.1 Пациентите и нивните негуватели треба да бидат едуцирани и обучени во техниките за деконтаминација на раце, за ентералната исхрана, како и за одржување на системот за нејзина администрација, пред да бидат отпуштени од болница. **[2003]**
- 1.3.1.2 Здравствените работници треба да бидат обучени за ентерална исхрана и за одржување на системот за нејзина администрација. **[2003]**
- 1.3.1.3 Континуирана обука и постојана поддршка на пациентите и на негувателите треба да им биде достапна за време на траењето на ентералната исхрана во домашни услови. **[2003]**

### **1.3.2 Подготовка и чување на храната**

- 1.3.2.1 Секогаш кога е можно, треба да се користат претходно подготвени за употреба производи, наместо состојки за кои е потребно премешување, преправање или разредување. **[2003]**
- 1.3.2.2 Треба да се избере систем кој бара минимално ракување и кој ќе биде компатибилен со ентералната цевка (сонда) за хранење на пациентот. **[2003]**
- 1.3.2.3 Ефикасна деконтаминација на рацете треба да се изведе пред да се започне со подготовка на храната. **[2003]**
- 1.3.2.4 Кога состојките се мешаат, преправаат или разредуваат, треба да се обезбеди чиста работна површина и опрема која ќе се употребува само за ентерална исхрана. **[2003]**
- 1.3.2.5 Состојките треба да се мешаат со користење на изладена, претходно зовриена вода, или свежо отворена стерилна вода и со техника без допирање. **[2003]**
- 1.3.2.6 Состојките треба да се чуваат во согласност со упатствата на производителот и, онаму каде што е применливо, во согласност со легислативата за хигиена на храна. **[2003]**
- 1.3.2.7 Онаму каде готови производи не се достапни, храната може да биде подготвена однапред, да се чува во фрижидер и да се користи во рок од 24 часа. **[2003]**

### **1.3.3 Администрација на храната**

- 1.3.3.1 Треба да се применува техника на минимално ракување и асептична техника за да се поврзе системот за администрација на храната со сондата за хранење. **[ново 2012]**

1.3.3.2 Готови, спремни за употреба производи, може да се дадат во траење на целата сесија за администрација до максимум од 24 часа.Подготвената храна треба да се администрира во текот на максимум 4-часовен период. **[2003]**

1.3.3.3 Сетовите за администрација и контејнерите на храна се за еднократна употреба и мора да бидат отфрлени по секоја сесија на хранење. **[2003]**

#### **1.3.4 Нега на местото на поставување и на сондата за ентерална исхрана**

1.3.4.1 Стомата треба да се измива секојдневно со вода и да се суши темелно. **[2003]**

1.3.4.2 За да се спречи затворање на сондата, таа веднаш треба да се исплакне со вода пред и по хранење или по администрирање лекови, користејќи шприцеви за еднократна употреба или шприцеви на само еден пациент со повеќекратна употреба, во согласност со упатствата на производителот. Користете:

- Свежо истечена вода од чешма за пациенти кои се со зачуван имунитет.
- Изладена свежо зовриена вода или стерилна вода од скоро отворен сад за пациенти кои се имуносупримирани. **[нови 2012].**

### **1.4 Интраваскуларни катетери**

#### **1.4.1 Едукација на пациентите, нивните негуватели и на здравствените работници**

1.4.1.1 Пред испис од болница, пациентите и нивните негуватели треба да бидат едуцирани за сите постапки кои треба да ги користат, со цел да спречат инфекција и безбедно да ракуваат со интраваскуларен катетер <sup>[17]</sup>. **[2003, изменето 2012]**

1.4.1.2 Здравствените работници кои се грижат за интраваскуларните катетери <sup>[17]</sup>, треба да бидат обучени и оценувани за нивната компетентност во користењето и придржувањето на постапките за превенција на инфекции, опишани во ова упатство. **[2003, изменето 2012]**

1.4.1.3 Континуирана обука и поддршка треба да им биде достапна на пациентите кои имаат интраваскуларен уред, како и на нивните негуватели <sup>[17]</sup>. **[2003, изменето 2012]**

#### **1.4.2 Општа асепса**

1.4.2.1 Рацете мора да се деконтаминираат (види дел 1.1.2) пред да се отвори или преврзе интраваскуларниот катетер. **[ново 2012]**

1.4.2.2 Мора да се применува стерилна техника <sup>[18]</sup> при нега на местото на кое е пласиран интраваскуларниот катетер и кога се пристапува кон системот. **[ново 2012]**

### 1.4.3 Нега на местото на кое е пласиран интраваскуларен катетер

- 1.4.3.1 Деконтаминирајте ја кожата на влезот на катетерот со 70% алкохолен раствор на хлорхексидин глуконат пред поставување на периферен интраваскуларен катетер или периферно вметнат централен катетер. **[ново 2012]**
- 1.4.3.2 Користете стерилна транспарентна полупропустлива мембранска покривка за да се покрие местото каде е пласиран интраваскуларниот катетер. **[ново 2012]**
- 1.4.3.3 Размислете за употреба на стерилна газа за преврска, покриена со стерилна транспарентна семипермеабилна мембрана само ако пациентот има обилно потење или ако местото на пласирање на катетерот крвави. Ако се користи преврска од газа:
- Треба да се менуваат на секои 24 часа, или порано, ако се извалкани.
  - Треба да се замени со стерилна транспарентна полупропустлива мембранска покривка што е можно поскоро. **[ново 2012]**
- 1.4.3.4 Променете ја транспарентната полупропустлива мембранска покривка која го покрива местото на централниот венски катетер на секои 7 дена или порано ако покривката веќе не е интактна или под неа се собира течност. **[2012]**
- 1.4.3.5 Оставете ја транспарентната полупропустлива мембранска покривка на местото на влез на периферната канила, сè додека канилата е поставена и притоа интегритетот на преврската да е зачуван. **[ново 2012]**
- 1.4.3.6 Преврските на вграден централен венски катетер треба да се менуваат на секои 7 дена додека местото на инсерција заздравува, освен ако постои индикација да се променат порано. **[2003]**
- 1.4.3.7 Здравствените работници треба да се осигураат дека при одржување на катетерот материјалот е компатибилен со неговите делови (цевки, затворачи, излези, конектори) и внимателно проверете ја компатибилноста со препораките на производителот. **[2003]**
- 1.4.3.8 Деконтаминирајте ја кожата на местото на пласирање на централен венски катетер и неговата околина со 70% алкохолен раствор на хлорхексидин глуконат и оставете го да се исуши. Размислете за употреба на воден раствор на хлорхексидин глуконат ако според препораките на производителот е забранета употреба на алкохол со нивните катетри. **[2012]**
- 1.4.3.9 Посебни кесички со антисептик или посебни пакети на сунѓерчиња или марамици со импрегниран антисептик треба да се користат за да се дезинфицираат местата за преврска. **[2003]**

### 1.4.4 Општи принципи за одржување на интраваскуларни уреди

- 1.4.4.1 Деконтаминирајте ги влезните места за инјектирање на катетерот пред и по манипулации со системот со користење на 70% алкохолен раствор на хлорхексидин глуконат. Размислете за користење на воден раствор на

хлорхексидин глуколат ако препораките на производителот забрануваат употребата на алкохол со нивните катетери. **[ново 2012]**

- 1.4.4.2 Филтри, поставени во линија на системот, не треба да бидат рутински употребувани за превенција на инфекција. **[2003]**
- 1.4.4.3 Антибиотски раствори, инјектирани во катетерот, не треба да се користат рутински за превенција на катетер-асоцирани инфекции на крвотокот. **[2003]**
- 1.4.4.4 Системска антибиотска профилакса не треба да се користи рутински за да се спречи колонизација или катетер-асоцирана инфекција на крвотокот, ниту пред поставување, ниту во текот на користењето на централен венски катетер. **[2003]**
- 1.4.4.5 По можност, катетер со еден влез (порт) треба да се користи за администрирање на парентерална исхрана. Ако се користи повеќепортен катетер, еден влез мора да биде исклучиво посветен за парентерална исхрана, а со сите влезови мора да се постапува со исто прецизно внимавање на стерилноста на постапката. **[2003]**
- 1.4.4.6 По можност, стерилен 0,9 % раствор на натриум хлорид треба да се користи за да се ispiraат портовите на катетерот. **[2003]**
- 1.4.4.7 Кога е препорачано од страна на производителот, портовите на катетерот треба да се ispiraат со раствор на хепарин натриум. **[2003]**
- 1.4.4.8 Системски антикоагуланти не треба да се користат рутински за да се спречи катетер-асоцирана инфекција на крвотокот. **[2003]**
- 1.4.4.9 Ако се користат уреди без игла, треба да се следат препораките на производителот за промена на компонентите на сетот. **[2003]**
- 1.4.4.10 Кога уреди без игла се користат, здравствените работници треба да бидат сигурни дека сите компоненти на системот се компатибилни и безбедни за да се минимизира протекување или кршење на системот. **[2003]**
- 1.4.4.11 Кога уреди без игла се применуваат, ризикот за контаминација треба да биде минимизиран преку деконтамирање на влезното место или со алкохол или со алкохолен раствор на хлорхексидин глуколат, пред и по нивно користење со системот на катетерот. **[2003]**
- 1.4.4.12 Во принцип, системите за администрација кои се употребуваат континуирано, не треба да бидат заменуваани на интервали почести од 72 часа, освен доколку не бидат дисконектирани или доколку постои суспекција или евидентирана катетер-асоцирана инфекција. **[2003]**
- 1.4.4.13 Системите за давање на крв и крвни деривати треба да се менуваат на секои 12 часа или според препораките на производителот. **[2003]**

1.4.4.14 Системите за администрација на раствори за тотална парентерална исхрана, генерално, треба да се менуваат на секои 24 часа. Ако растворот содржи само гликоза и аминокиселини, системот не треба да биде заменуван почесто од секои 72 часа. **[2003]**

1.4.4.15 Избегнувајте користење на препарати (ампули) во повеќе дози за да се избегне контаминација на растворите. **[ново 2012]**

[6] Во согласност со постоечката законска регулатива за здравје и безбедност (во времето на објавувањето на прирачникот [март 2012 год.]): Акт за здравје и безбедност при работа 1974, Регулативи за менаџмент на здравјето и безбедноста на работа 1999, Регулативи за здравје и безбедност 2002, Регулативи за контрола на супстанции, штетни по здравјето 2002, Регулативи за опрема за лична заштита 2002 и Акт за здравствена и социјална грижа 2008.

[7] Во времето на објавувањето на прирачникот (март 2012 год.): BS EN 1500:1997.

[8] За потребите на ова упатство, работната група го дефинира 'голи од подлактици' како носење на вештачки нокти или лакирани нокти; носење на рачен часовник или крупни прстени; носење облека со кратки ракави или со можност да се свиткаат ракавите.

[9] Во времето на објавувањето на прирачникот (март 2012 год.): BS EN 455, Дел 1-4, Медицински ракавици за еднократна употреба (Parts 1-4 Medical gloves for single use).

[10] За упатството види (во времето на издавањето на прирачникот [март 2012 год.]): Безбедно справување со медицински отпад (Safe management of healthcare waste) (2011).

[11] Ажурираното упатство содржи 'треба' наместо 'мора' (како во она од 2003 год.), затоа што работната група сметаше дека ова не е покриено со законска регулатива (во согласност со NICE прирачникот на упатства, 2009).

[12] Прифатливо е да се свиткуваат иглите ако тоа е дел од одобрена безбедносна постапка на остриот инструмент.

[13] Во времето на објавувањето на прирачникот (март 2012 год.): UN3291 и BS 7320.

[14] Текстот 'Пациенти кои сами го одржуваат својот катетер и нивните негуватели мора да бидат едуцирани за деконтаминација на раце...' го заменува 'Негувателите и пациентите кои ги одржуваат своите катетери, мора да ги мијат рацете...' во упатството од 2003 година.

[15] Во времето на објавувањето на овој прирачник (март 2012 год.), нема антибиотици кои се авторизирани на пазарот во Велика Британија за оваа индикација. Информирана согласност треба да се добие и да се документира.

[16] Работната група дефинира траума како јасна хематурија по катетеризација или по два или повеќе обиди за катетеризација.

[17] Ажурираната препорака содржи 'интраваскуларен катетер', а не 'централен венски катетер'. Оваа промена е направена, бидејќи периферно вметнати катетери беа вклучени во делокругот на ова упатство.

[18] Работната група смета дека стерилна Без- Допир техника е пример на стерилна техника за одржување на интраваскуларен катетер, која широко се користи во примарната и во здравствената грижа во заедницата и претставува можна рамка за воспоставување на стандардизирани насоки за стерилна техника.

## 2. Забелешки за делокругот на ова упатство

NICE упатствата се изготвени во согласност со обемот кој дефинира што упатството ќе опфати, а што нема.

### Како е ова упатство изготвено

NICE го озваничил Националниот центар за клинички упатства (National Clinical Guideline Centre) да го изготви ова упатство. Во рамките на центарот е формирана работна група (види додаток А), која ги ревидираше доказите и ги изготви препораките. Независен Панел за ревизија на упатствата вршеше надзор на равојот на овој прирачник (види додаток Б).

Повеќе информации за тоа како е изготвено и како е мониторирано изготвувањето на упатството има на NICE веб страницата.

### 3. Имплементација

NICE има развиено алатки за да им помогне на организациите да го имплементираат ова упатство.

## 4. Препораки за истражување

Работната група, која го изготви прирачникот, ги дава следниве препораки за истражување, засновано на преглед на доказите, со цел да се подобри NICE упатството и грижата на пациентите во иднина.

### 4.1 Стандардни принципи за превенција и контрола на инфекција

Кои се бариерите за придржување кон стандардните принципи за превенција и контрола на инфекција со кои пациентите и негувателите се среќаваат во своите домови?

#### Зошто е ова важно

Последните промени во пружањето на здравствувена грижа допринесоа таа да биде сè повеќе доставувана во домашната средина на пациентот. Превенција на инфекција во оваа средина е исто толку важно како во болница. Во моментов постојат околу 6 милиони неплатени негувателите во Велика Британија, бројка која, веројатно, ќе се зголеми со стареење на населението. Врската помеѓу обуката на негувателот и стапката на инфекции е непозната. Во Велика Британија во моментов нема доказ за надзор на инфекциите, поврзани со здравствената грижа во заедницата.

Квалитативна студија е потребно да се спроведе за да се опфатат теми околу бариерите на пациентот и негувателот кои ги имаат за придржување кон стандардните принципи за превенција на инфекција во нивните домови. Тоа ќе биде важно за да се процени дали недостаток на свест или знаење е бариера. Ако пациентите и негувателите добиле едукација, треба да се процени дали таа може да се примени во домашните услови на пациентот. Областите на ниска усогласеност во домашната средина треба да бидат идентификувани. Наодите би можеле да имаат далекусежни импликации за планирање на испишувањето на пациентите од болница и должноста за понатамошна грижа.

### 4.2 Деконтаминација на рацете

Кога нема на располагање чиста вода, која е клиничката и потрошувачката оправданост од користење на марамчиња, гелови, дезинфекциски средства за раце или други производи да се отстрани видлива контаминација ?

#### Зошто е ова важно

Здравствените работници во заедницата често се среќаваат со предизвици во спроведувањето на постапката за деконтаминација на рацете, кога не постои пристап до проточна вода. Ова особено влијае на персоналот од брза помош, кои често обезбедуваат итна медицинска помош на локации каде што вода не е достапна. Нема докази од рандомизирани контролирани студии за тоа кој е најефикасен начин во отсуство на вода, здравствените работници од заедницата да ја отстранат физички контаминацијата на нивните раце, како на пример со крв. Во последниве години, достапни се производи за деконтаминација на раце кои може да се користат кога нема проточна вода, како што се гелови, дезинфициенси за раце и марамчиња и сл. Сепак,

нивната ефикасност и соодветност во реалната клиничка пракса за употреба при видливо нечисти раце не е утврдена. Рандомизирана контролирана студија е потребна за да се споредат дезинфициенсите за раце (алкохол и антисептици), геловите за раце и другите достапни производи за деконтаминација кои може да се користат, за да се утврди кој е најефикасен начин да се отстрани физички нечистотија од рацете во отсуство на чиста вода, со цел да даде препорака за нивната употреба во реални ситуации. Примарната мерка на исход на студијата треба да биде формирање на колонија единици, врз основа на аденозин трифосфат (АТП).

### **4.3 Интермитентни уринарни катетери: селекција на катетер**

За пациентите кои вршат интермитентна самокатетеризација во тек на подолг рок, која е клиничката и потрошувачката оправданост од примена на необложени катетери за еднократна употреба, наспроти еднократна употреба на хидрофилни катетери, наспроти катетери со гел резервоар, наспроти необложени катетери за повеќекратна употреба, во однос на следниве исходи: симптоматски инфекции на уринарниот тракт, бактериемија, поврзана со инфекција на уринарниот тракт, морталитет, удобност и претпочитање на пациентот, квалитетот на животот и клиничките симптоми на оштетување на уретрата?

#### **Зошто е ова важно**

Долгорочна (повеќе од 28 дена) интермитентна самокатетеризација се врши од страна на многу луѓе кои живеат во заедницата. Важно е за изборот на привремениот катетер пациентот да биде информиран врз основа на силен доказ за клиничката ефикасност и оправданоста на трошоците.

Модел цена-ефективност, кој е развиен за ова упатство, ги комбинира доказите за клиничката ефективност, трошоците и квалитетот на живот во однос на симптоматската инфекција на уринарниот тракт и поврзани компликации. Резултатите од анализата покажаа дека необложени катетери за еднократна употреба беа најисплатлива опција за интермитентна самокатетеризација. Сепак, клиничкиот доказ на информираност во овој модел беше со низок до многу низок квалитет. Во моментот, необложените катетери се сметаат како уреди за една употреба. Со цел да се направи нелиценцирана ('off-licence') препорака за употребата на овие катетери, подобар квалитет докази е потребно.

Рандомизирана контролирана студија со четири групи е потребно да се спроведе. Студиската популација треба да биде разновидна, вклучувајќи ги и корисниците на инвалидски колички, луѓе со повреди на 'рбетниот мозок и лицата над 16 год. кои редовно се самокатетеризираат. Примарната мерка на исход на студијата треба да биде инциденцата на симптоматски инфекции на уринарниот тракт, бактериемија, поврзана со инфекција на уринарниот тракт, морталитет, удобност и претпочитање на пациентот, квалитетот на животот, клинички симптоми на оштетување на уретрата, штета и трошоците.

#### **4.4 Внатрешни уринарни катетери: селекција на катетер**

За пациенти кои користат долготрајни внатрешни уринарни катетери, која е клиничката и ефективноста на трошоците на импрегнирани, наспроти хидрофилните, наспроти силиконските катетери во намалувањето на симптоматските инфекции на уринарниот тракт, сраснувања и / или блокади (запушувања) на катетерот?

##### **Зошто е ова важно**

Долготрајните внатрешни катетери (за уретрата и супрапубичниот) често се користат и во болница и при неа во заедницата. Долгорочна катетеризација носи значителен ризик за симптоматска инфекција на уринарниот тракт, што може да доведе до посериозни компликации. Неколку различни типови на импрегнирани и хидрофилни катетери се достапни на пазарот за кои се тврди дека се поефикасни од необложените катетери, но исто така се и поскапи.

Прегледот на клинички докази во ова упатство откри отсуство на докази за ефективноста на внатрешните катетери во текот на подолг рок. Потребно е да се направи споредба на импрегнирани (на пример, со сребро), хидрофилни и силиконски катетери. Примарната крајна мерка на студијата треба да биде симптоматски инфекции на уринарниот тракт, сраснувања, блокади, цена / употреба на ресурси и квалитетот на животот. Секундарни мерки на исход треба да вклучуваат број на денови на стоење на катетерот и удобноста на пациентот.

#### **4.5 Внатрешни уринарни катетери: антибиотска профилакса**

Кога се рекатетеризира пациент кој има долготраен внатрешен катетер, која е клиничката и ефективноста на трошоците од примена на еднократна доза на антибиотска профилакса за намалување на симптоматски инфекции на уринарниот тракт кај пациенти со историја на инфекции на уринарниот тракт, поврзана со промена на катетерот?

##### **Зошто е ова важно**

Непосредно клиничко и економско влијание на инфекцијата на уринарниот тракт е толку големо што на пациентите кои се изложени на ризик од инфекција понекогаш им се нуди можност да добијат антибиотици во профилактички цели. Сепак, широката употреба на антибиотици, вклучувајќи ја и нивната профилактичка употреба, е идентификувана како главен фактор за зголемување на резистенцијата на причинителите, регистрирано во Англија и во Велс. Во моментот не постојат докази за краткорочни и долгорочни ефекти на профилактичката употреба на антибиотици за време на промени на катетер. Работната група го идентификуваше ова како важна област за истражување за да се утврдат придобивките и штетите на оваа практика, со цел да се развијат идни насоки (оваа препорака се базира на консензус на групата). Рандомизирана контролирана студија или кохортна студија за споредување на единечна доза на антибиотска профилакса со избрани антибиотици од поголемите групи е потребно да се спроведе. Примарната мерка на исход на студијата треба да биде симптоматска инфекција на уринарниот тракт, цената и квалитетот на животот. Ова е важна област за пациентите.

#### **4.6 Интраваскуларни катетери: деконтаминација на кожата**

Која е клиничката ефикасност и ефективност на трошоците на 2% алкохолен раствор на хлорхексидин, наспроти 0,5% алкохолен раствор на хлорхексидин, наспроти 2% хлорхексидин воден раствор, наспроти 0,5% хлорхексидин воден раствор за чистење на кожата (пред вметнување на периферни интраваскуларни уреди и во текот на преврската на сите влезови) во намалување на катетер-поврзани бактеријемија и инфекции на местото на катетерот?

##### **Зошто е ова важно**

Ефикасно одржување на периферниот интраваскуларен катетер е важно за намалување флебитис и бактеријемија. Во заедницата, придржување кон упатствата е подобро кога се користи еден раствор за спроведување на нега на кожата при контакт со сите делови на катетерот. Не постои директен доказ кој ги споредува различните проценти на хлорхексидин во воден и во алкохолен раствор и малку докази за употреба на таквите раствори во заедницата. Рандомизирана контролирана студија е потребна за да се споредат клиничката ефикасност и ефективност на трошоците на различни раствори кои се на располагање. Во студијата треба да се вклучат пациентите од заедницата со периферен интраваскуларен катетер. Протоколот ќе треба да ја користи истата техника за чистење на кожата, без оглед на растворот и, исто така, би можело да се испитаат ефектите од техниката на деконтаминација и времето на сушење. Примарната цел на студијата треба да биде стапката на катетер-поврзана бактеријемија, стапката на инфекции на местото на катетерот, морталитетот, цената и квалитетот на живот. Секундарни мерки – исход.

## 5. Други верзии на ова упатство

### 5.1 Цело упатство

Целото упатство, Инфекција: превенција и контрола на инфекции поврзани со здравствената грижа во примарната здравствена заштита и во заедницата, содржи детали за методите и за доказите кои се користени за да се изготви ова упатство. Тоа е издадено од Националниот клинички центар за упатства.

### 5.2 NICE патека

Препораките на ова упатство се инкорпорирани во NICE патека.

### 5.3 Информација за јавноста

NICE изготви информација за јавноста со објаснување за ова упатство.

Ги охрабруваме лицата од националниот здравствен систем и волонтерските организации да го користат текстот од овие информации при изготвување на нивните материјали за превенција и контрола на инфекциите при здравствена заштита и при грижа во заедницата.

## 6. Поврзани NICE упатства

### Објавени

- Водич за подобрување на квалитетот за превенција и контрола на инфекции, асоцирани со здравствена нега (Prevention and control of healthcare-associated infections quality improvement guide). NICE совет (2011).
- Туберкулоза (Tuberculosis). NICE клиничко упатство 117 (2011).
- Симптоми на долен уринарен тракт (Lower urinary tract symptoms). NICE клиничко упатство 97 (2010).
- Програми за игли и шприцеви (Needle and syringe programmes). NICE јавноздравствен водич 18 (2009).
- Инфекција на оперативно место (Surgical site infection). NICE клиничко упатство 74 (2008).
- Профилакса на инфективен ендокардитис (Prophylaxis against infective endocarditis). NICE клиничко упатство 64 (2008).
- Инфекција на уринарен тракт кај деца (Urinary tract infection in children). NICE клиничко упатство 54 (2007).
- Уринарна инконтиненција (Urinary incontinence). NICE клиничко упатство 40 (2006).
- Нутритивна поддршка кај возрасни (Nutrition support in adults). NICE клиничко упатство 32 (2006).

### Во изготвување

NICE ги подготвува следниве упатства:

- Терапија со интравенски течности кај адулти во болница. (Intravenous fluid therapy in adults in hospital). NICE клиничко упатство. Очекувано објавување во јуни 2013 год.
- Уринарна инконтиненција кај невролошка болест (Urinary incontinence in neurological disease). NICE клиничко упатство. Очекувано објавување во август 2012 год.
- Рехабилитација по мозочен удар. (Stroke rehabilitation). NICE клиничко упатство. Очекувано објавување во 2013 год.

## 7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурирани, така што дадените препораки ги имаат во предвид новите информации. Нови докази се проверуваат на секои 3 години по издавањето и здравствените работници и пациентите се прашуваат за нивните гледишта; ние ги користиме овие информации, со цел да се одлучи дали сите делови од упатството треба да се ажурираат. Доколку важен доказ е објавен во меѓувреме, тогаш може да одлучиме да направиме и порано ажурирање на некои препораки. Ве молиме посетете ја наша веб страница околу информации за ажурирање на упатството.

## **Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектниот тим**

### ***Група за развој на упатството (2012)***

(12 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 139, [guidance.nice.org.uk/cg139](https://guidance.nice.org.uk/cg139)).

### ***Група за развој на упатството (2003)***

(18 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 139, [guidance.nice.org.uk/cg139](https://guidance.nice.org.uk/cg139)).

### ***Група за развој на упатството - соработници (2012)***

(5 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 139, [guidance.nice.org.uk/cg139](https://guidance.nice.org.uk/cg139)).

### ***Национален клинички центар за упатството***

(10 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 139, [guidance.nice.org.uk/cg139](https://guidance.nice.org.uk/cg139)).

### ***NICE проектен тим***

(6 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 139, [guidance.nice.org.uk/cg139](https://guidance.nice.org.uk/cg139)).

## Додаток Б: Комисија за ревизија на упатството

Комисијата за ревизија на упатството е независна комисија која го надгледува развојот на овие упатства и ја презема одговорноста да го следи придржувањето кон NICE процесите за развој на упатството. Особено, комисијата гарантира дека нивните коментари се земени во предвид и кон нив е соодветно одговорено. Комисијата вклучува членови од следниве профили: примарната здравствена заштита, секундарна здравствена заштита, хоспитална нега, јавното здравје и индустрија.

### ***Комисија за ревизија на упатството (2012)***

(5 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 139, [guidance.nice.org.uk/cg139](https://guidance.nice.org.uk/cg139)).

### ***Советодавен комитет на упатството (2003)***

(5 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 139, [guidance.nice.org.uk/cg139](https://guidance.nice.org.uk/cg139)).

## Промени по издавањето

**Август 2013:** Препорака 1.1.4.2 – појаснувањето на оваа препорака е направено на фрлањето на употребените стандардни игли.

**Октомври 2012:** мали промени.

**Мај 2012:** мали промени.

## Во врска со ова упатство

NICE клинички упатства се препораки за третман и нега на лицата со посебни болести и состојби во здравствениот систем (NHS) во Англија и во Велс.

Прирачникот е изработен од страна на Националниот клинички центар за упатства, кој се базира на Кралскиот колеџ за лекари. Овој центар работеше со група здравствени работници (вклучувајќи консултанти, општи лекари и медицински сестри), пациенти и негуватели и технички персонал, кои ги разгледаа доказите и ги подготвија препораките. Препораките беа финализирани по јавни консултации.

Методите и процесите на изготвување на NICE клиничките упатства се опишани во Водичот за Упатството.

Ова упатство е делумно ажурирање на NICE клиничкото упатство 2 (објавено во јуни 2003 год.) и го заменува.

Препораките се одбележани со **[2003]**, **[2003, изменето 2012]**, **[2012]** или **[ново 2012]**:

- **[2003]** укажува дека податокот не е ажуриран и ревидиран од 2003 год.
- **[2003, изменето 2012]** укажува дека податокот не е ажуриран и ревидиран од 2003 год., но мал амандман е направен во препораката.
- **[2012]** укажува дека податокот е ревидиран, но не се направени промени во препораката.
- **[ново 2012]** укажува дека податокот е ревидиран и преправката е ажурирана или додадена.

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во НИЦЕ патеките. Имаме изготвено информации за јавноста, објаснувајќи го ова упатство. Алатки за да ви помогнат да се имплементира Упатството во пракса и информации за доказите на кои се базира се исто така достапни .

### Ваша одговорност

Ова упатство го претставува гледиштето на NICE, кое се формираше по внимателно разгледување на доказите кои стојат на располагање. Од здравствените работници се очекува да го земат целосно во предвид при остварувањето на нивните клинички проценки и практики. Сепак, упатството не ја отфрла индивидуалната одговорност на здравствените работници при носењето соодветни одлуки, согласно со околностите на пациентот, во консултација со пациентот и/или старателот или негувателот кои се информирани за особините на кои било лекови за кои се размислува да бидат применети. Примената на овој прирачник е одговорност на локалните членови на комисијата и/или на давателите на услуги. Членовите на комисијата и давателите на услуги се потсетуваат дека е нивна одговорност за спроведување на препораките, во нивниот локален контекст, како дел од нивните должности за да се избегне незаконска дискриминација и да се има во предвид промовирање на еднаквост на можностите. Ништо во ова упатство не треба да се толкува на начин кој е несоодветен на усогласеноста со тие должности.

## Авторски права

© Национален Институт за здравје и клиничка извонредност 2010 година. Сите права задржани. Авторските права на NICE за материјалот можат да се преземат за приватни истражувања и студирање и можат да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

## NICE Контакт

National Institute for Health and Clinical Excellence  
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)  
[nice@nice.org.uk](mailto:nice@nice.org.uk)  
0845 003 7780